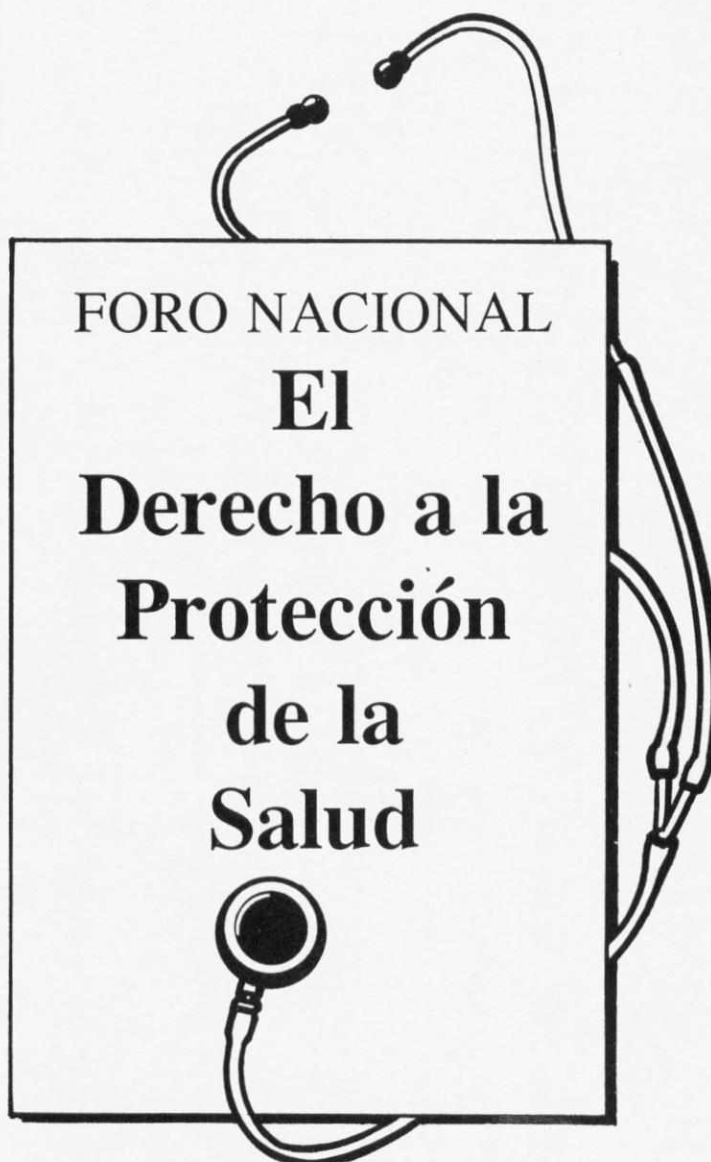
A stylized white stethoscope is positioned behind a central black rectangular box. The stethoscope's two earpieces are at the top, and its chest piece is at the bottom. The tubing of the stethoscope curves around the right and bottom edges of the black box.

FORO NACIONAL
El
Derecho a la
Protección
de la
Salud

30 y 31 de julio de 1998



COMISIÓN DE SALUD



30 y 31 de julio de 1998

Contenido

<p>Convocatoria 9</p> <p>Programa de Actividades 13</p> <p>Sesión Plenaria Inaugural 17</p> <p>Ceremonia de Inauguración DISCURSO Dip. Fed. Dr. Santiago Padilla Arriaga 19</p> <p>Ceremonia de Inauguración DISCURSO Dip. Fed. Lic. Porfirio Muñoz Ledo 23</p> <p>CONFERENCIAS MAGISTRALES</p> <p>"El Derecho a la Salud y la Reforma de la Seguridad Social" Maestra Asa Cristina Laurell 29</p> <p>"El Derecho a la Salud y la Reorganización de los Sistemas de Salud que Atienden a la Población no Derechohabiente" Dra. Oliva López Arellano 37</p> <p>"El Derecho a la Salud: Contenidos Técnicos y Prospectivos" PRIMERA PARTE Dra. Marcia Muñoz de Alba Medrano 45</p> <p>"El Derecho a la Salud: Contenidos Técnicos y Prospectivos" SEGUNDA PARTE Lic. Víctor Martínez Bullé-Goyri 49</p> <p>"Los Derechos Humanos y el Derecho a la Protección de la Salud" Dra. Mireille Roccatti Velázquez 53</p> <p>"El Derecho a la Salud. Fortalecimiento del Rol Regulador del Estado en los Procesos de Reforma" Dr. José Luis Zeballos Zelada 61</p>	<p>"Las ISAPRES y su Impacto en el Sistema de Salud de Chile" Dra. Carolina Tetelboin Henrion 67</p> <p>Hegemonía de los Organismos Supranacionales en las Reformas al Sector Salud Dr. José Blanco Gil 75</p> <p>El Derecho a la Protección de la Salud; la Salud Colectiva y los Derechos Ciudadanos Dr. Alfonso Puebla Pérez 81</p> <p>MESAS DE TRABAJO</p> <p>MESA DE TRABAJO 1</p> <p>El Derecho a la Protección de la Salud</p> <p>a) Análisis del cuarto párrafo del artículo 40. Constitucional.</p> <p>b) Análisis de la fracción XVI del artículo 73 Constitucional.</p> <p>c) Propuestas legislativas de reformas a los artículos 40. y 73 Constitucionales y sus derivaciones en las leyes reglamentarias. 89</p> <p>Análisis del Marco Jurídico y Estado Actual de la Medicina en México Dr. Manuel Galván Rodríguez 91</p> <p>Garantía a la Protección de la Salud Lic. Fermín Coria Martínez 95</p> <p>Transformación del Régimen Jurídico y Enmienda a la Violación de las Garantías Individuales Contenidas en el Decreto Presidencial de Creación de la Comisión de Arbitraje Dr. José Luis Pereira Ronquillo, Dr. Andrés F. de Alba González, Dra. Laura E. Huerta Espinosa, Dra. Genoveva Arista López, Dr. Mauricio Rivera Díaz 99</p>
---	--

Análisis del Cuarto Párrafo del Artículo 4o. Constitucional

Dra. Venus María Castellón y Castellón
103

Propuestas Legislativas de Reformas a los Artículos 4o. y 73, Fracción XVI, de la Constitución General de la República

Dip. Profra. Enriqueta Gómez Millán
107

Análisis de los Artículos 4o. (párrafo cuarto) y 14o. (párrafo segundo)

Leonardo Paredes Chávez
111

Situación Jurídica del Médico Ante las Demandas por Controversias Médicas

Dr. Enrique Ramírez Corona
115

Propuesta Legislativa de Reforma al Artículo 4o. Constitucional

Dr. Guilbert Canto Masa
119

Los Derechos Sexuales y Reproductivos en México. Reflexiones y Propuestas de Cambios Legislativos

Pilar Muriedas y Orfe Castillo
123

MESAS DE TRABAJO

MESA DE TRABAJO 2

La Reforma del Sector Salud en México

- a) Descentralización de los servicios de salud.
- b) Garantía del derecho a la protección de la salud en el contexto de la actual reforma al sector salud.
- c) Las implicaciones de la reforma sobre las instituciones de salud.

MESA DE TRABAJO 8

El Derecho a la Protección de la Salud y la Ética Médica; la Salud Colectiva y los Derechos Ciudadanos

129

Descentralización del Sector en México

Antonio Torres-Ruiz
131

Desarrollo Organizacional en Servicios de Salud

Dr. Rafael Sánchez Varela
143

El Sistema de Atención a la Salud en México

Ing. Rafael Suárez de Cosío
149

"El Código Mexicano de Ética Médica"

Dr. Manuel Tovilla y Pomar, Dra. Margarita Araujo Navarrete, Dr. Alberto Amor Villalpando, Dra. Carmen Licona Islas, Dr. Andrés F. de Alba González, Dr. Ignacio Carranza Ortiz, Dr. Federico Sandoval Olvera, Dr. Porfirio Sánchez Granados
155

El Derecho a la Protección de la Salud y la Ética Médica. La Salud Colectiva y los Derechos Ciudadanos

Dra. Ma. Eugenia Pulido Álvarez
159

"Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional"

Lic. Rafael Hernández Cruz,
Lic. Clemente Bazán Cruz
163

MESA DE TRABAJO 3

Condiciones Necesarias para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Octavio Pérez Franco
169

Salud y Derechos Humanos, Retos y Estrategias para Hacer Efectivo el Derecho Constitucional a la Salud

Dr. Miguel Ángel López Gordillo
171

Importancia de la Vigilancia del Ejercicio Médico Profesional como Medio para garantizar el Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Andrés de Alba González, Dr. Rufino Juárez Mejía, Dr. Enrique Muñoz Ortiz, Dr. Manuel Aceves Gómez, Dr. Ricardo Anzures Carro, Dra. Laura E. Huerta Espinosa, Dr. Rafael Moraga Luna
187

Evaluación en los Drogadictos del Daño Neuropsiquiátrico, como Causa de Conducta Delictiva. Su Tipificación y Sanciones, para la Protección Social de la Salud

Dr. Apolinar Bautista Orozco, Dr. José Luis Minjares Robles, Dr. Mauricio Rivera Díaz, Dra. Venus Ma. Castellón y Castellón, Dr. Manuel Tovilla y Pomar, Dr. Eduardo Perusquia Ortega, Dr. Arturo López Hernández, Dr. Andrés F. de Alba González, Dr. José Luis Hurtado de Mendoza
191

Naturismo y Medicina Natural: Alternativa Viable y Eficiente para Fomentar el Derecho a la Salud de la Población Mexicana

Darío Manuel López Pineda
197

MESA DE TRABAJO 4

Modelos de Atención Actuales y su Vigencia

- a) Modelo de atención a población abierta.
- b) Modelo de atención dentro de las instituciones de seguridad social.
- c) Otros modelos de atención.

199

La Medicina Familiar al Alcance del Asegurado y sus Derechohabientes

Dr. Roberto Yáñez Vázquez

201

"Modelo de Organización Ciudadana en el Binomio Paciente-Médico Para la Protección de la Salud"

Dr. Rafael Cervantes López, Dr. Eduardo Tello Mier, Dr. Fidel Ruiz Healy

205

Modelo de Salud Comunitaria Para Regiones Indígenas de México

Dr. Gonzalo Ramón Solís Cervantes

209

Modelo de Atención Único de Salud en México

Fernando Ramírez Ponce de León

213

"Fortalecimiento y Modernización del Sistema Nacional de Salud"

Dr. Rafael Sánchez Navarro

217

Nuevo Modelo de Atención a la Salud en el Primer Nivel del ISSSTE

Dr. Javier Castellanos Coutiño, Dr. José Antonio Rojo Padilla, Dra. Ma. Guadalupe Serrano Cruz

221

Sistema Institucional de Atención Gerontológica y Geriátrica

Dr. Javier Castellanos Coutiño, Dr. José Antonio Rojo Padilla, Dra. Ma. Guadalupe Serrano Cruz

227

Análisis de la Capacidad Resolutiva en la Red Nacional de Telesalud del ISSSTE

Dr. Javier Castellanos Coutiño, Manuel González Vivián, Luis Amaro Hernández, Amanda Gómez González

233

MESAS DE TRABAJO 5, 6 y 7

MESA DE TRABAJO 5

Características de un sistema único de salud para población abierta que garantice el derecho a la protección de la salud.

MESA DE TRABAJO 6

Responsabilidades públicas y privadas, y regulaciones frente al derecho a la protección de la salud.

MESA DE TRABAJO 7

Experiencias internacionales sobre la garantía del derecho a la salud y las actuales reformas a los sectores sanitarios.

239

Hacia una Política Inclusiva en Salud: La Legalización de los Médicos Indígenas y la Participación Real de las Organizaciones No GubernamentalesDr. Roberto Campos Navarro,
Dra. Adriana Ruiz Llanos

241

Responsabilidades Públicas y Privadas y Regulaciones Frente al Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Rafael Aguirre Rivero

247

Necesidad del Encuentro Entre la Ciencia Médica y la Medicina Natural. Proyecto para el Desarrollo de la Enseñanza Universitaria de la Medicina Natural en México

Andrés Sierra Restrepo

253

Responsabilidad de los Cuerpos Legislativos en la Vigilancia de la Revisión, Actualización y Promulgación de Leyes y Normas Orientadas a la Protección de la SaludLaura Huerta, Enrique Muñiz, Andrés de Alba,
Manlio Fabio Blanco

257

Adición al Código Penal con Relación a la Práctica Ilegal de la Medicina

Dr. Antonio Carrasco Sánchez

261

Propuestas para la Definición de la Responsabilidad Social del Estado Mexicano en Relación a la Atención a la Salud de la Población Abierta, que Carece de Recursos Propios para la Correcta Consecución de su Derecho a la Salud y de un Sistema que Permita Hacer Real este Compromiso

Dr. Ángel León Mendoza

263

Experiencia Internacional en las Mejoras a los Sistemas de Salud

Jorge Lanzagorta Vorder

267

Ponencias Recibidas con Posterioridad a la Fecha Límite de la Convocatoria

271

- Reformas al Artículo 73, Fracción XVI, Constitucional**
Dr. Ramiro Arroyo Hurtado
273
- Propuestas de Financiamiento a la Responsabilidad Civil de los Proveedores y Prestadores de Servicios a la Salud. Un Modelo Mexicano**
Dr. Jorge A. López Curto
275
- Maternidad sin Riesgos: Un Asunto de Derechos Humanos y Justicia Social**
Lic. Nieves Beltrán Gómez
281
- Condiciones Necesarias para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud**
Autores: Dr. Arturo Martínez Sánchez,
Dra. Genoveva Arista López
285
- Hacia un Sistema de Salud Pública y Seguridad Social; Único, Solidario, Integral y Universal y Contra su Privatización Neoliberal, en México**
Dr. Armando Quiroz Alejandro, Dr. Rafael Gomar Yebra, Dra. Gloria Pimentel Ch., Dr. Alfredo Rustrián Azamar, Dr. Fausto Trejo Fuentes
289
- Salud Reproductiva de los Jóvenes: Barreras Legales e Imprecisiones Programáticas**
Psic. Neftalí H. Gómez Gil Guzmán
291
- Necesidad de un Marco Teórico para Legislar Sobre Salud Pública y el Derecho de la Población a ser Atendida. 1998**
M.S.P. José Jesús Fonseca Villa
297
- Condiciones Necesarias Para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud**
Dr. Arturo Martínez Sánchez,
Dra. Genoveva Arista López
303
- Participación Ciudadana en Materia de Atención Médica**
Dr. Rafael Cervantes López
307
- Características de un Sistema Único de Salud para Población Abierta que Garantice el Derecho a la Protección de la Salud**
Dra. Irma Torres Matus
311
- Condiciones Necesarias para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud**
Enrique M. Barrientos Hernández
315
- El Derecho a la Protección de la Salud**
Dr. Antonio Sánchez Arriaga
319
- Proyecto de la Nueva Ley de Salud para el Distrito Federal**
Dr. Rodolfo Cruz Mejía
321
- Hospital Amigo del Niño y de la Madre, Modelo de Atención a Población Abierta**
Dra. Luz María Ramírez Salgado
323
- Participación de Voluntarios en la Atención a Pacientes Picados por Alacrán**
Dra. María Guadalupe Arce de León, MVZ Imelda Medina Torres, Dr. Hugo David Luna Sandoval, Dr. Miguel Ángel Martínez Pérez
327
- Trascendencia de la Participación Social en los Programas de Salud**
Dra. María Guadalupe Arce de León
331
- Paquete Básico de Servicios de Salud: Estrategia Fundamental**
Dra. María Guadalupe Arce de León
333
- Salud Reproductiva de la Mujer**
Dra. Elvitz Verónica Reyes Rodríguez,
Dra. Ma. Cristina Pérez Hernández,
Dra. Yolanda González Albarrán
335
- Propuestas para el Fortalecimiento y Mejoramiento de los Servicios de Salud Públicos y Privados del Distrito Federal**
Dr. Carlos Manuel Morales Ocaña
339
- Responsabilidad Civil, Institucional o Individual, en la Atención Médica, para la Reparación e Indemnización. Propuestas Alternativas para su Financiamiento**
Dr. Jorge López Curto, Dr. Xavier Jesús Novales Castro, Dra. Genoveva Arista López
341
- Discurso de Clausura**
Dip. Fed. Santiago Padilla Arriaga
345

Convocatoria



COMISION DE SALUD

La salud constituye uno de los derechos fundamentales del hombre y el acceso a los mecanismos para su protección, preservación y restitución, es una preocupación ineludible para el Poder Legislativo.

El cuarto párrafo del artículo 4o. constitucional ha sido motivo de controversias, discusiones e interpretaciones diversas que hacen necesario su análisis, para precisar los alcances y límites de la participación del Estado en la garantía de su procuración y preservación.

Igualmente, se considera importante revisar y analizar las facultades que la Constitución otorga al Consejo de Salubridad General, creado por disposición del Constituyente del 17, en el contexto de las condiciones actuales, relativas a la prevención de las enfermedades, las campañas contra las adicciones y la contaminación ambiental, para delimitar sus ámbitos de competencia con otros organismos de la administración pública federal.

Por otra parte, los cambios que se han dado y los que se están proponiendo para modificar los diferentes esquemas de atención, tanto hacia población abierta como en las instituciones de seguridad social, deben ser también motivo de análisis, para contribuir a que México llegue al inicio del Siglo XXI cumpliendo la meta de "Salud para Todos", de la Organización Mundial de la Salud.

Por ello, la Comisión de Salud de la LXVII Legislatura de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión,

CONVOCA

A los Médicos, Organizaciones Médicas, Juristas y sus Organizaciones, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Trabajadores de los Servicios de Salud y a todas las organizaciones ciudadanas interesadas en el tema, al

FORO NACIONAL

El Derecho a la Protección de la Salud

Análisis del Artículo 4o. Constitucional en Materia de Salud y del Artículo 73 Constitucional en Relación al Consejo de Salubridad General.

Los días 30 y 31 de Julio de 1998, de las 9:00 a las 15:00 horas

En el Salón Verde y los Auditorios Norte y Sur del Palacio Legislativo, ubicados en el Nivel 2 del Edificio "A", sito en Av. Congreso de la Unión Núm. 66, Col. El Parque, Deleg. Venustiano Carranza, C.P. 15969, México D. F.

El Foro trabajará en reunión plenaria para la presentación de conferencias magistrales a cargo de destacados especialistas en la materia, y en mesas de trabajo para la presentación y análisis de ponencias.

Las mesas de trabajo comprenderán los siguientes temas:

- | | |
|--|--|
| <p>1. El Derecho a la protección de la salud</p> <p>a) Análisis del cuarto párrafo del artículo 4o. constitucional.</p> <p>b) Análisis de la fracción XVI del artículo 73 Constitucional.</p> <p>c) Propuestas legislativas de reformas a los artículos 4o. y 73 constitucionales y sus derivaciones en las leyes reglamentarias.</p> | <p>4. Modelos de atención actuales y su vigencia</p> <p>a) Modelo de atención a población abierta.</p> <p>b) Modelo de atención dentro de las instituciones de seguridad social.</p> <p>c) Otros modelos de atención.</p> |
| <p>2. La Reforma del Sector Salud en México</p> <p>a) Descentralización de los servicios de salud.</p> <p>b) Garantía del derecho a la protección de la salud en el contexto de la actual reforma al Sector Salud.</p> <p>c) Las implicaciones de la reforma sobre las instituciones de salud.</p> | <p>5. Características de un sistema único de salud para población abierta que garantice el derecho a la protección de la salud.</p> <p>6. Responsabilidades públicas y privadas, y regulaciones frente al derecho a la protección de la salud.</p> <p>7. Experiencias Internacionales sobre la garantía del derecho a la salud y las actuales reformas a los sectores sanitarios.</p> |
| <p>3. Condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud</p> | <p>8. El derecho a la protección de la salud y la ética médica; la salud colectiva y los derechos ciudadanos.</p> |

Las ponencias participantes en las mesas de trabajo podrán tener una extensión máxima de 10 cuartillas a doble espacio, deberán acompañarse de un resumen de no más de tres cuartillas de las mismas características, de ser posible agregar disco blanco de computadora de 3 1/2", procesado en Word para Windows, con el nombre del archivo, y entregarse, o enviarse por correo certificado, antes del 25 de julio, a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Edificio "D", Planta Baja, Palacio Legislativo de San Lázaro, Av. Congreso de la Unión Núm. 66, Col. El Parque, Delegación Venustiano Carranza, México, D.F., C.P. 15969.

POR LA COMISION DE SALUD DE LA CAMARA DE DIPUTADOS

Dr. Santiago Padilla Arriaga
DIPUTADO PRESIDENTE

Dr. Marco Antonio Adame Castillo
DIPUTADO SECRETARIO

Dr. Saúl Solano Castro
DIPUTADO SECRETARIO

Dr. Miguel Angel Navarro Quintero
DIPUTADO SECRETARIO

c. María Mercedes Maciel O.
DIPUTADA SECRETARIA

Programa

Programa de Actividades

30 DE JULIO DE 1998.

08:00 a 09:00 horas. Registro de asistentes

09:00 horas. En el vestíbulo del Salón Verde de Palacio Legislativo, recorrido por la exposición "Quadrivium Michoacano".

09:15 horas. En el Salón Verde de Palacio Legislativo, nivel dos del Edificio "A",

Sesión Plenaria Inaugural

1. Presentación de los invitados de honor.
 2. Intervención del C. Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
 3. Mensaje y Declaratoria Inaugural por el C. Dip. Lic. Porfirio Muñoz Ledo, Presidente de la Comisión de Régimen y Concertación Política de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- 10:00 horas. En el Salón Verde de Palacio Legislativo,

Conferencias Magistrales

Coordinador

Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga

- A) "El derecho a la salud y la reforma de la Seguridad Social", Maestra en Salud Pública Asa Cristina Laurell.
- B) "El derecho a la salud y la reorganización de los sistemas de salud que atienden a la población no derechohabiente", Dra. Oliva López Arellano.
- C) "El derecho a la salud: contenidos técnicos y prospectivos; primera parte", Dra. Marcia Muñoz de Alba Medrano.
- D) "El derecho a la salud: contenidos técnicos y prospectivos; segunda parte", Lic. Víctor Martínez Bullé-Goyri.

E) "El derecho a la salud y los derechos humanos", Dra. Mireille Roccati Velázquez.

12:45 horas. En los Auditorios Norte y Sur de Palacio Legislativo, Presentación de ponencias de las mesas de trabajo 1 y 3. Coordinadores: Dips. José de Jesús Montejo Blanco e Isael P. Cantú Nájera.

31 DE JULIO DE 1998.

09:00 horas. En el Salón Verde de Palacio Legislativo,

Conferencias Magistrales

Coordinador

Dip. Dr. Marco Antonio Adame Castillo

- A) "El derecho a la salud; fortalecimiento del rol regulador del Estado en los procesos de reforma", Dr. José Luis Zeballos Zelada.
 - B) "Las ISAPRES y su impacto en el sistema de salud chileno", Dra. Carolina Tetelboin Henrion.
 - C) "La hegemonía de los organismos supranacionales en las reformas del sector salud", Dr. José Blanco Gil.
 - D) "El derecho a la protección de la salud y los derechos ciudadanos", Dr. Alfonso Pérez Puebla.
- 11:00 horas. En los Auditorios Norte y Sur de Palacio Legislativo, Presentación de Ponencias de las mesas de trabajo 2, 4, 5, 6 y 7. Coordinadores Dips. Miguel Angel Navarro Quintero, Bonfilio Peñaloza García, Arturo Charles Charles y Francisco Vera González.
- 14:00 horas.
Ceremonia de clausura.
1. Presentación de los invitados de honor.
 2. Mensaje y declaratoria de clausura a cargo del C. Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Sesión Plenaria Inaugural



Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga, Presidente de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados, en su intervención en la Sesión Plenaria Inaugural

**Presiden la Sesión Plenaria
Inaugural**

Dip. Lic. Porfirio Muñoz Ledo,

Presidente de la Comisión de Régimen Interno y Concertación Política de la H. Cámara de Diputados y Coordinador del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática.

Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga,

Presidente de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados

Dra. Ana María Licona,

Asesora del titular de la Secretaría de Salud, con la representación del C. Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud.

Dr. Onofre Muñoz,

Coordinador de Investigaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la representación del Lic. Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. José Antonio Rojo Padilla,

Subdirector de Regulación de Servicios de Salud del I.S.S.S.T.E con la representación de la Lic. Socorro Díaz Palacios, Directora General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Dr. Armando Cordera Pastor,

Director del Instituto de Salud del Distrito Federal.

Dr. Joaquín Molina,

Consultor Internacional en desarrollo de servicios de salud de la O.P.S., con la representación del C. Dr. José Luis Zeballos Zelada, Representante en México de la Organización Panamericana de la Salud.

Dr. Andrés de Alba González,

Presidente de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, Asociación Civil.

Dip. Dr. Marco Antonio Adame Castillo,

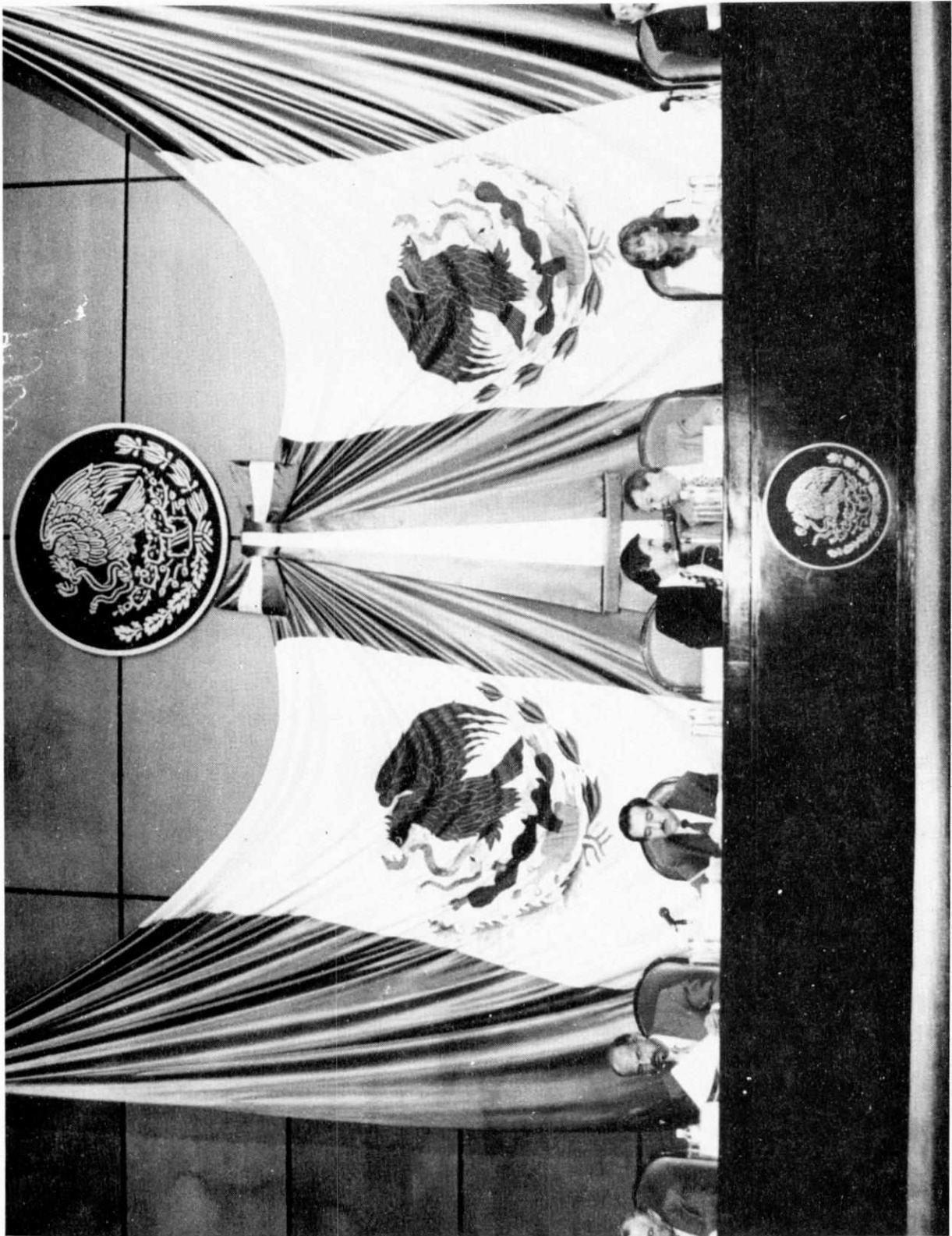
Secretario de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados.

Dip. Dr. Miguel Ángel Navarro Quintero,

Secretario de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados.

Dip. Gustavo Vicencio Acevedo,

con la representación del C. Dip. Carlos Medina Plascencia, Coordinador del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional.



Presidium de la Sesión Plenaria Inaugural. De izq. a der.: Dips. Miguel Angel Navarro Quintero, Marco Antonio Adame Castillo, Santiago Padilla Arriaga, Porfirio Muñoz Ledo y Dra. Ana María Licona.

Ceremonia de Inauguración

Discurso*

Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga**

Diputado Porfirio Muñoz Ledo,
Presidente de la Comisión de Régimen Interno
y Concertación Política;
Funcionarios de las instituciones públicas
del Sector Salud;
Diputadas y Diputados;
Señoras y Señores;
Amigos todos:

A nombre de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputados, agradezco su presencia en esta sesión plenaria de inauguración del Foro Nacional "El Derecho a la Protección de la Salud".

Me congratulo de que hayan concurrido a esta convocatoria, y digo que me congratulo sin que ello represente el producto mezquino de la satisfacción personal, sino el alborozo producido al observar el compromiso que suscribimos aquí, hoy, todos, con nuestra presencia. Compromiso con la salud, compromiso con la justicia, compromiso con México, pero sobre todo compromiso con cada uno de nosotros, con nuestra conciencia, con nuestra identidad, con la verdad.

* Versión estenográfica.

** Diputado Federal por el 5o. Distrito Electoral Federal del Estado de Michoacán, con cabecera en Zamora, Michoacán, México.

Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Nuestra Carta Magna no tenía considerado dentro de las garantías individuales nada relacionado con la salud. Fue hasta el año de 1983, año en el cual se promulga la reforma aprobada por el Congreso de la Unión a iniciativa del Ejecutivo Federal. En ésta se incluye dentro del artículo 4o. Constitucional, un párrafo que originalmente era el 3o. y que establece:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

Este texto finalmente apareció como el cuarto párrafo del artículo 4o. Constitucional.

A partir de este agregado a la Constitución y de la aprobación posterior de la Ley General de Salud, se inician una serie de interpretaciones diversas en cuanto a los alcances reales de esta garantía individual del derecho a la protección de la salud que han derivado en limitaciones reales a un derecho que indiscutiblemente es uno de los derechos más importantes —valga el pleonaso— de los derechos humanos. De la misma forma han motivado a la presentación de diversas iniciativas en el seno del Congreso de la Unión para darle o bien un mayor alcance, o bien una claridad mayor, definiendo lo que representa la protección de un bien tan preciado para el hombre.

En nuestro país el rezago en esta materia es de capital importancia, la capacidad económica y operativa del Gobierno Federal para proporcionar las facilidades para el acceso a los servicios de salud es limitada, y esto, por supuesto, repercute en las posibilidades del desarrollo de nuestra nación.

Al inicio de la actual administración pública federal, se decía que un número aproximado de 10 millones de mexicanos carecían de todo acceso a los servicios de salud, es decir, más del 11 por ciento del total de la población. Sin embargo, el escamoteo de que fueron presa los recursos públicos, merced a la baja de los precios petroleros, avizoran una austeridad aún mayor en el presupuesto para su atención, por lo que los mexicanos nadahabientes podrían engrosar sus filas de manera mucho más significativa.

En un estadio ideal todos los seres humanos tenemos derecho a la salud. El objetivo real es hacer efectivo ese ideal por justicia y de esta meta no nos cabe la menor duda: todos cuantos somos estamos aquí, hemos sido movidos por el entusiasmo de participar de alguna u otra forma en el cumplimiento de esta garantía constitucional. Todos esperamos que nuestra participación sirva para conseguir un peldaño más en esa escalera de aspiraciones que llega hasta los fines últimos de las cosas. Todos cuantos compartimos este aire y este

espacio compartimos también la esperanza de mejorar lo mejorable y cambiar lo cambiante.

Estamos ciertos que en este campo como en muchos otros podemos tener divergencias de carácter ideológico en cuanto a lo que cada grupo de nosotros considera el ideal de un proyecto de nación. Tendremos que tener paciencia, respeto y tolerancia, para escuchar las razones de quienes pregonan la permanencia de las cosas tal como están y deberemos convencer con argumentos de lo provechoso de esta empresa, para llevarla adelante.

Con todo, esta concurrencia de ideales antagónicos pero complementarios, lejos de debilitar fortalecerá las conclusiones que solamente un Congreso históricamente plural puede aportar a la universalidad del pensamiento.

Celebro el entusiasmo, secundo el propósito y ansío, al igual que todos ustedes, el resultado de este Foro Nacional. Seguro de que habremos de poder hacerlo, expreso el agradecimiento a los integrantes de la Comisión de Salud de esta Honorable Cámara de Diputados por su participación y deseo que nuestro éxito se traduzca finalmente en la satisfacción de una imperiosa necesidad pública, compañeras y compañeros, el derecho a la salud. Bienvenidos y muchas gracias.



De izquierda a derecha, Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga, Presidente de la Comisión de Salud; Dip. Lic. Porfirio Muñoz Ledo, Presidente de la Comisión de Régimen Interno y Concertación Política y Dra. Ana María Licona, Asesora del Secretario de Salud.

Ceremonia de Inauguración

Discurso*

Dip. Lic. Porfirio Muñoz Ledo**

Ciudadanos Diputadas y Diputados del Congreso de la Unión;

Ciudadanos funcionarios del Sector Social;

Ciudadanos médicos y expertos y de la salud que nos acompañan en este foro;

Agradezco a los organizadores del evento, primero, el que hayan tenido la atinencia y oportunidad para organizarlo.

Se debaten en estos días las grandes cuestiones nacionales. El Congreso de la Unión se está convirtiendo en el foro por excelencia de este debate público y en el organismo promotor de las grandes decisiones que deben reformar la política económica y social del país mediante una nueva normatividad.

Agradezco también el que me hayan invitado a decir las palabras inaugurales de esta reunión.

Yo quiero en primer término decirles que el propósito que los anima coincide plénamente con el establecimiento entre las Cámaras del Poder Legislativo y el Ejecutivo de la Unión, de una agenda legislativa. En ésta se contienen las más urgentes preocupaciones de ambos Poderes de la Unión y quisiéramos que pronto algunas reformas

sustantivas en el área de salud pública pudiesen figurar entre los temas prioritarios de la agenda.

Hay un tema planteado por el Gobierno Federal desde el informe del Presidente Zedillo el 1o. de septiembre anterior, que a mi manera de ver encuadra las reflexiones que ustedes van a formular.

Nos planteaba el Jefe del Ejecutivo en aquella ocasión y de cara al país, si podríamos o no convenir todas las fuerzas políticas en una política económica de estado, yo diría en una política económica y social de estado.

A petición del propio gobierno, hemos quedado en debatir los próximos días qué entendemos por una política de estado. Entendemos claramente que haya políticas económicas y sociales que tengamos que pactar entre los distintos actores de la vida nacional, que tengamos que convenir en el marco de la planeación democrática de la que nos habla la Constitución, que tengamos que acordar en el seno de los debates en este Congreso, cuándo discutamos la reforma de uno u otro de los artículos o de los ordenamientos legales que conforman el derecho mexicano ¿pero qué puede y debe entenderse por política económica de estado?

¿Es política económica de estado aprobar, por ejemplo, el paquete fiscal que incluye a FOBA-PROA?. ¿Es política económica de estado aceptar un porcentaje equis de déficit fiscal sobre el Producto Interno Bruto?. ¿Es política económica de

* Versión estenográfica.

** Presidente de la Comisión de Régimen Interno y Concertación Política de la H. Cámara de Diputados y Coordinador del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática.

estado aceptar tal como están formuladas las disposiciones del Tratado de Libre Comercio?

Nosotros pensamos en el Partido de la Revolución Democrática, que política económica de estado es la que está en la Constitución, esa es la política económica del estado. La política económica de estado es aquella que se encuentra por encima de los partidos, es aquella que se encuentra por encima de las circunstancias, es aquella que obliga al legislador ordinario, es aquella que obliga al estado nacional, a su población, a su gobierno, a todos sus órdenes administrativos, es la que nos une a todos los mexicanos; ¡las grandes normas del estado nacional están en la Constitución!

¿Qué nos manda la Constitución a todos, cualquiera que sea nuestro partido, cualquiera que sea nuestro programa, lo que está en la Constitución?. La Constitución nos manda, por ejemplo, en el artículo 25 y me vino a la mente al escuchar al Presidente de la Comisión de Salud hablar de proyecto nacional, yo pensé: en alguna parte de la Constitución dice "proyecto nacional" y, en efecto, el artículo 26 dice "proyecto nacional", dice: "Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinarán los objetivos de la planeación democrática" y se refiere a los fines del proyecto nacional que están en el artículo anterior, que el desarrollo sea integral, que fortalezca a la soberanía de la nación, su régimen democrático mediante el fomento al crecimiento económico y al empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permite el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos, clases sociales cuya seguridad protege esta Constitución, ahí está el proyecto nacional en materia económica social, en la Constitución, no fue un proyecto promovido por el PRD ni por ningún otro partido de oposición, desde luego creo que todos lo votaron entonces, este es el proyecto nacional.

Y el proyecto nacional se compone de ciertos derechos que son inalienables e imprescriptibles cuyo cumplimiento obliga a todos los partidos políticos y cuyo ejercicio, todo el aparato del Estado y todo el sistema Jurídico está falseado desde sus fundamentos y esos derechos son el derecho a la salud, el derecho a la educación, el derecho al trabajo, el derecho a la seguridad social,

el derecho al salario, las garantías individuales y sociales, así como las libertades públicas que la Constitución consagra.

Vamos entonces a proponerle al Gobierno, ya se lo hicimos saber, tal vez por eso se ha aplazado un poco la discusión de la Mesa sobre la Política Económica de Estado, a que discutamos la política fiscal, porque ya algunos organismos internacionales nos están diciendo que la política de Estado es aquella que nos obliga porque es la que tenemos que seguir porque nos lo ordena el Fondo Monetario Internacional, le llama algún alto funcionario internacional, le llama "las políticas necesarias e imprescindibles" quiere decir las políticas que supuestamente se nos impone al margen o en contra de la Constitución y eso es justamente lo que tenemos que decidir.

Se dice también en la jerga tecnocrática que hay que cuidar la macro-economía, las grandes aunque se descuide la micro-economía en ocasiones. Yo me pregunto, ¿la macro-economía es sólo la tasa de inflación? ¿es sólo el déficit fiscal? ¿es sólo el déficit comercial?, la tasa de crecimiento económico ¿no es macro-economía?, ¿la tasa de ingresos por habitante no es macro-economía?, ¿la tasa de productividad del trabajo y del capital no son macro-economías?, ¿la tasa de deserción escolar no es macro-economía?, ¿la tasa de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de morbilidad no son macro-economías?, esas son las únicas a las que realmente la Constitución nos obliga, cambia realmente el destino o la estructura y el sentido del crecimiento en un país, si en vez de 1.2 de déficit fiscal sobre producto nacional tenemos el 2.5 que es el doble, yo creo que no cambia nada, los países europeos tienen 3% de déficit fiscal.

En cambio sí cambia mucho la estructura y el destino de un país si la deserción escolar es el doble o si la tasa de mortalidad infantil es el doble. Las cifras de la macro-economía y de la macrosociedad que están en la Constitución son también las que deciden la naturaleza de un país.

Por eso es tan importante que ustedes hayan iniciado con este ejercicio el estudio por la vía de la salud, de la política económica de Estado que tanto preocupa a nuestro Gobierno.

Yo diré que, para terminar, que me parece muy afortunada la selección de los temas que componen la agenda de este Encuentro, la definición del Derecho, su composición y naturaleza de ese Derecho y de los Agentes del Estado responsables de velar por su ejercicio, de ahí que estudien el 4o. y la Fracción correspondiente del 73, el tema permanentemente aplazado de la Reforma Integral del Sector Salud en el país, el análisis de los modelos vigentes de atención de la salud, yo diría el estudio comparado de los modelos que están surgiendo en el mundo.

El tema de la distribución y complementación de responsabilidades dentro de sectores públicos, privados y sociales.

Y el tema, el tema del Ejercicio Médico, de la ética, de la protección a la salud, y la gran cuestión del Sistema Unico de Salud que es un asunto del que se habla desde los años cincuenta, que existen los estudios desde los años sesenta y primeros setenta, y que nos pasa como con el Registro Nacional ciudadano, sabemos que todos tenemos que estar en el Registro pero nunca acabamos de completarlo.

Yo quiero hacer a todos ustedes, que conocen a fondo esta materia, que han dedicado sus vidas al estudio y a la práctica de la Medicina y de las Ciencias de la Salud, para que nos entreguen, como todos esperamos de ustedes, una reflexión

madura, capaz de convertirse en acción legislativa y en acción política.

Yo estoy cierto de que si dos son los grandes pilares sobre los que reposa el futuro de un pueblo, el tipo de sociedad que entre todos se construye; esos dos pilares son la salud y la educación de un pueblo.

Ojalá y pronto tengamos mejores vientos en la nación, ojalá y pronto se entienda que más allá de las contingencias de una globalización unilateral de las imposiciones que nos vienen también de la otra cara de la moneda que es la aceptación sumisa de lo que desde afuera se nos sugiere, no nos hagan olvidar de que nuestro país tiene una estructura constitucional que podemos siempre renovar y perfeccionar pero que esa estructura constitucional es la que le da sentido a nuestro país y es la que mantiene la unidad y la cohesión entre los mexicanos.

Ojalá y muy pronto el ejercicio al derecho a la salud sea una conquista efectiva del pueblo mexicano.

Dicho lo anterior, me es muy grato DECLARAR INAUGURADOS LOS TRABAJOS DEL FORO NACIONAL SOBRE EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD, HOY DIA 30 DE JULIO DE 1998, SIENDO LAS DIEZ DE LA MAÑANA. MUCHAS GRACIAS.

Conferencias Magistrales

“El Derecho a la Salud y la Reforma de la Seguridad Social”

Maestra Asa Cristina Laurell*

1. Introducción

Realizar hoy un foro sobre el derecho a la salud es muy oportuno. Significa que la Cámara de Diputados asume plenamente su papel de promotor de la reflexión colectiva e informada sobre las principales preocupaciones de la sociedad mexicana como paso necesario en la elaboración de iniciativas de ley. Significa legislar con los ciudadanos y ciudadanas de cara a la sociedad y en bien de la nación.

Para algunos puede parecer superfluo poner a debate el derecho a la protección de la salud; puede parecer actualizar un tema sobre el cual existe un amplio consenso social respecto a un derecho que ya está consagrado en la Constitución. A pesar de estos dos hechos, la discusión tiene gran actualidad porque el Programa de Reforma del Sector Salud y la nueva ley del Seguro Social se basan en una nueva concepción que restringe este derecho. Es, por ello, urgente socializar la información sobre los cambios en marcha para que la ciudadanía pueda manifestarse sobre ellos con conocimiento de causa y orientar la acción legislativa.

Con el propósito de contribuir al debate dividiré mi intervención en tres partes. En la primera se

* Médico Cirujano por la Universidad de Lun, Suecia. Investigadora titular de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco. Maestra en Salud Pública por la Universidad de California, E.U.A. Doctora en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México.

aborda el derecho a la salud en una perspectiva histórica, enfatizando su relación con los valores de la sociedad moderna, la ética y la acción pública. La segunda parte está dedicada a la salud como necesidad humana irreductible y base necesaria de la libertad positiva, que es, a la vez, objetivo y condición de una sociedad democrática. En la última parte se analizan a la luz de estas consideraciones los rasgos principales de la reforma de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y sus implicaciones para los principios fundantes de esta institución: su carácter público, solidario, equitativo, integral y gratuito al usar el servicio.

2. El derecho a la salud, un derecho social constitutivo de la sociedad moderna

La prueba de que el derecho a la salud (al disfrute del más elevado nivel de salud) es un valor social casi universalmente aceptado, es su inclusión entre los derechos humanos reconocidos (como derechos universales) por la ONU (Naciones Unidas, 1973). El vínculo directo de la salud con la preservación de la vida y la existencia misma del individuo, le confiere una connotación ética profunda. Este trasfondo moral del derecho a la salud explica por qué no fue cuestionado durante medio siglo sino visto como un objetivo a alcanzar y de interés general para la sociedad. De allí se derivan su elevación a rango constitucional, bajo la forma concreta del derecho a la protección de la salud, y su conversión en objeto de la acción pública. Sin embargo, la adopción de la ideología sobre el mer-

cado como valor absoluto y único principio rector del quehacer económico y social, nos regresó a cuestionamientos de los derechos sociales ciudadanos conquistados durante el siglo XX (Berlin-guer, 1995).

La salud y, particularmente, la enfermedad han sido una preocupación humana de todos los tiempos y todas las culturas. De ello ofrecen abundantes testimonios las religiones, las artes y las ciencias. Sin embargo, la idea del **derecho** a la salud está ligada al reconocimiento de que todos los hombres y todas las mujeres tienen igual valor (Whitehead, 1994) y al reconocimiento del valor intrínseco de la persona y de la vida humana; definición ético-valorativa constitutiva de la modernidad (Therborn, 1995).

La concreción del derecho a la salud parte entonces de principios éticos y de equidad y ha tomado la forma de un derecho social de los ciudadanos: el derecho a la protección de la salud. Cabe subrayar que el establecimiento de un derecho supone necesariamente definir un sujeto obligado a garantizarlo. Cuando se trata de un **derecho social ciudadano** este sujeto no puede ser otro que la misma sociedad a través del Estado. Cabe añadir que esta obligación estatal se sustenta además en un hecho empírico: el mercado no ha podido garantizar la realización de este derecho.

El contenido ético y equitativo del derecho a la protección a la salud y la obligación estatal de garantizarlo permite concluir que este derecho significa el acceso igual a la atención existente ante la misma necesidad, o sea, igual utilización de servicios de la misma calidad ante la misma necesidad (Whitehead, 1992) y la obligación de la sociedad de aportar los recursos necesarios para cumplirlo a través de acciones e instituciones públicas. Puede argumentarse que el cumplimiento del derecho a la protección de la salud compite con otros derechos por los recursos colectivos de la sociedad y, por ello, resulta en la práctica necesariamente limitado. Ante ello, es posible sostener que el derecho a la salud ocupa un lugar especial entre los derechos ya que corresponde a una necesidad humana, absoluta y transhistórica, más allá de la cultura y los valores de una sociedad concreta.

3. La salud como necesidad humana universal

Se considera a la salud como una necesidad humana (Doyal y Gough, 1991) porque carecer de ella significa un daño serio y sufrimiento de la persona, lo que le **impide desarrollar sus capacidades y potencialidades y tener una participación social plena**. A esta necesidad corresponden satisfactores como la atención integral de la salud y otros —algunos de ellos también reconocidos como derechos (nutrición, educación, vivienda, medio ambiente sano, trabajo creativo y no-peligroso)— que garanticen el desarrollo pleno de capacidades y potencialidades humanas, individuales y colectivas. Interesa subrayar que mientras esta necesidad es universal sus satisfactores son histórico y culturalmente específicos.

Si aceptamos que la sociedad sólo puede exigir la plena participación social y el óptimo esfuerzo a sus miembros a condición de que les garantice las condiciones necesarias para esta participación, resulta ineludible la obligación de todos a contribuir a este objetivo. También por esta vía se llega entonces a establecer que la satisfacción de la necesidad humana “la salud” es un derecho de los individuos y una obligación de la sociedad garantizada a través de un contrato social de derechos y obligaciones que implica la reciprocidad ética o moral entre sus miembros.

Esta dimensión del derecho a la salud lo vincula con la construcción de una sociedad democrática porque ésta exige la plena participación social de los ciudadanos garantizándoles las condiciones necesarias para ello, o sea, una libertad positiva (Holden, 1993). Nuestra crítica situación social revela que la adopción del principio de libertad negativa, o sea la libertad del individuo para hacer lo que desea sin interferencia del Estado, dejaría a la absoluta mayoría de las personas desprovistas de las condiciones necesarias para participar plenamente en la vida social.

Si se concibe al estado, no como un aparato monolítico autoritario y represivo, sino como un espacio de confrontación de intereses y de forja de acuerdos de cierta durabilidad entre las fuerzas en conflicto, así como un instrumento contra y a través del cual se puede realizar los derechos sociales

y el interés común, la idea de la libertad positiva corresponde mucho más al contenido sustantivo de la democratización plena de la sociedad. Resulta evidente que la libertad sin condiciones mínimas de sobrevivencia impide la participación en los procesos democráticos además de constituirse en una amenaza a la democracia por la falta de legitimidad política y cohesión social (Zermeño, 1995; George y Wilding, 1994).

4. El derecho a la salud cuestionado

Con esta experiencia histórica y cúmulo de argumentos ¿cómo explicar el surgimiento de una serie de cuestionamientos del derecho a la salud y a su protección y cuáles son éstos? La razón de fondo es un cambio en la concepción dominante no sólo sobre la salud sino sobre cómo organizar la sociedad y cómo producir el bienestar expresado en la ideología neoliberal y llevado a la práctica por la Nueva Derecha (George y Wilding, 1994). Su premisa es que el mercado es el mejor distribuidor de los recursos y, por tanto, éste debe ser el principio organizador de toda la vida social. Así mismo considera como responsabilidad del individuo satisfacer sus necesidades sociales en la familia y a través del mercado. La salud es, en esta perspectiva, un bien privado transable en el mercado y una responsabilidad individual. La excepción, que justificaría la acción estatal, es la imposibilidad económica de algunas familias de satisfacer sus necesidades de salud a través del mercado (Atkin, 1987; Banco Mundial, 1993). A éstas se les debe proporcionar un mínimo de servicios de salud pública y clínicos gratuitos pagados por el Estado. Como se observa esta visión cuestiona la esencia misma del **derecho** a la protección de la salud y la obligación de la sociedad de garantizarlo a través de la acción pública; cuestión que tiene profundas implicaciones sobre la política de salud y su contenido ético y sobre la definición de conceptos como equidad, universalidad, solidaridad, etc.

Los cuestionamientos concretos esgrimidos para impulsar la reforma del sector salud generalmente no son conceptuales precisamente porque irían en contra de valores sociales muy arraigados y despertarían conflictos. Por ello, los cuestionamientos tienden a centrarse en temas o problemas prácticos. El primero de ellos se refiere a la ineficiencia

de las instituciones públicas y la deficiente calidad del servicio. El segundo se refiere a la imposibilidad de proporcionar todos los servicios a todas las personas por el costo que implicaría, o sea, versa sobre el financiamiento de los servicios de salud. El tercero es la constatación de la inequidad en el acceso y el déficit de cobertura.

Para resolver estos problemas se propone entonces eficientar los servicios introduciendo mecanismos de mercado y la competencia entre el sector público y privado; definir explícitamente paquetes o planes de servicios y fijar su costo; universalizar la cobertura de un Paquete Mínimo de Salud, en el caso de México con 13 componentes, definido en función de su costo-efectividad y un techo presupuestal bajo y rígido. Es decir, so pretexto de una solución pragmático-técnica se rearticula el sistema de salud bajo una lógica mercantil, se reduce la responsabilidad del Estado en salud y se redefine la universalidad y la equidad, dándoles el significado de acceso igual y universal a un conjunto de servicios totalmente insuficientes y de bajísimo costo.

5. La reforma de los servicios médicos del IMSS

Estos son los planteamientos que guían el *Programa de Reforma del Sector Salud* (Poder Ejecutivo Federal, 1996) de nuestro país. La vertiente de mercantilización-privatización se expresa con más nitidez en el proyecto de reorganización corporativa de los servicios médicos del IMSS, plasmado en el documento *Mexico: Health System Reform* (World Bank, 1998), o sea en el preconvención entre el gobierno mexicano y el Banco Mundial para la contratación de un préstamo de 700 millones de dólares.

Los dos objetivos básicos que se persiguen son contener costos para no desequilibrar las finanzas públicas e introducir la lógica de mercado para la asignación de los recursos de salud, primero dentro del IMSS y, una vez fortalecido el sector privado, como principio general del sistema de salud.

La reorganización de los servicios de salud del IMSS parte de la separación de las funciones de normatividad, financiamiento y prestación de servicios. En adelante, la administración central de

éste sólo recaudará las cuotas y normará las actividades de otras instancias.

Las cuotas o primas de los seguros de salud del IMSS (Enfermedad General y Maternidad, Salud para la Familia, riesgos de Trabajo y de jubilados) serán trasferidas a un organismo autónomo, el Fondo Solidario de Salud (FSS), que tendrá dos funciones básicas: fijar y mantener el "techo financiero" y pagar al administrador de la salud. Lo primero significa establecer el gasto máximo permitido y cuidar que no sea rebasado. Es decir, el FSS tiene la facultad de establecer el monto a gastar por derechohabiente y amortiguar las fluctuaciones en los ingresos del IMSS. La segunda función del FSS es transferir recursos financieros con el método de "capitación" (pago por afiliado) a las administradoras de salud, públicas y privadas, y eventualmente compensar sus gastos extraordinarios.

Para que el FSS pueda mantener este funcionamiento es necesario definir qué servicios serán cubiertos por el SEM y SSF, el llamado *Paquete Comprensivo de Servicios de Salud*, y su costo. Dado que este Paquete excluye una serie de servicios se debe establecer un seguro voluntario adicional —público o privado— para cubrirlos.

La tarea de organizar la atención a la población asegurada, prestando los servicios directamente o subrogándolos, corresponderá a las Organizaciones Administradoras de Servicios de Salud (OAS). Para ello reciben recursos financieros del FSS cuyo monto se determina sobre la base del número y tipo de sus afiliados. Las OAS, copiadas de las llamadas HMOs (Health Maintenance Organizations) estadounidenses, se caracterizan por ser empresas económicamente autosostenidas que compiten entre ellas por los "clientes". En un inicio estas "empresas" son las Zonas Médicas (ZM) del IMSS que prestarán servicios del primer y segundo nivel y contratarán servicios especializados con los Hospitales de Especialidad del IMSS, también concebidas como empresas autosuficientes. Sin embargo, se impulsarán activamente las OAS privadas y algunas deben de estar funcionando en el mercado antes del año 2000. Las OAS privadas competirán en igualdad de condiciones por los afiliados y tendrán el mismo derecho de recibir fondos del FSS y contratar servicios con los Hospitales de Especialidad. Se transitará así rápidamente de la fase de

"mercados internos" al mercado libre donde los asegurados se afiliarían a las OAS de su elección.

Las OAS, sean éstas las ZMs del IMSS o las privadas, tendrán autonomía administrativa para eficientar su operación y abatir los costos. Las únicas reglas que las regirán son la obligación de proporcionar los servicios incluidos en el Paquete y cumplir algunas normas de calidad. En el caso de las ZMs esto significaría que puedan prestar los servicios o subrogarlos parcial o totalmente con terceros; hacer reajustes de personal, cambios de su adscripción o introducir estímulos de productividad; etc. La condición de sobrevivencia de las OAS es atraer afiliados, no sobrepasar el techo presupuestal y poder generar ganancias o excedentes.

El tránsito del actual sistema al modelo mercantil constituye una reforma regresiva que desvirtúa la esencia de la seguridad social mexicana, pública, solidaria, equitativa y gratuita al usarse. Lleva al virtual desmantelamiento del IMSS y a la desarticulación de su sindicato; restringe los servicios proporcionados e introduce un pago adicional para alcanzar la cobertura completa; Incrementa el gasto fiscal en salud, manteniendo y acentuando la inequidad en el acceso a servicios de calidad; y promueve la industria privada de la salud.

Los primeros perjudicados por la reforma son los afiliados al IMSS. La definición de un *Paquete Comprensivo de Servicio de Salud* restringe el acceso a los servicios y elimina, por tanto, el acceso en función de la necesidad que hasta hoy ha sido un principio básico del IMSS. La exclusión de servicios y la introducción de un seguro adicional para cubrirlos condiciona el tipo de acceso a la capacidad económica de los asegurados; hecho insólito en el instituto y violatorio del principio de solidaridad.

La fijación de un techo presupuestal rígido y el pago capitado a las Organizaciones Administradoras de Servicios de Salud (OAS) pueden, así mismo, provocar problemas serios reconocidos en la literatura: se ahorran recursos a costa de la atención adecuada y necesaria del paciente; se cobra un cargo extra para dar la atención requerida; se reduce paulatinamente el contenido de servicios del Paquete; se introduce un copago; o se sustituye el Paquete por bonos de servicio (Bodenheimer, 1990; Denny, 1993; Working Group on

Managed Competition, 1994; Cohn y Elfas, 1996). Se prevé además introducir Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) para normar y costear los procedimientos médicos que son un instrumento gerencial de control de costos, extensamente usado por los HMOs para incentivar el ahorro de recursos, lo que tiende a hacerse a costa del tratamiento integral del paciente (Salmon, 1990; Light, 1994; Jersilow et al, 1995).

Otra supuesta ventaja para los afiliados, la libre elección de su Zona Médica (ZM) o una OAS privada, es en la realidad muy limitada. Este derecho sólo se puede ejercer donde están concentradas geográficamente varias ZM o OAS, o sea en las grandes ciudades o en regiones económicamente prósperas con altos índices de aseguramiento. Es más, la competencia sobre la base de una alta demanda efectiva tiende a perjudicar a las regiones pobres y escasamente pobladas porque se cierran instalaciones por incosteables (Diderichsen, 1995); problema que la actual distribución de recursos del IMSS ha sorteado con relativo éxito (Laurell y Ruiz, 1996). Por otra parte, tal como están concebidos los convenios de reversión de cuotas, la elección de la opción privada no es una decisión individual sino de la empresa con el consentimiento del sindicato.

Es de reconocer que hay un intento real por evitar que las OAS maximicen sus ganancias haciendo una "selección adversa", o sea quedándose con la población sana y rechazando la población de alto riesgo, por medio del pago capitado, los mecanismos de compensación y el traslado colectivo de afiliados a la opción privada. Sin embargo las evidencias empíricas de otros países (Salmon, 1990; Banco Mundial, 1993; Bodenheimer, 1995; Vergara, 1997), muestran el poco éxito de este esfuerzo teniendo un esquema competitivo de mercado ya que resulta imposible obligar a los privados a asumir la atención de personas de alto riesgo de enfermar. Su negocio consiste precisamente en evitarlas.

Más allá de las desventajas para los afiliados al seguro social, la reforma tiene el grave defecto de mantener un sistema de salud dual con un subsistema para la población no-asegurada y sin capacidad de pago, y otro para la asegurada o con recursos económicos. Es decir, no plantea la universalización del derecho a la salud e, incluso, se

restringirá la inscripción al Seguro de Salud para la Familia para no incrementar el costo fiscal de la reforma. De esta manera, se estima que en el 2010 los servicios de salud del seguro social sólo estarán al alcance de entre el 40 y 60% de la población. Además es de señalar que el costo del SSF, alrededor de 2 mil pesos anuales pagados por anticipado, está fuera del alcance de una parte importante de la población.

La reforma prefigura así una creciente estratificación en el acceso a los servicios en perjuicio de la población con menos recursos económicos y residente en regiones geográficas rezagadas: la población pobre no-asegurada sólo tendrá derecho al raquítico *Paquete de Servicios Básico*; los asegurados sin posibilidad de pagar el seguro adicional sólo contarán con el *Paquete Comprensivo de Servicios de Salud*; los asegurados con seguro adicional con un paquete ampliado; y las personas de altos ingresos con una cobertura variable de servicios ofrecidos por los seguros privados. La reforma propuesta profundiza, de esta manera, notablemente la inequidad y desigualdad en salud.

La retórica oficial sobre el importante incremento en la aportación estatal al financiamiento del seguro social carece de sustancia vista desde esta institución y desde el sistema de salud en su conjunto. Esta aportación, calculada en alrededor del 0.85% del PIB, sólo aumenta los ingresos del IMSS en un 5% porque en el nuevo esquema la cuota obrero-patronal disminuye casi proporcionalmente (Laurell, 1997). Cabe una pregunta: ¿Cómo promueve la equidad un subsidio a la cuota patronal semejante al presupuesto total de la SSA? Pocos se opondrían a un incremento en el gasto público en salud ni a que inicialmente se dedicara a fortalecer y ampliar los servicios de la seguridad social que, en cualquier esquema de universalización de los servicios, tendrán que desempeñar un papel central. Sin embargo, dedicar recursos públicos a una reforma que, por un lado, restringe los servicios de los asegurados y, por el otro, adolece de una estrategia de universalización de la cobertura, no parece estar justificado y menos en nombre de la equidad.

Otra pérdida para la nación es el desmantelamiento gradual e irreversible de infraestructura pública de salud y su redistribución en función de

la demanda efectiva. Aunque la propiedad de las instalaciones quedara con el IMSS, la conversión de las ZM y hospitales de especialidad en empresas autónomas regidas por una lógica mercantil choca con la lógica pública que obedece al interés general de satisfacción de necesidades y garantía de derechos. Y las empresas privadas, por su propia naturaleza, no pueden asumir esta lógica pública.

La reforma favorece claramente a la iniciativa privada con la apertura y fuerte impulso a tres ámbitos de negocios privados: la gestión del financiamiento de salud y la organización de sistemas de atención; la prestación privada de servicios médicos; y la venta de seguros adicionales de salud. El sector privado tendrá por vez primera libre acceso a los fondos de salud de la seguridad social vía reversión de cuotas o mediante las OAS, así como a la infraestructura y saber especializados en los hospitales de especialidad mediante contratos de compra de servicios en las mismas condiciones que las ZM. En este nuevo contexto estos empresarios se convertirán en interlocutores privilegiados para la formulación de la política de salud y seguramente defenderán sus intereses particulares (Barer, Marmor y Morrison, 1995).

Las experiencias de la gestión autónoma con "compra-venta de servicios" o competencia interna y la apertura a los empresarios privados como alternativa para eficientar los sistemas públicos de salud, demuestran que tienden a reproducir los problemas de los sistemas privados: incremento explosivo de costos; restricción de servicios y aparición de seguros privados y, como resultado, una inequidad desconocida en el acceso; redistribución de los recursos, discriminatoria para regiones y grupos económicamente desfavorecidos; concentración de recursos en manos de los proveedores privados en detrimento de los prestadores públicos; tendencias fuertes de "selección adversa"; déficits de transparencia y falta de rendición de cuentas sobre sus actos, etc. (Glennister y Matsaganis, 1994; Diderchsen, 1995; Health Policy Network, 1995; Dahlgren, 1994; Iriart et al, 1995; Vergara, 1997; Cárdenas, 1997).

Finalmente cabe la advertencia de que la reforma puede fracasar y ser abandonada, no por la acción de sus opositores sino simplemente por estar mal concebida dentro de su propia lógica y de

cara a una realidad terca y ajena a los propósitos y buenos deseos de los creyentes en el libre mercado. Otras experiencias señalan que las fracturas, rupturas y nuevos actores producidos por una reforma fallida dificultan retomar el camino sobre la base de la satisfacción universal de necesidades de salud mediante la acción pública. La destrucción de instituciones es rápida, su reconstrucción requiere de muchos recursos y tiempo.

Resulta preocupante que de esta manera se pretenda someter el sector salud a un cambio sistémico de carácter irreversible por razones eminentemente doctrinarias y a contracorriente de la experiencia histórica y empírica acumulada durante décadas. Aunque el peso específico de los servicios de salud en el mejoramiento de las condiciones colectivas de salud sea un tema a debate, no se puede suponer que es irrelevante (Bodenheimer, 1995). Es además un hecho incontrovertible que en la sociedad contemporánea es valorado como un derecho importante disponer de estos servicios ya que puede significar la diferencia entre la vida y la muerte; entre la restricción de la capacidad física o mental y el pleno despliegue de estas capacidades, entre la dignidad de la persona y una condición humillante.

Si esto se acepta, parece razonable exigir que, al diseñar las reformas en salud, se respeten las normas éticas mínimas y universalmente aceptadas en el campo médico como son el "consentimiento informado" y la toma de decisiones conforme el "estado actual del conocimiento y la experiencia probada" (Berlinguer, 1996). No parece haber ninguna razón de eximir la reforma, que involucra la atención a la salud de la mayoría de la población, de las mismas reglas éticas que se consideren para los individuos. En este caso, el "consentimiento informado" no puede ser sino un amplio e informado debate público que lleve a una reforma cuyo contenido y prioridades se fundamenten en el conocimiento científico y respeten los valores sociales prevalecientes. Entiendo que este es el espíritu de este foro organizado por la Cámara de Diputados.

Mi propuesta es que se promueva una reforma progresiva y democrática basada en la **satisfacción de la necesidad humana "la salud" bajo la lógica del concepto del derecho a la protección de la salud**. Esto significa:

- precisar el contenido del artículo 4o. constitucional para dejar claro que este derecho significa el derecho a servicios integrales de salud en sus tres niveles y la obligación del Estado de garantizarlo;

- partir de la definición de las necesidades en salud e ir en búsqueda de los recursos para satisfacerlas; si priorizamos a la salud podemos tenerlos sin sacrificar otros objetivos sociales;

- usar invariablemente criterios éticos y de equidad para fijar prioridades y sólo en la elección entre opciones emplear el criterio de costo-efectividad; y

- dedicar recursos a la salud con la finalidad de satisfacer las necesidades humanas y desarrollar capacidades y potencialidades, colectivas e individuales, sin las cuales no se puede alcanzar una sociedad productiva, democrática y libre.

“El Derecho a la Salud y la Reorganización de los Sistemas de Salud que Atienden a la Población no Derechohabiente”

Dra. Oliva López Arellano*

Introducción

La reforma de la salud y la seguridad social en México, se da en un marco de procesos globales de reorganización capitalista, en donde el desarrollo científico-técnico, posibilita una modernización de procesos productivos que imponen nuevos modelos de uso y de exclusión de la fuerza de trabajo. La precarización del empleo, la flexibilización laboral y el desempleo estructural son característicos de este momento. En este proceso de reorganización mundial, se erosionan los estados-nación y se articulan espacios supranacionales de decisiones económico-políticas.⁽¹⁾ Esta reorganización capitalista entraña contradicciones y límites de la modernización globalizada, redefinición de las relaciones estados-mercados y estados-sociedades y la conformación de megaproyectos sociales en donde la destrucción de los derechos sociales es un punto esencial.

En esta redefinición global, la política social asume un papel residual y las políticas de salud restringen la acción pública a modelos asistencia-listas y selectivos que se concretan a través de paquetes de servicios básicos, justificados desde

* Médica, Cirujana y Partera, Maestra en Medicina Social, candidato a doctor en salud pública, Profesor titular de tiempo completo en la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco.

una perspectiva tecnocrática, en donde nuevos actores como las agencias financieras multinacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo), asumen un papel protagónico.⁽²⁾

En este contexto internacional, el gobierno mexicano —bajo el argumento de la globalización y la necesaria modernización del Estado— ha instrumentado desde 1982, una reforma que entraña una redefinición de las relaciones Estado-sociedad y Estado-mercado, replanteando la política social.

En esta redefinición, la política social asume un papel subordinado de instrumento económico y/o de administración de la pobreza⁽³⁾ y las políticas de salud —con el argumento de hacer más eficiente al sector— se bifurcan en dos estrategias polares pero complementarias: la mercantilización de lo público rentable⁽⁴⁾ y la neobeneficencia sanitaria⁽⁵⁾, que limita el quehacer estatal a la implementación focalizada de intervenciones sanitarias costo-efectivas.⁽⁶⁾

Estos rasgos de la política de salud conducen al deterioro de los servicios públicos de atención médica, producen el desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reducen la limitada eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales y potencian la regresión sanitaria producto de las estrategias neoliberales para remontar la crisis económica. En México, en el presente

sexenio, las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la propuesta de reorganización de los servicios de salud que atienden a población no derechohabiente son ilustrativas de la bipolaridad de la reforma y de la destrucción de derechos.⁽⁷⁾

La reestructuración transexual del sistema de salud mexicano

La propuesta de modernización de la política social pretende racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar al máximo la prestación de los servicios, limitando sus intervenciones y redefinir las poblaciones objeto de su quehacer.⁽⁸⁾ Por una parte, se fomenta la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y se plantea su regulación a través de las fuerzas oligopólicas del mercado y, por otra, se profundiza la acción selectiva del Estado a través de programas de administración de la pobreza extrema, que en cierto modo, reeditan la beneficencia decimonónica.

El sexenio de Miguel de la Madrid (1982-88), constituye un periodo de transición que sienta las bases para la modernización del Estado. La política de salud —como ámbito particular de la política social— también se redefine. La contradicción existente entre el aumento de costos para la atención médica, el decremento del presupuesto asignado al sector y la necesidad de rearticular la intervención del Estado mexicano, responsable de una parte importante del financiamiento y de la producción de servicios de salud, conducen —en 1983— a la explicitación de una propuesta modernizadora para reorganizar al Sector Salud.⁽⁹⁾

Para este fin, se eligen cinco estrategias,⁽¹⁾ que tienen como propósito la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS), para incrementar la eficiencia de los servicios y racionalizar los recursos. El propósito general del SNS es tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad y

una mejoría en el nivel de salud de la población.⁽¹⁰⁾ Para avanzar en este objetivo se realiza una intensa actividad legislativa, cuyo punto de partida es la modificación del artículo 4o. que eleva a rango constitucional el derecho a la protección de la salud⁽¹¹⁾ y la aprobación de la Ley General de Salud que entra en vigor en julio de 1984.

A pesar de ser una propuesta viable para reordenar el sector, el SNS se debate entre los límites impuestos por el proyecto neoliberal (disminución del gasto social, apertura de nuevos espacios para la acumulación de capital, privatización selectiva, desregulación) y los procesos de legitimación y búsqueda de consensos (derecho ciudadano a la protección de la salud, atención a grupos más desprotegidos, universalización de la cobertura de los servicios de salud, aumento de la calidad de la atención, etc.). Así, los planteamientos iniciales sobre la protección de la salud como derecho de todos los mexicanos, se desvirtúan al prevalecer la lógica modernizadora neoliberal en la conformación del SNS. Esta dinámica se expresa con claridad en el financiamiento, la descentralización y la privatización selectiva de los servicios.⁽¹²⁾

En el periodo salinista (1988-1994) se asumen plenamente las tesis neoliberales en un contexto de profunda crisis política. El gobierno de Salinas de Gortari avanza velozmente en el proyecto modernizador neoliberal y enfrenta la crisis política mediante un discurso “solidario” que progresivamente será definido como liberalismo social.

El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) es la versión más acabada de la política social asistencialista y centralizada. Este programa se caracteriza por el manejo discrecional de los recursos y la focalización de las acciones, ambos ligados a los intereses electorales del Partido Revolucionario Institucional (“castigo”, “premio” o recuperación de electores). En él se propicia una relación casi directa entre la figura presidencial y la población pobre, violentando incluso las propuestas descentralizadoras y de fortalecimiento del pacto federal que buscaban sentar nuevas bases geopolíticas para el desarrollo de la política social.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ En este sexenio se edita un populismo de nuevo tipo que no interfiere con el desarrollo del proyecto de modernización económica y que simultáneamente, mediatiza el descontento social exacer-

(1) 1) modernización administrativa, 2) sectorización, 3) coordinación intersectorial, 4) descentralización y, 5) participación comunitaria.

bado en los últimos años por el deterioro de las condiciones de vida de la mayor parte de la población. La intervención del Estado se produce por demandas populares, pero los beneficios son materializados como privilegios o concesiones y no como derechos. ⁽¹⁵⁾ Se refuerza la atención masificada y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza sino parte de los servicios de primer nivel. En “compensación”, son en estos grupos donde se focalizan los programas de autocuidado y de educación para la salud⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾, por ejemplo, las acciones del Pronasol cuya variedad de actividades y recursos limitados ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾ dan una respuesta más ideológica que resolutive.

El énfasis sobre el autocuidado, la responsabilidad individual en la generación de la enfermedad (culpar a la víctima) y los programas para el fomento de la cultura en salud, orientados hacia los grupos más vulnerables que carecen de otras opciones de atención, caracterizan al Programa Nacional de Salud 1990-1994.⁽²⁰⁾

La focalización de los recursos y las acciones se justifican con un discurso sobre los beneficios de una aplicación selectiva de los recursos económicos en términos del gasto social⁽²¹⁾, que —según la visión oficial— a pesar de la crisis mantienen el acceso de los grupos más vulnerables a los servicios de salud.⁽²²⁾

Así, en la década de los 80's y primera mitad de los 90's, en forma paralela a un discurso oficial que proclama la universalidad, la equidad y la solidaridad en la atención a la salud, los servicios y programas transitan de propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de medidas epidemiológicas puntuales dirigidas a la población pobre. El proceso de reorganización sanitaria y más específicamente la descentralización de los servicios de atención a población abierta juegan un papel muy importante en esta transformación, por lo que las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (fundamentalmente la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad), se constituyen en la punta de lanza de esta estrategia de neobeneficencia sanitaria.⁽²³⁾

La reforma zedillista en salud

La reforma de la salud y la seguridad social iniciada en 1982 e impulsada en el gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994), vive en el presente sexenio una fase de continuidad y profundización a través de dos vertientes: las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que sustituye la concepción constitucional pública, solidaria redistributiva e integral de la seguridad social, por otra individualista con una fuerte tendencia privatizadora; y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, contenidas en la propuesta de reforma del sector salud.

La reforma del subsistema de salud que atiende a población no derechohabiente es complementaria a la modernización neoliberal de la seguridad social. En ella se plantea —en base a las directrices banco mundialistas— que los fondos públicos deben canalizarse a financiar únicamente servicios básicos y, permitir y alentar la conformación de mercados estables en donde la resolución de las necesidades de atención se realice en forma privada.⁽²⁴⁾

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, propone a la descentralización de los servicios de salud y a la implementación de un paquete de servicios básicos, como ejes centrales para la reorganización de los servicios de atención a población sin seguridad social.⁽²⁵⁾

El proceso de descentralización propuesto como eje de la reforma del sector salud —al igual que su antecedente de los años ochenta— plantea la entrega de las unidades de la Secretaría de Salud (Ssa) y del Programa IMSS-Solidaridad a los gobiernos estatales, con el propósito de conformar Sistemas Estatales de Salud (SESA)⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾; reedita las consideraciones sobre las necesidades y ventajas de descentralizar y expresan objetivos semejantes a los enarbolados en aquel periodo (1984-1988).⁽²⁸⁾ Sin embargo, está ausente un balance crítico sobre lo ocurrido con las 14 entidades federativas que se descentralizan entre 1985 y 1987, en donde en realidad lo que se concreta es una desconcentración operativa y contra lo planteado en el discurso, se agudizan diversos problemas en el sector salud.

La insistencia neoliberal en la selectividad de la acción pública en salud, no se limita a las acciones puntuales, sino que incluye también a las poblaciones. Así, se propone restringir la actividad a los grupos pobres y al interior de la población así etiquetada, focalizar, aún más, su quehacer en algunos subgrupos. Las propuestas de capacitación e información a las mujeres pobres,⁽²⁹⁾ los programas para fomentar la escolaridad de las niñas pobres⁽³⁰⁾ y el tratamiento de enfermedades comunes graves de la población infantil pobre⁽³¹⁾ se inscriben en la lógica de que los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, dirigidos fundamentalmente a la población pobre.⁽³²⁾⁽³³⁾

En México se determinaron inicialmente 12 acciones constitutivas del paquete de servicios básicos, que se limitan a: saneamiento básico a nivel familiar; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, así como, participación social;⁽³⁴⁾ recientemente se incorporó una intervención más: prevención de cáncer cérvico-uterino.

Esta propuesta contrasta con la perspectiva integral que enarbola los principios básicos de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) y que sustenta, por ejemplo, la creación del IMSS-Solidaridad, en donde la salud se concibe como resultado de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y plantea su modificación, no sólo a través de la acción médica, sino también y esencialmente, por medio del quehacer sanitario y la transformación social.⁽³⁵⁾ Concepción que se concreta en un conjunto de servicios y opciones de atención de 1o. y 2o. nivel, para la población históricamente más excluida (campesinos pobres e indígenas). En sus etapas de mayor desarrollo este programa incluía: "atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud ..(con servicios de).. consulta externa, asistencia farma-

céutica, atención materno-infantil y planificación familiar, educación para la salud, orientación nutricional, promoción del saneamiento, inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles"⁽³⁶⁾. Así como, servicios de 2o. nivel de atención, en las clínicas-hospital de campo en donde se prestan servicios de: consulta externa de la especialidad de medicina familiar, medicina preventiva, atención odontológica, asistencia farmacéutica, consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina (ginecobstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna).⁽³⁷⁾

En este proceso de reforma existen problemas de diverso orden, desde la ausencia de un balance crítico del proceso descentralizador de los ochenta, ⁽³⁸⁾ hasta la definición vertical de un paquete básico para todo el país, que no corresponde a la complejidad sociosanitaria,⁽³⁹⁾ que contradice algunos objetivos de la descentralización⁽⁴⁰⁾ y que seguramente se limitará a desconcentrar la aplicación del paquete, reduciendo las decisiones del nivel local a "quitar, poner o sustituir" algunas de las 13 intervenciones predefinidas.

En otros planos de análisis, la reforma instrumentada entraña retrocesos ético-políticos e institucionales. La concepción del bienestar social y la salud como bienes privados, la mercantilización del derecho a la salud, la bipolaridad al dividir a los ciudadanos en clientes o indigentes y el debilitamiento y fragmentación institucional que esto conlleva. Así como, la perspectiva tecnocrática como única racionalidad posible y la despolitización de procesos eminentemente políticos como la definición de prioridades; conforman en los hechos, la destrucción de la base ética y material para hacer realidad el derecho a la salud.

A manera de síntesis

En este proceso de modernización de la política social, la intervención del Estado se focaliza y se hace más selectiva, canalizando recursos en grupos o zonas problemáticas, se refuerzan los mecanismos autoritarios y el manejo clientelista y discrecional del financiamiento. Simultáneamente se propician formas de producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y se plantea su regulación a través de las fuerzas oligopólicas del mercado (nacional y extranjero) que

aparentemente garantizan una mayor eficiencia, aún a costa de aumentar la inequidad.

La recomposición del gasto social, la focalización de los recursos en zonas de importancia económica y/o política, la intervención selectiva a través de las acciones de combate a la pobreza extrema y la reorganización institucional con el fin de conservar un mínimo de servicios baratos y simplificados para los grupos más depauperados, delinean una política social de "neo-beneficencia". Si bien, no se está en presencia de un proceso de desmantelamiento global de las instituciones de bienestar social, su modernización conservadora entraña costos sociales sumamente elevados para las mayorías.

A partir de esta perspectiva, las acciones públicas para transformar las condiciones de salud de las poblaciones se limitan a aquellas intervenciones que modifican condiciones, capacidades y conductas individuales y/o familiares. Por ejemplo, la promoción de conductas familiares saludables y la modificación de estilos de vida, así como, al desarrollo de medidas puntuales en detrimento de las propuestas orientadas a construir un piso basal igualitario para la salud. Es decir, aquellas que plantean la modificación de las condiciones materiales de existencia, la elevación de la calidad de vida de los grupos sociales y el principio de ciudadanía como condición suficiente para acceder a la atención a la salud.⁽⁴¹⁾

Los ejes para hacer posible el derecho a la salud

- El bienestar y el desarrollo humano, individual y colectivo, son centrales en un proyecto nacional incluyente, por lo que las políticas sociales deben ser uno de los ejes de la reforma del Estado.

- Estas políticas sociales deben ser incluyentes, integrales y solidarias; no deben subordinarse a las políticas económicas, sino articularse a ellas.

- Una condición para que esto se dé, es transitar hacia un sistema de democracia integral, enfrentar la globalización subordinada y construir un proyecto distinto al neoliberalismo. La lucha por el derecho a la salud y por políticas de salud incluyentes es parte de la lucha por una nación digna y justa.

- Hacer realidad el derecho a la salud partiendo de reconocer que hay un problema estructural de base que no se resuelve con atención sanitaria, sino con alimentación, vivienda, servicios, condiciones adecuadas de trabajo y con nuevas relaciones de clase, cultura y género.

Notas

1. Soto E. Carrillo M.A. y Revueltas A. (Coordinadores). **Globalización, economía y proyecto neoliberal**. Col. Ensayos, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1995.

2. Banco Mundial. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud**, Washington, D.C. 1993.

3. Laurell C. Wences I. Do poverty programs alleviate poverty? The case of the Mexican National Solidarity Program. *Int. J. Health Serv.* 24(3):381-401

4. Laurell C. **La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud**. Documentos de trabajo 27, Fundación Ebert, México, 1991.

5. López O. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social?, en: Laurell C. (Coord.) **Estado y política sociales en el neoliberalismo**, Fundación Ebert/UAM-X, México, 1992.

6. Es importante reconocer que muchos de los problemas del sector fueron agravados por el ajuste estructural, pues a la segmentación y deformidad de origen del sistema de salud en México, se sumaron los costos de la modernización neoliberal que disminuyó los recursos financieros destinados a las instituciones públicas, fracturó los mecanismos redistributivos y sentó las bases para la desinstitucionalización de programas sociales, el desmantelamiento de las instituciones de bienestar social y la privatización selectiva.

7. López O. y Blanco J. La reforma del sector salud en México ¿transición o retroceso?, en: Veraza, J. (Coord.) **Consumo y capitalismo en la sociedad contemporánea. Problemas actuales de la subordinación real del consumo**, UAM-I, México, 1996.

8. López, O.: La política de salud en México (1982-1988). Una visión crítica. Tesis de grado, Maestría en Medicina Social, UAM-X, 1990.

9. Soberón, G. y col.: Hacia un sistema nacional de salud, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1983.

10. Soberón A. y J. Kumate (comp.) **La salud en México: Testimonios 1988. El cambio Estructural** Tomo I, Ed. Ssa y FCE, México, 1988, p. 48.

11. Secretaría de Salud: **Las reformas jurídicas para el SNS**, Cuadernos de la Ssa, No. 1, México, 1983.
12. López, O. y J. Blanco: **La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta**. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1993.
13. Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, México, 1984-1988.
14. González M. y R. Leyva. Economía política de la descentralización de la salud en México: un análisis comparativo de sus consecuencias en la planeación sectorial y regional. Centro de Investigaciones en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México, Julio de 1988, p. 11, Mimeo.
15. Fleury, S. "Ciudadanía, direitos sociais e Estado". 8a. Conferencia Nacional de Saúde, Brasil, S/F, doc. fotocopiado.
16. Kumate, Jesús: "Programa Nacional de Promoción y cuidado de la salud", Trabajo presentado en la Reunión del Gabinete de Bienestar Social del 5 de enero de 1989, México.
17. Programa Nacional de Salud 1990-1994, México, p. 15.
18. Consejo Consultivo del Pronasol: El combate a la pobreza: lineamientos programáticos, El Nacional, México, 1990.
19. Tercer Informe de Gobierno, *op. cit.*
20. PNS 90-94, p.15
21. *Ibid.*
22. PND 90-94, pp. 36-37.
23. López, O. y J. Blanco. **La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta**. *op. cit.*
24. Laurell C. y López, O. Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for Health. International Journal of Health Services, vol. 26 no.1, enero-febrero de 1996.
25. **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**, Poder Ejecutivo Federal, México.
26. Diario Oficial de la Federación, México, 8 de marzo de 1984.
27. Diario Oficial de la Federación, México, 24 de junio de 1985.
28. Ver por ejemplo, la justificación expuesta en el Programa Nacional de Salud, 1984-1988 y las razones mencionadas durante la ceremonia de firma de acuerdos y convenios para la descentralización de los servicios de salud, que hacen referencia a dejar atrás el centralismo, hacer efectivo el derecho a la salud, dar uso más eficiente al gasto social y atacar la marginación y la pobreza (versión stenográfica de las palabras del presidente Zedillo en el acto) La Jornada, 21 de agosto de 1996, p. 10.
29. Banco Mundial, *op. cit.* p. 43
30. Banco Mundial, *op. cit.* p. 49
31. Banco Mundial, *op. cit.* p. 117
32. Banco Mundial, *op. cit.* p. 8
33. Banco Mundial, *op. cit.* p. 22
34. **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**. Anexo B: Paquete básico de servicios de salud. Poder Ejecutivo Federal, México, pp. 73-78.
35. López O. De la solidaridad social a la neobeneficencia sanitaria, un riesgoso camino para el IMSS-Solidaridad, **Memorias del foro Beneficios, Costos y Financiamiento de la Seguridad Social**, 27 y 28 de julio de 1995, Palacio Legislativo, San Lázaro, México, pp. 88-89.
36. Convenio IMSS-Coplamar para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, Palacio Nacional, México, mayo de 1979, p. 8.
37. Convenio IMSS-Coplamar, *op. cit.*, p. 8.
38. Considerar la experiencia descentralizadora de la década pasada sería de mucha utilidad, pues en las 14 entidades federativas que se descentralizan entre 1985 y 1987, el resultado es una desconcentración operativa que en mayor o menor medida enfrenta problemas financieros, de capacidad técnica y de gestión, de infraestructura, de distribución y abasto, así como conflictos laborales y oposición de los gobiernos locales.
39. También están ausentes de la discusión, los límites y riesgos de la implementación de intervenciones puntuales, debatidos con amplitud en la polémica entre la Atención Primaria a la Salud (APS) comprensiva y la APS selectiva, así como el debate más reciente sobre la selección de estas acciones, su efectividad real y el sinergismo con otras intervenciones. Ver por ejemplo: Durán L. Y col. (1997) Para corregir las deformidades: la razón de la Reforma de los Sistemas de Salud. Ponencia presentada en el IV Congreso de Ciencias Sociales y Medicina, 2-6 de junio, Cocoyoc, Morelos, México; López O. Blanco J. (1996) Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para el debate, en: Hernández H. García C. **Salud, mortalidad y discurso demográfico**, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM/ UNAM), Cuernavaca, Morelos, México.
40. Por ejemplo, el fortalecimiento de la capacidad decisoria en el nivel local, su participación en la definición de prioridades y la correspondencia de los servicios con las necesidades locales de la población.
41. Cohn, A. E. Nunes, P. Jacobi y U. Karsch. A saúde como direito e como ServiCo, Cortez Editora, CEDEC, Sao Paulo, Brasil, 1991.



En el desarrollo de los trabajos de una de las mesas de presentación de ponencias: Dip. Jesús Francisco Martínez Ortega, Dip. Santiago Padilla Arriaga y Dip. Bonifilio Peñaloza García.

“El Derecho a la Salud: Contenidos Técnicos y Prospectivos”

PRIMERA PARTE.*

Dra. Marcia Muñoz de Alba Medrano**

Parece irónico pensar que solamente en épocas muy recientes empezamos a ver la vinculación de la salud con los derechos humanos, sobre todo si pensamos que toda violación a los derechos humanos será necesariamente un atentado contra la salud. Por ejemplo en el caso de la tortura, es una violación a derechos humanos y es un atentado evidente hacia la salud o la integridad de la salud.

Se ha criticado mucho el fundamento natural de los derechos humanos que tradicionalmente es la dignidad del hombre. La dignidad del hombre es un término filosófico difícil de aterrizar, de ahí lo importante de reubicar y de darle un contenido de mayor efectividad que es la salud del hombre.

Finalmente los derechos humanos y la salud, el derecho y la medicina, que son estas dos disciplinas tradicionales que se están vinculando, siempre han sido profesiones dinámicas que tratan de consolidar el bienestar del hombre. Sin embargo, hasta hace muy poco tiempo es que se empiezan a vincular y esto es de 5 años, 10 años para acá, cuando aparece la pandemia del SIDA, que se empieza a ver un problema de salud pero desde el punto de vista del argumento de los derechos humanos, precisamente por el respeto que se le tiene que dar al enfermo con este problema.

* Versión estenográfica.

** Maestra, Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la U.N.A.M.

Pero ¿cuál es la razón de que hubieran estado separadas estas dos disciplinas y por lo cual necesitamos encontrar puntos de vinculación?. De entrada, porque los mismos abogados y los mismos médicos a veces no sabemos o no encontramos esta relación; para un médico es difícil saber que a lo mejor perder la salud es una violación a un derecho humano y viceversa, que una violación de derecho humano va a tener un impacto en la salud del hombre y eso es muy importante reforzar; para el discurso mexicano es fundamental.

Otra de las razones por las cuales se han manejado en forma separada es esta desvinculación entre los profesionales de esta área, los vocabularios y el discurso de la medicina como del derecho son diversos, los profesionales están educados con diferentes perspectivas y el concepto mismo tanto de los derechos humanos como la salud, es un término que no se ha concretado aún, está en constante desarrollo. De alguna forma éstas han sido las razones por las cuales la medicina y el derecho se han manejado hasta hace muy poco tiempo en forma paralela. Pero ¿qué es lo que nos está haciendo pensar o lo que nos propone una nueva metodología de argumento para los derechos humanos y evidentemente para la fundamentación del derecho a la salud?, pues es esta vinculación.

Si nosotros tratamos de pensar no en un marco nacional sino en un marco global, el problema de la salud será necesariamente el reclamo, además de los problemas económicos como es evidente, el reclamo mundial frente al final del siglo, por el impacto del medio ambiente y evidentemente desde el punto de vista jurídico el único discurso o el discurso que le va a poder dar contenido a este reclamo de la salud, es el discurso de los derechos humanos.

Digo que recientemente es cuando empieza a vincularse estas dos ramas, derechos humanos y salud, precisamente por un problema muy delicado en el ámbito de la salud, que es la aparición del Sida. Hace algunos meses hubo también un evento sobre el tema.

El Sida es un problema de salud, pero también por sus consecuencias y gracias al tema del Sida, nos ejemplifica cómo puede haber una violación en derechos humanos por el manejo, por el respeto a la privacidad, por el respeto a la dignidad del enfermo. Y aquí por una necesidad mundial es que se empiezan a vincular por un lado, cómo se va a proteger a este enfermo, pero desde el punto de vista jurídico y qué tratamiento en términos médicos se le puede dar.

El problema del derecho a la salud para todos es evidente que es criticado, desde su terminología porque se le llama el derecho de atención a la salud, el derecho de la protección de la salud, no hay un contenido específico y concreto. Este es uno de los problemas que se tienen que resolver para poder reclamar, que es finalmente lo que nosotros estamos buscando, porque de nada sirve tener un discurso teórico si en la práctica no se puede concretizar.

Una de las razones por las cuales empieza a reconocerse la necesidad del derecho a la salud, es que los derechos políticos que son los derechos de libertad y de expresión, están siendo de alguna forma resueltos. Pero el tema de la salud que ya es un derecho social y económico, es donde se quedan espacios que aún no están cubiertos.

Otra de las razones por las cuales empieza a vincularse la parte de derechos humanos con la salud, es la aparición de nuevos grupos de contenidos de perspectiva social como el género, la sexual-

idad, los grupos indígenas, los menores, donde cada uno de estos grupos empieza a tener un problema de salud diferente. Eso también hace y le da la potencialidad a la vinculación de los derechos humanos y la salud. Es evidente que el impulso de liberalismo económico está poniendo en tensión el reclamo del derecho a la salud; todo mundo sabe la inercia de la privatización, el temor que hay en privatizar la medicina social en México, lo cual para nosotros como ciudadanos es donde tenemos que encontrar elementos de reclamo y de argumentación para que esto no suceda así.

Independientemente que hay áreas en las que el estado necesita la privatización, desde el contrato social el estado no puede desvincularse de sus obligaciones en materia de salud porque hay argumentos que lo impiden.

En algún momento al reconocerlo a nivel constitucional como lo hemos escuchado en la sesión anterior se dice, en mi opinión es un momento en el que el estado asume precisamente la rectoría de la política de la salud y asume esta responsabilidad, él se va a convertir en coordinador y proveedor de los servicios de salud. Entonces no se puede echar para atrás este contenido a nivel constitucional.

Una de las razones por las cuales se dice que no existe el derecho a la salud, es porque se quiere comparar con otro tipo de derechos. Si pensamos en el derecho de propiedad es evidente que cuando el estado acepta o trata de plantear ciertas condiciones para que a todos se nos respete el derecho a la propiedad en el sentido que no se puede intervenir, para todos es un derecho muy lógico, muy evidente. Decimos: ¿y cómo vamos a plantear el respeto al derecho a la salud?. El problema es que tanto jurisprudencialmente como doctrinalmente se trata de argumentar que no se puede cubrir el derecho a la salud por razones económicas, pero incluso la Organización Mundial de la Salud, ha hecho recomendaciones por las cuales no necesariamente es una razón económica la que impide que todos tengamos cubiertos nuestra atención a la salud.

Lo que sucede y lo que se necesita es foros como éstos en los que se dialogue y se reflexiona y se legisle y que también haya un trabajo a nivel jurisprudencial y un trabajo a nivel doctrinal y social, en el que todos estemos conscientes de cuáles son los

derechos y cómo es que nosotros podemos hacer que éstos sean válidos y eso es lo que hace falta.

Burgental, que es un especialista, un constitucionalista, dice que el reconocimiento del derecho a la salud, que es un derecho internacionalmente garantizado, le concede la legitimidad legal y política a su reclamo.

También al reclamar el derecho a la salud se argumenta que no está constitucionalmente garantizado. Pero no podemos olvidar la serie de convenios internacionales que México ha reconocido, por lo cual se convierte en uno de los derechos y garantías a la cual todos tenemos derecho.

También se argumenta que el derecho a la salud es un derecho que tiene relación con otro tipo de derechos, porque efectivamente no se puede reclamar el derecho a la salud si antes no se tiene reconocido el derecho a la libertad o a la expresión.

Aquí me voy a meter a hablar sin criticar directamente, un poco del aspecto económico del derecho a la salud. El Banco Mundial en 1993, hizo un diagnóstico de la situación de la salud pensando en el cierre del año 2000 e hizo un documento al que llamaba "Invertir en salud", porque económicamente se sabe que un país sano es un país económicamente desarrollado y es un país donde se respetan los derechos humanos.

Al hablar de invertir en salud le pone énfasis a la importancia de la salud humana como un basamento tanto de un estado de derecho como de un desarrollo económico. El argumento detrás del Banco Mundial dice que el invertir en salud reduce las pérdidas por trabajadores enfermos, permite que otros recursos que originalmente estén asignados al ámbito de la salud se inviertan en otras áreas.

Y en la medida que haya una inversión consciente y sistemática en el país, habrá consecuentemente un mejor desarrollo económico y un mejor estado de derecho.

Ahora bien, eso no quiere decir que necesariamente donde hay dinero hay salud, no es correlativo. Por ejemplo el caso de Cuba es muy significativo, Cuba tiene un nivel de salud muy alto, pero económicamente todos sabemos que tiene sus problemas.

En esta lógica, la Organización Mundial de la Salud propone como una estrategia global de salud

que intitula "Salud para Todos Hacia el Año 2000", propone dos líneas básicas para que se pueda cumplir el espacio de derechos a la salud y consecuentemente se logre el desarrollo y se respeten los derechos humanos.

Dice que en primer lugar se tienen que tomar medidas preventivas por encima de las medidas curativas de salud y en segundo lugar adoptar la atención a la salud primaria como políticas básicas de salud.

En términos generales lo que pretende tanto el Banco Mundial como la Organización Mundial de la Salud, es a este argumento económico de no poder proporcionar un derecho a la salud adecuado, darle solución a los estados, sobre todo aquellos países con menor desarrollo económico que consecuentemente tienen un nivel de salud menor y poder tratar de equilibrarlos con los demás países.

La idea de vincular a los derechos humanos y salud, es utilizar las potencialidades de una profesión como la medicina, con las potencialidades de una profesión como el Derecho y utilizar su intención de proporcionar el bienestar humano, pero utilizando los argumentos mutuos y viendo la correlación entre los derechos humanos que a veces se le critica como que es una filosofía del mundo occidental, una filosofía que no comparte el resto del mundo, sobre todo en países asiáticos y africanos.

Si nosotros pensamos en la salud del hombre, éste es un argumento que le podrá dar mayor efectividad al contenido de los derechos humanos, porque repito, todo atentado contra la salud será necesariamente una violación de derechos humanos, e igual, toda violación de derechos humanos será necesariamente una violación o un atentado contra la salud.

Yo creo que como sociedad, como ciudadanos debemos tomar conciencia y difundir esta nueva metodología de argumentación para los derechos humanos y tomar conciencia de la importancia de la salud del hombre y no permitir y tratar de detener la dinámica que existe actualmente hacia la privatización en los servicios de salud.

Muchas gracias.

“El Derecho a la Salud: Contenidos Técnicos y Prospectivos”

SEGUNDA PARTE*

Lic. Víctor Martínez Bullé-Goyri**

Agradezco en primer lugar la invitación para estar aquí. Siempre es un honor acudir al Congreso, participar de la manera en que uno puede participar.

Yo retomaría una frase que dijo la maestra Marcia Muñoz, habló de que es importante tocar estos temas dentro del discurso de los derechos humanos. Sí y no, a mí me preocupa eso, me preocupa el discurso de los derechos humanos y me preocupa el discurso de los derechos humanos en México, ¿por qué?, porque en nuestro país hasta hace muy poco tiempo los derechos humanos no existían, para hablar claro, y no existían en tanto realidad cotidiana en la sociedad. No se hablaba en este espacio de la soberanía nacional hace muchos años, en los 80's no se hablaba de derechos humanos, en los años 70's menos. Incluso en los 60's, con cosas tan graves como estamos conmemorando ahora, los sucesos del 68, no se habló de derechos humanos, no se habló de las graves violaciones a derechos humanos que se cometían, ¿por qué?, porque no era un tema que nos preocupara, por-

que como país no era un tema que nos preocupara. No es que no tuviéramos derechos humanos consagrados en las Constituciones, por supuesto desde el primer texto preconstitucional, los Elementos de Rayón, estaban ahí los derechos humanos, en Apatzingán estuvieron los derechos humanos, en 1824 estuvieron... bueno, hasta en el Reglamento del Imperio de Iturbide estaban los derechos humanos y de ahí en todas nuestras Constituciones siempre ha habido derechos humanos.

En la misma línea, ahora que estamos hablando de derechos de la salud, siempre el Gobierno se ha ocupado de la salud, es una realidad. Tenemos un Sistema de Salud, hombre, nunca nos dejará satisfechos, pero mucho mejor que el de muchos otros lugares del mundo, incluso que países desarrollados, un Sistema de Salud destinado a atender el tipo de población que tenemos, las necesidades sociales que tenemos como país.

Podemos decir que nuestro sistema público tal vez es mejor incluso que el de países, el país más desarrollado: los Estados Unidos, ¿por qué?, bueno, porque no necesitan un Sistema de Salud Pública como el nuestro, porque ellos no tienen un 40% ó 50%, 60%, según quien dé las cifras, de pobres en el país, nosotros sí, y entonces tenemos que tener una estructura de salud destinada a esas características.

*Versión estenográfica.

**Licenciado en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México, Doctor en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid, con especialidad en Derechos Humanos en el Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Complutense de Madrid y especialidad en Derecho Constitucional y Ciencia Política en el Centro de Estudios Constitucionales de Madrid, España.

Ahora bien. Que el Gobierno se haya ocupado de la salud, que hayamos desarrollado un Sistema de Salud, que hayamos desarrollado un Sistema de Seguridad Social vinculado al trabajo, que es el Seguro Social, que es el ISSSTE, que es el Instituto de las Fuerzas Armadas, eso no tiene nada que ver con el derecho de la salud como tal, o el derecho a la protección de la salud como tal.

Eso es muy importante que lo tengamos claro, por eso decía, me preocupa esto de decir: “vamos a hablar dentro del discurso de los derechos humanos, de salud”, ¿por qué?, porque entonces empezamos a hablar de todo, hasta de salud reproductiva, derecho a elegir preferencias sexuales, todo lo que se nos ocurra podemos englobarlo y meter y hablar sobre los derechos a la salud, y el problema real es que cuando hablamos de un derecho —y eso es lo que tenemos que hacer, aterrizar en la cultura de los derechos humanos de nuestro país— que llegue a aterrizar en normas jurídicas. Es que cuando hablamos de un derecho lo que queremos es que haya un obligado a satisfacernos la prestación que corresponde a ese derecho, si eso no sucede, perdonen, pero es una vacilada hablar de un derecho. O sea, es hacernos tontos y es darnos atole con el dedo unos a los otros.

Si yo tengo derecho a determinado bien o servicio, y en el momento que exigo por los medios jurídicos que se establezcan para hacerlo, que ese derecho me sea satisfecho, que esa acción, ese bien, ese servicio me sea satisfecho y no se me satisface, entonces es un cuento el que me digan que tengo un derecho.

Con este derecho pasó una cosa, este derecho se ubica en la segunda generación de los derechos humanos, que son muy distintos de los de la primera. Los de la primera generación son derechos que trataban de frenar al Estado, que no actuara el Estado, que no actuara incidiendo en la vida de los particulares, y entonces son los que surgen con la Revolución Francesa y los que tienen todas nuestras Constituciones hasta 1917, con el agregado —muy poquito todavía en 17— de los derechos sociales, esos buscaban impedir que el Estado afectara al particular; entonces no puede hacer el Estado, no puede privarme de la libertad; no puede aplicarme retroactivamente la ley; no puede entrar en mi domicilio; no puede, no puede

y no puede. Eso es lo que planteaban esos derechos, salvo uno, que es el derecho a la justicia, donde el Estado tenía la obligación de desarrollar infraestructura de administración de justicia, de procuración de justicia y una estructura de policía para brindar seguridad a la sociedad. Esos eran los derechos de la primera generación.

Los de la segunda es cuando se dan cuenta, con el desarrollo de esa sociedad, que fue exitoso el modelo liberal que surge con la Revolución Francesa y que lleva los derechos humanos como un elemento fundamental, nos lleva a que hay que igualar a la sociedad, hay que igualar a las personas, ¿por qué?, porque teníamos derechos como la inviolabilidad del domicilio, donde decíamos: “no se puede violar a nadie en su domicilio”, sí, pero para que no me violen el domicilio, lo primero es que tenga domicilio. Si no tengo domicilio, si no tengo una vivienda que me dé seguridad, lo que protege la inviolabilidad del domicilio de qué demonios sirve que me digan que tengo inviolabilidad del domicilio o que me digan que tengo libertad de tránsito, si no puedo ni moverme, ni circular, ni tengo los medios para salir a ningún lado. Incluso si soy minusválido y tengo cercado en mi casa y no puedo pasar por ningún lado, ¿cuál es la libertad de tránsito?

Entonces estos derechos surgen para igualar a las personas, para que todos estemos en condiciones de disfrutar de la misma manera de los derechos en general, y uno de estos derechos que toma fuerza y que cobra importancia, es el derecho a la protección de la salud, muy impulsado por ese desarrollo de los tratados internacionales.

Veamos la diferencia. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dice que la obligación de los Estados que asumen al firmar el pacto, que México lo firmó a principios de los 80's igual que el otro, el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la obligación de los Estados es respetar y garantizar los derechos. En cambio, en el mismo artículo correspondiente en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es decir, los de segunda generación, donde está la salud, dice que es realizar las acciones que sean necesarias en colaboración con la sociedad, con el mundo internacional, incluso y, especialmente, las acciones jurídicas necesarias para que estos derechos algún día lleguen a ser una realidad.

Eso no quiere decir que sean siempre derechos que tengan que estar allá, quiere decir que son derechos que evidentemente requieren una acción del Estado, requieren una estructura, requieren un desarrollo y requieren un gasto económico, y que hay que ir haciéndolo paulatinamente, pero eso no quiere decir que el derecho esté vacío de contenido. Tiene que concretarse, esa es la labor que se tiene que dar en un espacio como éste, aterrizar ese derecho, bajarlo a la realidad y decir: "Tu contenido de tu derecho a la salud es éste, y ese, tienes estos medios para exigirlo y hacerlo valer".

Además, en torno de la salud podemos hablar de muchas cosas: de medio ambiente, de que haya un parquecito cerca de mi casa, de que haya un campo de fútbol donde mis hijos puedan ir. Pero mi derecho es ese, tengo que darle ese contenido, ¿por qué?, porque si no la gente se queda bailando.

Cuando se consagró el derecho a la protección de la salud en el artículo 4o. constitucional, siguiendo esa línea de Alma Ata, de "Salud para todos en el año 2000", de la Organización Mundial de la Salud; siguiendo el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, donde nos habíamos comprometido a promover el derecho a la salud, ese pacto dice que todos tienen derecho al nivel más alto, a gozar, a disfrutar del nivel más alto de salud física y mental, y todavía peor, porque el protocolo adicional a la Convención Americana sobre la materia le agrega "al nivel más alto de bienestar en salud física, mental y social", como Disneylandia. O sea, tenemos derecho a vivir a todo dar, pero, ¿cuál es mi contenido concreto cuando tengo un problema de salud?, que eso es lo que nos preocupa, que eso es lo que le preocupa a la inmensa mayoría de la gente en este país, que no tiene cómo solucionar sus problemas de salud. Eso es lo que nos debe interesar, eso es lo que tenemos que aterrizar, porque decía: al principio de los 80's, cuando se mete en la Constitución, el derecho a la protección de la salud, lo festejamos en México con bombo y platillo, hubo 20 mil congresos, 20 mil cosas, por poquito y logramos llevar a la Organización Panamericana para la Salud, de Director al doctor Soberón, que era el Secretario de Salud en aquel entonces; lo festejamos de maravilla y, ¿qué paso con la inversión en salud y qué pasó con la

prestación de servicios de salud en la década siguiente? Yo pensaría que subiría así ...nos dejaría maravillados porque ahora sí tendríamos derecho a la salud.

Lo que pasó fue que la estadística se vino al revés, ¿por qué?, bueno, porque entramos en una crisis económica y se recortaron muchos gastos, tuvimos la mala suerte de padecer en 1985 un terremoto que destruyó gran parte de la infraestructura de Salud es este país, porque con ese centralismo gran parte de la infraestructura está aquí en el Distrito Federal, y entonces si comparamos a principios de los 80's, con finales de los 80's en lugar de que mejorara la salud, bajó en inversión, en infraestructura, en desarrollo de infraestructura.

Ya nos vamos recuperando. El Estado...insisto, el Estado no ha dejado de atender la salud en la medida de sus posibilidades, pero eso no quiere decir que tengamos un derecho a la protección de la salud.

Además, cuando se hizo esto se publicó la Ley General de Salud y hubo quien se creyó que tenía derecho a la salud o a la protección de la salud.

Entonces es un caso concreto. Yo tengo por ahí la sentencia, que además está publicada en el Semanario Judicial de la Federación, de una señora que demandó su derecho a la protección de la salud, porque fue sometida a una operación de cáncer, le extirparon el tumor, la sometieron a tratamiento y después le recetaron radiaciones, equis número de radiaciones. Empezó a tomar sus sesiones de radiaciones y después de una o dos le suspendieron el tratamiento y le dijeron "que ya no había para ella. Que había muchas otras más jóvenes y que ella, además, era ya muy difícil que se curara".

Entonces la señora se la creyó que tenía derecho, la Constitución se acababa de reformar, se acababa de crear la legislación en salud y dijo: "Pues voy a demandarlos". Y firmó finalmente el amparo y dijo: "No, pues aquí ya la hice". O sea, el Poder Judicial de la Federación, ¿verdad? "Amparar en mi derecho y me van a curar". Lo que consiguió fue una sentencia que es preciosa, la tesis dice más o menos en resumen lo siguiente:

"Reconociendo que tiene derecho a la protección de la salud, de acuerdo con el artículo 4o. que le da ese derecho, le reconoce ese derecho". Hay

que ver que no tiene derecho a ese tratamiento concreto porque ninguna norma jurídica establece la obligación de nadie de darle ese tratamiento concreto.

Lo grave es que eso fue en '83 y lo grave es que seguimos exactamente en las mismas y es lo que sigue resolviendo el Poder Judicial.

¿Qué es lo que tenemos que hacer? Pues darle contenido. A que si yo voy a un hospital público porque no tengo otro medio y porque no tengo siquiera ISSSTE ni Seguro Social ni nada, yo pueda ir y recibir la protección de mi salud. ¡Hombre, a lo mejor no que me hagan cirugía estética, pero sí que me solucionen el problema de salud inmediato que tengo en ese momento!

Eso es lo que se tiene que hacer y para hacer eso hay que poner en normas jurídicas cuál es la obligación del Estado respecto a la salud de los particulares. O sea, no la obligación en general, hay que hacer cosas, ¿no? Lo que puede reclamar y demandar cada individuo concreto del Estado.

¿Por qué? Porque esos son los derechos, eso es tener un derecho humano, es un derecho frente al Estado que se lo podamos exigir. A lo mejor mi derecho a las condiciones de desarrollo económico, social de infraestructura de nuestro país, mi derecho, es "sólo que me den una aspirina a la semana". Bueno, pero sé que eso lo puedo exigir. Si encima se pueden hacer otras cosas, como hace el Estado, que desarrolla una infraestructura que tiene instituciones de salud de gran calidad y eso ya no es mi derecho y no lo puedo exigir, perfecto. O sea, qué bueno que el Estado además haga todo eso, ¿pero cuál es mi derecho y qué puedo exigir?

Yo creo que ahí es donde está el eje del problema del Derecho a la Protección de la Salud. Irle dando el contenido a ese derecho concreto y por donde se le tiene que ir dando contenido. Por todos los rubros, atención médica en primerísimo lugar. Los médicos siempre reaccionan cuando

dicen: "No, es que la salud no es atención médica". No, por supuesto que no. O sea, el derecho a la salud no puede ser sólo atención médica pero lo inmediato, con lo que la gente se topa todos los días, es atención médica.

Bueno, pues empecemos dándole contenidos por ahí. Es decir, la gente tiene derecho a acudir a cualquier hospital público y va a recibir esta atención. Y si no la recibe va haber un responsable. ¿Por qué? Porque le atentó contra un derecho fundamental reconocido y con un contenido concreto. O sea, que no valga que llegue uno a ese hospital y le digan: "Hombre sí, con todo gusto le atiendo la apendicitis pero no tengo con qué coserlo, no tengo con qué dormirlo".

Bueno, que esas cosas tengan un contenido concreto, sepa uno qué puede exigir, qué no puede exigir; que le demos mecanismos para poder exigir a la gente. O sea, es una pena cómo una buena parte de nuestra población acude a los hospitales así como pidiendo limosna. ¡Sí es su derecho! ¿Por qué acuden así? Pues porque no le hemos puesto en las leyes qué es su derecho y cómo pueden hacer para exigirlo.

Ojalá que estos esfuerzos que se están haciendo en esta moda de los derechos humanos, en este hablar de los derechos humanos, en esto que nos estemos preocupando de los derechos humanos, lleven a que se empiecen a lograr este tipo de cosas en nuestro país. Hay muchas áreas que hay que ir concretando en salud, pero concretémoslas en normas. No hablemos nada más en un discurso de derechos humanos, que es muy bonito, que es muy democrático y que es muy satisfactorio para todos y que a todos nos hace parecer buenos. Hablemos de derechos y todos tenemos derechos, ¿no? Démosles contenidos concretos que la gente pueda exigir y que cuando pueda exigirlo si no se le satisface haya un responsable y ese responsable dé la cara y, en su caso, si es el caso, tenga una sanción.

Muchas gracias.

“Los Derechos Humanos y el Derecho a la Protección de la Salud”

Dra. Mireille Roccatti Velázquez*

Con la finalidad de aproximarnos a un concepto global del derecho a la protección de la salud, conviene hacer alusión a las definiciones que al respecto han adoptado algunos organismos internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que: “...la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social de la mayor importancia.

Esta definición contiene dos aspectos trascendentes: por un lado, señala que la salud significa ausencia de enfermedades; y, por el otro, que depende de una serie de factores genéricos que permiten al individuo y a la sociedad llevar una vida plena; los cuales pueden ser de carácter económico, social, cultural, político y geográfico entre otros.

En este sentido, la salud es un valor importante que, sumado a otros que condicionan un bienestar general, se constituyen como indicador del logro de oportunidades para el desarrollo de los indivi-

duos en igualdad de circunstancias. Entonces, la salud es un bien vital, que además de ser un bien biológico para que el individuo pueda desarrollarse de manera armónica, física y mentalmente, también es un bien social y cultural imprescindible para la convivencia humana en sociedad.

El derecho protege, desde luego, determinados bienes vitales que, a su vez, son valores existenciales como la salud, la vida, la dignidad, la integridad corporal, la libertad, etcétera. La salud como un bien fundamental del ser humano dentro de nuestro sistema de valores, representa un derecho esencial que el Estado está obligado a garantizar y satisfacer, procurando la salud integral de todos los habitantes. El derecho a la salud también está presente en diversas declaraciones e instrumentos internacionales, como los siguientes:

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), señala que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en el que se establece: “Los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La Declaración de Alma Ata (1978), que dice: “La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y

*Licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma del Estado de México, con Maestría y Doctorado por la Universidad Nacional Autónoma de México. Presidenta de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Vicepresidenta de la Federación Iberoamericana del Ombudsman, Vicepresidenta del Comité de Coordinación de Instituciones Nacionales de Derechos Humanos de la Comisión de Derechos Humanos de la O.N.U., Miembro del Consejo Directivo del International Ombudsman.

social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y 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”.

Para cumplir con estas disposiciones, los Estados firmantes se comprometieron a adoptar medidas adecuadas para garantizar este derecho a través de acciones estratégicas como: la atención primaria de la salud puesta al alcance de los individuos y de la comunidad; la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a todos los individuos que habitan su territorio; inmunización total; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas y profesionales; la educación de la población sobre la prevención, y la satisfacción de necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo que por sus condiciones de pobreza son más vulnerables.

En México, para cumplir estos objetivos, se adicionó en 1983 un tercer párrafo al artículo 4o. de la Constitución Federal que establece: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, ajustándose de esta forma a los lineamientos de los organismos internacionales en la materia, como son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, así como a los compromisos adquiridos al ratificar diversos tratados internacionales que sobre Derechos Humanos han sido suscritos por nuestro país.

Aun cuando ya existían los antecedentes contenidos en el artículo 123, apartado A, fracción XI, de la Constitución Federal, el cual plantea la seguridad social y la obligación de atender las enfermedades y accidentes de trabajo, también debemos mencionar que la Ley del Seguro Social, aprobada en 1943, otorgó amplias prestaciones y servicios sociales que permitieron la atención de las personas que habían perdido la salud por enfermedades profesionales y no profesionales.

Sin embargo, no fue suficiente que se consagrara el derecho de protección a la salud en la Constitución Federal; resultó, además, necesario que el Estado asumiera un papel regulador, estableciendo normas obligatorias a fin de dar al derecho de protección a la salud “vigencia sociológica”, es decir, transformarlo de una simple norma carente

de aplicabilidad en un derecho que puede ser plenamente ejercido por los individuos.

Este papel regulador se reflejó en la Ley General de Salud, promulgada el 7 de febrero de 1984, en la cual, al señalarse las finalidades del derecho de protección a la salud, se asume ésta como un factor determinante para el desarrollo integral del ser humano y, por lo tanto, de la sociedad; así se fomentaron en la población actitudes responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, coadyuvaron al mejoramiento de la calidad de vida y, en consecuencia, a su prolongación.

Según la doctrina moderna, este derecho está incluido más en la categoría de Derechos Humanos de segunda generación, que en el catálogo de derechos individuales. Se consideran derechos de la primera generación a los civiles y políticos, plasmados en las declaraciones nacionales e internacionales de los derechos del hombre y el ciudadano. Los derechos de la segunda categoría son, en consecuencia, los de contenido económico, social y cultural, producto de la crisis sufrida por el Estado burgués y el advenimiento de la Revolución Industrial, que ha dado origen a la nueva clase social del proletariado.

Estos últimos derechos, a diferencia de los civiles y políticos, responden a una creciente actividad del Estado, cuyo interés se ha centrado, al mismo tiempo, más que en la persona individualmente considerada, en la atención de los sectores más desprotegidos, cuya demanda de acciones colectivas aumenta con preocupante intensidad.

Lo dispuesto por el referido artículo 4o. constitucional y demás normativa en materia de salud, obliga al Estado a refrendar su compromiso con la sociedad y realizar acciones tendentes a lograr el bienestar físico y mental de los mexicanos; a prolongar y mejorar la calidad de vida en todos los sectores sociales especialmente en los más necesitados; a propiciar y expandir, en la medida de lo posible, la preservación y conservación de la salud, a promover servicios de salud y asistencia social capaces de satisfacer los requerimientos de la población; a difundir los conocimientos técnicos y sociales para el debido aprovechamiento y uso de los servicios de salud y a obtener un desarrollo

adecuado en la enseñanza e investigación científica y tecnológica.

Con la reforma constitucional se logró garantizar el derecho social a la protección de la salud. Sin embargo, no debemos olvidar que la salud pública es producto de una pluralidad de factores, dentro de los que destacan los sociales, culturales, políticos, ambientales y, primordialmente, los económicos que en la actualidad han asumido gran importancia por las recurrentes crisis financieras que impactan el gasto social.

Para alcanzar un nivel adecuado de salud que llegue a todos los mexicanos como premisa fundamental, es necesario fortalecer el desarrollo económico, político y social que permita su promoción y protección de manera eficaz y sostenida, contribuyendo de esta forma a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

Además, el desarrollo económico y social debe rebasar las barreras internas y basarse en un nuevo orden económico internacional, en virtud de que ello es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos los mexicanos y así reducir la distancia que separa, en el plano de la salud, a los países en vías de desarrollo de las naciones desarrolladas.

En México, el derecho a la salud como un derecho social tiene antecedentes directos en los seguros sociales gremiales, en la asistencia social y en la seguridad social.

Dentro de las instituciones públicas responsables de proporcionar servicios de salud, tenemos las del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, con la creación del Sistema Nacional de Salud, el cual se lleva a cabo en coordinación con los sistemas estatales y municipales.

Las instituciones de carácter social que participan en el referido Sistema generalmente son financiadas por cuotas obrero-patronales y gubernamentales, y están constituidas por diversas instituciones de seguridad social, entre ellas el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM).

Los servicios de salud otorgados por instituciones privadas dentro del esquema de la seguridad social de la población, no están sujetas a una relación de trabajo. Destacan dentro de este rubro los sanatorios y hospitales privados y las instituciones de asistencia o beneficencia privada.

Las instituciones privadas participan también en la protección de servicios de salud, a cambio de un pago y bajo la supervisión de la Secretaría de Salud como dependencia coordinadora del Sistema Nacional; estas instituciones tienen carácter potestativo, no obligatorio, situación que provoca que la protección a la salud en el ámbito privado sea notoriamente limitada.

Algunos datos permitirán observar cómo se ha dado la evolución de los servicios de salud en México, principalmente, a partir del nuevo marco jurídico al que se ha hecho referencia.

Según datos del Sector Salud y del INEGI, la población del país creció 7.5 veces al pasar de 12.4 millones de habitantes en 1930, a poco más de 93 millones en la actualidad. Conviene señalar que de 1990 a 1995, el incremento de población fue de casi 10 millones de personas, lo que representa la población total de países como Bélgica, Hungría, Portugal, Somalia y Suecia. Aún más, ese crecimiento significa que en cinco años se incorporó una población casi equivalente a la suma de la que tienen los países de Costa Rica, Nicaragua y Panamá.

A pesar de que en términos absolutos la magnitud de la población se ha incrementado, en la actualidad y debido a los amplios programas de planificación familiar realizados por todo el Sector Salud desde hace ya varios años, la tasa de crecimiento de la misma ha ido a la baja a partir de la década de los setenta; esta disminución ha sido del orden del 50%, si comparamos la tasa de crecimiento de 1970, 3.4%, con la de 1995, 1.7%; la tasa de natalidad también descendió de 49.5 en 1930, a 25.1 nacimientos por 1,000 habitantes en 1995.

Podemos decir que el desarrollo general del país, con ciertos matices, sumado a los avances tecnológicos y científicos de las últimas décadas, se ha traducido en una mejoría de las condiciones de vida de la población que se hacen evidentes en mayores niveles en educación, mejores condicio-

nes de vivienda, mayor acceso a los servicios públicos y de salud, así como en la disminución de los índices generales de mortalidad.

Este panorama ha tenido como consecuencia cambios en la ganancia de la esperanza de vida al nacer; por ejemplo en promedio, en 1995 se vivían 31 años más que en 1940, siendo las mujeres las que han vivido más años, con una diferencia que ha fluctuado entre dos y seis años con respecto a los hombres.

En este sentido, el país ha tenido logros en lo que a salud se refiere, de tal modo que se aprecia una disminución en la mortalidad general sobre todo infantil. En 1930 la mortalidad general fue de 26.7 y para 1995 disminuyó a 4.7 por cada 1,000 habitantes. De la misma manera, la mortalidad infantil descendió de 129.9 por cada 1,000 niños nacidos vivos registrados en 1970 a 17.5 en 1990.

Los datos referidos reflejan un avance en el sistema de atención a la salud; empero, existen desafíos a los que dicho sistema debe seguir haciendo frente, unos derivados del propio desarrollo económico y social, en especial los cambios en el comportamiento demográfico, en los perfiles de mortalidad y morbilidad que nuestra población está experimentando, y otros relacionados con las formas actuales de organización y funcionamiento del propio Sistema de Salud que le han dificultado alcanzar una mayor modernización organizativa, tecnológica y administrativa; en particular, los problemas derivados de la asignación y malos manejos de recursos, así como la gestión de los servicios, el centralismo, falta de calidad, segmentación e inadecuada coordinación y la existencia de coberturas insuficientes.

El derecho a la protección de la salud, como sucede con otros derechos de carácter social como el derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la seguridad social, etcétera, requieren para su pleno ejercicio de la suficiente capacidad económica del Estado; esto es, que en la medida en que éste destine un porcentaje "suficiente" de su producto interno bruto al gasto social y se dé un desarrollo regional equilibrado, el derecho a la salud y los derechos sociales cobrarán cada vez mayor vigencia y dejarán de ser, como muchos autores le atribuyen, difusos o imposibles.

De esta forma, el derecho a la salud debe ser contemplado a través de dos ámbitos clave que tiene que ver, a su vez, con dos responsabilidades estatales de trascendental importancia. Por principio, los Estados nacionales deben prever y aplicar parte importante de su presupuesto al desarrollo de los servicios y la educación para la salud. En segunda instancia, los servicios de salud deben gozar de eficiencia y calidad. Sin ambos factores, que suelen ser determinantes e interdependientes, resulta imposible que el derecho a la salud, como derecho humano fundamental, efectivamente se concrete.

Este derecho es uno de los que por su importancia puede ser objeto de más fácil vulneración, dado que son múltiples los ámbitos en los que al Estado corresponde la tarea de protegerlo y promoverlo. Así, por ejemplo, las limitaciones económicas de un país pudieran interpretarse como una violación de los derechos humanos pues la falta de recursos, si bien comprensible como explicación para no ofrecer servicios suficientes de salud no resulta ser una justificación aceptable para quienes no gozan de tales servicios. Del mismo modo, la conducta negligente o falta de ética de los funcionarios encargados de ofrecer los servicios de salud, pueden ser causa para vulnerar los derechos fundamentales de las personas. Inclusive, podría repercutírsele responsabilidad institucional a los Estados que no doten a sus clínicas y hospitales de insumos, medicamentos, aparatos y actualización profesional para sus funcionarios. Como puede verse, las múltiples aristas del derecho a la salud y la consecuente multiplicada responsabilidad del Estado, implican y obligan a un análisis riguroso y a la atención, cuidado y ética especiales que este tema merece.

Por otra parte, el ejercicio del derecho a la protección de la salud lleva implícitos conceptos de atención accesible, oportuna, personalizada, humanitaria y eficiente, con un alto grado de calidad profesional por parte del personal que presta los servicios de salud.

Esta concepción presenta niveles de divergencia en la operatividad; por ejemplo, los usuarios de los servicios médicos públicos y de seguridad social generalmente se encuentran en una relación de sujeción, propiciando que el paciente, impedido

por una dolencia o enfermedad, sea colocado en una situación de dependencia tal que su dignidad personal corre grave riesgo de no ser respetada y, por consiguiente, se violen derechos que tiene frente al servidor público que presta un servicio médico.

Los derechos de los pacientes que podríamos enumerar de manera genérica, son los siguientes:

1. El derecho a que se le respete su vida desde antes de su nacimiento.
2. El derecho de acceso a los servicios de salud.
3. El derecho a decidir o participar en las decisiones sobre su integridad, es decir, a ser considerado como un sujeto autónomo en sus decisiones.
4. El derecho a ser informado sobre su enfermedad, el diagnóstico y las alternativas de tratamiento.
5. El derecho a conocer la verdad sobre su enfermedad.
6. El derecho a que la información sobre su enfermedad se maneje confidencialmente.
7. El derecho a la libertad, en cuanto a que la norma hospitalaria no le prive de los beneficios de comunicarse o de ingresar o salir al exterior.
8. El derecho a que el manejo de su cuerpo sea tratado con intimidad, es decir, con pudor, así como a tener la privacidad que requiera de acuerdo a su propia enfermedad y tratamiento.
9. El derecho a un trato digno.
10. El derecho a la mejor atención médica posible.

La falta de respeto a los derechos de los pacientes puede implicar responsabilidad profesional del prestador de los servicios médicos, por irregularidades o negligencias cometidas en el ejercicio de su encargo y éstas pueden evitarse si los médicos son más cuidadosos, prudentes y tienen mayores conocimientos de la ciencia.

Estas irregularidades se encuadran, básicamente, en los siguientes hechos violatorios de Derechos Humanos: abandono del paciente; investigación científica ilegal en seres humanos; negativa de atención médica; negativa o inadecuada prestación del servicio público ofrecido por dependencias del Sector Salud y negligencia médica.

Los actos de responsabilidad profesional y negligencia médica son variados y de distinta índole, siendo los más comunes: la alteración del estado de salud del paciente producida por el médico, como es el caso de una enfermedad originada por descuido o negligencia de éste; un daño inferido al paciente por un erróneo tratamiento médico; un efecto indeseable que puede evitarse si el médico es más cuidadoso y prudente y tiene mayores conocimientos de la ciencia.

A este respecto, la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos están facultadas para conocer de quejas e iniciar los procedimientos de investigación relativos a los actos u omisiones que atenten contra el derecho a la salud, como pudieran ser aquéllos que correspondan a la responsabilidad profesional, cometidos por servidores públicos de instituciones de salud pública o de seguridad social.

De las 64,000 quejas que la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha recibido desde su creación hasta la fecha, 7,010 corresponden al sector salud, las cuales representan el 11% del total. De éstas, se han concluido 6,820, es decir, el 97% y están en trámite 190 quejas.

Las autoridades señaladas con mayor frecuencia en este rubro, son:

Institución	Quejas	Quejas concluidas	Quejas en trámite
Secretaría de Salud	455	437	18
Instituto Mexicano del Seguro Social	4786	4670	116
Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1493	1448	45
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	30	30	0
Otras dependencias	246	235	11

Un número considerable de las quejas hechas del conocimiento de la Comisión Nacional se resolvieron a través del procedimiento de conciliación, lo que propicia que la solución en buena parte de los casos sea de manera expedita y pronta a favor de los quejosos, con el apoyo y colaboración de las instituciones de salud que han dado respuestas satisfactorias a sus requerimientos, por la intervención de este Organismo Nacional.

En los demás casos, se han dirigido 61 Recomendaciones a las siguientes autoridades:

Institución	Recomendaciones	Totalmente cumplidas	Parcialmente cumplidas
Secretaría de Salud	18	12	5
Instituto Mexicano del Seguro Social	28	17	6
Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	14	8	4
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	1	0	0

Con motivo del cumplimiento de estas Recomendaciones así como resultado de los procedimientos de conciliación, las autoridades han sancionado a 19 servidores públicos.

Al igual que la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada en 1996, también conoce de quejas por violaciones al derecho a la salud. Esta institución opera bajo un esquema novedoso que busca la solución de conflictos y ofrece a los médicos y pacientes asesoría, y los usuarios y los prestadores de servicios encuentran en esta instancia un respaldo importante para dirimir las controversias vinculadas al campo de la salud.

En estos momentos, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, como consecuencia de su preocupación permanente por defender el derecho a la salud de los distintos sectores de la sociedad, principalmente el de aquellos grupos considerados como vulnerables, colabora en la atención y trámite de las quejas médicas, con las siguientes instituciones: Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Dicha queja médica, concebida como el medio legal que tienen los individuos para hacer efectivo su derecho a la salud, puede interponerla cualquier usuario de las instituciones de salud o de seguridad social, que considere que existe una irregularidad en la prestación de los servicios médicos, por medio de la vía telefónica. Internet, fax,

correo o escrito ante las diversas áreas receptoras que la institución involucrada haya destinado para ello.

Los prestadores del servicio médico que incurran en irregularidades como resultado de la procedencia de la queja médica, podrán hacerse acreedores a las siguientes sanciones: apercibimiento privado; apercibimiento público; amonestación privada; amonestación pública; suspensión temporal; destitución; inhabilitación; así como económicas. Estas sanciones son, desde luego, independientes de las que se pueden demandar a título personal ante las autoridades jurisdiccionales.

La recepción de quejas por los motivos antes señalados significa que la sociedad está cada vez más enterada de sus derechos, y en los Organismos Públicos de Derechos Humanos, como también ahora en la Conamed, con la participación de las instituciones mencionadas, encuentran un canal de expresión por el cual dan a conocer sus quejas que antes no eran denunciadas.

Independientemente de lo anterior, debemos reconocer que el país cuenta con importantes instituciones de salud de reconocido prestigio, con infraestructura moderna, con personal capacitado y buen servicio en todas sus áreas; sin embargo, existen excepciones en casos concretos que generalmente se deben al gran número de pacientes que acuden a las instituciones de salud, a la falta de recursos humanos, materiales y financieros suficientes, lo que ocasiona que en un momento determinado se propicien violaciones a los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios médicos.

Sin duda, la vía para solucionar este problema no es tanto la aplicación de sanciones administrativas o penales a servidores públicos por la comisión de actos u omisiones que violenten la esfera de los derechos de los pacientes, sino que la solución puede encontrarse en una adecuada toma de conciencia y sensibilización de los prestadores de los servicios médicos en materia de Derechos Humanos, así como en la ejecución de programas educativos sobre salud para toda la población. En este rubro la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha contribuido con la realización de 166 eventos de promoción y difusión dirigidos a 9,345 servidores

públicos de las instituciones de salud y se distribuyeron 27 obras, folletos y trípticos relacionados con esta materia.

Por ello, se debe procurar que cada uno de nosotros, cada institución pública, cada asociación civil, asuma su responsabilidad para incrementar y fortalecer la cultura de los Derechos Humanos en todos los sectores sociales, principalmente en el de salud; en el que la práctica de la medicina sea inspirada en la ética profesional, respetando la dignidad humana de los usuarios de los servicios médicos.

Para garantizar plenamente el derecho a la salud de todos los mexicanos, tendrá que lograrse mayor eficiencia en el Sistema Nacional de Salud y capitalizar las experiencias que se han obtenido a 15 años de su incorporación en la Constitución del país. Para ello, tendrá que asumirse una serie de actividades y compromisos sociales e institucionales que permitan su consecución.

Al respecto, podemos hacer las siguientes consideraciones:

- La responsabilidad de la promoción de la salud es compartida, está en todos los gobernados y en forma particular en el Estado, el cual debe asegurar y gestionar la planeación, organización, desarrollo y promoción de las acciones requeridas para que este bien social preferente sea de fácil acceso a la población. De esta forma se dará cumplimiento a lo dispuesto por los instrumentos internacionales y a la Constitución del país que tutelan y protegen el derecho a la salud.

- La salud pública es el presupuesto del crecimiento económico y del desarrollo sustentable de cualquier nación; en tal virtud, debe formar parte indispensable de los programas de desarrollo de los gobiernos, así como de las estrategias que establezca cada país para garantizar el bienestar y la salud de su población.

- México cuenta con amplias regiones de pobreza extrema, por lo que sus políticas de bienestar social y de salud deben orientarse a resolver de manera prioritaria los problemas de la población que se ubica en dichas regiones.

- La salud pública no puede estar sujeta tan sólo a la voluntad política de los gobernantes o a criterios de carácter emergente, sino a la conjugación de una serie de factores, entre ellos, la corresponsabilidad del Estado y la sociedad organizada en la

prestación del servicio; la asignación de mayor gasto social, la descentralización de decisiones y no únicamente de obligaciones hacia los estados y municipios; una mayor cobertura y equilibrio entre la población asegurada de las entidades federativas, mejores mecanismos de control administrativo; eficaces instrumentos de protección del derecho a la salud, así como condiciones económicas que propicien un desarrollo municipal, estatal y regional equilibrado.

- Desde la perspectiva de la bioética y los Derechos Humanos, la atención médica debe ser accesible, oportuna, personalizada, humanitaria y eficiente, con un alto nivel de calidad profesional y con pleno respeto de la personalidad de los enfermos y de su capacidad de decisión.

- Hay que redoblar el esfuerzo interinstitucional en la atención de las quejas relativas al ámbito de la salud, a fin de restituirle al quejoso su derecho violado y conminar a las instituciones del ramo a mejorar sus servicios, y ajustar sus acciones al marco legal que rige tan preciada garantía constitucional.

- Se deben rediseñar todos los servicios públicos que otorga el gobierno, como son, entre otros, obras públicas, agua, drenaje, pavimentación, cementerios, depósito de basura y desechos industriales, en función de una política de salud y de respeto al medio ambiente que prevenga las enfermedades y padecimientos, en virtud de que es más barato y conveniente prevenir que curar.

- El derecho a la salud forma parte de la seguridad social en prácticamente todos los Estados. En tal virtud, aquél debe ser visto, entendido y analizado en ese contexto, porque la seguridad social forma parte de una responsabilidad estatal que es compleja e integral y que obliga a no estudiar el fenómeno de la salud pública como una circunstancia aislada de otros derechos a los que los ciudadanos de un Estado también deben tener acceso.

- En virtud de que el derecho a la protección de la salud constituye un Derecho Humano fundamental, su garantía y defensa debe ser una de las preocupaciones más apremiantes del Estado y del conglomerado social, en aras de garantizar el goce de "aquellos principios inherentes a la dignidad humana que necesita el hombre para alcanzar sus fines como persona y para que pueda dar lo mejor de sí a la sociedad".

“El Derecho a la Salud. Fortalecimiento del Rol Regulador del Estado en los Procesos de Reforma”*

Dr. José Luis Zeballos Zelada**

En primer lugar deseo agradecer la gentil invitación que se nos ha cursado a la representación de la Organización Panamericana de la Salud, la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, a este evento.

Y respetuosamente quiero señalar que la presentación sobre el tema del fortalecimiento del rol regulador del Estado en el proceso de la reforma, va a estar en el contexto de una visión de carácter regional de la Organización Panamericana de la Salud, con un enfoque totalmente neutral, no podía ser de otra manera siendo nosotros un organismo de carácter internacional, somos profundamente respetuosos de las decisiones de carácter interno que existen en cada país; los debates los vemos desde un punto de vista constructivo y dentro de este marco de respeto, con la anuencia de ustedes, voy a dar este enfoque enmarcado en el contexto de nuestra organización.

Nada mejor que empezar señalando que el derecho a la salud es parte fundamental de la constitución de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud como su representación regional para las Américas.

*Versión estenográfica.

**Médico Cirujano con Maestría en Salud Pública y especialidad en Epidemiología y Salud Internacional, Experto de la Organización Panamericana de Salud (O.P.S.). Representante en México de la Organización Panamericana de Salud y de la Organización Mundial de Salud (O.M.S.). Coordinador Interagencial de ONU-Sida en México.

La definición universal que todos ustedes conocen de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, ya nos está señalando claramente que hay factores condicionantes y hay factores determinantes que influyen sobre el nivel de salud de una población.

Los factores condicionantes en mucho pueden ser influidos de manera muy positiva con políticas públicas de salud pública, que son casi una responsabilidad del sector en sí mismo. Como ejemplo tenemos los programas prioritarios que en la mayoría de los países se implementan, la protección a la niñez, la reducción de la mortalidad infantil, la atención integral del niño, la atención integral de la mujer, la protección de la salud de la población envejeciente, un entorno saludable sano, la promoción de la salud, son algunos ejes de carácter general que sí definitivamente, están dentro de los resortes de las cabezas de los sectores y de las instituciones que forman parte del sector salud.

Pero hay otros factores determinantes que son de carácter estructural y que quizá éste es el aspecto que definitivamente serviría de debates en los diferentes foros internacionales. Estos aspectos estructurales tienen que ver con el combate a la pobreza, tienen que ver con una buena calidad de vivienda, tienen que ver con servicios básicos esenciales, tienen que ver con una nutrición adecuada,

tienen que ver con una vivienda sana, tienen que ver con el empleo, tienen que ver con la educación, etcétera. La sumatoria de estos factores contribuyen de manera positiva a los resultados de las políticas públicas en salud, pero definitivamente el logro de procesos que vengán estos aspectos estructurales son procesos de desarrollo que en la mayor parte de la región de las Américas toma tiempo y está tomando tiempo.

Por otro lado, el derecho a la salud forma parte coincidente con lo que está anunciado claramente en lo que concierne a la Carta de los Derechos Humanos de Naciones Unidas.

Un capítulo importante de la constitución de la OMS dice que: El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los estados.

Fíjense lo importante de este anuncio, no es solamente una responsabilidad del Estado, sino señala también la responsabilidad del individuo. El individuo debe tener una conciencia que la salud es el bien más apreciado y es un recurso no necesariamente renovable, por lo tanto tiene que saber cuidar y tiene que saber administrarlo.

Definitivamente si las políticas públicas no son acompañadas por una intervención efectiva de las personas, indiscutiblemente no podemos a veces tener resultados positivos.

La desigualdad, dice la Constitución en otro acápite, de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo de las transmisibles, constituye un peligro común. Nos está señalando un aspecto que también se está haciendo patente en estos tiempos de globalización, en estos tiempos de flujo de viajes internacionales, nos está señalando que no es solamente cuestión de proteger la salud en el contexto territorial sino nos está orientando a hacer un esfuerzo de trabajo con los países fronterizos, porque ciertas enfermedades no tienen fronteras.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público, son de

importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo. Los gobiernos, dice finalmente la constitución, tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Dicho esto, si partimos del presente año y tomamos proyección al término del presente milenio y comienzos del próximo, de que el mundo tiene 5,800 millones de personas; la proyección según Naciones Unidas para 2025 es de 8,472 millones de personas; en las Américas de momento 774 millones, la proyección al mismo periodo es de un mil millones 61 mil. El mayor crecimiento de las poblaciones en esta proyección de Naciones Unidas recae el 85 por ciento en los países denominados en vías de desarrollo; tamaño de población que seguramente va a requerir políticas que permitan satisfacer las necesidades esenciales de salud, de educación, de vivienda, de empleo y otros satisfactores de bien común. Entonces, si tomamos esta proyección realmente nos damos cuenta que es un tremendo desafío a los diseñadores de las políticas públicas y de los tomadores de decisiones.

La agravante de esta proyección constituye, por otro lado, la transición epidemiológica y la transición demográfica. Muchos países todavía en ese entonces seguramente van a estar venciendo apenas la transición epidemiológica, van a estar todavía con los rezagos de las enfermedades transmisibles, pero el envejecimiento paulatino de la población, es decir, el incremento de la expectativa de vida de las poblaciones va a significar un mayor recargo de demanda de los servicios de salud, lo que por otro lado demandará la aplicación de políticas de salud destinadas a satisfacer las necesidades crecientes de este grupo de población mayor de 65 años que en el momento ya constituye el 6 por ciento de la población total que en proyección al 2015, 2020, constituirá aproximadamente el 10 por ciento del total de la población.

Mundialmente se estima de que para el 2025 habrá 800 millones de personas mayores de 65 años de edad.

Entonces, dentro de este panorama creciente de necesidades tanto de la satisfacción de los aspectos esenciales de salud y dentro de los procesos de globalización y de los problemas económicos que

han estado confrontando conjuntamente los países en vías de desarrollo, viene a implantarse el proceso de las reformas en un ambiente en que genéricamente, por lo menos en la sección de las Américas, se da cuando se ve que hay una consolidación progresiva de las democracias, en un momento en que se da un mayor fomento de apertura económica en el marco de la globalización y en un momento en que los procesos de reformas estatales dan impulso a la modernización del Estado, entendida la modernización como un reordenamiento de las relaciones de los distintos niveles de gobierno entre sí y con la sociedad civil, de modo que la administración pública pueda concentrarse en funciones donde son irremplazables o en funciones donde el Estado debería estar permanentemente como rector. Y estas funciones esenciales, por lo menos para la realidad socioeconómica y cultural de la región de las Américas son la educación, la salud, la protección del medio ambiente, la preservación del patrimonio cultural y la identidad nacional. Todo esto de manera que conduzca a un desarrollo humano y un desarrollo ambiental sostenible.

A veces tenemos tendencia a no reconocer los logros que se han efectuado en el pasado históricamente. Pero recordaré acá —y seguramente van a compartir la mayoría de los colegas que están acá presentes— que ha habido logros importantes en materia global y en materia regional en todos los países.

La erradicación de enfermedades como la viruela, la erradicación de la poliomielitis, el virus salvaje de la poliomielitis de la región de las Américas, el avance incuestionable en el control de enfermedades prevenibles por vacunas, el consistente descenso de la mortalidad infantil y materna, el aumento de la expectativa de vida al nacer, que en muchos países —es el caso de México— ya supera los 70 años de edad, el aumento de la cobertura de los servicios de salud con la estrategia de atención primaria, que en un aspecto de equidad lo están implementando varios países, incluido México.

Sin embargo, de estos logros, de estos avances, hay problemas que persisten. Y los problemas que persisten más o menos como común denominador en la región de Latinoamérica y algunos países del

Caribe, son los elevados niveles de pobreza y el acceso inequitativo a los servicios básicos, como son salud, educación y vivienda.

Todavía hay regiones con altas tasas de mortalidad y morbilidad evitables, particularmente en las poblaciones marginadas. Insuficiente nivel de desarrollo organizativo, tecnológico y administrativo en los servicios de salud y el desafío de una cobertura universal de salud con calidad, eficiencia y equidad.

Este es un común denominador que en diferente grado de proporción afecta a los países denominados en vías de desarrollo, y no es el perfil exclusivo de un país A o de un país B.

Por otro lado, estos logros que yo había señalado de reducción de la mortalidad infantil con base a las enfermedades transmisibles, han tenido enorme tropiezo en la década de los ochenta, que se ha denominado la década perdida. Políticas globales de salud pública como las aprobadas en Alma Ata en 1978, con la estrategia de la atención primaria de salud y el enunciado de salud para todos en el siglo XXI, fueron realmente interferidas por los problemas económicos que confrontaron la mayor parte de los países en desarrollo en aquella década.

Realmente, los países se vieron obligados a efectuar fuertes ajustes estructurales, y los ingresos a los tesoros nacionales sirvieron, en buena parte, para priorizar el servicio de su deuda externa. En esta situación de crisis económica, indiscutiblemente los Estados tuvieron que sacrificar programas públicos, y entre éstos el sector social sufrió mucho, y dentro del sector social el sector salud.

Buena parte de los gobiernos apenas pudieron mantener con sus presupuestos el pago de los salarios, incluso hubo países, por ejemplo como el mío, que las actividades operacionales sustantivas tuvo que ser llevada a cabo con la cooperación internacional. Y olvidémonos de que hayan dedicado fuertes sumas de dinero a la inversión en infraestructura de hospitales y renovación de equipamiento o el ponerse al día con la tecnología para los medios de diagnóstico y tratamiento.

Podemos ver, en el ámbito latinoamericano, cómo esos rezagos se reflejan en hospitales vetus-

tos, carentes de mantenimiento, en equipamiento obsoleto y una serie de factores que sería largo enumerar.

Felizmente, a principios de los noventa se empezó a revalorizar lo social, y voy a abundar un poco más adelante.

Cuando ingresamos a los noventa, con todos estos procesos de globalización y de reformas, toca a los sectores de salud. Pero con un principio yo diría noble, donde emerge la necesidad de priorizar la atención a las poblaciones abiertas con un fuerte sentido de equidad. Y el principio de la reforma es proporcionar a todos los habitantes servicios de salud eficientes y de buena calidad en respuesta a las necesidades acumuladas y emergentes de la población en búsqueda de mayor equidad.

La Cumbre de las Américas de 1994, llevada a cabo en Miami, es un punto muy importante para la congruencia de las políticas regionales en salud. Los señores presidentes de las Américas, reunidos en aquel entonces, reafirmaron el compromiso de los gobiernos en garantizar el acceso equitativo a los servicios básicos de salud, y su plan de acción estableció la responsabilidad de la OPS, juntamente con el BID, como agencia regional, y del Banco Mundial por la convocatoria de una reunión especial para definir un marco de referencia, un sistema de seguimiento y una red de apoyo a los procesos de reforma sectorial.

Esta reunión se llevó a cabo en septiembre de 1995, convocada para discutir y establecer un marco conceptual regional para los procesos de reforma, y asistieron la OPS, OMS, la OEA, la CEPAL, el BID, el Banco Mundial, UNICEF, Fondo de Naciones Unidas para la Población y otras agencias financieras. Se había generado la necesidad de un proceso de reforma y se habían aceptado principios generales que están orientados primero a la equidad, entendida la equidad como la posibilidad de ofrecer acceso a los servicios básicos de salud.

Eficiencia, entendida ésta como la necesidad de aplicar procesos gerenciales para el buen uso, el racional uso de los recursos y generar un impacto positivo en el entendido de que la atención vaya orientada a la solución de los problemas y que la atención sea de calidad, y además de la calidad

haya calidez, fundamento en el principio esencial de nuestra ciencia de la salud, que es una identificación con las necesidades del paciente y de la entrega de los conocimientos y de la tecnología, con un profundo sentido humanitario.

Este aspecto sustantivo, no obstante los procesos de modernización y de globalización, debe constituir parte de la filosofía, no solamente de los prestadores de salud, sino de las instituciones de salud, al mismo tiempo.

Hay estos principios que acabo de señalar. Y, por otro lado, va esto de alguna manera también como un impulso fuerte a la participación social en la planificación, la gestión, la provisión y la evaluación. Definitivamente, estos principios necesitan ser consensados, discutidos, y el primer movimiento de todo este aspecto es la clara identificación con las poblaciones marginadas, con las poblaciones que todavía no han tenido el beneficio de la atención tanto de la medicina preventiva como de la medicina asistencial.

Los procesos nacionales de reforma sectorial en las Américas están en el contexto, primero, del reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto público; luego en la modernización del Estado, la revalorización de lo social, la búsqueda de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad y la respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales.

En la revalorización de lo social, ya habíamos hablado, la década perdida de los ochenta. Pero interesantemente, son las instituciones financieras internacionales que empiezan a generar el diálogo con los países, juntamente con los organismos internacionales de cooperación de Naciones Unidas, para analizar el impacto social de la crisis económica. Y luego surge el consenso de la inversión del capital humano y el concepto de desarrollo humano como base del desarrollo económico.

Aquí hay un principio importante que requiere análisis no precisamente en este foro. Se dan cuenta, en este proceso de cambio económico, que no se trata solamente de lograr un crecimiento económico, como objetivo central, sino que el fin de todo modelo económico es el desarrollo humano; debiera ser el desarrollo humano como producto final. Y entonces se empieza a manejar el

lenguaje de la necesidad de desarrollar proyectos sociales para lograr, paralelamente, el desarrollo económico. Porque incluso se ha manejado el lenguaje de que las inversiones no podrían tener sostenibilidad si paralelamente no se influye, sería y consistentemente, en el desarrollo social y la lucha contra la pobreza de las poblaciones postergadas. Y éste es un lenguaje común que permea a las agencias de Naciones Unidas, al Banco Mundial, el Consejo Económico y Social para América Latina, CEPAL y el BID.

Este es un aspecto sustantivo. Y luego, dentro de estos modelos de cambio, claramente emerge en qué medida hay una influencia de los grandes capitales y de los procesos de privatización.

En los nuevos modelos económicos que afectan los sectores sociales, se hace cada vez más evidente y más importante el rol regulador del Estado y de sus instituciones, con el objeto de garantizar que haya un principio de equidad con objeto de garantizar que haya accesibilidad de la población y a los servicios de salud, con objeto de garantizar la calidad de la atención y con objeto de asegurar que no haya abusos desproporcionados en el contexto de la iniciativa privada o de la inversión privada.

Y emerge, para el Sector Salud, un consenso que lo han discutido los señores Ministros de Salud de las Américas, el año 1997, en su Reunión de Consejo Directivo donde hay cierto perfil a los Ministerios de Salud en su calidad de cabezas de sectores, en su rol de fortalecimiento regulatorio, que va en la conducción de los procesos de la reforma entendida ésta como la necesidad de formular, organizar y dirigir la ejecución de la Política Nacional de Salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros factores sociales, del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.

Estoy citando aspectos sustantivos de la Rectoría de los Ministerios de Salud, en los procesos de Reforma, documento aprobado por los Ministros de Salud de las Américas el año pasado.

“Otra función rectora sería la de la regulación sectorial y desarrollo de las funciones esenciales de la Salud pública, el ejercicio de la capacidad rectora dice el documento en Salud, incluye tareas sustantivas en materia de autoridad sanitaria, el ejercicio de la autoridad sanitaria tiene como producto primario la promoción y protección de la salud y constituye el núcleo de las funciones esenciales de salud”.

“También otorga roles dentro del financiamiento sectorial, esencialmente dice, los Ministerios de Salud tienen la responsabilidad de establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los Servicios de Salud de calidad para todos los habitantes”.

“Modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial y desarrollar una capacidad de vigilancia en el proceso de financiamiento sectorial”.

“Otra responsabilidad señala el aseguramiento, actuar como garante del aseguramiento y de contar con los mecanismos que hagan posible la observación de un Mandato social, dice el documento. En aquellos países en que no exista separación de funciones, los Ministerios de Salud tienen que desarrollar el andamiaje institucional que requiere el desempeño de esa función y que garantice los planes de cobertura básica”.

Y en la provisión de servicios que debería definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y/o establecimientos públicos descentralizados o desconcentrados con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto.

Armonizar los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados, definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado y de definir con criterios de complementariedad la distribución de competencias y de usos entre los distintos ámbitos de la gestión pública.

Fíjense qué interesante, a veces nosotros creemos que solamente las agencias especializadas en el área social empujamos estos principios de equi-

dad en tiempos de cambio y empujamos el fortalecimiento del rol vector de los estados y las cabezas del sector. Es llamativo leer y voy a citar textualmente lo que dice el Informe sobre el Desarrollo Mundial, Documento 1997 del Banco Mundial, y cito un fragmento de este Informe: “Un Estado eficaz es imprescindible para poder contar con los bienes y servicios y las normas de instituciones que hacen posible que los mercados prosperen y que las personas tengan una vida más saludable y feliz”.

“En su ausencia —dice este Informe— no puede alcanzarse un desarrollo sostenible ni en el plano económico ni en el plano social, el Banco Mundial habrá de ser concepto de asegurar mecanismos de política social para garantizar un desarrollo económico”.

El gran reto, para terminar señor Presidente de la Mesa, es el combate a la pobreza.

El Informe de Naciones Unidas de 1997 señala “que en el mundo hay 1,300 millones de personas, un cuarto aproximadamente de la población del mundo, que vive con apenas alrededor de un dólar por día” y el Informe de la Comisión Económica y Social para Latinoamérica en 1996 estima que “en América Latina hay alrededor de 200 millones de

personas en este perfil de pobreza que viven con alrededor de dos dólares por día”.

Indiscutiblemente nosotros, dentro de esta atalaya de observación de los procesos de cambio en la región de las Américas y del mundo y con el rol que se nos ha otorgado de los seguimientos de los procesos de reforma, vemos con optimismo de que hay compromisos de política social en buena parte de los países de la región de las Américas, incluido obviamente México.

Y que, indiscutiblemente, necesita generalizar el concepto de solidaridad y vamos a decir, concentrar la atención en aspectos sustantivos de las agendas políticas de los países para que este discurso sea enriquecido, sea compartido a través de un diálogo productivo, propositivo, positivo.

Ustedes, señores Legisladores y tomadores de decisión pienso que, como yo, tenemos un compromiso con nuestra sociedad.

Por lo tanto, desde los diferentes puntos de vista que permite un foro de debate, debería haber sinergias de opinión que fortalezcan aquellas políticas públicas de bien común.

Muchísimas gracias por la oportunidad.

“Las ISAPRES y su Impacto en el Sistema de Salud de Chile”*

Dra. Carolina Tetelboin Henrión**

En esta ocasión yo voy a hacer una presentación sobre algunos resultados que nos permitan evaluar el Sistema Privado de Salud de Chile llamado: ISAPRES, Instituto de Salud Previsional de Chile y voy a empezar dando algunos antecedentes y luego voy a entregar algunas informaciones que les permitan a ustedes agregar elementos para una posible evaluación.

Desde luego que siempre, a través del relato, voy a ir estableciendo un vínculo entre el Sistema, los resultados del Sistema de las ISAPRES, del Instituto de Salud Previsional que es el sistema privado con el Sistema Público, que también tiene su parte pero creo que lo podemos manejar para esta ocasión como un agregado al Sistema Público en general.

Como introducción yo diría que actualmente en Chile se reconoce ampliamente que el Sistema de Salud padece una profunda crisis, ni el sector público ha podido resolver su problema, producto de 18 años de desinterés manifiesto, me refiero al gran periodo de la Dictadura Militar, manifestado en la eliminación de inversiones en el sector público de Salud y de la disminución del gasto corriente en prácticamente el 60% durante ese periodo de gastos de operación para el sector.

* Versión estenográfica.

** Médica Cirujana, con Maestría en Medicina Social; Profesora e Investigadora de tiempo completo de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Metropolitana, plantel Xochimilco.

Pero tampoco el sector privado puede seguir ocultando y cada vez con más evidencia un sistema de exclusión muy profundo y los altos costos que ya se discuten públicamente y en el Parlamento Chileno en la actualidad.

Que estos dos elementos constituyen dos polos de una profunda insatisfacción que sin embargo todavía no se puede responder y está amarrado digamos como herencia del Sistema anterior.

Como antecedente es muy importante entender que en Chile del 52 al 70, la prestación de servicios de Salud se organizó de manera fundamentalmente pública a través de un Servicio Nacional de Salud llamado el Servicio Nacional de Salud con una concepción médica integral que no dependía la atención del aporte individual que se establecía a través de vía de los impuestos o a través de los Sistemas de Seguridad Social existentes entonces.

En estas condiciones, la cobertura del Servicio Nacional de Salud era prácticamente del 75% en atenciones ambulatorias, es decir de atenciones de Consulta Externa y prácticamente casi el 90% en hospitalizaciones incluidos los partos.

La prevención y las actividades de Control Sanitario también las desarrollaba el Servicio Nacional de Salud y era el más importante contratista de fuerza de trabajo de salud.

El Sistema de Financiamiento era a través del Estado por pago de Impuestos Generales y a través

del aporte de las Cajas de Previsión Social que convenían, a diferencia del caso de México, convenían con el Servicio Nacional de Salud para la prestación de servicios a sus asegurados o a sus derechohabientes.

Desde luego tenía cobertura por lo tanto en términos de atención preventiva y curativa. A partir de 1967 a este Sistema de Salud se agrega otro que atiende a los empleados que es el Servicio Nacional de Empleados que hoy día forma parte del Sistema Público pero que alcanzaba un nivel de 7% de atenciones y otras instituciones públicas o privadas pero de poco peso, el sector privado era hasta 1978 en Chile prácticamente muy pequeño, muy reducido y limitado a los sectores de mayor ingreso, es decir aproximadamente al 12 ó 15% de la población en el mejor de los casos.

Del periodo precedente digamos al 73, el periodo de la Unidad Popular, se profundizan estas tendencias de intensificación de políticas sociales y se producen en relación a salud el crecimiento de actividades de prevención las grandes medidas de este gobierno, por ejemplo fueron al entender los procesos de salud como afectados por factores de nutrición y de otro tipo, una de las medidas más conocidas fue el medio litro de leche que permitiría que a todos los niños menores de cinco años se les diera medio litro de leche al día, y que fue una política muy importante para los aspectos de salud.

También se extendieron las horas de atención para resolver rechazo y oportunidad de las atenciones, se vieron atenciones integrales en zonas rurales que no tenían acceso a ellas, se amplía la base de participación en salud al interior y al exterior de los servicios de salud pública a través de la creación de comités de salud, entre otras cuestiones.

A partir de 1973 se inicia, después del golpe militar, la construcción de un proceso de transformación del sistema de salud chileno y del conjunto de políticas sociales de instituciones, de seguridad social y de política social.

Desde luego que a partir de ese momento el rol regulador del Estado se fortalece de manera muy importante y desde ahí se desarrolla todo este proceso de reformas que ha ubicado a Chile como uno de los pioneros de las transformaciones latinoame-

ricanas, y que se inician a partir del 73, pero que alcanzan su grado de consolidación hacia fines de esa década, es decir cerca de los 80.

Desde luego en términos del sector público, que era muy importante como ya lo hemos dicho, se empieza a producir un proceso de aceptación de este sector a través de una política de disminución del gasto público para salud muy importante, con una disminución, como dije antes también, de las inversiones en salud, que prácticamente desaparecen, y aceptado además por una serie de políticas de shock que establece a partir del 75 el gobierno chileno para limpiar las finanzas fiscales.

Simultáneamente, desde el Estado en su papel regulador se construye un nuevo discurso para salud y empiezan a desarrollar y a estimular experiencias privadas muy novedosas que pretenden resolver la administración de los servicios a través de la vía privada.

Todas estas experiencias se basan en las siguientes premisas:

En primer lugar, que las atenciones públicas de salud son ineficientes, que por el contrario, las privadas son eficientes. Que el sector privado es mejor administrador que el sector público; que el tamaño del EAA, el Servicio Nacional de Salud, y su plantilla de trabajadores es incosteable; que el sector privado puede jugar un rol fundamental en salud, y que este rol se lo ha impedido la existencia de este gigante que es el Servicio Nacional de Salud, es decir el sector público. Que la salud es un bien que se adquiere en el mercado; que cada quien es responsable de su salud y que la separación de funciones, es decir quien administra fondos, quien presta servicios y quien regula, deben separarse.

Todas estas son premisas fundamentales que se establecen al inicio o durante el primer periodo del gobierno militar del 73 al 78, y que permiten iniciar los cambios estructurales de financiamiento, pero además cambios de conciencia en las personas, de que debe generarse un cambio de mentalidad y la transformación de las estructuras.

Los resultados de este proceso se pueden resumir en los siguientes elementos:

Primero. Deterioro de la gestión del SINASA por razones de desfinanciamiento, por lo tanto desprestigio del sistema público de salud, a pesar de que no se desalienta su uso puesto que no hay una alternativa posible de reemplazar.

Un tercer resultado es que el sector privado, particularmente grupos de médicos que habían pensado durante todo este primer periodo que podrían ellos ser la alternativa privada, se desalientan y empiezan a generarse otras alternativas que tienen que ver con el gran capital y con el traspaso de recursos públicos del sector social o público al sector privado, que ya se ratifica aproximadamente a partir de 1980.

Otro resultado, un cuarto resultado, es la transformación gradual en la población de la aspiración y la práctica del derecho a la salud empieza a ser profundamente desalentado a cambio de la compra de servicios individualizados y en establecimientos privados, que no pasa de ser una aspiración.

Un quinto elemento es el cambio profundo de la organización del sector salud en general. El sistema de salud empieza a sufrir una transformación profunda. En primer lugar, desaparece en 1979 el Servicio Nacional de Salud y traspasa el liderazgo que había tenido en salud hasta este momento al Ministerio de Salud, que se fortalece y entonces aparece como el regulador en salud, tanto para el sistema público como para el sector privado, lo cual sirve para estimular e impulsar desde ahí el desarrollo de la gestión privada.

La nueva organización del sistema público es a través de la segmentación, a través de un proceso que se llamó regionalización, del Servicio Nacional de Salud, en 27 servicios de salud regionales que se encargarán en adelante del sistema hospitalario, exclusivamente del hospitalario, segmentando los tres niveles de atención que había tenido el Sistema Nacional de Salud y que daba resultados muy importantes en salud, y se segmenta toda la parte correspondiente al primer nivel de atención, que es asumido por las municipalidades.

A partir de aquí la historia del sector público empieza un proceso de inequidades muy profundas. En el caso de las municipalidades, los recursos para salud del primer nivel de atención dependen

básicamente de la capacidad de financiamiento del municipio en una sociedad tremendamente diversificada, y donde el municipio, donde el aporte a salud —y hoy día es así a pesar de los esfuerzos del gobierno democrático actual— en algunos municipios pobres la variación entre el aporte de salud es de un dólar mensual por ciudadano, contra 40 dólares de municipios de mayores ingresos. Por dar un dato solamente.

Otro cambio muy importante, otro resultado es la creación de un Fondo Nacional de Salud Pública. Estoy hablando básicamente de los cambios del sector público. Este Fondo Nacional de Salud en el fondo lo que viene a representar es la separación de funciones, es decir, dentro del sector público hay un ente que administra recursos y establece las relaciones entre el público y el privado. De esta manera, la obligación en Chile a partir de las reformas es que cada ciudadano con salario o con empleo debe cotizar el 7% de su salario para salud. En esa cotización solamente él aporta, se eliminó en el sistema chileno el aporte del empleador tanto para salud como para el sistema de seguridad social o de previsión. Es decir, a partir de las reformas quien aporta es solamente el trabajador.

Este Fondo Nacional de Salud recibe el 7% de los trabajadores y canaliza los recursos tanto a los 27 servicios de salud, una proporción muy mínima, que es aproximadamente el 1% del presupuesto del fondo, lo canaliza a los municipios, y la parte correspondiente al nuevo sistema de salud, lo canaliza a este sistema privado. Es decir, el Fondo Nacional de Salud es el puente práctico a través del cual se traspasan los recursos o se subsidia la atención del sector privado.

A partir de 1980 se crea prácticamente en diversos campos, se consolida ya la alternativa privada que se había buscado durante los años previos, y en el sector salud aparece este nuevo, paralelamente al sector público aparece el sector de protección privada. Me refiero a la SIPATRA; en términos de salud a los institutos de salud tradicional, me refiero en el caso de la previsión a las AFP, Asociaciones de Fondos Previsionales, y me refiero también a las mutuales, que son el Sistema de Protección para Accidentes del Trabajo.

Estos tres aparatos son eminentemente privados y reciben la transferencia de los fondos, así como

en el caso de la salud a través del Fondo Nacional de Salud, en el caso de la previsión, de las AFPs, reciben por parte del Estado los recursos que en adelante los trabajadores cotizan a través de un sistema de normalización previsional, son recibidas por las AFPs, y en el caso de las mutuales, que es el único sistema en Chile que mantiene un aporte del empleador, que es el 0.9%, y que es exclusivo, es el único que mantiene este aporte de los empleadores. En todos los demás sistemas, como dije yo, se eliminó la colaboración o la solidaridad, o la cotización participativa.

¿Qué pasa con los institutos de salud previsional? Reciben del Fondo Nacional de Salud el 7% de los aportes de los trabajadores. El sector público tiene la obligación de atender a todos los ciudadanos que coticen con el 7%, pero además a los que no cotizan por razones de indigencia, pero también tiene la obligación de recibir aquellos que son expulsados del sistema privado en cualquier condición y en cualquier momento. De esta manera, el sistema de SICAPREs funciona a partir de la recepción del 7% de aquellos que sean admitidos en las SICAPREs, más un plus del 7% que tiene que pagar el trabajador directamente, y que puede llegar a ser hasta el 15, hasta el 18, hasta el 20% de su salario en total. Entonces, el 7 más el 13 sería el 20% y esto lo recibe la ISAPRE, y le ofrece según su característica de nivel económico, de edad y de procesos laborales, de padecimientos previos, define el paquete al cual puede aspirar esta persona y lo fija en un nivel de prestaciones determinadas.

Fuera de esas prestaciones, la ISAPRE no se hace responsable de los eventos de salud de este trabajador y de su familia, si es que el plan incluye a la familia.

En el discurso inicial, todas estas modificaciones tendrían o se produjeron para beneficiar a los trabajadores en la medida que éstos podían decidir de manera individual sobre su destino económico. Tanto se refiere este comentario del discurso al destino de los fondos previsionales como a los destinos de la elección de la ISAPRE o del sector público, del médico, donde quisieran elegir. Sin embargo, como veremos más adelante, más que beneficiarlos en sí mismos bajo esta idea de elección, las reformas lo que han hecho es crear un sistema muy profundo de exclusión entre el sector,

al interior del sector público entre los dos sistemas que hay, entre el sistema público y el sistema privado, y al interior del sistema privado incluso. Entonces ya este fenómeno que veíamos de diferenciación regional y de municipalización se profundiza en el propio sistema de salud al interior entre el sector público y el privado y al interior de los mismos.

Yo ahora voy a pasar a describir de alguna manera una comparación, siempre lo voy a hacer tratando de comparar lo que ocurre en el sector público y privado.

El sistema de salud privado al parecer por estos resultados, estoy adelantando una conclusión, ha polarizado a la población, las SISATRIStas prestan sus servicios de manera selectiva por su sistema de selección, cubriendo preferentemente a personas que requieren de poca atención, pero que son económicamente rentables. Esto en general se traduce en la población más joven, la población económicamente activa, y la de estratos socioeconómicos altos, las poblaciones de zonas urbanas y las poblaciones más sanas.

Por el contrario, el sistema público ha absorbido a la población de los estratos socioeconómicos bajos, que requieren de más atención porque está más afectada por procesos mórbidos, personas en nivel de pobreza, indigencia, ancianos, niños y por supuesto las zonas rurales.

Las SISATRIStas prefieren en efecto la población que rinde mayores ganancias y que gasta menos. Mientras que el sistema público en 1990 cubría al 82% de la población de menor estrato económico en el quintil, voy a hablar de los quintiles, el 1 es el más bajo y el 5 el más alto, en 1990 cubría el 82.7% de la población de menor estrato socioeconómico, el quintil 1, es decir, los más pobres se atienden en un 82% en el sistema público de salud, en cambio las SISATRIStas cubren al 3.5 de esta población más pobre.

Esto puede querer decir que los más ricos seguramente aquí está la población de mayor edad, que la SISATRE no acepta porque los planes para esas edades son de muy altos valores y entonces la población sobre 60 años no tiene acceso al sistema privado.

Pero igualmente aquí se ve cómo existe un nivel de traspaso o de subsidio indirecto del sector público al sector privado, toda vez que de la población más rica también hay un porcentaje, aunque pequeño, que se atiende en el sector público.

Dicha distribución de la población se acentuó, esto era para 1990, se acentuó para 1992 al 49%; para 1992, de la población que atendía el sistema público, el 54.6% se encuentra en los dos primeros quintiles; en el caso de la población adscrita a las SISATRES, el 66% se concentra en los quintiles 4 ó 5, es decir, la población preferente del sector público es la de los dos primeros quintiles, la población preferente de las SISATRES, con las características que ya hemos descrito, son el quintil tercero y cuarto; el quinto por lo visto, que es la población más rica, es la que concentra en términos del producto interno bruto aproximadamente el 38 al 42% de los ingresos, no se afilia a las SISATRES seguramente porque no lo necesita.

La inequidad se da también entre las zonas rurales y urbanas, las SISATRES se dirigen más hacia la población urbana, quedando la población rural atendida principalmente, como ya lo dijimos, por el sector público, por su menor rentabilidad.

En el '92, el 4.5% de la población rural estaba adscrita a alguna ISAPRE, mientras que en el área urbana dicho porcentaje fue de 23%, la atención del sistema público en las zonas rurales cubría el 79.4 de la población rural y el 59% de la población urbana. Estos todos son datos amparados en las investigaciones que realiza el Ministerio de Desarrollo Social de Planeación y de Plan en Chile, y la encuesta CASEM, que es el instrumento de medición, digamos, de las condiciones de vida de la población.

La discriminación de las ISAPRES también va dirigida hacia los grupos que por su edad todavía no pueden o no han dejado de pertenecer a la clase trabajadora; de la población atendida en 1992 por las SISAPRES, el 51% tenía entre 20 y 49 años, que es la población preferente, después de esa edad la gente empieza a tener problemas de salud y además está cotizando, y 3.9% contaba con más de 60 y más años; o sea aquí claramente se ve que al jubilarse las personas pasan al sistema público.

En el caso del sistema público estos porcentajes fueron del 40% y el 11, es decir, la población entre 20 y 49 años del sistema público es el 40% de la población, y el 11% es sobre 60 años; es decir, las ISAPRES prefieren atender a la población económicamente activa, a la más joven, ya que requieren de menor atención que los ancianos y además que los ancianos ya no cotizan.

Esta diferencia también se verifica en la composición de los grupos de edad al interior de las ISAPRES y del sistema público. Si se considera la edad y el quintil de ingreso, se observa que de la población mayor de 60 años afiliadas al sistema en el '92, el 65% pertenecía al quintil 5 y sólo 6.5 pertenecía al 1. Así las ISAPRES atendían a un menor número de ancianos, pero éstos pertenecían principalmente a los estratos socioeconómicos más altos.

Otras fuentes confirman que las ISAPRES prefieren principalmente a la población joven de mayores ingresos; la proporción de población mayor de 60 incorporada, no ha crecido entre el '91 y el '94, del total de cotizantes en '91, el 4% tenía más de 60 años, para '92 eran 3.8, para '93, 4 y para '94, 4; o sea, en el sistema privado no crece la población que va pasando más allá de los 60 años.

Otro tipo de discriminación que se observa en el sector privado es en relación a la edad, los niños menores de 5 años también se ven afectados; por ejemplo los pertenecientes al primer quintil, los más pobres, el 87% estuvo en 1992 afiliado al sistema público. Quiero recordar además que en Chile los controles sobre las coberturas de la población son muy estrictos, es decir, está absolutamente establecido quiénes son los que tienen acceso a los diferentes sistemas. Entonces de los niños más pobres, el 6.1 solamente están en las SISATRES, que seguramente —y vamos a verlo más adelante— pertenecen a un tipo de ISAPRE que incorporan trabajadores industriales, etc., por convenio. Por eso es que aparecen los más pobres aquí en las SISAPRES, y en los niños del quintil quinto dicho porcentaje es del 20%, es decir, igualmente los niños más ricos que pertenecen a ISAPRE, de los niños del quintil quinto dicho porcentaje es del 20%.

Para 1996 la situación no cambió mucho, de la población menor ya vamos viendo que la mayoría de la población menor de 5 años está en el sistema

público, pero los menores de 15 años también la mayoría, el 62%, se atendía en el sistema público y en un 25% solamente en las ISAPRES, porque todavía no están incorporados al sistema laboral.

Ahora bien, al interior de los menores de 15, se observan diferencias según el quintil de ingreso al que pertenezcan, de la población menor de 15 años situada en quintil 1, el 86% es atendida en el sector público.

Las personas con discapacidad es otro grupo de la población que son excluidos del sistema de ISAPRE, y que de acuerdo a la encuesta CASEM de 1996, los discapacitados que se localizan en el primer quintil de ingreso, el 87% es atendido en el sistema público, mientras que las ISAPRES atienden sólo el 2%.

En 1990 de la población que acudió a un establecimiento público, el 80% fue atendida en forma gratuita, porcentaje que disminuyó a 34% en 1992, es decir, también el sistema público ha mostrado un aumento en sus costos, le están cobrando. Esta disminución es reemplazada por aumento de pagos parciales totales, que pasaron del 8.8 a 6.2 y a 11.

Por otro lado, hay todo un sistema de subsidio a las ISAPRES, que significa por una parte que todos aquellos que no pertenecen a ningún sistema previsional, deben ser atendidos por el sector público, y todos aquellos que son expulsados, como dijimos antes, de las ISAPRES, deben también ser atendidos por este sector. Ese es un tipo de subsidio indirecto que opera de manera importante y las transferencias financieras son muy importantes.

Por otro lado, de las personas que están afiliadas a alguna ISAPRE, los siguientes porcentajes de ellas se atendieron en establecimientos públicos, porque éstos no les dieron cobertura, porque no entraban en el paquete convenido: 29% de controles, 38% de consultas de urgencia, 39% de hospitalizaciones, 26% de atenciones quirúrgicas y 41% de las atenciones de parto, que en general ninguna ISAPRE, prácticamente cubre o lo hace, los partos, a precios muy altos.

Bueno, también esto se observa en el caso de los medicamentos, en el sector público se dan los medicamentos y en el sector privado no se incluyen los medicamentos

A partir de 1991 las ISAPRES dejaron de destinar recursos a la atención preventiva, mientras que la atención materno infantil la deja de recibir desde 1988, es decir, no hay cobertura ni para prevención ni para atención materno infantil.

Y, finalmente, un subsidio muy importante del sector público al privado es el de las asignaciones familiares, que en este momento están justamente en discusión, para terminar el traspaso de un 2% de estos subsidios al sector de ISAPRE.

Bueno, por otro lado, hay una diferenciación importante puesto que hay ISAPRES abiertas y cerradas, las abiertas son las que admiten a cualquier persona y las cerradas son aquéllas que hacen convenios de empresas con un grupo de trabajadores o con el empresario que tiene un grupo de trabajadores.

Aquí lo importante de resaltar es que también hay una diferencia muy profunda en estos dos sistemas, y mientras las abiertas son profundamente rentables, las cerradas, que cumplen una función más de cuidado de la fuerza de trabajo, realmente están en puntos rojos.

Respecto a la viabilidad económica, el sistema de ISAPRES ha tenido un endeudamiento muy importante en los últimos años, a partir del término del gobierno militar en adelante, a partir del término de algunos de los subsidios y de los controles estatales más rígidos sobre las ISAPRES, se ha empezado a producir un proceso de endeudamiento muy profundo, que hoy día tiene a muchas de estas empresas en una situación crítica.

Bueno, tal vez un dato muy importante antes de terminar, es que entre los costos de las ISAPRES se han añadido a los costos de salud, los gastos de ventas y comisiones, que por ejemplo en el año 94 representaron el 3.5 y el 20% del total de gastos administrativos y de ventas, o sea, el 20% de gastos administrativos en un sistema de salud, en una ISAPRE, se asemeja al gasto en salud de los seguros de salud norteamericanos, que es uno de los más caros del mundo.

Por otro lado existen, en una evaluación de lo que ha pasado en salud, por lo menos se puede establecer que en Chile a partir del 96 han empezado a emerger nuevas o viejas enfermedades, como tuberculosis, varicela, hepatitis, influenza y

meningitis, que habla de alguna manera del no cuidado digamos de la salud pública.

Y finalmente yo diría que como conclusiones, los cambios que transformaron al sistema de salud chileno, se basaron en criterios aparentemente sanitarios, pero cambiaron el concepto de salud de bien social, personal y un bien en sí mismo, a un bien económico, y posibilitaron integrar un sistema de capitalización muy importante en términos del aporte económico, en Chile la participación del gasto en salud era aproximadamente del 2.5 y hoy día está prácticamente al doble, en el 5% como gasto en salud.

El sistema público atiende a la población más vulnerable y, por el contrario, las ISAPRES lo hacen preferentemente a la población económicamente rentable y en los eventos de menor costo.

El sector privado atiende al 75% de la población global, con el 54% de los recursos totales y las

ISAPRES atienden al 25% de la población total con el 45% de los recursos en salud. Es una inequidad clarísima.

La creación de las ISAPRES, por lo tanto, no obedeció a principios de equidad en términos que no resolvió ni el problema del acceso a la atención ni el derecho a la elección por parte de la población.

Hay una tendencia creciente de pago en el sector privado, pero también en el sector público, que es preocupante. Y finalmente, que la crisis del sistema, por su irracionalidad, no permite considerar que existan las condiciones hacia la obtención de las mejores posibilidades para la salud de la población, es decir, el sistema en crisis actual realmente no garantiza la proyección de una población en condiciones de salud física y mental, especialmente, que es un problema muy grave en Chile, sobre todo en las grandes ciudades, que permita prever procesos de desarrollo, por lo menos de crecimiento sano.

Hegemonía de los Organismos Supranacionales en las Reformas al Sector Salud*

Dr. José Blanco Gil**

Quiero empezar por agradecer a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, la invitación para presentar algunos puntos de vista sobre el tema que está propuesto. Quisiera también decir que este debate sobre el derecho a la salud me parece de una pertinencia muy relevante. Es una decisión que está dándose en diversos ámbitos, que está organizándose de manera muy sistemática por la Comisión de Salud del Senado de la República y por la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, es decir, los distintos cuerpos legislativos que tienen que ver con este tema, están tratando de definir propuestas de acción legislativa que tienen que ver con el tema.

Insistiría que es de una relevancia muy alta este debate, estas posibilidades de debatir, de exponer puntos de vista diversos sobre la temática.

El tema que yo voy a exponer de manera muy sintética, incluso ahí sobre la mesa estuve eliminando párrafos y párrafos, tratando de centrar mucho más los comentarios sobre el tema, y ante la posibilidad de que, posteriormente a las presentaciones, hubiera algún intercambio de puntos de vista y de opiniones, voy a hacer lo posible por limitarme a los 30 minutos. Le he pedido al Presidente de la mesa que por favor me avise con tiempo suficiente.

* Versión estenográfica.

** Médico Cirujano, Maestro en Salud Pública, Posgrado en Antropología Médica, Titular del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Xochimilco, Asesor de la Comisión de Salud del Senado de la República.

Quando yo preguntaba que cuánto tiempo teníamos y me dijeron que 30 minutos, dije que era mucho tiempo. Pero la gente que me conoce se me quedó viendo como diciendo, pues tú hablas más de 30 minutos. Yo digo que no, pero frecuentemente ocurre.

Quisiera presentar a ustedes algunos elementos del contexto diciendo lo siguiente: que en el marco de la reorganización del capital a nivel mundial y de la adopción por los Estados nacionales de políticas de ajuste macroeconómico para remontar la crisis global de acumulación capitalista de mediados de los setenta y principios de los ochenta, las agencias financieras supranacionales, particularmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, comienzan a tener en esos momentos un papel protagónico en la definición de la política social en detrimento de organismos como Naciones Unidas, a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, el PNUD, o del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, así como los efectos en detrimento de las posiciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

Este es un tema que hemos tenido oportunidad de comentar en diversas ocasiones con el Doctor Zeballos; no lo estoy diciendo porque ya se fue, sino me parece que hay una situación que personalmente creo que es grave en el sentido de que son organismos financieros los que están haciendo la definición de la política social en general y de la política de salud en particular. Me parece que es una situación grave.

Un documento fundamental a tener en cuenta en todo este debate sobre el proceso de reforma en salud, es el informe del Banco Mundial de 1993, centrado en inversiones, aunque hay documentos que anteceden a éste que es básico, que es la llamada agenda para la reforma publicada en 1987 y los informes sobre el desarrollo mundial de los noventa, dedicado a la pobreza y el de 93, centrado en la inversión en salud.

El Doctor Zeballos también hacía referencia a un conjunto de reuniones posteriores a este informe de 1993, en donde representaciones de los países han estado presentes y tomando acuerdos, pero personalmente tengo la impresión de que son acuerdos que ratifican la propuesta del Banco Mundial.

Estas propuestas del Banco Mundial encuentran un terreno fértil en el campo sanitario pues, se dice, que proponen respuestas a los problemas torales y organizacionales de los sistemas de salud y a la no correspondencia entre las necesidades de salud, la demanda y la oferta de servicios, que, se ha dicho y que hemos sido testigos de esto, se expresan en ineficiencia, baja efectividad, explosión de costos e insatisfacción de los usuarios, entre otros problemas.

Así, en salud, y a través de este tipo de propuestas que han sido ratificadas en las reuniones posteriores, se impulsa una reforma predefinida sustentada en una racionalidad económica que algunos califican como neoclásica y que homogeniza la reestructuración del sector en casi todos los países miembros del Banco Mundial.

Yo insistiría en la necesidad de revisar con mucho detalle este documento porque es un documento muy difícil de desmontar de pronto, digamos. Hay que leerlo muy cuidadosamente. Entre otras razones porque para el diseño de este documento se hizo una consulta amplísima; hubo intervenciones y participaciones de grupos de diversa naturaleza, tanto organismos públicos como privados, y se construye un diagnóstico muy cuidadoso, diría. Incluso algo que fue muy evidente para muchos de nosotros es que en este discurso del diagnóstico que hace el Banco Mundial se reconoce un conjunto de posiciones y puntos de vista de organismos diversos. Incluso, por ejemplo, se recogen posiciones de grupos del

mundo, grupos ecologistas, grupos comunitarios, y de pronto nosotros hemos estado en diversos eventos en donde la gente se reconoce alborozadamente en ese discurso. Incluso dicen: — ya ves, yo he venido diciendo esto hace 10 años y aquí está en los documentos.

Es decir, en términos del diagnóstico y de la identificación de los problemas, efectivamente están reconocidos un conjunto de puntos de vista. El problema empieza a aparecer cuando se traduce el discurso en las propuestas, especialmente en aquello que tiene que ver con la función del Banco, que es el financiamiento de las medidas.

Algunas de las medidas tienen que ver con la definición de cuál es el quehacer legítimo de los gobiernos. Se reconoce que el quehacer legítimo de los gobiernos se limita al alivio de la pobreza, a la intervención sobre bienes públicos y servicios que genera lo que llaman grandes externalidades, así como a la regulación de las imperfecciones del mercado o de mercados ineficientes. Ese es el ámbito de este tipo de propuestas en donde sí es legítima la intervención del gobierno.

Entonces serían como 3 situaciones en donde puede ser reconocida esta intervención legítima. Primero, en la inversión en salud para los pobres o de los pobres, pues se dice que al igual que la educación y la nutrición, incrementa su capital humano y su productividad.

El segundo ámbito de intervención legítima es en los bienes públicos, pero en sentido restringido, en tanto que la característica fundamental de estos bienes o servicios es que una persona pueda beneficiarse de ellos, sin limitar su aprovechamiento por los demás. Para poner un ejemplo, la lucha antivec-torial o algunos componentes, por ejemplo, del sistema de información sanitaria, que son útiles para diversos grupos y no limitan el uso de otros.

Y en tercero, las externalidades o traspaso de beneficios o pérdidas de una persona a otra, en donde el mercado privado es ineficiente o no quiere intervenir y, por lo tanto, la intervención gubernamental está plenamente justificada en consideración al riesgo de otros. Ejemplo de esto es la vacunación masiva o el tratamiento de enfermedades como tuberculosis pulmonar o padecimientos de transmisión sexual. Es decir, ahí sí hay legitimidad para que los gobiernos intervengan.

En general podemos decir que en América Latina y por supuesto en México, la receta bancomundialista está en marcha.

Asimismo, independientemente de la conformación histórica del sector, de su grado de desarrollo y configuración, de la heterogeneidad social y del régimen político, esto está ocurriendo prácticamente en todos lados.

Esta influencia no solamente se debe —sobre las políticas nacionales— no solamente se debe a una coincidencia ideológica, sino además de que el organismo, este organismo financiero dispone de mecanismos sumamente importantes para influir en las políticas y programas de los países miembros respecto de las formas de regular, financiar y organizar la producción de servicios de salud.

Se plantea que el otorgamiento de préstamos y ayuda internacional debe condicionarse a la aceptación de las reformas por parte de los gobiernos de sectores. Esta exigencia es fundamental, en la medida en que la masa de recursos se pueda manejar.

Para el caso de México, por ejemplo, el financiamiento del Banco Mundial ha sido la base del programa de extensión de cobertura y de algunos programas focalizados a la pobreza y más recientemente el préstamo pactado con el Instituto Mexicano del Seguro Social, que sabemos que es de alrededor de 700 millones de dólares y que ha sido motivo de una acalorada polémica debido a los fuertes condicionamientos impuestos para este tipo de préstamo.

Entonces yo considero que todos los eventos posteriores al informe del Banco Mundial, "Invertir en Salud" de 1993 son de diversas maneras una ratificación de lo que venía trabajándose y proponiéndose desde entonces, y para esto se han utilizado, por lo menos en sus fases iniciales y por lo menos para las propuestas del banco, una metodología para identificar cuál es el peso de los problemas. Se ha propuesto trabajar sobre lo que se ha llamado la carga global de morbilidad y utilizando un procedimiento para calcular los años de vida ajustados por discapacidad, o años de vida saludables, como es parte de una propuesta que recientemente algunos grupos implementadores de esta metodología han estado trabajando.

Este método, este procedimiento eventualmente puede ser utilizado para identificación mucho más integrada a los problemas, es decir, mucho más integrada que simplemente utilizar las estadísticas de mortalidad u otras, pero tiene limitaciones importantes en términos de cuáles son los supuestos que tienen que cumplirse para que este procedimiento pueda ocurrir.

Uno de los supuestos fundamentales tiene que ver con la información y la calidad de información, por lo tanto, tiene dificultades importantes y de pronto se recurre a la opinión de expertos, violándose uno de los principios que se propone, que es la objetividad. Pero, bueno.

Como digo aquí hace un momento, mientras que en el diagnóstico se reconoce una compleja situación demográfica y epidemiológica en el mundo, caracterizada por graves desigualdades regionales, rezagos y polarizaciones entre países y grupos sociales, se limita de pronto a la recomendación del apoyo de los gobiernos a las iniciativas de los medios familiares, a la capacitación a las mujeres y la educación a las niñas como futuras cuidadoras eficientes de la salud familiar.

Incluso por ahí muchos de ustedes que trabajan en el campo, se ha empezado a manejar —hace rato que ya no lo oigo— se empezaba a manejar que además de primero, segundo y tercer nivel de atención, había un nivel cero, que es el nivel cero en la unidad familiar y la responsable del nivel cero es la madre, por lo tanto, entre las propuestas está la capacitación, el incremento de la capacitación de las niñas, porque en el futuro serán las responsables del nivel cero.

Además, de este tipo de acciones, se proponen la definición de un paquete de servicios esenciales, clínicos y de salud pública.

Estos son de los documentos del Banco, y entonces yo aquí diría que en este punto vale la pena decir que cualquier semejanza con el discurso y las propuestas que están en curso en el país sobre política social, por ejemplo expresadas en el PASE o en el PROGRESA o en el Paquete de Ampliación de Cobertura, el IMPAC, tiene que ver con esa propuesta, justamente con la propuesta de la implementación de la propuesta de este organismo.

Es decir, el PROGRESA es un ejemplo de lo que decía, a qué tipo de población se dirige esto. Entonces ustedes recuerdan el Programa de Educación, Salud y Alimentación, que se implementó recientemente y que sustituye a alguno anterior, en donde se ha calculado y se sabe que el apoyo diario son tres pesos para el Programa PROGRESA. Por aquí yo me imagino que la gente está sobre todo en la segunda parte, es gente que hasta ahora en la cotidianeidad, en la implementación de estos programas, y alguno de los problemas que se han planteado, que muchos han planteado, es que, por ejemplo, para la implementación del PROGRESA las listas de los beneficiarios del PROGRESA van desde aquí, ya van desde aquí las listas quiénes son los beneficiarios del PROGRESA, y de la gente que está entre las patas de los caballos, todos los días saben que este niño que le toca es muy semejante al niño que no le tocó, es decir, que las diferencias entre ellos son menores, que tienen parecidos importantes.

Creo que estoy divagando un poco, pero yo quisiera comentar esta cuestión solamente un poco para ejemplificar y subrayar alguna de las implicaciones que tienen sobre esta cuestión.

Decía que es una agenda compartida y acordada con este organismo y de entrada financiada por él. Aquí parte de la discusión que tendrá que darse en algún momento en alguno de los distintos ámbitos legislativos, es esta pérdida de la autonomía para decidir una política de salud nacional, en la medida que está vinculada y atada de manera muy puntual a créditos que tienen que cumplirse, que tiene que cumplirse un conjunto de requisitos, el crédito tiene una condición: no se otorga o hay dificultades importantes.

Ahora, entre las definiciones que provienen del cálculo de esta propuesta del Banco Mundial tiene que ver, y en la definición del paquete básico de servicios, tiene que ser las intervenciones de menor costo y con mayor ganancia de años de vida saludable o mayor efectividad, aunque frecuentemente ya se está tratando de no hablar de costo de efectividad, sino de otras cuestiones.

Se propone que tienen que ser medidas que tengan un costo de cien dólares o menos, no más. Las medidas que tengan un costo mayor a cien dólares habría que pensarlas con mucho cuidado.

Incluso yo les voy a hacer una cita, voy a citar alguna cuestión, alguna argumentación que está prevista en este documento. Dice que es la decisión de no invertir en acciones necesarias para determinadas poblaciones porque su eficacia en función de los costos es tan baja, que los gobiernos deberán excluirlas del conjunto de servicios clínicos esenciales. Tal es el caso —página 11 del informe— el tratamiento de los cánceres de pulmón, de hígado y de estómago, las quimioterapias costosas en el caso de infección con VIH y los cuidados intensivos en niños muy prematuros. Es decir, que en ese tipo de situaciones y condiciones no hay que intervenir porque es como echarle dinero bueno al malo. Si alguien tiene este problema tiene que buscar en el mercado cómo resuelve estas cosas. Y esta es una argumentación que está prevista, está en la página 11 del informe.

Ahora, un problema adicional es en torno a la determinación del valor de la vida a diferentes edades, en tanto que casi significa identificar aquellos grupos en los que no tendría caso invertir.

En un estudio particular se hace referencia al tema diciendo que el ser humano le ha asignado un valor particular a la vida, dependiendo de los aspectos sociales, culturales y económicos. En algunos casos predominan los valores culturales, y un año de vida de un anciano puede resultar más valioso que la vida del resto de los individuos. En otros casos se considera que los niños son el futuro de la sociedad, de tal manera que un año de vida es sumamente valioso. Es decir que hay diversas maneras de aproximarse a esta cuestión.

Ahora, en el modelo propuesto por el Banco Mundial determina que un año de vida de un individuo con dependientes vale más, así, el valor relativo de un año de vida de cada edad se ajusta a una función exponencial, de tal manera que el valor de un año aumenta rápidamente desde el nacimiento hasta los 25 años y después inicia un descenso.

Aunque no se aclara explícitamente, es posible inferir que si el valor relativo máximo de un año de vida saludable se alcanza alrededor de los 25 años para declinar progresivamente, la inversión en salud para ganar años de vida saludable se justifica especialmente en los grupos de edad que ocupan la franja entre los 15 y los 50 años. Es decir, interesa una inversión en salud en términos productivistas,

esta es la capa de población productiva, reduciendo el vínculo entre salud y desarrollo a un asunto económico, el papel que la salud tiene en el incremento de la productividad y a la posibilidad de aplicar políticas selectivas de alta efectividad y bajo costo, justificando la selección a partir de necesidades de salud identificadas a través de la carga global de morbilidad.

Estas resultan consideraciones éticas que no sé si tengan caso en una reunión técnica, pero me parece que había que hacer algunas preguntas que tienen que ver con estas implicaciones éticas. Por ejemplo ¿qué valor se le asigna a la vida, quién asigna ese valor, quién vale más? A final de cuentas, y un poco dramatizando quizá la cuestión, entonces, ¿quién debe vivir y quién no? Son preguntas que tienen que estar necesariamente en algún debate.

Ahora, yo quisiera decir lo siguiente. Me parece —y el doctor Zeballos lo dijo con mucha claridad— me parece que efectivamente ha venido resolviéndose una cantidad enorme de problemas, que por supuesto la situación hoy no es la situación de hace 30 años, que efectivamente la disminución de la mortalidad, la disminución de la mortalidad infantil son reconocidos, que han ido desapareciendo enfermedades a través de intervenciones, pero también habría que reconocer que esta mejoría de las condiciones a veces se expresa solamente en los debates promediales, y que para hacer un reconocimiento de la problemática habría que pesar también que estas mejorías son diferenciales, que incluso nosotros podemos reconocer con relativa facilidad un proceso de polarización en el país, en donde el problema fundamental es cómo se va abriendo la diferencial, porque efectivamente, para ciertos grupos, ciertas regiones del país, todos los indicadores de daño, todos los indicadores de mortalidad están reduciéndose, yéndose hacia abajo, pero en otras regiones del país y para otros grupos sociales esto no es así. En el mejor de los casos se ha mantenido estabilizado, lo que significa que la brecha se va incrementando. Entonces es un problema que me parece que tiene que ser reconocido.

Efectivamente, un conjunto de medidas han logrado abatir, incluso hacer desaparecer el problema de salud en este país, pero han surgido, incluso hay cuestiones que no habíamos visto, que

pueden estar relacionadas con diversas cosas efectivamente, por ejemplo esta situación en el incremento de la tuberculosis se dice, y probablemente con cierta razón, de que esto va asociado con problemas y con la vinculación con VIH, pero también tiene que ver —me parece— con un deterioro grave de las condiciones de vida de una gran parte de la población, sobre todo en ciertas regiones.

Alguna cuestión a la que me quería referir también es que digamos que el problema de la definición de las necesidades de atención y de la selección de intervenciones no es un problema exclusivamente técnico que tiene que considerar los aspectos éticos, políticos, culturales y simbólicos involucrados en el quehacer sanitario y se asoma que la salud y la muerte colectivas no son problemas de ingeniería social. No es un problema que pueda ser resuelto técnicamente sólo, tiene que tener un conjunto de componentes y consideraciones relacionados con lo que decía: con los aspectos éticos, políticos, culturales y simbólicos.

Voy a tratar ya de terminar con algunas cosas. El compañero que estaba sentado junto a mí en la mesa veía que subrayaba y subrayaba párrafos completos, tratando pues de centrarme un poco más en esta cuestión.

Ahora, yo diría que algunos de los riesgos que habría que considerar son un poco el limitar la responsabilidad del Estado a ciertos subgrupos de la población y restringir acciones en salud a un conjunto mínimo de intervenciones exitosas en términos de la propia efectividad, fragmenta el quehacer público y posibilita que las acciones puntuales que se estructuran en forma vertical, con fondos especiales y por fuera de las instituciones de salud, tienen dificultades graves, digamos, porque se conforma una especie de institucionalidad paralela en donde emergen con una gran fuerza los actores supranacionales como el inadecuadamente vilipendiado Banco Mundial, desde mi punto de vista, y que va conformando y va teniendo problemas de debilitamiento institucional del sector público.

¿A qué me refiero, por ejemplo, con los fondos especiales por fuera de las instituciones de salud, aunque sean a veces las instituciones de salud las que ejercen estos fondos? Por ejemplo, el CONASIDA, una vez que desaparecen los recursos o que

están en proceso de desaparición los recursos que llegaron por fuera, no se ha logrado una institucionalidad adecuada, digamos, de este problema y da consecuencias como las que seguramente los diputados presentes vieron hace unos días aquí afuera. La gente, los portadores y enfermos estuvieron presentes exigiendo a ver qué iba a pasar con ellos

También yo creo que es un riesgo importante, por ejemplo, para el PAC, para el Programa de Ampliación de Cobertura, porque está funcionando de manera muy importante con recursos del Banco Mundial. Es decir, por fuera de la institucionalidad, por fuera del presupuesto de la institución aunque sea la institución la que lo está ejerciendo.

Entonces habría que preguntarse una vez que ocurra, porque es previsible que ocurra una disminución sustancial de los fondos del Banco Mundial, ¿cómo se va a consolidar el Programa de Ampliación de Cobertura? Que por cierto también es un tema de discusión importante, porque hace unos pocos años, unos dos años o un poco más, se comentaba que en este país había 10 millones de personas que estaban por fuera, sin acceso a los servicios regulares de salud. Y hace muy pocas semanas la información es que solamente quedan dos millones y medio fuera de ampliación de cobertura.

Yo diría que parte de lo que habría que aclarar es de qué hablamos cuando hablamos de ampliación de cobertura, que habría que hablar de cobertura porque no es lo mismo, o sea, el 95 por ciento de cobertura de vacunación más otros porcentajes de cobertura que pueden tener algunas de las intervenciones que están en el paquete. Entonces sería útil saber de qué hablamos cuando hablamos de la ampliación de cobertura.

Porque si efectivamente se hubiera logrado en este corto periodo la cobertura de siete y medio millones de personas o algo así, realmente sería un ejemplo mundial, sería maravilloso, sería casi milagro que efectivamente esta cobertura se hubiera ampliado y que solamente queden dos millones y medio de gente, de los diez que estaban hace dos años. Creo que habría que hablar especialmente de cobertura y no de ampliación.

Bueno, ya ahora sí termino, uso unos 47 segundos para lo que quiero decirles a todos.

Desde nuestra perspectiva una reforma que asuma como eje articulador la garantía constitucional del derecho a la salud y los principios de universalidad, integralidad y solidaridad, necesariamente deberá reconstruirse a partir de la amplia base material y humana de las instituciones públicas de salud. Yo he escuchado muchas veces, y comparto la idea, que ha costado mucho trabajo, cuando menos 50 años, construir las instituciones públicas de salud del país y pueden llevarse pocos años en su destrucción.

Por lo tanto, creo que hoy la defensa de las instituciones públicas de salud es estratégica, pues sólo una institución fortalecida en el ámbito de la regulación y de la conducción global de las políticas de salud y seguridad social diseñadas al amparo del derecho constitucional a la protección de la salud, es garantía para la estabilidad de propuestas y acciones.

Sólo en ese contexto y sólo en esas condiciones, insistiría, la focalización de las acciones y la selección de las poblaciones son complementarias y obedecen más a una lógica de intensificación que a una lógica de expulsión y permiten articular acciones de emergencia, intervenciones puntuales que impactan rápidamente algunos indicadores de daños, pero esto relacionado también con transformaciones estructurales que mejoren la calidad de la vida.

Esta visión pragmática que ha estado vigente, a pesar de un diagnóstico inicial donde se identifica el ingreso y el nivel educativo como grandes determinantes de la carga de morbilidad, propone una reforma que fragmenta y debilita a las instituciones de salud y que por lo tanto daña la base material que posibilitaría, en el corto plazo, hacer realidad el derecho a la salud.

Y aquí tengo una tentación grande de hacer una pregunta o dos. ¿Por qué no se propone un Programa de Rescate de las Instituciones Públicas de Salud? ¿Por qué sí se propone y se instrumenta un Programa de Rescate Carretero, por ejemplo, o un rescate bancario como el FOBAPROA? ¿Y por qué no puede definirse un Programa de Rescate de las Instituciones Públicas?

El Derecho a la Protección de la Salud; la Salud Colectiva y los Derechos Ciudadanos

Por el carácter mismo de la temática, es importante y necesario el recordar que "...la protección a la salud. . .", ha sido elevado a derecho constitucional de todos los individuos, al consignarse como mandato en el 4o. Artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Tomando este artículo constitucional como referencia, la Ley General de Salud establece con los ordenamientos adecuados para la Federación y su concurrencia en las entidades federativas, que el derecho a la protección de la salud tiene entre otras finalidades, el "...disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población...".

Así pues, la protección a la salud y su concreción en el disfrute de servicios de salud, es el motivo de esta participación.

Según INEGI, para 1995 en los Estados Unidos Mexicanos se cuenta con una población de poco más de 91 millones de habitantes, de los cuales la Secretaría de Salud en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, identifica al 51.09% con seguridad social (IMSS-ISSSTE), y el resto carece de ella, por lo que se convierte entonces, en el princi-

* Médico Cirujano, por la Universidad de Guadalajara, con postgrado en Anatomía Patológica y diplomado en Anatomía Patológica por el Hospital John Hopkins, E.U.A., Coordinador estatal de la Campaña para la Detección Oportuna del Cáncer en Jalisco, Profesor investigador titular del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Titular del Departamento Estatal de Patología de la Secretaría de Salud de Jalisco, Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C., Vicepresidente de la Zona Occidente de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica.

pal objetivo de la atención a la salud por el Gobierno del Estado, sin embargo, la misma Secretaría de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 1995-2001, manifiestan, la imposibilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud al 10.87% de los mexicanos.

Los tiempos difíciles en lo económico, lo político y lo social por los que actualmente atraviesa nuestra realidad nacional y estatal, exige de todos nosotros, actitudes de dinámicas más intensas, eliminando la pasividad ventajosa o costumbrista que nos ha llevado a la aceptación de realidades ficticias en varios de los aspectos relacionados con nuestro ejercicio profesional. No es posible que afirmaciones como ésta, donde se acepta explícitamente la pérdida de la garantía individual de 10 millones de personas adquieran un sentido de naturalidad que legitima una aberración social.

Es por eso que haciendo eco de lo anterior, convencidos de su vigencia y adecuación, presentamos estas reflexiones en torno a la crisis de valores por la que transita actualmente el Sector Salud, deteniéndonos por esta ocasión en lo que concierne a la atención que se presta a la población abierta y de manera particular a la población que carece de seguridad social.

El análisis que presentamos es siguiendo dos vertientes relacionadas entre sí: la prestación de servicios y su relación con la garantía de la atención a la salud (4o. Artículo Constitucional), y la calidad de los servicios de salud otorgados (2o. Artículo en su V fracción de la Ley General de Salud).

I. Sobre garantía de acceso a los servicios de salud

En este capítulo hacemos referencia exclusivamente a la población sin seguridad social que según el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, representa el 48.91%, pero con una problemática que debe ser analizada en dos grupos evidentemente distintos en función al acceso de servicios de salud:

a) Por un lado la población sin seguridad social pero **con garantía de acceso a los servicios de salud** y, por otra parte,

b) La población sin seguridad social y **sin garantía de acceso a servicios de salud**.

Esta problemática por sus implicaciones sociales trasciende los límites del discurso médico para convertirse en un asunto de competencia general, por lo que presentamos algunas reflexiones al respecto, mediante la elaboración de los perfiles de cada uno de estos grupos y como conclusión perfilamos una propuesta de acción inmediata.

a) **Población sin seguridad social con garantía de servicios de salud.** En esta categoría se ubica al 38.04% de la población del país, es decir 35 millones de habitantes, que al no estar integrados formalmente a ninguna institución, carecen de la seguridad social que por ley recibe todo individuo con trabajo formal.

Con estos elementos básicos del perfil laboral es de suponer que en esta población se encuentren los vendedores ambulantes, artesanos por cuenta propia como por ejemplo albañiles, carpinteros, o mecánicos y en una pequeña proporción los trabajadores profesionales independientes.

Esta población cuenta la mayoría de las veces con una infraestructura a base de unidades de primer nivel de la SSA, llamados Centros de Salud, con escasos recursos para su óptima operación.

Las características cuantitativas y cualitativas de la atención que recibe esta población se analizará más adelante en este mismo documento, por el momento es importante decir que dicha atención es a través de los programas a población abierta que por las cifras reportadas oficialmente, pareciera que se desarrollan exitosamente, mencionando porcentajes de cobertura que sobrepasan a

los ideales de la planeación, con metas cumplidas inclusive por arriba del 100%, sin embargo, es importante la aclaración de que estos resultados de la atención no consideran la población que se explica en el grupo siguiente.

b) **Población sin seguridad social y sin garantía de servicios de salud.** Si en el grupo anterior la situación social de la población representa una problemática preocupante, las condiciones de vida de este grupo que incluye la población sin garantía de acceso a los servicios de salud es deplorable, dado que con el argumento de que se trata de mexicanos dispersos en "pequeñas localidades", (existen en el país aproximadamente 184,731 localidades con menos de 1,000 habitantes), se ha reportado oficialmente "sin garantía de acceso a servicios de salud", se encuentra ahora en las mismas condiciones y lo que es de mayor gravedad según se puede apreciar en los diferentes apartados del Programa de Reforma de la Secretaría de Salud, seguirá sin garantía de servicios, dado que no se incluyen en la planeación, ninguna acción específica para resolver este problema específico.

Las explicaciones que se puedan ofrecer al respecto difícilmente justificarán el hecho de que se cometa este atentado a las garantías individuales del ser humano en cualquier parte del mundo, y adquiere dimensiones inclusive de legalidad y de incumplimiento de responsabilidades, al tomar en cuenta los enunciados con que se inicia este documento: la protección a la salud es un derecho constitucional, concretado en un ordenamiento de la Ley General de Salud.

Probablemente en el ánimo de quienes escuchan estas reflexiones que concretamente plantean una denuncia, las consideren exageradas al recordar que se refieren a "solamente un 10.09%" de la población nacional, es por eso que nos permitimos traducir este porcentaje en las cifras absolutas, se trata de 10 millones de mexicanos sin garantía de servicios de salud, es decir, más de la suma de las poblaciones de Jalisco y Nuevo León juntas, donde según INEGI para 1995 había 5.990,054 y 3.549,273 habitantes.

Para terminar este punto de reflexión, señalamos solamente algunas de las repercusiones de la falta de servicios de salud:

Esos 10 millones de habitantes sin acceso a los servicios de salud, desarrollarán embarazos sin los cuidados que pregonamos con el control prenatal; tendrán nacimientos sin una asistencia profesional durante el parto; sus niños crecerán sin una vigilancia adecuada en su desarrollo y seguramente que sus muertes no aparecerán en los registros oficiales por lo "disperso de sus localidades".

II. Calidad de servicios de salud vs productividad

Partiendo de la base de que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud es el lograr que la población "... disfrute los servicios de salud...", que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, se presentan también las siguientes reflexiones con respecto a la población que no cuenta con seguridad social, pero que sí tiene garantizado el acceso a los servicios de salud. Con el propósito de ser más objetivos utilizamos como ejemplo la situación de salud en Jalisco por ser nuestro entorno más inmediato.

La Secretaría de Salud Jalisco atiende a esta población sin seguridad social (población abierta) compuesta por 2,455,922 habitantes mediante una importante infraestructura sanitaria donde sobresalen 10 Hospitales Regionales que en su conjunto tienen 725 camas censables y 1,002 consultorios, más las dos unidades que integran el Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara, donde en total se cuentan 1,200 camas censables.

Las líneas de acción de la Secretaría de Salud Jalisco se encuentran prioritariamente dirigidas a los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, privilegiando como grupo de fundamental atención al que se integra con la madre y el niño (salud reproductiva y control de enfermedades prevenibles por vacunación), en el Programa de Atención Primaria a la Salud.

Si tomáramos en cuenta exclusivamente los reportes oficiales, la Secretaría de Salud Jalisco tiene un alto grado de efectividad con sus acciones, ya que sus metas reportan cumplimiento de planes por arriba del 90% e incluso en algunos casos como en el programa de planificación familiar y la atención de partos, se sobrepasa lo programado al reportarse en lo general metas por arriba del 100%.

Estas cifras son las que indebidamente se les nombra "productividad", equiparando el número de acciones con el ambiente industrial.

Tal vez sea esto que nosotros identificamos como error de conceptos, lo que no permite captar la verdadera dimensión de los resultados del trabajo del Sector Salud, dado que al ponderar sus acciones en forma cuantitativa, pierden la oportunidad de evaluar el impacto de sus programas con criterios de calidad.

Algunos ejemplos de lo que hasta aquí comentamos se presentan a continuación:

Control Prenatal. El Anuario Estadístico del Estado de Jalisco reporta 218,227 consultas externas, especializadas (incluye gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna), y se agregan 98,158 pláticas de educación para la salud, sin embargo, cuando este dato se analiza con relación a lo reportado en los hospitales, el supuesto éxito de los programas de atención primaria a la salud se convierte en fracaso, dado que cerca del 40% de las mujeres atendidas se reportan sin consultas de control o cuando mucho con un control prenatal inadecuado, es decir, menos de 4 consultas por mujer.

Atención del Niño. El programa que más se comenta como ejemplo de la eficiencia de la Secretaría de Salud, es el Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, reportándose coberturas por arriba del 90% de la población infantil, sin embargo, cuando esta información se ha revisado directamente de las familias, resulta que en ciudades como Guadalajara se pueden detectar áreas con población que reporta coberturas que son significativamente inferiores a las oficiales.

En relación también con los niños, tema privilegiado para la discusión por los lamentables acontecimientos en el Hospital Civil de Guadalajara en 1996, el supuesto problema de ética y de negligencia a que se hace referencia por el fallecimiento de 11 recién nacidos, no tiene comparativo cuando se acepta como un realidad lógica el fallecimiento de cientos de niños menores de un año por neumonía, infecciones intestinales e inclusive la misma septicemia que ha sido satanizada en el caso anteriormente referido.

La Secretaría de Salud Jalisco reporta estos padecimientos como las causas más frecuentes de la muerte de niños en este grupo de edad, considerándolo como algo habitual y explicándolo solamente como indicadores “indirectos de la cobertura y calidad de los servicios básicos de salud”, casuística que “es posible descender sobre todo si se logra un oportuno control prenatal y una mejor atención del parto”.

Lógicamente ese control prenatal y la atención del parto no se mejora, como ya ha sido explicado líneas arriba, sobre todo en la población de 10 millones de mexicanos que son aceptados oficialmente sin garantía de acceso a los servicios.

Si tomamos en cuenta estos aspectos de la atención como indicadores del funcionamiento del programa de Atención Primaria a la Salud, por ser las dos poblaciones prioritarias de atención podremos concluir que la eficiencia y la eficacia que se mide mediante metas cumplidas, distan mucho de ser la panacea de la atención a la salud y que la realidad del efecto de las acciones que actualmente estamos desarrollando como equipo de Salud, requiere de estudios más profundos para su evaluación. Estas acciones que ya se están llevando a cabo en el “paquete básico de servicios”, el cual es el eje estratégico para extender la cobertura de servicios esenciales hacia la población más marginada.

III. La ética médica

En los últimos años la ética ha adquirido gran interés quizá como respuesta a la preocupación cada vez mayor, que ocasiona los cambios, debido al auge de la medicina y a la creciente aplicación de innovaciones tecnológicas en el campo de la salud.

La ética como ciencia filosófica moral de los actos humanos hace actuar al hombre con el fin de contribuir a realizar actos buenos que contribuyan a la perfección del ser, sancionando los malos actos ya que éstos lo degradan.

La legislación en nuestro país establece que la atención médica deberá de llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orienten a la práctica médica. (Artículo 9 Reglamento de Atención Médica).

La sociedad reclama el humanismo médico, inmerso en un conjunto de valores y percepciones relativas a los bienes humanos, que nutren los principios y las normas, mismas que contribuyan al dominio de la ética médica.

El profesional de la medicina debe practicar su saber en forma ética respetando siempre la intimidad, individualidad y la confianza, sin abusar, sin engañar, con respeto a la vida, a la verdad y a los valores trascendentales del hombre, sin utilizar el conocimiento para la manipulación o el abuso del más necesitado o comercializando con su salud.

Conclusión

Si reunimos en un mismo punto los dos aspectos desarrollados en este documento (calidad de atención y garantía de atención a la salud), podemos llegar a la conclusión de que es necesario y urgente la revisión de las responsabilidades institucionales que en este rubro están establecidas por ley:

a) Nadie puede aceptar por ningún argumento o razonamiento que se esgrima, el hecho de despojar oficialmente a una población de 10 millones de personas de su derecho constitucional a la protección a la salud.

La aceptación de este hecho por individuos particulares es preocupante, sobre todo cuando esto se encuentra en documentos oficiales y es doblemente preocupante, cuando se encuentran o se admiten sin un proyecto de fondo para revertir tal situación y se adoptan términos que por sí solos implican una responsabilidad profesional y ética: “población sin garantía de acceso a servicios de salud” y se argumentan razonamientos que son más bien explicaciones de incapacidad técnica “...por la dispersión de las localidades...”.

b) Por otra parte la atención que se oferta a la población sin seguridad social, pero que sí tiene, por decreto institucional garantizando el acceso a los servicios de salud, debe ser evaluado con criterios de calidad, suprimiendo la confusión de conceptos, la productividad es un término que seguramente se puede aplicar en el ámbito industrial como forma de medir la producción de mercancías “producidas”, por unidad de tiempo y de persona, sin embargo, en la atención a la salud, lo que es trascendente es la modificación de los pro-

blemas de salud. Esto es lo que debe evaluarse como acciones por su impacto.

Proponemos por último el avance de la descentralización no sólo en la relación Federación-Estados como ya se ha desarrollado en una gran medida, sino que esta descentralización se lleve a cabo también en el interior de las entidades federativas del país, hasta llegar a su consecuencia última en los municipios. Estamos seguros que utilizando esta forma de organización y administración de los servicios se beneficiará la población al tener las soluciones específicas a sus necesidades específicas también.

Lo expuesto hasta aquí, considero que es argumento suficiente para plantear la regionalización

de los servicios como una estrategia para lograr la atención integral de la población, con la participación en sus ámbitos de competencia, a cada una de las instituciones del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SEDENA, y SS).

Proponemos concretamente que se identifique claramente responsabilidades a tres diferentes niveles: Nacional, Estatal, Regional y Municipal para la elaboración de planes y programas de atención, el desarrollo de las acciones y la integración de la información correspondiente disgregada por esa misma estratificación, de tal forma que permita el seguimiento y sobre todo la evaluación diferencial de las acciones de protección a la salud como lo marca la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Mesas de Trabajo

MESA DE TRABAJO

1

El Derecho a la Protección de la Salud

- a) Análisis del cuarto párrafo del artículo 4o. Constitucional.
 - b) Análisis de la fracción XVI del artículo 73 Constitucional.
 - c) Propuestas legislativas de reformas a los artículos 4o. y 73 Constitucionales y sus derivaciones en las leyes reglamentarias.
-



Dips. Jesús Francisco Martínez Ortega, Santiago Padilla Arriaga y Bonfilio Peñaloza García, en la ceremonia de clausura del Foro.

Análisis del Marco Jurídico y Estado Actual de la Medicina en México

DR. MANUEL GALVAN RODRIGUEZ

Introducción:

El derecho a la protección de la Salud sólo es entendible dentro de un proyecto de Seguridad Social Nacional.

La Seguridad Social Nacional debe estar fundamentada en un plan de Nación que integre a todos los sectores, sustentada cabalmente en los graves problemas que enfrenta el país, acorde a la nueva tecnología, nunca debe someterse a intereses de grupo, ni mucho menos a intereses extranjeros, debe tener el interés supremo de nuestra gente, regirse con el humanismo, la ética científica, pero ¿hacia dónde debemos ir...? Al camino que nos marquen las necesidades del pueblo de nuestra gente: analizando la natalidad, la morbilidad, la esperanza de vida, la epidemiología, etc.

La Seguridad Social debe estar fundamentada en una idea de nación para que sea un proyecto viable y no se quede sólo como una letra muerta perdida en la Constitución, en una gran demagogia.

Este anhelo puede ser real, si fundamentamos un plan racional un proyecto de nación fuera de intereses de grupo.

Acudimos directamente de las áreas operativas, recibimos las propuestas de las salas de urgencias, de la unidad del niño desnutrido, del deshidratado, directamente de la sala de Toco, de la sala de quirófano, donde en ocasiones se carece de lo

mínimo indispensable, nuestra idea y nuestro proyecto sale de estas trincheras, donde está el problema, estamos en las Universidades de Medicina, escuchando y preparando a los futuros médicos, a los que les vamos a heredar esta compleja problemática, es decir: recogemos los sentimientos de la Nación y se los proporcionamos a ustedes que están cerca de las decisiones trascendentes, ustedes que tienen la facultad de transformar en beneficio del pueblo, de toda la nación.

Sólo entendemos este proyecto y todas las demás mesas de trabajo con vigencia en un país unido como el mejor camino, fuera de intereses particulares, pensemos como un gran país, como un hermoso país que somos, tenemos el privilegio de cuidar lo más valioso que forma una nación: su gente... su pueblo. La carrera de Medicina es de las pocas con un alto contenido Social y Humanista, desde nuestra formación en el Servicio Social, palpamos, convivimos con las grandes carencias del país y lo mismo estamos con los campesinos, con los obreros, con los indígenas y de esta manera entendemos lo que requiere el país, aprendemos a escucharlo y ayudarlo.

1. Federalismo y medicina

Llevemos agua de conocimiento a las grandes áreas áridas del país.

Apoyo estatal y Federal a la descentralización de los Servicios Médicos, tanto financieros y en recursos humanos.

Incentivemos pero ya a la brevedad la salida de las grandes urbes como prioridad y necesidad nacional.

Apoyemos con recursos, tengamos una instancia que supervise y auxilie con estrategia coherente esta migración, a donde verdaderamente hace falta.

No sigamos fomentando el centralismo, ya no es posible, ya no más Macrópolis.

Es verdad que los estados deben ser soberanos, pero ante el Derecho a la Salud, la idea de República de estados unidos tiene mayor vigencia.

Ubiquemos las necesidades estatales y bajo esta política que se distribuyan los recursos.

Unificar el Sector Salud

Este añejo plan tiene hoy más vigencia, si es imperioso optimizar recursos, esto facilitaría la solución nacional del derecho a la protección de la salud.

No podemos seguir considerando ciudadanos de primera, segunda categoría, etc.

Existen áreas del país en el que el mejor Hospital es ajeno a su comunidad pues no son derechohabientes. . . esto no es acorde si planeamos como nación y mucho menos ahora que estamos urgidos por optimizar recursos.

No debemos anteponer intereses de grupo al interés supremo de la Nación.

Si queremos una Seguridad Social Nacional fuerte no podemos seguir haciendo planes particulares ya sea IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc. si queremos actuar como una nación sólida debe darse esta unión.

Podemos imaginar en este momento que en algún lugar del país hay un problema importante de salud y no siempre se da esta correlación entre enfermo y el hospital a su alcance.

El IMSS llegó a ser ejemplo mundial de Servicio con su pueblo, las reformas económicas que se han

dado en los últimos años han debilitado importantemente a esta noble institución, salgamos en su búsqueda, en su ayuda, con soluciones nacionales, no con más deuda externa que finalmente pagará con creces el pueblo.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Este proyecto debe evaluarse nuevamente en base a los resultados que nos está ofreciendo.

La relación Médico-Paciente se ha dañado severamente pues ha ocasionado que se fomente la Cultura de la Demanda y que se modifiquen los patrones en la relación amistosa Médico-Paciente y tengamos frente al médico un enemigo potencial, distorsionando severamente la atención Médica. El Médico de hoy bajo esta circunstancia está más preocupado en tener un buen abogado que lo defienda, que estudiar más, prepararse día a día, contar con los elementos indispensables, tecnológicos, de gabinete o bien laboratorio que le permitan restablecer a su paciente.

El presupuesto que maneja la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, hace falta en los Hospitales, para contar con mejor equipo, más personal, promover investigación y enseñanza.

La Comisión Nacional no es un proyecto de Nación, nuestra Medicina no requiere de Arbitros, de inquisidores, nuestra Medicina está urgida de recursos de personal, de tecnología. Señores Legisladores, tengan esa amabilidad de evaluar este proyecto y saquen conclusiones con el interés supremo de la Nación.

Imperiosa necesidad de correlacionar las universidades de medicina y áreas afines con la oferta de trabajo

Debe existir una supervisión constante y a nivel nacional del número de egresados de las Escuelas de Medicina del país tanto públicas como privadas, bajo dos circunstancias.

- a) Formar los Médicos que requiere el país.
- b) Distribuirlos a Nivel Nacional.

Esta correlación entre oferta y demanda igualmente se debe de dar a nivel de post grado. No podemos desperdiciar recursos humanos tan valiosos, no tiene caso formar médicos que próximamente serán desempleados, pero igual de dañino es el hecho que continuemos fomentando las grandes concentraciones de Médicos sólo en tres o cinco grandes ciudades.

Debemos encontrar las bases necesarias para desconcentrar las grandes urbes, y esta descentralización igualmente que esté vigente en las universidades, que este programa se regule desde este punto de vista.

La biotecnología y la industria farmacéutica

Estas grandes empresas transnacionales deben tener un trato digno ante la Seguridad Social Nacional, en esta relación la prioridad es y será nuestra gente, nuestras necesidades y nuestros recursos.

Es el Estado quien tiene la responsabilidad de que los grandes avances tecnológicos y los fármacos más eficientes estén al alcance de todos.

Para una atención de calidad requerimos de la mejor tecnología pero sin esclavizar nuestros recursos al interés de estas empresas transnacionales.

Es mucho el costo que estamos pagando por modernizarnos, en esto igualmente es responsabilidad de las universidades, de las instancias científicas, que la Biotecnología Nacional se desarrolle y por qué no posteriormente exportemos estos conocimientos.

El presupuesto en salud

Debemos encontrar los mecanismos necesarios para que esté protegido, no sufra variaciones.

Y es un punto más en el que debemos analizar que sería más fácil optimizar recursos con Un Sector Unido. Más complejo de organizar, pero más eficiente en cuanto a la atención con el pueblo.

Comunicación y supervisión continua de las Comisiones de Salud con los hospitales.

Esta comunicación constante tendrá como objetivo detectar las áreas que no están funcionando adecuadamente y conseguir las soluciones a todos estos problemas.

Las Comisiones de Salud tendrán también esta gran responsabilidad, vigilar que los planes y proyectos en salud se verifiquen y se cumplan.

Seguridad Social de calidad

La Seguridad Social no debe entenderse como una atención de mala calidad, la atención debe ser la mejor, la más actualizada, la más acorde a los avances tecnológicos.

Queremos de personal con vocación, que tenga el amor necesario a su gente, que sea primero el país.

La Seguridad Social debe estar acorde a la alta Calidad Científica.

Debemos vigilar que todo el personal tenga la mejor preparación, la mejor actualización.

Es muy importante el intercambio científico con el extranjero para que la actualización sea vigente.

Pero asimismo, nuestros Médicos de calidad deberán tener Sueldos de Excelencia, la Seguridad Social no debe estar apoyada en malos salarios, de ninguna manera, el personal mejor preparado con un trabajo de calidad tiene el derecho de recibir mejores salarios.

La Seguridad Social no debe sustentar su economía limitando un buen salario a su personal.

Conclusión

La Seguridad Social Nacional como proyecto de Nación debe ser la misma para el campesino, para el obrero, para el asalariado, para el indígena, para el niño de la calle, para el trabajador federal, es decir, idea de Nación fuera de intereses de grupo.

La Seguridad Social Nacional sólo se comprende en un país unido. . . juntos en la lucha contra el cáncer, unidos contra la desnutrición, unidos en la lucha contra el Sida, unidos en las campañas de vacunación, unidos en la problemática materno-infantil.

Con una idea Nacional, tendremos más fuerza para vencer estos grandes retos, que diario tenemos, unidos en las zonas de desastres, unidos en los tiempos de tragedias.

Unamos esfuerzos, sólo así será realmente viable este derecho a la salud.

Debemos tener esa gran capacidad para escuchar el grito de dolor de los más necesitados, para que se escuche aquí en este recinto, para que se escuche en todo el país, seamos sensibles y tengamos capacidad de solución. . .



Garantía a la Protección de la Salud

Lic. Fermín Coria Martínez

Al hacer un estudio de las garantías que otorga nuestra Constitución, se requiere abordar el aspecto histórico y filosófico de las mismas, hablar de la naturaleza humana y sus diferentes concepciones, recalcarlas como verdades dentro del ordenamiento jurídico y mencionar a la justicia como valor supremo y fundamental de la cual requiere asirse el hombre para satisfacer sus necesidades y desarrollar sus capacidades.

Desde la antigüedad los hombres se cuestionaron acerca de sus derechos como tales, algunos afirmaron que el derecho se basaba en la razón como naturaleza del hombre con ideas eternas y principios de justicia universalmente válidos. Otros, por el contrario, opinaron que el derecho y la justicia no eran más que producto de la convención, la utilidad o la conveniencia, aseveraron que las normas cambian con los tiempos, los hombres y las circunstancias, y en este sentido, la justicia se les presentaba como lo que convenía al más fuerte.

Aquel derecho basado en la recta razón, se miró como algo inmutable y siempre eterno, por lo que la ley de entonces se presentaba como justa, en la medida que estaba de acuerdo con los postulados del derecho natural. Más adelante el concepto fue adaptado a las doctrinas de la iglesia cristiana, y se habló de la Ley Eterna como expresión de la sabiduría divina que guía al universo por el camino del bien, se habló también de la Ley Natural basada en la razón y como una manera de concebir las intenciones de Dios que inclinan al hombre al bien y le permiten conservar la vida, criar y educar a los hijos, vivir en sociedad, huir de la ignorancia y

respetar al prójimo, y se dijo que la Ley Humana como acto volutivo de aquel que tenía a su cuidado la comunidad debía ser la ordenación de la razón para el bien común debiendo observar los principios de la Ley Eterna expresados en la Ley Natural.

En la época moderna las ideas del derecho natural adquieren mayor fuerza al hacer exigible su respeto por parte de los gobernantes, así los derechos de libertad, igualdad, propiedad y seguridad jurídica, van formando parte de cuerpos normativos que tienen como única finalidad contribuir para el alcance del bien común.

La declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en Francia en el año de 1789 son un precedente fundamental en la historia contemporánea de los derechos del gobernado, baste citar lo que en el preámbulo de dicha declaración asentó el pueblo francés constituido en asamblea nacional: "considerando que la ignorancia, el olvido y el desprecio de los derechos del hombre son las únicas causas de las desgracias públicas y de la corrupción de los gobiernos ha resuelto exponer en una declaración solemne los Derechos Naturales, inalienables, y sagrados del hombre". Esta formulación de derechos encontró suelo fértil en nuestro país al inicio del presente siglo y el Constituyente de 1917 los tomó como principios fundamentales para integrar la parte dogmática de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El dogma viene a ser el principio, el fundamento, la verdad indiscutible de toda doctrina o religión, en nuestro caso la enumeración de los derechos

subjetivos públicos contenidos en el capítulo primero de la Constitución, son una verdad indubitable tanto para gobernantes como para gobernados.

En la actualidad se ha vuelto común hablar de los derechos humanos como algo inherente a las personas físicas, no obstante es preciso hacer algunas consideraciones al concepto de derechos humanos y al de garantías individuales, estas últimas plasmadas propiamente en la parte dogmática de la Constitución.

Los primeros obedecen a principios de derecho natural, dentro de un orden intrínsecamente justo. Las segundas pertenecen al derecho positivo: al orden existente y que efectivamente se cumplen en la sociedad con un ámbito espacial y temporal de validez.

El derecho natural vale por sí mismo como inherentemente justo, por lo que no depende de elementos extrínsecos, por el contrario, es generador de principios para la existencia misma del derecho positivo.

Por su parte, el derecho positivo vale por cuanto a la voluntad de un poder legislativo, con independencia de si su contenido es o no justo.

Desde una perspectiva de los valores, se ha considerado que el derecho positivo sólo puede ser justo en cuanto fundamenta sus preceptos en contenidos universalmente válidos de derecho natural y que desde una perspectiva ética jurídica, no son sino valores de justicia, libertad e igualdad.

Las llamadas garantías individuales que se contienen en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y que dentro de nuestro contexto comúnmente se les confunde con los derechos humanos, contemplan la existencia de un mecanismo de defensa idóneo para que el gobernado pueda exigir su respeto por parte de los órganos del Estado.

Lo anterior, a diferencia de los llamados derechos humanos que a pesar de ser en su origen intrínsecamente justos, no tienen un mecanismo de defensa en el orden jurídico, aun cuando constitucionalmente se faculta a la Comisión Nacional de Derechos Humanos para llevar a cabo su

defensa, pues lo cierto es que en la mayoría de los casos este ombudsman constitucional actúa de estricto derecho y con apego a la normatividad vigente.

El problema no sólo se centra en la falta de mecanismos de defensa de los llamados derechos humanos, sino que afecta también al orden positivo en las llamadas garantías sociales que se encuentran contenidas, al igual que las garantías individuales en el capítulo primero y en otros numerales de la propia Constitución.

Por garantía, gramaticalmente se comprende la acción y el efecto de afianzar lo estipulado.

Al hablar de garantías individuales, hablamos de aquellos derechos que tiene el individuo y que serán afianzados por el hecho de estar en la norma fundamental a través de la acción que comprende el juicio de garantías o juicio de amparo, encargado por la Constitución al Poder Judicial de la Federación.

Pero qué pasa con aquellos principios que contemplan el orden jurídico y que no van más allá de ser considerados como buenos propósitos, toda vez que no pueden ser garantizados por el Estado como un derecho fundamental hacia el gobernado y en consecuencia se encomienda su tutela a la legislación secundaria pues no pueden ser considerados como una garantía individual.

Entre este tipo de derechos que no están propiamente reconocidos por el Estado como una garantía individual, pero que no por ello dejan de ser derechos del hombre, se encuentra el derecho a la salud: indispensable para el desarrollo, dignidad y bienestar del hombre, y que entre otras cosas le permite convivir con sus semejantes, satisfacer sus intereses y desarrollar sus capacidades.

Este derecho a la salud aparece contemplado en el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución y a la letra dice:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y establecerá la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

El párrafo que antecede nos habla de un derecho a la protección de la salud y no de un derecho a la salud, pues para su inclusión en el texto constitucional, por el constituyente permanente, se argumentó que la salud no puede ser garantizada por el Estado en estricto sentido, pues en ello influyen factores de índole hereditario, económico y cultural.

En palabras del constituyente permanente "la expresión derecho a la protección de la salud implica el esfuerzo deliberado, orientado y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y los objetivos que favorezcan la implementación de programas específicos en que la protección a la salud significa un conjunto de acciones realizables con los recursos humanos, físicos y financieros disponibles. . . protección a la salud significa asimismo, el conjunto de acciones que permiten evitar las enfermedades, sean las permisibles por vacunación, o las crónicas condicionadas al estilo de vida del individuo.

Por fin el derecho a la protección de la salud implica el compromiso por parte del Estado para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud existentes o definir una política de ampliación de los mismos y la extensión de la cobertura".

En la actualidad las buenas intenciones han sido rebasadas por los hechos, pues no se precisa cómo ese derecho a la protección de la salud pueda constituir una garantía constitucional, exigible al Estado cuando no se cumple con el propósito que rige la propia Constitución.

Es muy cierto que la legislación secundaria sienta las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud pero no menos cierto es que la protección a la salud realmente surte efectos a través de las disposiciones de la legislación secundaria en materia de seguridad social, pues los servicios de salud a la población abierta, en su mayoría son deficientes e incompletos, amén de los servicios privados de atención médica, a los cuales sólo tiene acceso aquella parte de la población con capacidad económica suficiente para hacer frente a las necesidades que el cuidado de su salud requiere.

No es oculto a la opinión pública que las actuales medidas financieras repercuten en el derecho a la protección de la salud, pues el incremento del

desempleo propicia el crecimiento de la población sin acceso a los servicios de seguridad social y sin dinero para acudir a los servicios particulares, convirtiendo en discriminatorio el derecho a la protección de la salud.

El problema que envuelve al derecho a la protección de la salud y la forma idónea de garantizarlo, constituye un reto para el Poder Legislativo en su carácter de constituyente permanente, pues éste deberá resolver sobre la manera de asegurar la gratuidad de los servicios de salud y la disponibilidad de medicamentos para los grupos vulnerables en nuestra sociedad.

Nuestro artículo 4o. en su párrafo cuarto debe ser coherente con la realidad de nuestra población y garantizar sin discriminación y en la misma igualdad de circunstancias la protección al derecho a la salud a través de una seguridad social a la población abierta en la cual concurren directamente tanto la federación como las entidades federativas.

Para lo anterior se requiere que nuestro constituyente permanente conceptualice al término Salubridad General de la República para establecer, una debida distribución de competencias tanto a nivel federal como local, a efecto de que la descentralización en materia de salud surta las consecuencias deseadas y pueda proporcionarse a la población la atención médica integral que requiere, cumpliendo así con el derecho fundamental de protección a la salud.

Bibliografía:

- Bidart Campos, Germán J. Teoría General de los Derechos Humanos, Universidad Nacional Autónoma de México, México 1989. pp. 443.
- Bodenheimer, Edgar. Teoría del Derecho. Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1983. pp. 395.
- Castro, Juventino V. Garantías y Amparo. Edit. Porrúa, México 1989. pp. 589.
- Maynez, Eduardo G. Introducción al Estudio del Derecho. Edit. Porrúa, México 1994. pp. 414.

Transformación del Régimen Jurídico y Enmienda a la Violación de las Garantías Individuales Contenidas en el Decreto Presidencial de Creación de la Comisión de Arbitraje

Dr. José Luis Pereira Ronquillo

Dra. Laura E. Huerta Espinosa

Dr. Andrés F. de Alba González

Dra. Genoveva Arista López

Dr. Mauricio Rivera Díaz*

Propuesta alternativa para la integración de un organismo descentralizado que atienda las inconformidades, insatisfacción y carencias derivadas de la atención de la salud.

Antecedentes

Los antecedentes a dicha propuesta se encuentran en la modificación del artículo 4o. Constitucional que incorpora el derecho a la salud, y que fue publicado en el Diario de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983, así como la Ley General de Salud expedida el 7 de febrero de 1984. También se hace referencia al concepto de la salud de la Organización Mundial de la Salud, que la define como el bienestar físico, mental y social del ser humano.

En el plano internacional desde finales del siglo XIX en Gran Bretaña y Francia se dieron los primeros intentos para organizar sociedades de defensa contra la responsabilidad profesional. Esto se concreta en la década de los años sesenta cuando la Unión de Defensa Médica y el Sou Medical deciden trabajar en conjunto para establecer los riesgos de cada área de la medicina y en caso necesario

compensar económicamente el daño causado por el acto médico. En este sentido prosiguió la Asociación Médica Mundial quien recomendó que en cada país miembro se conformara un organismo similar. Hay Uniones de Defensa Médica en Canadá, Escocia y en Australia, donde las pruebas de negligencia médica deben ser bien establecidas. Otras naciones con experiencia en estos menesteres son Finlandia, Suecia, India, Holanda, Suiza e Irlanda.

En Japón ante el incremento de las demandas médicas y la exigencia de los tribunales motivó que la Asociación Médica Japonesa creara la División de Defensa de la Responsabilidad Profesional de la AMJ, en donde la Comisión de Conciliación, después de analizar el caso refiere al Comité Deliberativo, formado por las más altas autoridades médicas y judiciales, para la solución justa y por ende definitiva para las compañías de seguros.

Antecedentes nacionales

En nuestro país la AMMAC trata de formar una gran mutualidad que cubriera este aspecto. En 1993 se propone que sea obligatorio para el ejercicio de la medicina la obtención de un seguro individual de Responsabilidad Profesional. En 1995 FENA-

* Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos

COME emite unas recomendaciones generales a los Colegios Médicos Estatales, para difundir los riesgos sobre la adquisición de seguros de responsabilidad civil, ya que sólo despiertan la ambición o sorna de la sociedad para presentar demandas de Responsabilidad Profesional contra la profesión médica. Esta agrupación en diciembre de 1996 acuerda evitar la proliferación de organismos que promuevan y alienten las quejas, para lo cual conviene con los Colegios Estatales que se frene y controle con valor civil esta situación.

Justificación

La justificación de la propuesta la constituye el incremento progresivo en el número de demandas y quejas en relación a la prestación de los servicios de salud y que fundamentalmente recaen en el personal médico, lo cual ha traído por consecuencia un deterioro en la relación médico-paciente y además ocultando las causas reales que suscitan en ocasiones la atención médica inadecuada. Por esto se hace necesario que los médicos se coordinen y conformen una organización que permita presentar respuestas y soluciones efectivas para los usuarios y los prestadores de servicios.

Marco legal

Dicha propuesta se basa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley de Profesiones, la Ley General de Salud, los Códigos Penales Federal y Local y los Códigos Civiles Federal y Estatales.

Propósito

Estructurar un organismo descentralizado encargado del cumplimiento integral del Derecho a la Salud, con calidad y sentido humanitario y que contemple los derechos y responsabilidades del Estado, Instituciones, usuarios y profesionales de la salud.

Modelo propuesto

La creación de la COMISION DE VIGILANCIA PARA LA PROTECCION DEL DERECHO A LA SALUD.

Como requisito se solicita que quien dirija este organismo sea un médico con trayectoria de ejercicio clínico comprobado y reconocido, y que posea un perfil ético y deontológico con reconocida y respetada trayectoria profesional; y que dentro de la estructura estén representados los sectores salud, profesional y social.

Transformación del Régimen Jurídico y Enmienda a la Violación de las Garantías Individuales Contenidas en el Decreto Presidencial de Creación de la Comisión de Arbitraje

El derecho a la salud fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 3 de febrero de 1983, quedando consagrado como norma Constitucional, dentro del artículo IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917.

La Organización Mundial de la Salud, define conceptualmente a la salud como el bienestar físico, mental y social del ser humano, y los propósitos Constitucionales pretenden:

1. Proporcionar servicios de salud, a toda la población.
2. Contribuir al desarrollo Demográfico y Armónico en todo el País.
3. Colaborar al bienestar social.
4. Impulsar métodos de administración, y recursos humanos para el mejoramiento de la salud.
5. Impulsar actividades científicas y tecnológicas enfocadas a la salud, tanto en escuelas como en hospitales y comunidades.
6. Coordinar la capacitación y formación de recursos humanos para la salud y distribuir de modo más conveniente dichos recursos.

Otros factores que actualmente inciden en la salud son: definitivamente las características del medio ambiente, la seguridad pública, la protección en sus fuentes de trabajo, la desnutrición, la educación, el analfabetismo, la falta de vivienda digna e indudablemente la situación psicosocial que condiciona el vivir en un medio de violencia, delincuencia, inseguridad, y narcotráfico, este último rubro cada día se convierte en una amenaza

para la seguridad nacional. Dentro de las condiciones necesarias para dar garantía al derecho de la protección de la salud, intervienen tres factores:

- I. El médico o prestador del servicio.
- II. El paciente o usuario.
- III. La infraestructura inmobiliaria, que incluye clínicas, hospitales, consultorios, insumos, instrumental, así como mantener tecnología de vanguardia vigente acorde con la época actual, así como personal paramédico suficiente y bien capacitado, de indudable valor en el tratamiento integral del paciente.

Factor importante es la seguridad y tranquilidad que debe de tener el médico en el ejercicio de su práctica profesional, lo que seguramente redundará en rescatar la confianza y seguridad en la relación médico-paciente, la cual se ha visto deteriorada dada la propaganda en forma por demás amarillista de los casos juzgados como mala práctica médica.

El incremento progresivo en el número de demandas, y quejas en relación a la prestación de servicios de salud, afectan principalmente al médico al que se ha utilizado como blanco ante la inconformidad social, levantándose una cortina de

suscitan, lo que aunado a los fenómenos de globalización, comportamiento y exigencia social, para disponer de seguridad y mejores servicios han ocasionado el deterioro de esta relación, acentuando las demandas médico legales, laborales, civiles y penales, por ello proponemos:

1. Estructurar un organismo consultivo normativo de carácter descentralizado, formado por las más altas autoridades médicas y judiciales.
 2. La obligatoriedad del estado para cubrir la demanda de asistencia médica a todos los mexicanos.
 3. La responsabilidad de las instituciones de salud para proporcionar atención médica de alta calidad.
 4. El respeto irrestricto a los derechos de los profesionales de la salud.
 5. Organizar a las fuerzas sociales comprometidas en su participación y operación.
 6. Controlar, supervisar y evaluar su funcionamiento sin tendencias ni intereses de grupos, partido, credo o raza.
 7. Que se incorpore el derecho a la salud como un bien jurídico tutelado.
-

Análisis del Cuarto Párrafo del Artículo 4o. Constitucional

Dra. Venus María Castellón y Castellón*

Desde el año de 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud (Organización Mundial de la Salud), apuntó una conceptualización de la salud que ha generado una influencia importante en el enfoque normativo de las legislaciones de los Estados, al entender las mismas como "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de la misma es un objetivo social importantísimo en el mundo".

En el año de 1983 se adicionan dos importantes párrafos al artículo 4o. Constitucional; uno de ellos fue el Derecho a la libertad, Responsabilidad e Información compartidas entre hombres y mujeres como base de la vida en común, de esto se deriva la incorporación de valores culturales relacionados con la actividad reproductiva, merecedora de un trato de ingente impulso sociológico, que fundado en el amor y comprensión que debe existir en la pareja humana, la conduzca a decidir, sin coacción alguna, tanto el número de hijos como el espaciamiento entre ellos.

Mas sin embargo, el tema de esta ponencia no es el relacionado con el párrafo anterior, sino con el párrafo cuarto, que es el Derecho a la Salud; este párrafo dice a la letra **"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los Servicios a la**

Salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General conforme a lo que marca la fracción XVI del artículo 73 Constitucional".

Con fecha 3 de febrero de 1983 se publicaron las Reformas Constitucionales mencionadas y se consagró como Norma Constitucional el derecho a la protección de la salud. Este derecho se estableció con los siguientes propósitos:

A) Lograr el bienestar físico y mental de los mexicanos, contribuyendo el Estado al ejercicio pleno de sus capacidades humanas.

B) Disfrutar de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población mexicana.

C) Crear y extender, en lo posible, toda ayuda en forma responsable para preservar y conservar la salud, mejorando y restaurando las condiciones de vida, haciendo que todo el pueblo mexicano tenga una salud decorosa y de acuerdo a los avances científicos.

D) Prolongar y mejorar la calidad de vida en todos los sectores sociales, sobre todo en los más desprotegidos, para que aquellas entidades marginadas puedan tener un desarrollo armónico en la sociedad.

E) Impulsar los conocimientos técnicos y sociales para que en todos los niveles socioeconómicos se aproveche el empleo de los servicios de salud, y

F) Desarrollar la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

* Presidenta de la Asociación Nacional de Médicas Mexicanas, A. C.
Bruselas Núm. 10-403, Col. Juárez, C.P. 06600, D.F., Tel. 591-0159

En base a estos puntos numerados se han elaborado ambiciosos programas de salud que buscan proporcionar tales servicios a toda la población, sin distinción de sexo, religión, ideología política o clase social; estos programas conllevan a la superación y a la mejoría de la calidad de vida, independientemente de la edad del individuo. Se ha propuesto con este tipo de programas contribuir al desarrollo del país y al bienestar colectivo, poniendo un mayor énfasis en los menores de edad, en la mujer, en los ancianos desamparados, en la rehabilitación de minusválidos, y en desarrollar programas para las poblaciones indígenas, a quienes se proporcionan ya los medios necesarios para su incorporación a una vida equilibrada en sus tres aspectos bio-psico-social. El mejoramiento al desarrollo de la vida familiar ha llevado al Ejecutivo Federal a proponer la elaboración de todas estas medidas, con el objeto final de mejorar las condiciones sanitarias del ambiente e impulsar la administración de los recursos humanos para la salud.

Bajo el título de Sistema Nacional de Salud se ha constituido un organismo del que forman parte varias dependencias y entidades de la administración pública, federal y local, para poder desarrollar los programas relacionados con la salud.

De esta manera vemos que el propósito de nuestra Carta Magna, es encontrar la plena realización en un corto y mediano plazo de:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población, con atención prioritaria de los problemas sanitarios y de las situaciones que puedan causar o causen daño alguno a la salud.
2. Colaborar al bienestar social mediante servicios adicionales de asistencia pública.
3. Impulsar actividades científicas y tecnológicas en materia de salud, tanto en universidades, centros de educación superior, como en centros hospitalarios y clínicas destinados a la atención de la población menos protegida.
4. Coordinar a las instituciones mencionadas en el punto anterior en la formación y capacitación de recursos humanos para la salud.
5. Distribuir de forma equitativa y conveniente esos recursos humanos.

La planeación, regulación, organización y funcionamiento del sistema se rige por la Ley General de la Salud, la cual fue promulgada el 7 de febrero de 1984, así como las disposiciones reglamentarias y accesorias, cuyo cumplimiento corresponde actualmente a la Secretaría de Salud, la cual es la encargada de conducir las políticas necesarias para el contenido de la Norma Constitucional que se examina y establece nuevas estrategias en el campo de la salud, respecto a su actividad administrativa; se le ha facultado a la Secretaría de Salud para introducir los cambios necesarios a efecto de que todas las instituciones que prestan servicios de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas Mexicanas, Dirección Integral de Fuerzas Armadas Mexicanas, Desarrollo Integral de la Familia, Instituto de la Salud del Distrito federal, Servicios de la Salud de cada uno de los Estados, etc.) cumplan con las obligaciones legales y adapten los sistemas operativos en todas sus fases y proyecciones al Programa de la Salud.

Del análisis anterior, podemos ver cómo los principios ideológicos del Legislador, correspondieron al propósito de revestir en una Norma Constitucional el derecho a la salud, mas sin embargo, vemos que este derecho a la salud ha sido violentado, ya que con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se ha llegado a crear una prestación de servicios a la salud de un costo muy elevado para las clases más marginadas e incluso, a que los profesionales de la salud incurran en ocasiones a no desear dar un tratamiento adecuado sin antes reunir una serie de exámenes de gabinete y de laboratorio, que hacen que la práctica de la medicina se vuelva cara para el usuario. Ya que con la creación de la CONAMED se ha obligado al médico a que para poder llevar a cabo el ejercicio profesional tenga que pagar un seguro contra riesgos derivados de la práctica médica, lo cual hace que se incremente el costo de la medicina. Consideramos que la creación de la CONAMED, no solamente ha violado Normas Constitucionales como es este artículo en comento, sino también el 73, fracción XVI, de nuestra Carta Magna y que, por lo tanto, esta H. CAMARA debe de proponer una revisión profunda al Decreto de Creación de dicha

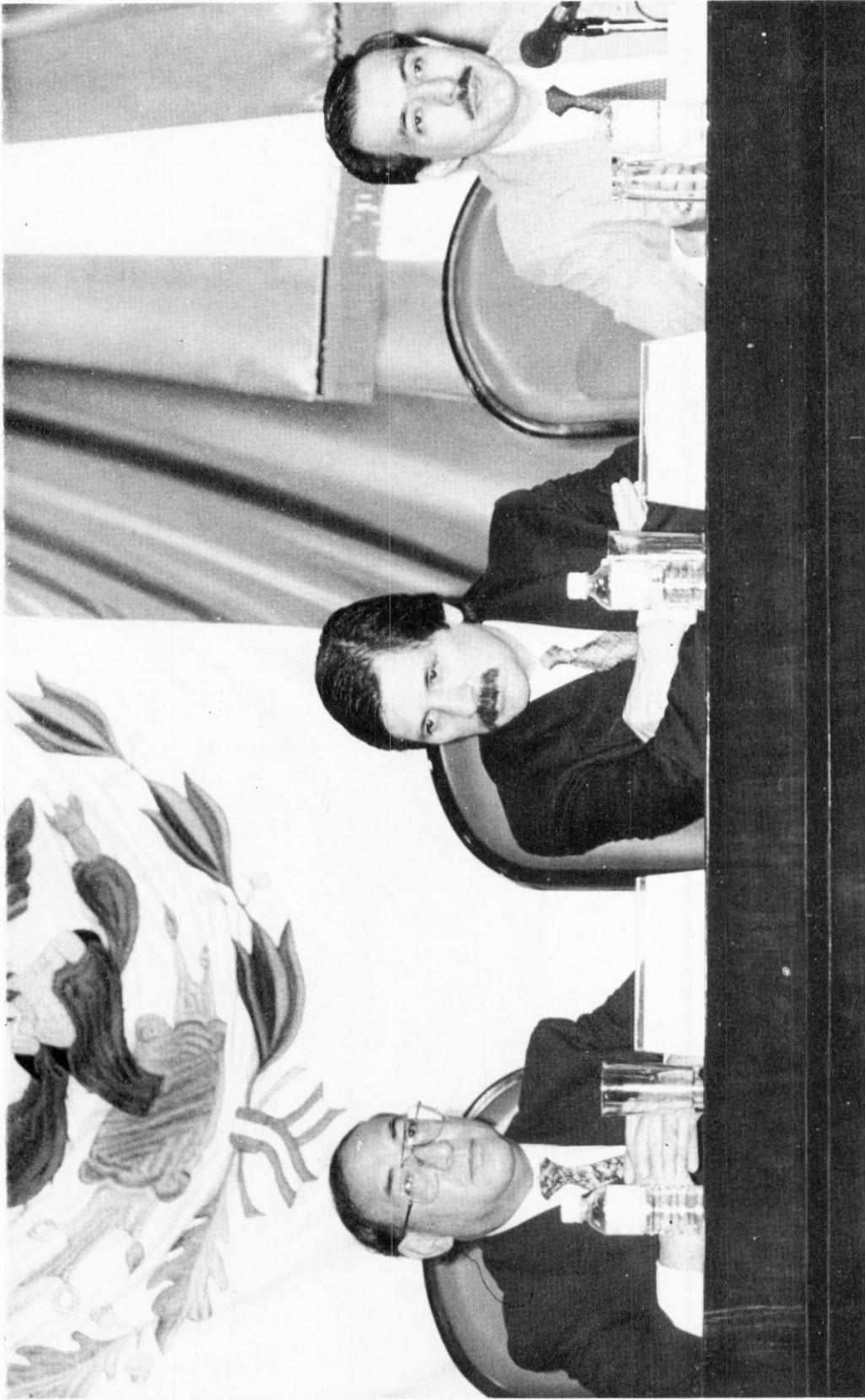
revisión profunda al Decreto de Creación de dicha entidad, ya que esta dependencia viola los fines nobles y elevados del párrafo IV de nuestra Constitución.

Debemos recordar que la CONAMED, no sólo fue creada violando los principios fundamentales

de la Constitución, sino que también invade las funciones del Agente del Ministerio Público y de los Jueces de Primera Instancia, tanto de las normas penales federales como las locales, asimismo, como en el ámbito de los juzgados civiles.



Escultora América Gabrielle con algunas de las obras expuestas.



De izquierda a derecha Dr. José Luis Zeballos Zelada, Representante de OPS/OMS en México; Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga, Presidente de la Comisión de Salud y Dip. Dr. Marco Antonio Adame Castillo, Secretario de la misma Comisión.

Propuestas Legislativas de Reformas a los Artículos 4o. y 73, Fracción XVI, de la Constitución General de la República

Dip. Profra. Enriqueta Gómez Millán*

Introducción

Está surgiendo un México nuevo. Nuestro país ha entrado a un proceso de cambio tenso e intenso. Sin embargo, mientras el país se transforma y avanza en varios aspectos medulares, pareciera que el Sistema Nacional de Salud se rezaga y no cumple satisfactoriamente con su importante función social. En términos generales, en la salud se debieran reflejar los cambios que México experimenta en todos los órdenes, ya que la salud está, debe estar, ligada siempre al destino general de la Nación. En la medida que el país se transforma, el sistema de salud debe en correspondencia hacerlo también, ya que consideramos que para construir un futuro mejor, es indispensable abrir todas las cuestiones nacionales al análisis participativo de la sociedad. Una de tales cuestiones es la salud.

Este momento de cambio político tan profundo en México, está coincidiendo con un periodo de transformaciones igualmente profundas en los sistemas de salud, como una lente de aumento, la salud refleja, y también magnifica, los cambios que México experimenta en todos los órdenes. La salud está ligada al destino general de la Nación. A medida que el país se transforma, el sistema de salud debe hacerlo también.

* Vocal de la Comisión de Salud y Asistencia Social del H. Congreso del Estado de Sinaloa. LV Legislatura.

Por otro lado, en principio estamos de acuerdo en que el tema de salud deje de ser coto cerrado de los especialistas de la medicina. Ya era tiempo que la sociedad y sus representantes populares tengan libre acceso al conocimiento de los problemas que acarrea la medicina institucionalizada. En el caso de la salud, el acceso de los representantes políticos a ese conocimiento es necesario, pues las condiciones de salud y enfermedad, el disfrute de las prestaciones y el acceso a los servicios médicos y hospitalarios representan situaciones íntimamente ligadas a la vida cotidiana y al bienestar de los mexicanos. Es por ello, y no por otras circunstancias, que la salud haya adquirido un carácter político en los más recientes años.

Ya que en su esencia, la salud toca los más profundos valores de una sociedad, los que tienen que ver con la dignidad de la vida humana. Como en pocos campos, estos valores son compartidos prácticamente por todos los grupos de la sociedad. La salud puede ofrecer, por lo tanto, un punto de convergencias donde pueda expresarse la búsqueda compartida por un mayor desarrollo económico y una mejor justicia social, por lo que será una de las cuestiones fundamentales, cruciales, a que se enfrentará nuestro país en el próximo milenio, es sin duda, la salud pública.

La salud de los mexicanos no ha dejado de ser un asunto vital para la Nación, a pesar de los impresionantes avances en el campo de la ciencia médica y la tecnología registrados en las últimas décadas.

Y no obstante que se amplió considerablemente la cobertura de los servicios médico-hospitalarios y tener un mayor número de derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el ISSSTE, en nuestro país existen más de 15 millones de mexicanos marginados de las instituciones de seguridad social, por lo que en su mayoría tienen que recurrir a la medicina tradicional, entre la que destaca la herbolaria y los remedios caseros, como resultado de esto su estado de salud no es el adecuado, asimismo, sigue existiendo una gran carencia de la prestación de servicios y equipo médico, de medicinas y hasta personal en algunas zonas del país.

Según datos de la Asociación Mexicana de Médicos, esta población marginada está ubicada, en 75% de los casos, en zonas rurales muy alejadas de las grandes ciudades, en tanto que el resto se encuentra en las áreas urbanas marginadas, las cuales se han constituido en focos de infección y enfermedades.

El crecimiento de la población, y por lo tanto de los marginados de la seguridad social, es mayor al aumento de la infraestructura instalada por parte de las diferentes instituciones, las cuales tienen que ampliar su cobertura para buscar atender a estos habitantes tan necesitados y carentes de servicios, como un acto de justicia social.

En los últimos años se incrementó el número de personas al margen de dichas instituciones por la pérdida de empleos, lo que a su vez ocasionó que un elevado número de personas que eran derechohabientes dejaran de serlo y en estos momentos se encuentran desprotegidas en su salud sin los recursos económicos para atenderse en la iniciativa privada.

En consecuencia, un alto porcentaje de la población en México no es atendida por personal médico. De las personas que fallecieron en 1992, 25% no recibieron atención médica previa a su muerte. En Chiapas, Guerrero y Oaxaca, esta cifra se elevó a cerca del 50%; el 30% de mujeres embarazadas fueron atendidas en 1992 por personal no médico. Estos datos manifiestan las graves deficiencias que ocurren en la atención médica en grandes regiones de México.

Dentro de las grandes incongruencias que hay en el país está el hecho de que, por un lado, hay

más de 15 millones de habitantes marginados y, por otro, más de 40 mil médicos se encuentran desempleados.

Si queremos fincar un futuro mejor para nuestros hijos y descendientes, aún es tiempo de revisar profundamente la estructura y viabilidad operativa del Sistema Nacional de Salud y corregir su rumbo.

No obstante que el artículo cuarto de la Constitución General, en su párrafo cuarto, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la población indígena y rural, y en general los habitantes pobres del país, que constituyen el 45% de la población, no pueden pagar servicios privados de salud y son aún numerosos los individuos que no gozan de las ventajas de la seguridad social. En pocas palabras, en ellos prevalecen las enfermedades infecciosas, es más alta la mortalidad infantil, la mortalidad materna, la desnutrición y es menor la esperanza de vida; además un elevado porcentaje fallece sin atención médica.

Los vicios del sector salud

La población abierta no protegida por la seguridad social sólo ha contado con la cobertura deficiente de las instituciones de asistencia social y son insuficientes los recursos y las instalaciones que el Estado ha destinado a este objetivo. Por lo que el cumplimiento de la obligación constitucional del Estado para proteger la salud a todos los mexicanos requiere de gastos adicionales, gastos que no puede absorber la población depauperada y que difícilmente estaría dispuesta a otorgar la iniciativa privada, que busca siempre obtener ganancias de sus inversiones.

Pero, aún la población derechohabiente ha manifestado su rechazo a los servicios médicos que proporcionan las instituciones de seguridad social, pues éstos se han deteriorado y han perdido calidad en los últimos lustros: ya no sorprende ver largas listas de espera afuera de los consultorios, diferimento de las operaciones quirúrgicas, escasez de insumos, medicamentos de mala calidad, falta de hospitales o de centros de asistencia social en algunas zonas marginadas del país y falta de estímulos económicos para el personal de salud.

Sin embargo, no se soslaya el esfuerzo gubernamental por proteger la salud de los mexicanos,

como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que en 1998 cubrirá a dos terceras partes de la población, que en 1994 no disponía de servicios de salud y que vive en 600 de los municipios más pobres del país. Tampoco debe soslayarse que el gasto en salud para 1998, representa un incremento de 7% en términos reales respecto a 1997, pero esto no es suficiente para atender la gran demanda que existe en la actualidad y habría que ver si los recortes presupuestales siguen, éstos no repercutirán en la consecución de estos objetivos.

Es por ello, que debemos partir del diagnóstico del Programa Nacional de Salud 1995-2000, pero sin dejar de abordar el tema desde otras perspectivas.

La salud pública requiere de una responsabilidad compartida por todos, por lo cual las soluciones deben ser dadas con la participación y compromiso de diversos sectores de la sociedad de manera conjunta y solidaria. Pero, para que se facilite este compromiso, el ejemplo debe partir de la concurrencia de esfuerzos y recursos financieros de los tres niveles de gobierno.

En tanto no se reconozca la salud como un problema prioritario que se tiene que acometer de frente y con gran voluntad política, con una partida presupuestaria más que suficiente, pero definir con gran claridad cómo se dará la distribución de dichos recursos, tomando en cuenta las carencias reales de la población con una buena legislación, disminuirá realizando un marco jurídico que prevea tal situación.

Principal problema de los sistemas de salud

Respecto al principal obstáculo que debe superarse para lograr los objetivos del programa y servicios, se debe controlar primero el desmedido y desordenado crecimiento demográfico que se registra en el país, y de manera especial en los municipios marginados.

Ya que mientras no se frene o controle ese fenómeno ningún plan será suficiente para corregir los rezagos existentes. De nada servirá cumplir la meta de atender a más de siete millones de personas para el año 2000, si para entonces se tendrá la exigencia de ofrecer los servicios a la nueva población demandante de los mismos.

Para evitar y darle solución a la problemática de los puntos antes mencionados, ponemos a su disposición las siguientes

Propuestas:

I. Modificar el artículo 4o., párrafo tercero en relación al artículo 73, fracción XVI, constitucional, en el sentido de que se establezca la obligación del estado a la protección de la salud.

II. Que el Ejecutivo someta a aprobación al Congreso una mayor partida del presupuesto para el sector salud, con la finalidad de crear **lo siguiente:**

I. Realizar estudios profundos y a conciencia, en toda la geografía del país y en diversos campos de la salud pública, para que se apliquen dichos recursos en qué más se necesitan, basándose en las necesidades básicas de los derechohabientes del sector salud.

II. Crear reformas legislativas tendientes a descentralizar y darles mayor autonomía e independencia a los servicios del sector salud en los tres niveles de gobierno, con la finalidad de que estados y municipios también coadyuven con la Federación, en la obligación de garantizar la salud a todos los mexicanos residentes en nuestro país.

III. Crear programas de asistencia a la salud social y de planificación familiar, los cuales se difunden con pleno respeto a las parejas y demás personas interesadas de manera estructural y no emergente o coyuntural, especialmente a las zonas más marginadas del país, con la finalidad de prevenir enfermedades.

IV. Aumentar salarios, crear capacitación, especialización permanente, programas de estímulos al personal médico y auxiliar en las instituciones de seguridad social.

V. Fomentar la realización de programas para aumentar la producción, calidad y acopio de medicamentos, en especial para aquellos grupos que padecen de enfermedades cuya atención y tratamiento es sumamente costoso.

VI. Creación de más hospitales y centros de servicios de asistencia social, especialmente en las zonas más marginadas del país, y especialmente para personas que no cuenten con un servicio de asistencia

social por no estar afiliadas a ningún servicio médico, que por ley presta el estado.

VII. Mejorar los servicios de los hospitales ya existentes, así como también equiparlos con modernos y sofisticados instrumentos de investigación y de aplicación.

Para lograr efectos de una mejor redistribución de la riqueza y la mayor cobertura de la atención al Sector Salud, es necesario idear programas para crear un financiamiento mayor que será logrado a partir de varios mecanismos:

A) Reasignación de los recursos disponibles, según criterios de rentabilidad demostrados, hacia las acciones en salud que generen mayor beneficio.

B) Aprovechamiento de flujos financieros intrasectoriales que sean resultado de la reasignación de subsidios al consumidor que lo necesite, de acuerdo con criterios también de beneficio por programa y de requerimiento por parte de la población.

C) Aprovechamiento de recursos de salud privados que generarán sus propios flujos de financiamiento.

D) Flujos financieros extrasectoriales que sean atraídos al sector al buscar el beneficio social.

3. Actualizar los convenios de desconcentración y descentralización de los servicios de salud y se definan claramente las facultades y obligaciones que tendrán los estados y municipios en ese sentido.

4. Realizar programas tendientes a eliminar el creciente burocratismo que existe, con el objeto de fortalecer con una mejor simplificación de los servicios, en todas las dependencias e instituciones sociales de salud pública.

5. Crear conciencia de humanización en los médicos, enfermeras y demás personal de los servicios médicos del sector salud.

Creemos que hoy más que nunca, es necesario establecer un Pacto Social por la Salud, mediante el cual se eche a andar un mecanismo plural y participativo para generar los cambios que el país quiere y requiere. La renovación del Congreso, las iniciativas del Ejecutivo, la revitalización de los partidos y la creciente conciencia de la población sobre sus derechos sociales, son todas señales positivas de lo que podría ser una nueva era para la salud en México, y nosotros tenemos la obligación de velar y luchar porque así sea.

Análisis de los artículos 4o. (Párrafo cuarto) y 14o. (párrafo segundo)

Leonardo Paredes Chávez

El tema de este trabajo que se envía a la LVII Legislatura del H. Congreso de la Unión, consiste en analizar los artículos 4o., párrafo cuarto y el 14, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El Artículo 4o., párrafo cuarto, de nuestra Constitución, establece: "que toda persona tiene derecho a la protección de la Salud. . .".

Por su parte, el Artículo 14, segundo párrafo, estatuye que: "Nadie podrá ser privado de la vida, . . . sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho".

Análisis del artículo 4o., cuarto párrafo constitucional

El interés jurídico por analizar en primer lugar al Artículo 4o. en su párrafo cuarto, es debido a que existen personas que, cuando ya no tienen salud o no se les puede restablecer su salud, debido a que están muy enfermas, verbigracia las personas que padecen una enfermedad incurable, como es el caso de los enfermos de cáncer o de SIDA (o tienen alguna otra enfermedad incurable) y que se encuentran en su **fase terminal**, ya no tienen ninguna otra opción y por ello solicitan que alguien los ayude a "**bien morir**", ya que los mismos se encuentran en una situación muy difícil, sin que la ciencia o la medicina y en estos casos los doctores

puedan restablecer su salud. Para estos enfermos, la única esperanza que les queda o el único remedio que solicitan es lo que en otras legislaciones se conoce como **Eutanasia**.

Para seguir analizando este tema, en primer lugar hay que entender el significado del término **salud**.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el término salud tiene varios significados, entre los cuales tenemos los siguientes: "Buen estado físico" y "Estar de gracia espiritual: la salud del alma".

El Diccionario Médico Salvat, define la palabra **salud** como el "estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud corresponde al estado de completo bienestar físico, mental y social de un individuo, y no solamente a la ausencia de enfermedad o invalidez".

Por su parte, la Ley General de Salud al respecto, en su artículo 2o., fracción II, refiere:

"Art. 2o. El derecho a la protección de la Salud, tiene las siguientes finalidades:

I. . . .

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana".

Asimismo, la antes mencionada Ley General de Salud, en sus artículos 23 y 32, expresan lo siguiente:

“Art. 23. Para los efectos de esta ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad”.

“Art. 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud”.

Con lo anteriormente señalado, qué pasa con un enfermo desahuciado, el cual ya no tiene remedio alguno, qué más puede esperar o pedir, ya que no tienen ni un buen estado físico ni salud espiritual; ya que, debido a todos sus pesares, el enfermo se encuentra en pésimas condiciones tanto espiritual y corpóreamente. Qué otra atención médica puede recibir que le permita restaurarle su salud, si ya no existe otra posibilidad que se lo permita.

Es aquí, en donde los legisladores deben de hacer a un lado el “**qué dirán**” o el “**qué pensarán**” los ciudadanos, ya que es un problema Nacional y que no podemos ocultar a los ojos de nadie, que existe un gran número de enfermos que se encuentran en **estado o en fase terminal** y que ante la difícil situación tanto económica y social por la que actualmente atraviesa nuestro país, sería más factible legalizar y, por ende, permitir la práctica de la **eutanasia**.

Quizá suena y se escucha muy drástico hablar de **eutanasia**, y cuando alguien entra o aborda este tema crea una gran polémica y discusión, en ocasiones se llega hasta “**satanizar**” esta idea, pero hay que ver que en la vida real existen casos de personas muy enfermas que se encuentran en **fase terminal**, que están solos, es decir, que no viven ni cuentan con la ayuda de familiares ni tampoco tienen amistades que los puedan asistir en su tratamiento y que cuando ya no tienen esperanzas a seguir con el tratamiento médico, debido a que para la medicina son ya intratables, ya que los doctores los han desahuciado a pesar de que como médicos han hecho todo lo posible y hasta lo imposible por tratar de aliviarlos y de restablecer su salud, así como de motivarlos para aminorar sus malestares y que todo esto que se considera como **medicina paliativa** tampoco sirve de nada; entonces, qué pueden hacer o pedir estos pobres enfermos. Se dan casos en que los propios enfermos

solicitan a algunos médicos, que si no los pueden ayudar a “**bien morir**”, que si no pueden ponerles o darles algún medicamento para que ya dejen de sufrir. Es aquí, en donde entraría lo que se conoce como **eutanasia**, ya que estas personas lo están solicitando y cuando alguien solicita algo, se entiende que está otorgando o dando su consentimiento.

Pero qué pasa en una sociedad tan **mojigata** como la nuestra (sociedad mexicana), en la cual tenemos algunos valores muy arraigados y aquí hablaríamos de valores espirituales, ideológicos, políticos, etc., la mayoría de los ciudadanos en nuestro país profesa la religión católica y por lo tanto “**Dios nos dio la vida y Dios nos la tiene que quitar, cuando él decida como todopoderoso**”, pero cuando alguien no comparte las mismas creencias religiosas o de ninguna otra índole o cuando los principios religiosos son distintos a los de la Iglesia católica, qué sucede, o qué pasa cuando una persona se dice ser “**atea**” (lo cual, debe ser muy respetable en su forma de pensar) y que duda de que “**la vida se la haya otorgado o concedido Dios**”, no va a dañar ningún principio moral ¿Por qué?, porque la persona es libre de creer en lo que quiera o libre también de no creer y si él solicita en el supuesto de que sufriera una enfermedad incurable y que se encontrara en fase terminal, y que él pidiera lo ayudaran a “**bien morir**”, yo creo que no se afectaría ningún bien moral ni religioso.

La mayoría de las personas argumentan que hablar de **eutanasia** es un “**pecado**” y es atentar en contra de “**la vida misma**”, pero para el caso de un enfermo terminal que ya no le queda o ni siquiera tiene una mínima esperanza de poder restablecer su salud y que nada más está esperando el momento final, es decir, el momento decisivo en que llegue la hora de su muerte, qué salud espera, ya ninguna. Este enfermo está muriendo paulatinamente y cómo se podría decir, que “**se está atentando contra la propia vida**” si la vida se le está acabando minuto a minuto y segundo a segundo.

Para ayudar a nuestros legisladores en hacer una reforma a la Constitución o mejor dicho, a colocar en nuestra “**Carta Magna**” a la **Eutanasia**, como un derecho y garantía del individuo, tenemos que auxiliarnos en primer lugar de los medios masivos de comunicación, es decir, tanto de la televisión, la

radio, los periódicos, revistas etc.; se tienen que hacer campañas de información a la ciudadanía como las que actualmente se hacen para prevenir la drogadicción, prevenir el SIDA, entre otras.

Se deben de transmitir anuncios, comerciales o slogans, advirtiendo los "pro" que existen sobre esta práctica. Aquí hay que recalcar que los medios de comunicación jugarían un papel sumamente importante para lograr una "**cultura sobre la eutanasia**" en nuestra sociedad mexicana, y asimismo, una "**cultura sobre la muerte**", ya que desgraciadamente en nuestra sociedad, aunque presumimos que la muerte es "**nuestra compañera**" o "**nuestra amiga**" en realidad no se nos ha enseñado, ni se nos ha educado para esperarla como lo único seguro que tenemos en nuestra vida. Ya que independientemente de todos los sueños que tengamos como poseer un coche o una casa, terminar algún estudio de licenciatura o algún otro anhelo, de los cuales cada individuo nos hacemos **alguna gran ilusión**, lo único que tenemos seguro es **la muerte**.

Ahora bien y retomando el tema de la **eutanasia**, hay que analizar el siguiente ejemplo:

Porque, cuando alguien ve sufrir a algún animal lo sacrifica para no verlo sufrir y lamentarse, ya si no lo hace le llegaría a su mente un sentimiento de crueldad. Por qué no hacer lo mismo con un ser humano, con un individuo que está padeciendo una enfermedad de la cual ya no tiene escapatoria, su única escapatoria sería apresurarle la muerte para poder descansar en paz, que más tarde o más temprano le llegará, lo que le aminoraríamos sería evitarle todos los sufrimientos por los cuales está pasando. Y si en alguien puede y en sus manos está asistirlo a **bien morir**, y con esto, ayudarlo un poco o un mucho en aminorar sus sufrimiento, tanto físicos como morales y espirituales, por qué no hacerlo; o volviendo al planteamiento del problema de que a un animal sí se le tiene piedad o compasión y a un individuo no se le puede tener o no se le puede tratar igual, o bien en lugar de tenerle compasión y apiadarnos de un enfermo terminal con una enfermedad como el cáncer o el SIDA, o alguna otra que puede ser incurable, dejamos que sufra y quizá para algunos (subjetivamente) representa cierto grado de regocijo con verlos padecer.

Cuando un enfermo se encuentra en el último estadio de su enfermedad, es decir, se encuentra en su fase terminal y que ya se encuentra desahuciado por los doctores que lo atienden, al igual que ha quedado fuera de tratamiento médico, ya que no existen medicamentos o remedio alguno que lo ayude a ir sobrepasando su paupérrima existencia, ¿qué puede hacer este enfermo? Aguantar fuertes dolores y mayores sufrimientos, tanto físicos como morales. Aquí podríamos entender que el enfermo sufre dos veces, ya que padece tanto de los dolores físicos (el dolor en su persona o en su cuerpo) y también padece al ver a sus seres queridos (hijos, hermanos, padres) y que éstos no pueden hacer nada por ayudar al enfermo, mas que lo único que hacen es darle ánimos para que siga "**echándole ganas**" a vivir, pero qué más ganas le puede echar el pobre enfermo si su salud por más ánimo y ganas que le ponga nunca se va a restablecer, y esto le afecta hasta psicológicamente.

Sin que se confunda lo siguiente que se escribe con **eutanasia económica**, hay que ser realistas y debemos entender y comprender, cuánto se gasta en un enfermo que padece una enfermedad incurable y que se encuentra en fase terminal.

Existen personas (casi la mayoría de los familiares de estos pobres enfermos), que son de bajos recursos económicos y que tienen que gastar en medicinas; en visitas al doctor (y esto incluye pasajes o gastos de transportación, entre otros); pagos de consultas a doctores; gastos de alimentación especial para estos enfermos; en algunos casos hasta gastos de cuidado para estos enfermos, etc. Y que realmente, ya no serían necesarios porque nada más se gasta inútilmente, y que en muchas ocasiones (si no es que en la totalidad de ellas) los propios enfermos terminales, de viva voz se lo manifiestan a sus propios familiares o amistades y a los propios doctores y enfermeras que los atienden, argumentándoles "que nada más se gasta inútilmente en ellos, y que ese dinero que se gasta se podría utilizar en otras cosas más importantes".

Ahora bien, para que un enfermo que se encuentra en fase terminal se le pueda aplicar la **eutanasia**, tendría que **solicitarla**; es decir, forzosamente tendría que **otorgar su consentimiento**, ya que si no lo da u otorga, entonces no se le podría aplicar, ya que se iría en contra de su voluntad. Y

esto hay que recalcarlo y dejarlo bien claro: **“solamente se podría aplicar la eutanasia, cuando un paciente que se encuentra en estado o en fase terminal de alguna enfermedad incurable (cáncer, SIDA, etc.) la solicite y otorgue su consentimiento para ello, sino, no se podría aplicar este tipo de eutanasia”**.

Análisis del artículo 14, segundo párrafo constitucional

Como ya se comentó que el Artículo 14, en su segundo párrafo, manifiesta que: “Nadie podrá ser privado de la vida, . . . sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho”.

Para el caso de poder aplicar la **eutanasia**, se tendría que forzosamente aplicar un procedimiento especial, para poder regular esta práctica.

Primeramente, se tendría que crear un tribunal como en otras legislaciones internacionales, que conociera y estuviera facultado para conocer de este tipo de problemas.

En segundo lugar, se aplicaría la eutanasia **únicamente** a personas que padecieran alguna enfermedad incurable y que se encontraran en fase terminal de la misma enfermedad.

En tercer término, se tendría que tener el **consentimiento** de la persona que solicitara la aplica-

ción de la eutanasia y, siempre y cuando, sea una persona que padece una enfermedad incurable y de la cual se encuentra en su fase terminal.

En cuarto lugar, esta solicitud se tendría que corroborar con una serie de médicos especializados en cada enfermedad de que se tratara. Dicha corroboración se haría con el Médico tratante del paciente solicitante.

Otras formalidades que se necesitarían para llevar un buen procedimiento, sería quizá, que el **enfermo terminal**, si tiene bienes dejara todo arreglado con un Testamento, entre otros requisitos que Ustedes Señores legisladores pudieran seleccionar para llevar un eficaz procedimiento eutanásico. Y sería así, como se cumpliría que en nuestra legislación mexicana se permitiera el derecho a morir.

Conclusiones

Es así, como en este breve trabajo se hacen algunos comentarios que a la vez (salvo su discusión y análisis, en el seno del H. Congreso de la Unión) pudieran convertirse en realidades, que espero sean analizados para poder efectuar un bien a todos esos seres que por desgracia se encuentran privados del goce de su salud y padecen una enfermedad incurable y que, desafortunadamente, lo único que les queda es esperar hasta que el desenlace final les llegue, pero mientras seguirán sufriendo todos los padecimientos de las enfermedades que a cada uno consume.

Situación Jurídica del Médico Ante las Demandas por Controversias Médicas

Dr. Enrique Ramírez Corona*

Considerando que:

1. El ejercicio de la medicina es un proceso dinámico, cambiante

El ejercicio de la profesión médica es un verdadero arte que consiste en combinar varias ciencias a la vez, con el propósito de curar las enfermedades, de acuerdo a probabilidades, basadas en resultados de estadísticas.

TODOS los estudios de investigación clínico-terapéutica están basados en resultados de estadísticas en los que se ponen a PRUEBA tratamientos novedosos en decenas, cientos, o hasta en miles de pacientes. A pesar de que se pretende obtener buenos resultados en todos ellos, algunos no responden a las expectativas de dichos tratamientos. Aún más, los resultados obtenidos arrojan un número determinado de COMPLICACIONES como consecuencia del RIESGO IMPLICITO a cada procedimiento terapéutico. Si en un buen porcentaje, el beneficio es mayor que el riesgo, entonces esa técnica terapéutica se considerará confiable y se aplicará de acuerdo a la elección y a la experiencia del médico tratante. Sin embargo, los resultados que se obtengan estarán de acuerdo con la respuesta terapéutica que el paciente manifieste, en virtud de que tanto el organismo del paciente como la propia enfermedad son DOS ENTES BIOLÓGICOS que se enfrentan en una lucha el uno contra el otro. Es decir, AMBOS SON CAMBIAN-

* Presidente del Colegio de Médicos de Nayarit, A.C.

TES. En otras palabras: EL EJERCICIO DE LA MEDICINA ES UN PROCESO DINAMICO. Por lo tanto, EN EL ACTUAR DE LA PROFESION MEDICA NO PODEMOS HABLAR DE EXACTITUDES, SINO MAS BIEN DE PROBABILIDADES O DE APROXIMACION

2. La enfermedad

Es un proceso morbo que tiene vida y "autonomía" propios y que tiene un curso que se desarrolla de acuerdo a una HISTORIA NATURAL, la cual es particular para cada padecimiento.

La intervención del médico tiene el propósito de MODIFICAR el curso natural de cada padecimiento, mediante tratamientos médicos y/o quirúrgicos, siempre en espera de obtener mejoría o curación de la enfermedad. En este sentido, el resultado estará en relación al ESTADIO o momento evolutivo de la enfermedad en el que SE INICIE el tratamiento. No es lo mismo iniciar un tratamiento al principio de un padecimiento, en donde el daño es moderado, que en los episodios finales de su evolución, en donde el daño se torna cada vez más extenso y más irreversible.

3. ¿De qué depende el pronóstico de una enfermedad?

("Ojo": La gran mayoría de controversias médicas se suscitan porque el desenlace de la enfermedad es diferente a lo esperado o a lo deseado).

El pronóstico de una enfermedad dependerá básicamente de cinco parámetros:

a). De la oportunidad con que se haga el diagnóstico. Por Ej.: los niños tienen más desarrollada la sensibilidad al dolor que los ancianos. Mientras que los niños evocan más rápido y con mayor intensidad la sensación al dolor, los ancianos, por causas degenerativas de sus terminaciones nerviosas, evocan el dolor con menor intensidad y en etapa más tardía. A causa de esta característica biológica, el diagnóstico de una apendicitis, siempre se hará con mayor oportunidad y prontitud en un niño que en un anciano. Atendiendo a estas características, es de esperarse entonces, que el mismo padecimiento es mucho más devastador en el anciano que en el pequeño.

b). De las condiciones orgánicas de cada paciente. La historia natural de un padecimiento será diferente en un paciente fuerte que en uno débil, hidratado o deshidratado, nutrido o desnutrido, niño o anciano o bien que coexista otro padecimiento de fondo como la diabetes mellitus, cardiopatía, cáncer, etc.

c). De la virulencia o patogenicidad de la enfermedad.

d). De la respuesta terapéutica de cada paciente en particular, la cual está condicionada genéticamente: no todos los pacientes responden igual al mismo padecimiento ni a los mismos tratamientos.

Por lo tanto, EL PRONOSTICO de una enfermedad NO ESTA EN MANOS DEL MEDICO, y en ocasiones cuando el paciente no evoluciona como se espera, **SE LE PUEDE CONFUNDIR CON NEGLIGENCIA O MALA PRACTICA DE LA MEDICINA.** Esta situación ubica al médico como una persona **BASTANTE VULNERABLE, COMO UN BLANCO PERFECTO.**

NO ESTA EN SUS MANOS EL CONTROL ABSOLUTO de un padecimiento determinado, generalmente tendiendo a eliminarlo, pero en el pronóstico de esa enfermedad influyen muchos factores que están fuera de su alcance.

4. Todos los tratamientos conllevan un riesgo

a). Los medicamentos son sustancias químicas que combaten enfermedades o síntomas de las

enfermedades, de manera exitosa en la gran mayoría de casos. Pero **TODOS LOS MEDICAMENTOS** en mayor o en menor medida **TIENEN REACCIONES COLATERALES ADVERSAS O INDESEABLES** en contra del organismo del paciente, algunas conocidas y otras desconocidas. Aún más, en muy raras ocasiones pueden resultar peor los efectos de los medicamentos que la misma enfermedad, como en los casos de shock a la penicilina o a medicamentos de anestesia, en los que pueden presentarse eventos inesperados y que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

b). Los tratamientos quirúrgicos conllevan, por un lado el riesgo de la enfermedad y por el otro, el riesgo implícito al procedimiento, los cuales serán variables de acuerdo al diagnóstico y de acuerdo al estadio evolutivo de la historia natural del padecimiento. Si el riesgo es bajo y el beneficio es mucho, el médico tiene la obligación moral de alentar al paciente y a los familiares a que tomen el riesgo de la cirugía. Si el riesgo, ya sea orgánico, ya sea en contra de la vida del paciente es alto y el beneficio es incierto, pero no existe otra alternativa, entonces corresponderá al paciente y a los familiares tomar el riesgo del procedimiento quirúrgico.

Situación legal del médico ante las controversias

1. Bajo estas observaciones, es muy importante aclarar situaciones relacionadas con el estadio de la enfermedad, con el pronóstico del padecimiento, con las condiciones en las que se encuentra el enfermo, pero también con las implícitas a los riesgos propios de cada tratamiento, especialmente los quirúrgicos, contra otras situaciones completamente diferentes que son las **NEGLIGENCIAS MEDICAS**, que implican un descuido o bien frente a situaciones de **IMPERICIA**, que implican falta de capacidad o de habilidad.

Ningún profesionista es exigido tanto en la calidad de su servicio como el médico. Por un lado porque trata con vidas humanas y por el otro porque los resultados inesperados en el ejercicio de su profesión tienen un impacto social muy fuerte.

2. La Ley de Profesiones aduce en su artículo No. 34 que todo usuario de un servicio profesional tiene derecho a saber si en el mal resultado de dicho servicio existió negligencia o no, por parte

del profesionalista. La misma ley confiere, en su artículo No. 50, a los Colegios de Profesionistas dilucidar este tipo de controversias y les da facultad para proporcionar los peritos que intervengan en dichos procesos, los cuales serán los únicos que tendrán validez oficial. LA REALIDAD ES QUE LA LEY DE PROFESIONES NO HA TENIDO, DESDE QUE NACIO, EL APOYO LOGISTICO POR PARTE DE LOS GOBIERNOS Y POR LO TANTO, NUNCA SE HA CUMPLIDO. El artículo No. 35 también menciona que cuando el profesionalista demuestra que no existió negligencia de su parte, entonces el demandante tendrá que cargar con los gastos del juicio y con la reparación del daño moral que el profesionalista haya sufrido.

3. El demandante puede ocurrir también a poner su queja en:

- a). La Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- b). La Contraloría de la Federación, cuando el profesionalista labora en instituciones paraestatales.
- c). La Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Que por ser un organismo de buena fe, por resolver casos por la vía de la conciliación, del arbitraje y tener peritos especializados en la materia en todas las especialidades y abogados para emitir laudos, cada vez atiende mayor cantidad de demandas.

4. Pero un gran número de demandas se realiza actualmente por LA VIA PENAL, porque esta es la única vía que ejerce ACCION COERCITIVA en contra del profesionalista y es precisamente en esta vía en la que nosotros observamos ERRORES, INJUSTICIAS, LAGUNAS, FALTA DE TIPIFICACION DE LOS "DELITOS", etc.

a). Es injusto que los profesionalistas sean tratados de igual manera que los delincuentes. EL MOVIL del delincuente es CAUSAR DAÑO, el móvil del médico es CURAR la enfermedad.

b). El delincuente actúa en forma DOLOSA, en contra de la vida, el médico actúa en forma HUMANITARIA, tratando de salvarla.

c). La ACTITUD del delincuente es la de HUIR, la del médico es la de AFRONTAR LA RESPONSABILIDAD.

d). Si el médico no huye, entonces ¿para qué se le dicta orden de aprehensión antes de agotar

todos los recursos disponibles para demostrar su inocencia o su culpabilidad?

Comentarios y sugerencias

1. Posterior a una averiguación previa, el Juez puede dictar una orden de aprehensión en contra del profesionalista, el profesionalista puede conseguir un amparo, pero si no lo consigue puede ir a la cárcel. Posteriormente puede salir bajo fianza para que el proceso continúe y pueda demostrar su inocencia, consultando otras instancias y/o realizando apelaciones. Durante todo este proceso, el profesionalista es exhibido públicamente y tratado como cualquier delincuente, al que se le ejerce acción coercitiva para que responda. El daño moral que puede sufrir un profesionalista, durante este proceso, puede ser irreparable y traerle consecuencias desastrosas tanto a su persona, su prestigio y su familia.

Este es el daño al que todos los médicos le tememos, toda la trayectoria de un buen médico, que actúa con ética, se puede ver arruinada.

Estas situaciones también traen como consecuencia.

a). Que el médico se la piense más para actuar, o bien deje de actuar. Esto incrementaría, en forma excesiva, el número de pacientes que ordinariamente se envían a otro nivel más alto de atención, y, por consecuencia, la saturación de los mismos.

b). El encarecimiento de la medicina, puesto que el médico tendrá que apoyar sus diagnósticos en una excesiva batería de exámenes.

Debemos hacer iniciativas de ley sobre:

1. TIPIFICACION MAS CLARA de los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión. El Código Penal en su capítulo de lesiones, incluyendo al homicidio, se refiere a las que son producidas en forma dolosa. SERIA IDEAL QUE EL MEDICO FUERA JUZGADO POR UN CODIGO SANITARIO.

2. EL PROFESIONISTA NO DEBE SER TRATADO COMO UN DELINCUENTE, SU ACTUAR NO ES DOLOSO, ALEVOSO, VENTAJOSO, PREMEDITADO O A TRACION. Por las razones que se exponen arriba, el profesionalista no debe ser tra-

tado como delincuente al que tenga que aplicársele acción coercitiva para que responda a la demanda. El Código Penal para el Estado de Nayarit, en el capítulo II, referente a la aplicación de sanciones a los delitos culposos, en su artículo 72, aduce en su segundo párrafo que CUANDO SE COMETA UN ILICITO DE CULPA NO SE DETENDRA AL SUJETO ACTIVO, SINO QUE SERA RECLUIDO EN FORMA DOMICILIARIA. Pero hemos sido testigos de que compañeros médicos

han sido privados de su libertad, pagan su fianza y el proceso continúa. LA RESOLUCION Y LA ACCION PENAL DEBERIA DE APLICARSE CUANDO AL HABER AGOTADO TODOS LOS RECURSOS DISPONIBLES EL PROFESIONISTA NO PUEDA DEMOSTRAR SU INOCENCIA. Y no sea a la inversa, que tenga que estar en la cárcel primero para demostrar su inocencia después y se le tenga que ofrecer una disculpa, que de ninguna manera restauraría el daño moral que pudiera sufrir.



Escultora América Gabrielle y Dr. José Jesús Fonseca Villa, expositores en el Foro.

Propuesta Legislativa de Reforma al Artículo 4o. Constitucional

Dr. Guilbert Canto Masa*

En nuestra Ley General de Salud en su artículo 34, clasifica los servicios a la salud en la forma siguiente:

I. Servicios públicos a la población en general.

II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.

III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y consideramos que la gratitud de que habla este artículo, se ha malinterpretado cuando la gente considera que el Estado tiene la obligación de dar servicio gratuito a toda la población, lo cual es un error, ya que solamente se les debe exentar de pago a aquellas personas que verdaderamente carezcan de recursos, porque de lo contrario, se deteriora el presupuesto asignado para la atención a la salud y por ende la calidad del servicio.

J) Los demás que las legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socioeconómicas de los municipios. Así como su capacidad administrativa y financiera.

Los municipios de un mismo estado, previo acuerdo entre sus ayuntamientos y con sujeción a la ley, podrán coordinarse y asociarse para la más eficaz prestación de los servicios públicos que les corresponda.

*Secretario de Salud en el Estado de Quintana Roo.

Con estas reformas consideramos que cerramos el marco jurídico para la descentralización total y definitiva de los servicios de salud, no solamente a los estados, sino también a los municipios, con lo cual se tendrá entre otros beneficios los siguientes:

I. Fortalecimiento de los municipios, eliminación de duplicidades en la prestación de los servicios de salud y beneficio directo a los habitantes de los municipios.

II. La no gratuidad de los servicios de salud.

Estamos conscientes de que el derecho a la protección de la salud depende de las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y en esto va implícito el recurso que se tenga. Asimismo, a los ayuntamientos como autoridades municipales, les permiten convertirse en promotores del desarrollo municipal en el área de salud, entendiéndolo éste, como la atención oportuna de las necesidades esenciales de la población en general.

Como consecuencia de la propuesta de reforma al párrafo cuatro del artículo 4o. constitucional, se propone también reformar el artículo 115 en su fracción III, que actualmente dice:

“III. Los municipios con el concurso de los estados cuando así fuese necesario y lo determinen las leyes, tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos:

- A) Agua potable y alcantarillado;
- B) Alumbrado público;
- C) Limpia;
- D) Mercados y centrales de abasto;
- E) Panteones;
- F) Rastros;
- G) Calles, parques y jardines;
- H) Seguridad pública y tránsito.

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Se propone la siguiente reforma: -

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación, las entidades federativas y los municipios en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Consideramos conveniente adicionar al artículo 4o. constitucional “al municipio”, porque el municipio como organismo técnico administrativo tiene el compromiso de buscar nuevos esquemas de financiamiento, de módulos de atención alternativos y de procedimientos de control, seguimiento y evaluación, que garanticen no sólo la cobertura universal de los servicios de salud, sino que éstos lleguen a la población con la equidad, oportunidad y calidad debidas.

“I) Los demás que las legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socioeconómicas de los municipios, así como su capacidad administrativa y financiera.

Los municipios de un mismo estado, previo acuerdo entre sus ayuntamientos y con sujeción a la ley, podrán coordinarse y asociarse para la más eficaz prestación de los servicios públicos que les corresponda”.

Se propone lo siguiente:

“III. Los municipios con el concurso de los estados cuando así fuese necesario, lo determinen las leyes, tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos:

- A) Agua potable y alcantarillado;
- B) Alumbrado público;
- C) Limpia;
- D) Mercados y centrales de abasto;
- E) Panteones;
- F) Rastro;
- G) Calles, parques y jardines;
- H) Seguridad pública y tránsito;
- I) Servicios de salud que en su caso descentralicen la Federación y los estados.

Propuesta

A efecto de cumplir con lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, proponemos:

I. Mayor participación de recursos, tanto del Gobierno Federal como estatal y municipal, con los cuales se obtendrían los siguientes beneficios:

1. Una mejor estructura, con equipo moderno, y
2. Personal más especializado.

Y con la mayor participación de recursos federales, estatales y municipales, la salud de la gente se le daría mayor protección desde el inicio al término de la vida, no sólo prolongarla, sino elevando su calidad y haciéndola más grata y digna de ser vivida.

II. Reformar al párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional, agregando a dicho artículo la palabra municipios, el cual quedaría de la siguiente manera:

El precepto constitucional vigente desde el momento en que se suscribe el pacto federal, el social, al acercar a la población servicios fundamentales en materia de salud, este acercamiento implica que los servicios sean prestados por los

estados y sus municipios, especialmente por éstos últimos, toda vez que el municipio juega un papel primordial en la salud de sus habitantes por ser el núcleo primario del poder político y la figura jurídica más cercana a los ciudadanos; es libre en el ámbito político administrativo y geográfico; con atribuciones jurídicas y programáticas, para llevar a cabo programas y servicios de salud a su población, ya que además de ser representantes de las comunidades que lo componen, constituyen el primer nivel de gobierno.

Es necesaria la concurrencia de la Federación, de las entidades federativas y de los municipios, a efecto de darle a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica, acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos, toda vez que la salud no admite discriminaciones, ya que es condición para el pleno disfrute de la vida, no pudiendo hablarse de una sociedad sana cuando existen sectores de la población que no pueden disfrutar de ese derecho, plasmado en nuestra Constitución Política.

La salud es un elemento imprescindible de bienestar, es el sustento para el pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, por ello no se le puede concebir sólo como un valor biológico, es también un bien social.

Entendida de esta manera, la salud constituye un derecho esencial de todos. El nivel de salud poblacional es, sin duda, el más importante de los indicadores que dan cuenta del desarrollo social.

Por ello, en el año de 1984, se reformó el artículo 4o. constitucional, que fue concebido como un reclamo legítimo de la sociedad mexicana de aspirar a mejores niveles de vida.

El derecho a la protección de la salud, previsto en el artículo 4o. constitucional, determina principios de equidad y justicia, que con vocación humanista, asume el gobierno en todos sus órdenes, a través de la concurrencia de la Federación y entidades federativas en materia de salud, descentralizando responsabilidades, recursos y decisiones.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos en México. Reflexiones y Propuestas de Cambios Legislativos

Pilar Muriedas y Orfe Castillo

Las reflexiones y propuestas de cambios legislativos que expondré en este Foro son una síntesis del trabajo que hemos estado elaborando una serie de organizaciones civiles¹ dedicadas a reivindicar, —con múltiples líneas de acción— el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los y las mexicanas desde hace dos décadas.

Dichas organizaciones han definido su identidad y posicionamiento desde el quehacer ciudadano, lo que significa dirigir sus acciones para el logro del respeto de la dignidad humana, la ampliación de derechos para todas las ciudadanías restringidas —como es el caso de las mujeres— y el compromiso por conquistar la autonomía individual y social frente a las restricciones y barreras históricamente impuestas o asumidas.

Nuestra apuesta actual es validar social y políticamente derechos fundamentales no reconocidos aún en México, así como la creación de mecanismos que garanticen el acceso y ejercicio pleno de éstos para aquellas personas y grupos que han sido excluidos y subordinados.

Asumir esta posición nos demanda participar y responsabilizarnos junto con otros actores de los grandes asuntos de interés público en una lógica de negociación y autonomía dialogante y propositiva.

¹ Las organizaciones a las que me refiero son: SIPAM, CIMAC, GIRE, COVAC, MAS, APIS, CAM, GAPYLFAC, CORIAC, CDD, MUSEP, OMECIHUATL, KINAL ANSETIC, TICIME, GIS, Revista FEM, Red por la Salud de las Mujeres del D.F., DIVERSA, EQUIDAD DE GENERO, Foro de Nacional de Mujeres y Políticas de Población, entre otras.

Por ello, nuestras organizaciones se sienten interpeladas y con capacidad para responder a las diversas oportunidades que se están abriendo en este periodo de transición hacia una democracia participativa.

A ello responde mi participación en este Foro de Salud convocado por la Cámara de Diputados. Gracias por la invitación.

Las disposiciones legales y programas de salud que se han establecido hasta la fecha con la finalidad de mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva de la población mexicana son aún insuficientes.

En un contexto global, la explicación de ello se basa en el modelo neoliberal de desarrollo que impera en México, en el cual la tendencia a la mercantilización de la salud es cada vez más explícita. Las políticas de ajuste económico marcan y remarcan la exclusión social. De ahí que resulte tan difícil, como dice Marta Lamas², realizar una mayor inclusión política dada la creciente exclusión social. Sin embargo, gracias al despertar activo y propositivo de la sociedad civil se están obteniendo modificaciones sustantivas que contrarrestan el desarrollo de leyes y políticas restrictivas.

La sociedad política mexicana tiene una deuda histórica con las mexicanas y con otros grupos vulnerables. A pesar de los avances logrados en la

² LAMAS, Marta. "Política de Salud: la Mirada Crítica de una ONG". Mimeo, junio de 1998.

última década, —en gran medida debidos a la presión y gestión de las organizaciones feministas— la mayoría de las mujeres todavía enfrentan condiciones de vida y de salud reprobables, esta situación está determinada en una gran medida por la discriminación de género, es decir, por el hecho de ser mujeres en esta sociedad. Ello se expresa de muy diversas formas: en el campo laboral, en la atención que reciben en los servicios de salud, en las limitaciones para ejercer su derecho a decidir libremente sobre su capacidad reproductiva, así como en la violencia intrafamiliar y sexual que padecen cotidianamente.

Por ello estamos proponiendo, en primer lugar, modificaciones de orden constitucional que permitan que todas las ciudadanías restringidas (leáse mujeres, indígenas, personas con alguna discapacidad, homosexuales, lesbianas, etcétera) se vean favorecidas al establecer como garantía individual el derecho a la no discriminación en función de sexo, raza, religión, orientación sexual o cualquiera otra circunstancia. Garantía que debe formularse de manera explícita.

Debemos admitir que el principio de igualdad formal ante la ley se ha tornado ineficaz para combatir los actos discriminatorios; se requiere mayor claridad y desarrollo en la normatividad para el fomento de la igualdad de oportunidades. Esta reforma debe acompañarse del establecimiento de sanciones penales y civiles para toda aquella persona que incurra en actos discriminatorios.

Consideramos necesario la adición de un párrafo tercero al artículo Cuarto Constitucional que diga:

“Ninguna persona podrá ser discriminada por razón de raza, color, sexo, orientación sexual, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquiera otra condición social”.

La segunda reforma consiste en elevar a rango constitucional una cláusula de incorporación al orden jurídico nacional —también con el rango de garantías individuales— de todos los derechos humanos contenidos en los tratados internacio-

nales que hayan sido ratificados por México. Esta reforma otorgaría carácter de supremacía al conjunto de derechos fundamentales que hoy contienen los tratados internacionales. Ello, en particular, favorecería el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos avalados en las Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas como la de Viena, El Cairo y Beijing.

Proponemos la adición de un párrafo segundo al artículo 133 Constitucional que diga:

“Los derechos humanos reconocidos en los tratados internacionales que hayan sido ratificados por los Estados Unidos Mexicanos, serán de aplicación inmediata en el ordenamiento jurídico y tendrán el carácter de garantías individuales”.

De manera más específica, nos preocupa que finalizando el siglo veinte en nuestro país todavía impere una doble moral en cuanto a la maternidad. Por un lado se enaltece la capacidad reproductiva de las mujeres como un valor social amoroso y necesario y por el otro se castiga, bajo diferentes modalidades, a quienes ejercen su derecho a tener o no tener hijos(as).

Para todos y todas las aquí presentes no es una novedad escuchar que en México las mujeres asalariadas sufren el despido por estar embarazadas, así como que se les condiciona la contratación al resultado negativo de una prueba de embarazo, hechos que violentan sus derechos humanos.

Lo que tal vez no se conoce son las aberraciones que enfrentan las obreras de la maquila en la frontera norte, al obligarlas, incluso a mostrar cada mes su toalla sanitaria o a hacerse la prueba de embarazo dentro de las mismas instalaciones de las fábricas. Es más, en Hermosillo, Sonora, unas mujeres nos contaron que ya se están solicitando certificados de esterilización para ingresar a un nuevo empleo. ¡Cuánta miseria humana!

Por ello urgen modificaciones a la Ley Federal del Trabajo (LFT) para que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos libremente, sin miedo a perder su trabajo o a no obtenerlo.

Proponemos la adición de un último párrafo al artículo 47 de la LFT que diga:

“Tratándose de mujeres embarazadas, éstas sólo podrán ser despedidas cuando se autorice un laudo emitido por las Juntas de Conciliación y Arbitraje. La falta del laudo, por sí misma, determinará que el despido se presuma injustificado, no admitiendo esta presunción prueba en contrario”.

También proponemos una modificación al artículo 133, fracción Primera de la LFT: Queda prohibido a los patrones:

“Negarse a aceptar trabajadores por razón de sexo, o por el hecho de que la mujer esté embarazada”.

Siguiendo con el mismo asunto de la doble moral y las discriminaciones de género, me referiré al tema del aborto, es decir, al derecho reproductivo de las mujeres de interrumpir un embarazo no deseado.

Primera aclaración: nadie en este país, mucho menos nosotras las mujeres estamos a favor del aborto, deseamos que nunca ninguna mujer se realice un aborto. Sin embargo, estamos pugnando porque quienes tienen que recurrir a este último recurso accedan a una atención médica de calidad sin importar sus condiciones económicas. Seguiremos insistiendo en su despenalización, inclusive como una acción afirmativa, ya que las mujeres generalmente asumen la responsabilidad de interrumpir un embarazo no deseado en la más completa soledad, sin la participación de los hombres y sin ningún apoyo del Estado.

Por ello decimos que el aborto ilegal en nuestro país representa un grave problema de salud pública, de justicia social y de democracia.

La lucha histórica del movimiento feminista por despenalizar el aborto por fortuna está teniendo cada día más adhesiones de otros sectores de la sociedad civil y política. Recuérdese el reciente desplegado publicado en diversos periódicos de circulación nacional³, apoyando la modificación al Código Penal del Distrito Federal en materia de aborto, firmado por destacados intelectuales, tales como Carlos Fuentes, Octavio Paz (lo firmó el 12 de

³ 28 de Mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. Por un Cambio Imprescindible. Desplegado publicado el 28 de mayo de 1998, en los periódicos La Jornada y Reforma.

abril, semanas antes de su lamentable muerte), Angeles Mastreta y la pareja amorosa de los Pacheco.

Ellos y ellas plantean, en dicho comunicado, que prohibir el aborto sólo sirve para condenar a las mujeres sin recursos a un grave riesgo para sus vidas y terminan preguntando “¿a quién sirve que los abortos sean considerados delito?”.

La respuesta de los empresarios a estas expresiones no se hizo esperar para manifestarse en contra. Ellos, los que niegan empleo y despiden a mujeres embarazadas, ellos mismos se oponen al aborto legal. Su poder económico lo quieren utilizar además para inmiscuirse en las decisiones reproductivas de las mujeres. Esta doble moral, de verdad, que no tiene límites.

Por desgracia en México, a diferencia de lo que pasa en países desarrollados, no existen prácticamente empresarios que apoyen el derecho a decidir de las mujeres en el campo de la sexualidad y la reproducción. Su capacidad de escucha es limitada y les impide estar a la altura de las necesidades más sentidas de la mitad de la población.

Las reacciones de la Iglesia católica no nos sorprenden, su doctrina condena el aborto en cualquier circunstancia aun en el caso de que la vida de la mujer corra peligro o cuando el embarazo sea producto de una violación o incesto, se opone incluso al uso de métodos anticonceptivos, menospreciando a las y los católicos que recurren a ellos de manera cotidiana.

En nuestro país, donde predomina dicha religión, ocurren más de 900 mil abortos inducidos cada año, de los cuales la inmensa mayoría son practicados por mujeres católicas en condiciones insalubres. Además, en recientes encuestas realizadas por Gallup, (impulsadas por el Grupo de Información sobre Reproducción Elegida) dan como resultado que el 82% de las personas mexicanas consideran que la decisión del aborto es sólo de la mujer y/o la pareja⁴.

¿Será por eso que México es considerado como un país de católicos/as no practicantes? (Como

⁴ GIRE-GALLUP. Tercera Encuesta Nacional sobre Aborto. México, 1993

dato curioso acabo de escuchar que la religión católica es la única en el mundo que dice contar con miembros "no practicantes").

Independientemente de las contradicciones internas de esta religión, nuestras organizaciones reivindican la vigencia de la laicidad del Estado Mexicano y su obligación de procurar la protección a la salud, por ello proponemos las siguientes modificaciones legislativas; de lograrse podrán evitarse muertes injustas, así como hijos e hijas no deseados, es claro el ejemplo en relación a lo que sucede con las mujeres portadoras del VIH-SIDA quienes se embarazan y suman más de 500 cada año en nuestro país, además de las mujeres que sufren y ponen en riesgo su vida al no poder tener más hijos(as) por razones económicas, por mencionar sólo algunos casos.

Proponemos modificar el artículo 334 del Código Penal para el D.F. en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero federal de la siguiente manera:

"No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación a su salud, a juicio del médico(a) que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico(a), siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Tampoco será punible el aborto cuando de acuerdo con el dictamen de dos médicos(as), se tenga la certeza de que el producto presenta malformaciones genéticas o congénitas".

Además proponemos la promulgación del artículo 56 bis de la Ley General de Salud que diga:

"Las instituciones públicas de salud, gratuitamente y en condiciones óptimas de calidad, deberán proceder a la interrupción del embarazo en los supuestos permitidos por el respectivo Código Penal, cuando la mujer interesada así lo solicite. En caso de que la mujer no esté en condiciones de expresar su consentimiento y corra peligro su vida, el aborto se practicará con el dictamen del médico que la asista quien, de ser posible, consultará la opinión de otro médico(a)".

Estas modificaciones equiparán el Código Penal del D.F. con otros de la República Mexicana que sí plantean los motivos de salud de la mujer

como una causal para no castigar la práctica de un aborto.

Proponemos, asimismo, la adición de un segundo párrafo al artículo 56 de la Ley General de Salud que diga:

"En caso de que una mujer sea víctima de violación, el Ministerio Público dispondrá que sea revisada, con su consentimiento, cuantas veces sea necesario en una institución de salud para comprobar si existe embarazo como consecuencia de la agresión, aun cuando se trate de su cónyuge. Además, si la mujer lo solicita, remitirá la autorización para que se interrumpa el embarazo".

Otro asunto que nos preocupa es la política de población mexicana que sigue teniendo como base el control demografista de la natalidad dejando en segundo plano el derecho constitucional de las personas a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos (as) que deseen tener.

Aunque en menor medida, continúan presentándose casos de mujeres que sufren presión y/o imposición para el uso de métodos anticonceptivos. La legislación en estos casos es muy vaga y nos hemos encontrado con serios obstáculos legales para sancionar a aquellos que coaccionan o imponen métodos como el Dispositivo Intrauterino (DIU) o la oclusión tubaria (ligadura de trompas).

El establecimiento de metas para disminuir la tasa de fecundidad continúa presentándose como una contradicción en cuanto a las políticas de población, por ello, desde hace más de cinco años estamos demandando que se eliminen estos criterios para evaluar la eficacia de los programas de planificación familiar, como ha sucedido ya en otros países. Ello sin duda, repercutirá favorablemente en el personal de salud de las instituciones que se ven obligadas a cumplir cuotas de métodos anticonceptivos aplicados.

Además proponemos que se agregue el artículo 466 bis en la Ley General de Salud que diga:

"Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud que realice actos que temporal o definitivamente restrinjan la capacidad reproductiva de la mujer, sin haber recabado el

consentimiento de ésta, se le impondrá prisión de uno a cinco años, si la restricción es temporal, y de cinco a ocho años, si la restricción es permanente”.

Hasta aquí las propuestas de modificación legislativa que estamos poniendo a consideración de los representantes electos del Congreso de la Unión; su análisis y aprobación será una importante muestra de voluntad política para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que las mujeres elijan y la concreción de actos que, como dice Fernando Savater⁵, hagan una institucionalización efectiva en lo jurídico y en lo político de la humanidad como valor.

Todas nuestras propuestas —surgidas del contacto y la escucha de miles de mujeres de este

país— son viables y deseables en el sentido que respetan el derecho de las personas a decidir sobre su sexualidad y reproducción, están encaminadas a eliminar todo tipo de discriminación, buscan construir una sociedad equitativa y respetuosa de las personas.

Estaremos pendientes con sumo interés de las respuestas que den a cada una de estas iniciativas surgidas de un importante número de organizaciones ciudadanas que hemos asumido con seriedad y compromiso el papel que nos toca jugar en este periodo tan importante del país hacia la democracia y la justicia social.

Muchas gracias.

⁵ Savater, Fernando. *Humanismo Impenitente*. Anagrama, España, 1984.

Mesas de Trabajo

Mesa de Trabajo 2

La Reforma del Sector Salud en México

- a) Descentralización de los servicios de salud.
- b) Garantía del derecho a la protección de la salud en el contexto de la actual reforma al sector salud.
- c) Las implicaciones de la reforma sobre las instituciones de salud.

Mesa de Trabajo 8

**El Derecho a la Protección de la Salud
y la Ética Médica; la Salud Colectiva
y los Derechos Ciudadanos**

Descentralización del Sector en México

Antonio Toñes-Ruiz

Nota Introductoria

El presente trabajo es una síntesis del realizado para el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), bajo el título de **“Descentralización en salud: algunas reconsideraciones para el caso de México”**.

El objetivo de este trabajo es llamar la atención sobre algunos aspectos que, a juicio del autor, no han recibido la atención suficiente en el planteamiento e implementación del proceso descentralizador del sector salud en México. Entre las faltas que se reconocen en el proceso de planeación e implementación del proceso descentralizador están: el análisis político y de conformación de la agenda para la implementación de políticas descentralizadoras; serias consideraciones sobre el efecto de este tipo de políticas en cuanto a la equidad del sistema de salud; las grandes diferencias regionales en lo que toca a condiciones sanitarias y económicas; y la también diferenciada infraestructura física y de capital humano necesarias para hacer frente a un proceso descentralizador del sector.

La consideración de estos aspectos y su inclusión en las propuestas de reforma del sector salud en cuanto a la descentralización, pueden contribuir en el sentido de: a) despejar un poco más el panorama con el fin de diseñar estrategias de descentralización que atiendan a las características propias de las diferentes regiones; b) identificar la posición de los distintos actores políticos y económicos involucrados en la promoción y protección de la salud; y c) poner un mayor énfasis

en el impacto que el fenómeno descentralizador tiene sobre consideraciones de equidad.

La atención a estos problemas es necesaria, con el fin de llevar a cabo una verdadera coordinación del sector para la reforma descentralizadora, la cual debe contemplar la participación social y comunitaria, así como las condiciones políticas prevalecientes y la diversidad regional del país, para que la Secretaría de Salud pueda asumir de manera efectiva el papel central de regulación del sistema de salud que se le ha pretendido asignar.

I. Descentralización del sector salud

En la teoría de la descentralización hacia niveles de gobiernos regionales y locales se destaca el hecho de que ésta permite a los servidores públicos desagregar y diseñar planes y programas de desarrollo que vayan de acuerdo a las necesidades de regiones y grupos heterogéneos al interior de cada país, sin embargo, Rondinelli (1981) señala que en la práctica, las naciones en desarrollo han enfrentado serios problemas en la implementación de políticas descentralizadoras, algunos de los cuales veremos más adelante.

Cabe hacer aquí la diferenciación entre grados de descentralización que define Rondinelli. Establece básicamente tres tipos de descentralización, ellos son: la desconcentración, la delegación y la devolución. En el marco de la descentralización del sector salud, la definición que nos interesa al hablar del sistema de salud en México, es la de devolución, considerada como la forma extrema de la descentralización. La devolución implica la

necesidad de desarrollar instituciones de gobiernos locales, en el sentido de que éstas sean percibidas por los ciudadanos de la localidad como organizaciones proveedoras de servicios que satisfagan sus necesidades, y como unidades de gobierno sobre las cuales puedan ejercer alguna influencia. Por lo tanto, la devolución es vista como una forma de descentralización, en la que el gobierno local recupera la responsabilidad de algunas funciones, pero en la que el gobierno central mantiene un poder de supervisión y en donde puede jugar un papel financiero importante (Rondinelli 1981).

Es importante señalar que para fines de este trabajo se retoma la siguiente definición de sistema de salud: "Conjunto de instituciones que tienen por objetivo mejorar las condiciones de salud, de carácter público, de seguridad social o privadas, tanto normativas como operativas, o sea que incluye tanto a las instancias de planeación, control y evaluación como a las que prestan directamente servicios de salud" (Cardozo 1995, p. 29). Esto es esencial para entender que el análisis no se puede limitar a la consideración de las instituciones públicas en el proceso de reforma del sistema.

Como en el caso de la descentralización en general, un elemento asociado al proceso descentralizador en salud es la mayor participación social y comunitaria, pues como señala De Keijzer, "en los últimos lustros el estado de bienestar ha llegado a su límite por lo que empiezan los recortes al gasto social y se redescubren el autocuidado y la participación, no como un derecho, sino como fórmulas para extender cobertura y bajar costos" (De Keijzer 1992, p.9)¹. Por lo que toca a la participación del individuo en salud, ésta se considera en diferentes niveles: 1) como individuos en relación con su propia salud, 2) como comunidad que atiende la salud a través de

servicios tipo "médicos descalzos" o campañas preventivas y, 3) como comunidad política controlando el sistema de salud y a sus profesionales, la asignación de presupuesto, etc., (Gish 1979)².

Otro elemento indispensable en el esfuerzo por promover la responsabilidad social para la salud es el incluir una evaluación con un fuerte enfoque en equidad, como parte integral de cualquier política de estructuración y reforma en el sector salud, así como para la consolidación y la expansión de esfuerzos de descentralización y colaboración entre los diferentes sectores y todos los niveles de gobierno (Yakarta 1997).

Existen áreas en las que el gobierno central debe jugar un papel de liderazgo, entre ellas, la investigación en salud y la recopilación de información. Por otro lado, el gobierno local puede jugar un importante papel en la planeación en salud y la asignación de algunos recursos dentro de su respectiva jurisdicción. Debe haber un diálogo entre la planeación central de los recursos, y la programación local de los servicios de salud (Segall 1983). La descentralización en el sector salud no debe reducir la capacidad de la autoridad central para promover una estrategia de atención primaria y de asegurar la asignación equitativa de los recursos para este fin. Por ello es que se debe enfatizar la necesidad de un sistema de asignación de recursos de acuerdo a las necesidades³, y que permita cierto control sobre la manera en que estos recursos son utilizados. En este sentido, es necesario contar con bases de datos confiables,

² Al hablar de participación en el sector salud, vale la pena señalar lo que menciona Conrandriopoulos et al. (1996), con respecto a los modelos regulatorios en salud, donde se reconocen cuatro como los principales, estos son: el tecnocrático, el modelo democrático, el regulado por los profesionales de la salud, y aquél que se guía por las leyes del mercado. En lo que respecta al modelo tecnocrático, éste se fundamenta en su capacidad de presentarse a sí mismo como un elemento de acción racional y apolítico en la búsqueda del interés público. Por su parte, el modelo democrático —que es el que interesa más para fines de este trabajo— es aquél que intenta vincular a la población con el proceso de formulación de las necesidades, problemas, prioridades y soluciones para la administración y manejo del sistema de salud (Conrandriopoulos et al. 1996, p.8-9).

³ Al respecto, ver: López Cervantes, Malaquías. "Utilización de los datos de mortalidad para la planeación de los servicios de salud: el caso de México". Salud Pública de México, volumen 27, número 2. Marzo-abril 1985.

¹ En este sentido, De Keijzer hace interesantes cuestionamientos con respecto a la capacidad de modificar los estilos y las condiciones de vida en América Latina. Por lo que se refiere a la procedencia exógena de las iniciativas de organización de la comunidad, esto impide que la organización comunitaria pueda asentarse sobre bases duraderas, debido en buena medida a que "se perciben las iniciativas de organización de la comunidad como tábula rasa, amorfa y sin estructura, lo que se refleja en el caso omiso a las organizaciones comunitarias espontáneas, formales o informales, llegando incluso a eliminarlas en algunos casos" (De Keijzer 1992, p. 14).

que permitan tener una medición de la morbi-mortalidad también confiable. La elección de los métodos de medición y de recopilación de datos puede tener implicaciones importantes en la asignación de recursos, por lo que no hay que perder de vista que ésta puede ser sujeto de debate político. Dónde ocurre este debate, y cómo se resuelve, reflejará en parte la naturaleza de la relación centro-periferia (Collins y Green 1994).

Cualquiera que sea la modalidad por la que se opte, la descentralización a los gobiernos locales requiere de la transferencia de algunos recursos federales para ser más efectiva, para lo cual, una posibilidad es que el gobierno central distribuya los recursos económicos a los estados con base en una fórmula de financiamiento claramente definida y transparente. Dicha fórmula debe incluir una base financiera de acuerdo al estado epidemiológico, además de contemplar una serie de incentivos para garantizar que ciertas necesidades sean cubiertas⁴. Otra alternativa es que el gobierno descentralice toda su base impositiva y permita a los estados decidir por sí mismos cuánto gastar en salud y en otros programas (Bloom 1995).

Está claro que la forma que tome la descentralización obedecerá a las razones por las que fue introducida. A menudo se pretenden alcanzar varios objetivos, los cuales no son necesariamente consistentes en términos del tipo de descentralización que es necesaria para alcanzarlos (Conyers et al. 1995).

Es posible identificar intereses políticos, económicos, y organizacionales, sólo por mencionar los más importantes, así como a los grupos ganadores y perdedores en el proceso de reforma. A menudo, las leyes concernientes a diferentes aspectos de la descentralización, tales como facultades de los gobiernos locales, regulación de los seguros de salud, y el manejo de hospitales, son desarrollados y propuestos por diferentes grupos en distintas etapas, lo que puede provocar que surga entonces un escenario de confusión y conflicto, al menos en los momentos iniciales de la

descentralización (Conyers et al. 1995). En ocasiones, esto puede resultar en sistemas conflictivos en lugar de complementarios, por lo que es necesario examinar la manera de engranar las estructuras organizacionales con los objetivos de política, de forma tal que puedan ser resueltos estos conflictos.

Existe otra cuestión igualmente importante en el análisis —la cual se ha señalado antes en cuanto a la descentralización en general y la que es especialmente relevante para el caso del sector salud— consistente en la pertinencia de llevar a cabo algunos “experimentos” aislados, antes de introducir reformas globales. Para ello podemos identificar razones tanto técnicas como tácticas. Entre las primeras está el poder introducir algunos modelos de descentralización de responsabilidades con el fin de probar su efectividad antes de extenderlos a otras regiones. Entre las razones tácticas podemos citar la oportunidad que esto puede brindar para la construcción de consensos, y así ganar el compromiso de importantes actores —directa o indirectamente involucrados en el proceso (“stakeholders”)— en la adopción o implementación de determinados modelos de descentralización (Conyers et al. 1995).

Es también esencial la identificación de canales de participación pública creados en el proceso de descentralización, y cuáles procesos son influenciados por esta misma. El asunto del involucramiento popular en la descentralización es central y requiere ser valorado en relación con cada uno de los procesos. De igual forma, es importante identificar la proporción del presupuesto que en cada gobierno local se destina a salud y la variación entre localidades.

Tanto la descentralización como el promover la participación tienen como objetivo el reorientar la formulación e implementación de las políticas públicas de salud con el fin declarado de cubrir las necesidades de toda la población. Sin embargo, hay que recordar que el descentralizar las responsabilidades también es una manera de descargar la culpa. Además, el proceso descentralizador tiene importantes implicaciones en términos de los sistemas de dominación política, el acceso de los distintos grupos a los centros de toma de decisiones, y en el carácter y definición de políticas públicas (Collins y Green 1994).

⁴ En cuanto a la determinación de una fórmula óptima que permita distribuir los recursos equitativamente, ver: González-Block, M.A. y A. Brown, “Hacia la asignación equitativa de los recursos federales para la salud”, en *Observatorio de la Salud*, FUNSALUD, 1997, pp. 173-193.

La mezcla público-privada en salud

Al hablar del proceso de transformación de los sistemas de salud, y en particular cuando se habla de descentralización, es inevitable hacer referencia a la discusión sobre la mezcla público-privada, por ello se abre aquí una sección especialmente dedicada a destacar los aspectos más importantes de esta discusión.

En primer lugar, es indispensable hacer una clara diferenciación entre la prestación de servicios y el financiamiento de los mismos. Esto es, la privatización en el sector puede darse en cuanto a los prestadores de servicios (hospitales, clínicas, etc.), o por la parte del financiamiento a través de las aseguradoras, encargadas de hacer el pago en nombre de los usuarios a los prestadores de servicios (Deber et al. 1995, Rachlis y Kushner 1992)⁵. Esto está íntimamente ligado a la idea de redimensionamiento del gobierno ("re-inventing government"), el cual valida la idea del interés público, pero busca tomar ventaja de las presumibles eficiencias del sector privado para la prestación de servicios, a través de estimular la competencia por la provisión de servicios públicamente financiados.

El debate en cuanto a la mezcla público-privada puede ser visto, en el sector salud, como una oposición entre ver al gasto en salud como una inversión (el cual es generador de valor), o como un bien de consumo (el cual es consumidor de valor y obliga a incurrir en costos de oportunidad que restringen en consecuencia la inversión en sectores más rentables).

Como señalan Collins y Green (1994), si la privatización va a ser considerada como una opción de política pública en los países en desarrollo, aquéllos que la apoyan, deben hacerlo sobre la base de sus propias virtudes, y no sobre la de aquélla que se señala como propia de las virtudes de la descentralización. Aquí es importante señalar que en mu-

⁵ De acuerdo a lo señalado por (Conrandriopoulos et al. 1996, p. 16), la salud para las aseguradoras privadas no es considerada como un bien público, sino como un asunto de estilo de vida personal, en donde cada individuo fija sus prioridades. Este sector tiene la convicción de que el gasto público en salud debería ser mantenido en lo mínimo, y tiene un particular interés por la privatización de las instituciones prestadoras de servicios de salud como un fin en sí mismo.

chos casos, la descentralización sigue siendo vista por muchos como la mejor opción después de la privatización, o como un paso más en la estrategia privatizadora de largo plazo. De igual manera, Collins y Green (1994), advierten sobre los intentos por establecer comparaciones entre lo público y privado en el nombre de la neutralidad. Aquí es oportuno recordar que las decisiones en cuanto a salud son necesariamente de carácter político, las cuales tienen que ver con equidad y la satisfacción de necesidades de salud en sociedades con marcadas diferencias sociales y grandes retos en cuanto a la distribución de los recursos. Es necesario tener en mente que existe el riesgo de que la privatización provoque la fragmentación de los servicios de salud, reduciendo así aún más la capacidad de coordinación⁶.

Por otro lado, hay que recordar que una de las vías más socorridas en el proceso de descentralización es la introducción de cuotas de recuperación, lo que trae consigo serios problemas en cuanto a equidad, ya que la imposición de diferentes sistemas en distintas áreas implica un tratamiento inequitativo de los ciudadanos (Collins y Green 1994). Si las distintas poblaciones no son compensadas, las implicaciones en términos de inequidad son evidentes, debido a que los recursos disponibles para la atención de la población dependerán en buena medida de la capacidad de las comunidades para hacerse de fondos propios.

La introducción de cuotas al usuario en la prestación de servicios de salud es un área de intenso debate. Al respecto, Evans (et al. 1993) se refiere a la discusión sobre este punto como un fantasma que insiste en regresar, a pesar de haber demostrado su ineficacia. Por otro lado, existe un grupo importante de analistas que consideran la introducción de cuotas y la competencia entre aseguradoras por el financiamiento de los servicios, como un mecanismo indispensable para la contención de costos y la restricción en el sobreuso de los servicios de salud (Cutler 1998). En este sentido, debe valorarse cuidadosamente la forma en que la política privatiza-

⁶ Sobre este punto, y sobre las lecciones que se pueden aprender de la experiencia en el debate que se ha llevado a cabo en el Reino Unido sobre la reestructuración del Servicio Nacional de Salud, vale la pena ver: Harrison, S., et al. *Competing for Health: A Commentary on the NHS Review*. Nuffield Institute for Health Services Studies, Leeds, March 1989.

dora —confundida muchas veces con la descentralización— puede chocar con los buenos propósitos de una mayor participación social en la salud.

II. Antecedentes del proceso descentralizador del sector salud

Las propuestas descentralizadoras en el campo de la salud han venido acompañadas, en el caso de México, de políticas públicas más amplias en este mismo sentido, las que de alguna manera sirven como antecedente y sustento de las primeras (Beltrán y Portilla 1986).

Cabrero (1994) identifica distintas etapas del proceso de descentralización. En un primer momento, en los periodos 1970-1976 y 1976-1982, se desarrollaron las iniciativas enfocadas a la desconcentración administrativa; en el periodo 1982-1988 se profundizó el proceso hacia la descentralización gubernamental; y en el de 1988-1994 se intentó un avance de la descentralización hacia la sociedad civil a partir de iniciativas como el Pronasol. Estos procesos quedaron de alguna manera inconclusos. El gobierno de Ernesto Zedillo retoma este proceso bajo el enfoque del "Nuevo Federalismo", el cual se ha caracterizado por un nuevo impulso a los gobiernos locales y cambios importantes en las relaciones intergubernamentales. Es oportuno poner énfasis aquí en lo que se señaló arriba, sobre el hecho de que para el caso de México, el fenómeno del "Nuevo Federalismo" se presenta de manera paralela a las propuestas descentralizadoras en el sector salud al nivel internacional, y como complemento o continuación de la política descentralizadora iniciada en los años ochenta.

El fenómeno descentralizador ha encontrado especial eco en el sector salud de México, el cual se ha inscrito dentro de un proceso más amplio de transformación del sistema de salud.

III. Reforma y descentralización del sector salud

Después de un largo periodo, caracterizado por un fuerte centralismo, se decide adoptar estrategias de sectorización, modernización y descentralización para fortalecer el sistema⁷. Con base en el artículo 5o. de la Ley General de Salud se creó, en 1983, el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual

está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud⁸.

La intención fue reordenar el aparato burocrático, con el fin de hacer desaparecer algunas categorías y áreas laborales consideradas innecesarias. En la Secretaría de Salud, con el doctor Soberón como titular de la misma, la estructura de la organización disminuyó de 116 a 67 unidades administrativas, mientras que en su estructura central la reducción fue de 47 en 1982 a 21 en 1986⁹. *La Coordinación de Servicios de Salud recomendó que se centralizaran las decisiones clave, lo que permitiría fusionar los programas redundantes y descentralizar las operaciones. La Coordinación consideraba a la sectorización y a la descentralización como procesos complementarios.*

El IMSS ha sido objeto también de reformas importantes. Sin entrar en la discusión sobre las reformas a la nueva Ley del Seguro Social —publicada en el Diario Oficial de la Federación en diciembre de 1995, y la que entró en vigor en julio de 1997— es pertinente apuntar algunos de los aspectos más relevantes de la misma con respecto a la atención de la salud. Recordemos que si bien el IMSS forma parte del SNS, éste no ha respondido de manera coordinada en el proceso descentralizador propuesto por la Secretaría. Sin embargo, con toda seguridad los cambios intruducidos en la seguridad social tendrán repercusiones importantes sobre el sistema en su conjunto.

Los propósitos explícitos de los cambios a la Ley respecto de los seguros que amparan los servicios

⁷ Cabe señalar que las políticas descentralizadoras de la salud de los años ochenta y noventa se inspiraron en las Unidades Sanitarias Cooperativas creadas, entre 1917 y 1929, en la región del Golfo para combatir la fiebre amarilla.

⁸ Secretaría de Salud 1984, *Ley General de Salud*, México, p. 29.

⁹ Informativo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia-Oficialía Mayor, Dirección General de Administración de Personal, citado en: Cardozo 1995, p. 9.

médicos son: resolver el desfinanciamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, mediante un nuevo esquema de cotización sin incrementar las cuotas patronales; ampliar la cobertura con la creación del Seguro de Salud para la Familia; y mejorar la calidad de los servicios (IMSS 1995a, IMSS 1995b, IMSS 1995c).

Como indica Laurell (1997, p. 94), el análisis de la Nueva Ley, en el marco de la reforma al sector salud, indica que en la agenda está “el fijar un precio a los servicios para posteriormente definir el plan de salud correspondiente; ampliar la opción privada dentro del seguro obligatorio; avanzar en la reorganización de los servicios con vistas a alcanzar la plena competencia administrativa; y promover la subrogación de los servicios sustantivos auxiliares”.

De alguna manera, se puede decir que en la reforma al Seguro se trata de impulsar la diversidad y la competencia, promoviendo y facilitando la oferta privada de seguros —la reversión de cuotas contemplada en la nueva ley significa revertir el monto cotizado a aquellos que elijan un esquema privado— y la prestación privada de los servicios —subrogación— que el Banco Mundial (1993) recomienda y la Secretaría de salud reproduce en el programa de reforma al sector salud.

La SSA desconcentró todas sus oficinas regionales, dándoles mayores responsabilidades administrativas, tales como planeación y presupuestación. La Secretaría se enfocó en aquellos estados que presentaban menos resistencias, tanto por lo que toca al IMSS como a los gobernadores locales (González-Block et al. 1989). La descentralización en su primera etapa abarcó únicamente a 14 estados. Este proceso fue interrumpido, por lo que la Secretaría de Salud continuó con responsabilidades operativas en los 17 estados restantes, lo que le impidió concentrarse plenamente en la planeación, coordinación y supervisión global del sector (Flamand 1997).

De acuerdo al estudio que llevan a cabo diferentes analistas del proceso, parecería ser que la interrupción está explicada en buena medida por las presiones del IMSS en el sentido de mantener el programa del IMSS-solidaridad bajo su control, aunque la profundización de la crisis económica de 1985, y la incapacidad por proveer

los incentivos necesarios también jugaron un papel importante en este fenómeno. A pesar de la interrupción observada, el proceso descentralizador de los ochenta, sentó las bases para el funcionamiento cada vez más autónomo de los sistemas estatales de salud, estableciendo un aparato mínimo de gobierno estatal especializado en salud, que complementó la percepción federal de los problemas. Se presentaban distintas opciones en cuanto a la organización estatal, éstas eran: secretarías de salud estatales como parte del poder ejecutivo; departamentos de salud o secretarías con mayor independencia; o bien organizaciones paraestatales tales como institutos de salud.

Así pues, el Programa Nacional de Salud estableció los objetivos de la descentralización. Por un lado, el ámbito normativo ha quedado bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud, mientras que se ha intentado que la parte operativa sea una responsabilidad de los servicios estatales de salud y de las mismas dependencias federales prestadoras de servicios. De acuerdo a los Convenios Unicos de Desarrollo se decide qué programas se financiarán entre la federación y los estados y con qué estructura financiera.

En la administración de Salinas de Gortari, como señala Cardozo¹⁰, parece haber habido una amnesia total del gobierno en lo que toca a la descentralización del sector salud, por lo que podemos observar la falta de continuidad en esta política durante su periodo de gestión.

En el Plan Nacional de desarrollo 1995-2000, presentado el 31 de mayo de 1995, se recuperó como prioridad dentro del sector salud, la descentralización de los servicios para población abierta de primero y segundo niveles. El propósito no fue solamente fortalecer a los catorce estados ya descentralizados, sino por el contrario, terminar de delegar a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitirían a las autoridades locales un verdadero funcionamiento descentralizado. Como se ha señalado antes, este nuevo esfuerzo descentralizador de los servicios de salud se apoya

¹⁰ Citada en Flamand, p. 27

de manera fundamental en el “Nuevo Federalismo”, el cual se plantea como objetivos la consolidación del proceso de descentralización de los ochenta y, en consecuencia, busca otorgar más autonomía a los servicios estatales de salud. Con esto se intenta ceder a los estados la operación de los servicios para hacerla más eficiente y así fortalecer el papel de la Secretaría de Salud como coordinadora del SNS.

El 6 de marzo de 1996 se presentó el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Es necesario señalar que la importancia de la descentralización para los miembros del Consejo Nacional de Salud (CNS) se deriva no sólo de la necesidad de convertir a la Secretaría en el órgano rector del SNS, sino también de que otros programas vitales del sector salud dependen, en gran medida, de la formación exitosa y la operación relativamente autónoma de sistemas estatales de salud. Entre éstos se encuentra el programa “Municipio Saludable”, en el cual se asume que el municipio es el lugar ideal para desarrollar —vinculado con la descentralización y la ampliación de la cobertura, así como con la participación activa de la población— políticas de fomento y promoción de la salud como: dotación de agua potable, construcción de letrinas y alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales.

Después de los preparativos del CNS, el 20 de agosto de 1996, se da inicio a este proceso con la firma del Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud. Cabe señalar que ya no se incluían las unidades del Programa IMSS-Solidaridad, el cual atiende aproximadamente a 10.5 millones de personas, con las implicaciones que esto tiene en términos de falta de coordinación entre la Secretaría y el Seguro Social.

En cuanto a la política compensatoria vinculada con la descentralización, la Secretaría ha anunciado el empleo de una fórmula que considera el gasto en salud per cápita recomendado por el Banco Mundial, la tasa de mortalidad infantil y el índice de marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para realizar las asignaciones presupuestales, sin embargo, los compromisos salariales y los gastos de operación han impedido

que los recursos se distribuyan atendiendo a los resultados de la fórmula¹¹.

Cabe hacer mención aquí de los cambios introducidos en la Ley de Coordinación Fiscal (1997), los cuales contemplan algunos elementos cuya intención es reducir la brecha en términos de pobreza e inequidad entre las distintas regiones del país, en particular interesa lo referente al capítulo V de la misma, donde se establecen los fondos de aportaciones federales. En la sección dos del artículo 25 del mencionado capítulo se establece la constitución del Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud, mientras que en la sección tres del mismo se señala lo referente al establecimiento del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social. La intención es otorgar recursos a los Estados y al Distrito Federal con cargo a estos Fondos, que sirvan por un lado, para apoyarlos en el ejercicio de sus atribuciones que marca la Ley General de Salud en sus artículos 3o, 13o y 18o, así como para el financiamiento de obras y acciones sociales básicas que beneficien a sectores de la población que se encuentren en condiciones de rezago social y pobreza extrema.

IV. Análisis de algunos elementos específicos para la reconsideración del proceso descentralizador del SNS

Con base en el repaso que hemos hecho del proceso descentralizador en México podemos señalar algunos elementos nuevos y retomar otros ya analizados que resultan útiles en la reconsideración de este proceso.

Inequidad en el SNS

En cuanto a la descentralización misma y la reforma al sector dentro de la cual se inserta, es necesario replantearse el camino a seguir, pues básicamente se trata de optar por un enfoque que se centre en los mecanismos de mercado para asignación, financiamiento, y provisión de servicios, o bien por uno en el que la prioridad sea mejorar el nivel de salud y bienestar de toda la población,

¹¹ Secretaría de Salud, descentralización de los Servicios de Salud. Manual de lineamientos generales 1996. Anexos, México, Secretaría de Salud, 1996, anexo 5.

atendiendo de manera prioritaria a consideraciones de equidad. Esto es urgente, dado que el análisis de las tendencias en los procesos de reforma indica que, tanto las políticas nacionales, como las de los donantes de recursos, ponen mayor atención en estos momentos al análisis de costo-efectividad, sobre consideraciones de equidad y salud (Frenk et al. 1997).

Con respecto al SNS, hay que recordar que dado el amplio uso de servicios privados, muchos mexicanos pagan por al menos tres tipos de prestación de servicios: privados, seguridad social —a través de primas e impuestos—, y públicos —a través de los impuestos y cuotas de recuperación—, por lo que en este sentido el sistema actual presenta fallas importantes en términos de equidad y solidaridad. Cabe señalar también, que la oferta del sector privado es enormemente sensitiva a la oferta de servicios de salud por parte del sector público¹². Esta tendencia puede contribuir a mejorar la calidad del servicio médico y de diagnóstico, pero puede contribuir también al encarecimiento de los servicios y a un mayor gasto en el sector en su conjunto, lo que empeoraría la distribución de los servicios de salud en México.

Por otro lado, podemos observar que el Seguro Social no es del todo equitativo, básicamente por dos razones: 1) Tanto la población urbana de escasos recursos, como la población rural están excluidos en su mayoría de los beneficios del seguro social; y 2) los trabajadores de ingresos medios y altos pueden evadir primas altas mientras que aún se benefician del sistema...

Se pretende proporcionar servicios de salud a aproximadamente diez millones de mexicanos que no los reciben regularmente por medio de un paquete básico de servicios. Este programa se vincula directamente con la descentralización, porque los servicios estatales serán los encargados de aplicar el paquete, en coordinación con las autoridades municipales y los comités de salud (Flamand 1997, p. 32). En el intento por establecer ciertos requerimientos básicos como única responsabilidad en la provisión de los servicios, o en los patrones de gasto por localidades, queda abierto un serio pro-

¹² En el marco de la reforma del sector salud y de su apertura a la inversión privada, Bloom (1995) señala que con la privatización el sector tendrá un mayor acceso a capital externo, lo que significa la existencia de fuertes intereses económicos en juego.

blema de equidad, en el sentido de que se limita el acceso a los grupos menos favorecidos a la atención integral. En oposición a estos argumentos, cuando se defiende un sistema que establezca estándares de servicios nacionales por encima de los servicios básicos, se dice que es negar la posibilidad de descentralizar la toma de decisiones, y en particular la determinación local de prioridades.

Diversidad regional

Entre las características que es posible identificar en el nivel local, está la vulnerabilidad de estos gobiernos, dada por la autonomía restringida de la que gozan frente a elites locales, su alta dependencia de la inversión privada, y su limitada y diferenciada capacidad de gestión ante las autoridades federales en la solicitud de fondos para el sector.

En cuanto al análisis de las diferencias regionales e íntimamente relacionado con las ventajas de llevar a cabo experimentos de reforma aislados, Cabrero (1996, p. 19) pone énfasis en el hecho de que es "necesario renunciar a los programas mayores con el fin de permitir el desarrollo de alternativas regionales y programas específicos en un ejercicio de encuentro entre programas gubernamentales y civiles". En su trabajo destaca las situaciones tan diversas que muestran las municipalidades en México. El caso mexicano se presenta como uno en el que las condiciones económicas de inestabilidad y la gran diversidad cultural vuelven aún más complejas las posibilidades de solución que entraña la implementación de programas de descentralización. Es muy importante el señalamiento que hace en cuanto a que la diversidad regional y cultural no ha sido considerada en las reflexiones y propuestas de reforma, concebidas las más de las veces desde el centro del poder político, e impuestas, en su mayor parte, de manera unilateral (Cabrero 1996, p. 15)¹³.

¹³ En otro de los trabajos citados de Enrique Cabrero (1994, p. 1), se pone de relieve el que "en la lucha por ocupar un lugar propio en el escenario mundial, una identidad nacional y un orden social interno, se ha centralizado enormemente el poder de orientación de cada proyecto, lo que ha desencadenado al mismo tiempo desequilibrios regionales, estructuras estatales verticales y cerradas, y ha inhibido las identidades regionales y locales. Es por eso que se puede hablar de una dinámica permanente centralización-descentralización proceso que tiende hacia uno u otro sentido en determinados momentos de la historia".

En el caso de los gobiernos locales en México, muchos de éstos sufren de una falta importante de los recursos financieros que les permitan asumir las responsabilidades derivadas de la descentralización. La falta de infraestructura, medios de transporte y comunicación se suman a los impedimentos para que una transformación descentralizadora tenga éxito. Como señala Flamand (1997), al citar a Ruiz de Chávez, “no todos los estados tienen la capacidad monetaria para hacerse cargo del servicio, además, los gobernadores temen exponerse a las fallas de la descentralización del sistema educativo, particularmente, a sufragar gastos que ahora no tienen que pagar”¹⁴.

Con respecto a las diferencias entre entidades federativas por lo que toca al estado de las condiciones epidemiológicas y al grado de complementariedad de los servicios que presta la Secretaría a población abierta y los que reciben los asegurados, Laurell (1977) hace señalamientos importantes que vale la pena mencionar en este apartado. Laurell distingue entre tres grupos de entidades federativas con requerimientos de recursos semejantes por lo que toca a la promoción y protección de la salud de sus respectivas poblaciones, y al grado de complementariedad entre los servicios del Seguro Social y la Secretaría.

El primer grupo, que incluye a diecisiete estados, cuenta con recursos suficientes para cubrir el primer y segundo nivel de atención, además de presentar condiciones de relativa complementariedad entre los servicios prestados por ambas instituciones. Un segundo grupo —Jalisco, San Luis Potosí, Sinaloa, Tlaxcala, Durango y Morelos— está caracterizado por requerimientos moderados de recursos, y una importante necesidad de fortalecer ambos subsistemas de prestación de servicios antes de lograr una verdadera integración. El tercer grupo está constituido por nueve entidades federativas —Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Zacatecas— en donde existen altos requerimientos de recursos y nula complementariedad entre los dos subsistemas, y en donde de acuerdo a Laurell, se encuentran condiciones de verdadero desastre sanitario.

¹⁴ Dulce Ruiz de Chávez, “Un proyecto resucitado”, *Reforma*, México D.F., 6 de marzo de 1996, p. 13a.

Contemplando estas condiciones, la descentralización puede significar una limitante importante en la estrategia de extender los servicios de salud al nivel nacional —aun cuando sólo se consideraran los servicios básicos.

Capital humano y formación del personal para la descentralización

El descentralizar sin fortalecer la capacidad administrativa de los niveles locales puede significar un abandono por parte del sistema estatal de las funciones descentralizadas. En ese sentido, la formación de personal capaz de asumir las nuevas responsabilidades es un factor determinante para el éxito de la reforma. Cardoza (1995) nos recuerda que el personal directivo de la salud requiere de un doble conocimiento, tanto el específico de su sector, como el de carácter administrativo, el cual le permitirá un buen desempeño de las funciones de organización y dirección¹⁵. Asimismo, Cardozo (1995, p. 4) señala que “el compromiso social implica una formación en términos de valores culturales y desarrollo de sensibilidad para percibir demandas y, más aún, necesidades de la población, de manera que se puedan formular y aplicar políticas efectivas”.

Tal vez exista la necesidad de crear la demanda por las habilidades y capacidades arriba señaladas, al mismo tiempo que se provea al nivel local de los recursos necesarios para desarrollarlas. De lo contrario, al encontrar sólo algunas comunidades capaces de hacer frente y adoptar con éxito las medidas descentralizadoras, será necesario considerar la adopción de una política dual en términos de una diferenciación entre las distintas comunidades.

No hay que olvidar que el presupuesto dedicado a educación, promoción y participación en salud ha sido bajo comparado con los costos designados a lo asistencial y lo administrativo, lo cual se articula con otro elemento, esto es que: “En muchos casos las plazas de educación o promoción de la salud

¹⁵ De acuerdo a lo señalado por Cardozo (1995), con respecto al informe del Banco Mundial (1993, p. 3), y en relación con políticas de recursos humanos, se indica que existe un excesivo número de especialistas y un fuerte descuido de la formación en salud pública, política sanitaria y gestión en salud.

son plazas de castigo a las que llega personal sin una capacitación específica, lo cual no ocurriría, por ejemplo, con la dirección de una unidad de cuidados intensivos” (De Keijzer 1997, p. 15).

V. Conclusiones y recomendaciones

El proceso descentralizador del sector salud en México cuenta a su favor con importantes antecedentes históricos de acuerdos de coordinación intergubernamental, sin embargo, en la realidad el sistema de salud ha sufrido de un fuerte centralismo. Sólo por recordar algunas de estas características, podemos señalar el centralismo que ha caracterizado la provisión de servicios y su ubicación geográfica, la asignación del presupuesto, y el nombramiento del personal directivo de la Secretaría. Lo mismo se puede decir con respecto al manejo del IMSS, cuya reforma —realizada antes de haber logrado una verdadera complementariedad de los servicios que presta con los que a su vez presta la Secretaría— puede complicar aún más la coordinación necesaria para la reforma del sector.

Es verdad que existe el marco legal y políticas fiscales que dan sustento al proceso descentralizador en salud, sin embargo existe una falta importante en la formación de recursos humanos capaces de asumirlo, por lo que es necesario crear los incentivos para incorporar al personal adecuado a las administraciones locales. El marco de leyes y regulaciones que dan sustento a la descentralización del sector debe servir como base para la definición del espacio de decisiones y el mapeo político al nivel nacional y regional, que permitan un análisis estructurado de las estrategias a seguir en la formación de consensos entre los diferentes grupos vinculados con la promoción de la salud.

Si bien es posible reconocer que algunos de los planteamientos teóricos de la descentralización del sector salud en México han sido los correctos y han contemplado la mayor parte de los aspectos recomendados en la teoría de descentralización en salud, hay que señalar que parece haber existido una falta importante de voluntad política para incorporar a todos los miembros del sistema de salud en el proceso, y se han enfrentado obstáculos significativos por el conflicto de intereses entre instituciones siendo el caso del IMSS un claro ejemplo de esto.

En cuanto a las políticas compensatorias y las reformas a la Ley de Coordinación Fiscal, debemos tener presente que una formulación carente de bases políticas y económicas se puede convertir en un mero ejercicio de buenas intenciones, que en poco o nada mejora la disciplina y eficiencia presupuestaria y su impacto sobre la equidad y el combate a la pobreza las cuales, por cierto, no deben ser confundidas. En los esfuerzos por reformar sin deteriorar, es indispensable la búsqueda de una mayor participación social y comunitaria, junto con los mecanismos necesarios para que ésta se lleve a cabo con éxito. Para ello sería recomendable el análisis sistemático de experiencias participativas específicas. Así mismo, es importante crear incentivos para que se influya sobre las acciones de los gobiernos, ONGs, instituciones educativas y el sector privado para asegurar la movilización para que la promoción de la salud sea maximizada al nivel local.

La introducción de experimentos aislados debe servir para aprovechar y compartir las experiencias de los diferentes gobiernos locales, lo cual debería ser acompañado de un seguimiento de lo que efectivamente hacen los tomadores de decisiones con el margen de opciones. En este sentido, la experiencia de la primera etapa descentralizadora debería ser extensamente analizada y difundida entre el resto de las entidades federativas.

Debe ponerse especial atención al diseño de procesos administrativos ajustados a las características locales diversas, con el fin de identificar e influir positivamente en la manera en que las instituciones locales prestadoras de servicios son percibidas por la comunidad en el proceso de devolución. Con respecto a las diferencias señaladas en cuanto a la formación del personal administrativo de salud, es importante identificar el impacto que ello puede tener sobre posibles decisiones erradas en la identificación de prioridades y la asignación del presupuesto.

En el sector salud es especialmente necesario que exista una autoridad central capaz de monitorear las acciones de las autoridades locales, con el fin de mantener la equidad en el ámbito nacional en cuanto a la satisfacción de necesidades de salud básicas y un acceso justo a los servicios de salud, más aún, cuando éstos representan bienes públicos y valores sociales generalmente aceptados y

protegidos por la misma Constitución. Esto último es especialmente relevante en el caso del sistema mexicano, en el que la transferencia de fondos entre el gobierno central y el local es importante en términos de la proporción que éstos representan en el gasto. Para que esta transferencia sea la adecuada es indispensable la recuperación de información por parte del gobierno central, la cual ha de ser homologable y confiable, cuya recopilación sea resultado del consenso.

Dos aspectos son indispensables en la reconsideración del proceso descentralizador del sistema de salud. En primer lugar, debe resolverse el problema de una cobertura universal, para entonces sí, profundizar en el proceso descentralizador, de lo contrario lo único que se logrará es intensificar las diferencias. La segunda cuestión es que deben repensarse los tiempos y plazos para este proceso, en el sentido de que se debe lograr un consenso político tal que permita una redistribución de los recursos desde el centro, en particular para aquellos estados que cuentan con escasez de éstos y con una infraestructura pobre que imposibilita la capacidad de los mismos para hacerse de los recursos necesarios o gestionarlos ante la autoridad federal.

Más importante aún que la descentralización en salud, en estos momentos es indispensable enfocarse en la construcción de consensos y la construcción de la infraestructura necesaria para fortalecer al sistema de servicios en todas las entidades federativas. Es importante considerar el fortalecimiento del Seguro Social y de los servicios que presta la Secretaría, si bien convendría también pensar en unificar estos servicios para permitir una mejor coordinación, y entonces sí, poder hablar de un proceso descentralizador integral del sector y no de una transformación desordenada del sistema de salud.

Como se ha indicado antes, debemos recordar que la decisión sobre la solución a estos problemas, y la forma que se le dé al proceso descentralizador representan, ante todo, decisiones políticas las cuales deben ser atendidas y resueltas aun antes de las consideraciones técnicas. La descentralización junto con la participación y promoción de la salud, valiosas en sí mismas, no pueden servir de simple parche al retiro progresivo de la responsabilidad del Estado en relación con la salud de la población.

Bibliografía

Banco Mundial 1993, Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud, Washington.

Beltrán, Ulises y Santiago Portilla 1986, "El proyecto de descentralización del gobierno mexicano (1983-1984)", en Blanca Torres (comp.), *Descentralización y democracia en México*, México, El Colegio de México.

Bloom, Erik A. 1995, *Health and Health Care in México*, Documento de trabajo 49, División de economía, CIDE.

Cabrero Mendoza, Enrique 1994, *Las políticas descentralizadoras en el ámbito internacional. Análisis de tendencias y obstáculos en diversos países*, Documento de trabajo 19, División de Administración Pública, CIDE.

Cabrero Mendoza, Enrique 1996, *Modernisation administrative ou participation sociale. Les paradoxes des gouvernements locaux dans la transition mexicaine*, Documento de trabajo 40, DAP, CIDE, p. 2.

Cardozo Brum, Myriam 1995, *Diagnóstico sobre la formación administrativa del personal directivo para la descentralización en salud*, Documento de trabajo número 27, DAP, CIDE.

Collins, Charles y Andrew Green 1994, "Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries", *International Journal of Health Services*, vol. 24, núm. 3, pp. 459-475.

Contrandriopoulos, André-Pierre, Marju Lauristin y Ellen Leibovich 1996, "Values, Norms and the Reform of Health Care Systems", Department of Health Administration, Interdisciplinary Research Group on Health, University of Montreal, WHO Conference and Book on European Health Care Reforms, September 24.

Conyers, D., A. Cassels y K. Janovsky 1995, "Decentralization and Health Systems Change: A Framework for analysis", WHO Document WHO/SHS/NHP/93.2. Revised Working Paper.

Cutler, David 1998, "The Third Wave in Health Care Reform", Harvard University and National Bureau of Economic Research, abril, presentación

preliminar del documento expuesto en el seminario del 12 de mayo, organizado por el CIDE, FUNSALUD Y EL INSP, dentro del ciclo de Seminario de Investigación en Economía de la Salud, enero-mayo de 1998.

De Keijzer, Benno 1992, "Participación popular en salud, logros, retos y perspectivas", en Menéndez y García de León (ed). *Prácticas populares, ideología médica y participación social*. U de G y Ciesas, Guadalajara.

De Keijzer, Benno 1997, "Participación social y promoción de la salud: Un balance crítico", IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, junio, Cocoyoc, Méx.

Deber, Raisa, A. Paul Williams, Pat Baranek y Katya Duvalco 1995, "Report to the Task Force on the Funding and Delivery of Medical Care in Ontario, The Public-Private Mix in health Care", Final Report. November 30.

Evans, R. G., M. L. Barer y G. L. Stoddart 1993, "The Truth about User Fees", Policy Options, October.

Frenk, Julio, Jaime Sepúlveda, Octavio Gómez-Dantés, Michael J McGuiness y Felicia Knaul 1997, "The Future of World Health: The New World Order and International Health", *British Medical Journal*, vol. 314, núm. 1091, 10 May.

Flamand Gómez, Laura 1997, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*. Documento de trabajo 55, CIDE.

Gish Oscar 1979, "The Political Economy of Primary Health Care and "Health by the People", an Historical Exploration", *Soc. Sci. & Med.*, vol. 13C, pp. 203-11, Pergamon Press, Gran Bretaña.

González-Block, M. A. 1991, "La descentralización del sector salud en México. Alcances y

limitaciones de los sistemas locales de salud", *Salud Pública de México*, 34, suplemento, pp. 117-133.

González-Block, M. A. y Alfonso Brown 1997, "Hacia la asignación equitativa de los recursos federales para la salud", en: *Observatorio de la salud, necesidades, servicios y políticas*, Julio Frenk, Editor, FUNSALUD.

González-Block, Miguel Angel, René Leyva, Oscar Zapata, Ricardo Loewe and Javier Alagón 1989, "Health Services Decentralization in México: Formulation, Implementation and Results of Policy". *Health and Planning*; 4 (4): 301-315. Oxford University Press.

Instituto Mexicano del Seguro Social 1995a, *Ley del Seguro Social*, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social 1995b, *Diagnóstico*, documento mimeografiado, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social 1995c, *Documentación técnica de apoyo a la iniciativa de la nueva Ley del Seguro Social*, México.

Laurell, Asa Cristina 1997, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, Ediciones Era y Fundación Friedrich Ebert.

Rachlis, Michael y Carol Kushner 1992, *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. HarperPerennial.

Rondinelli, Dennis A. 1981, "Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries", *International Review of Administrative Sciences*, vol. XLVII, núm. 2.

Segall, M. 1983, "Planning and politics of Resource Allocation in Primary Health Care: Promotion of Meaningful National Policy". *Soc. Sci. Med.* 17: 1947-1960.

Yakarta 1997, "The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century".

Desarrollo Organizacional en Servicios de Salud

Doctor Rafael Sánchez Varela,

Me tocó proponer este tema que es eminentemente de tipo administrativo, ya que tengo que hacer algunas consideraciones, porque a mí me ha encantado siempre manejarme y ver el aspecto de tipo administrativo en los servicios de salud.

¿Por qué el desarrollo organizacional? Sabemos que en todos los países existen políticas de salud y que estas políticas de salud se transforman en programas, en programas de salud, y estos programas de salud se hacen operativos en las unidades médicas, llámese centro de salud, llámese hospital general, llámese Centro Médico Nacional, y es ahí en esas unidades médicas donde se hacen operativos los programas de salud que vienen reflejados de una política de salud.

¿Qué es lo que está pasando en todas estas unidades médicas? Lo que pasa de que en esas unidades médicas en varias instituciones, en las instituciones que hay: en el IMSS, en el ISSSTE, en la Secretaría de Salud, las conozco, he estado haciendo estudios sobre de ellas desde el punto de vista administrativo, una gran mayoría trabaja con una ineficiencia terrible, con una subutilización de los recursos también, con una deshumanización importante.

Yo acabo ahorita de terminar mi gestión como director de un hospital nuevo y afortunadamente me tocó escoger todo el personal, y lo que yo les decía a las enfermeras al estarlas entrevistando que lo que a mí me encantaría y ese era el perfil que me gustaba y que trataba yo de seleccionar, es que fueran con un alto contenido humano. El aspecto

técnico yo se los iba a enseñar, íbamos a elaborar cursos de capacitación, para enseñarles a inyectar y darle una pastillita y lo que fuera. Pero lo otro es bien importante, que sepan cuándo apapachar a los pacientes y eso no se da en las escuelas, eso se va adquiriendo de formación. Y entonces, bueno, yo quería esa facilidad de contratar al personal, bueno, se iba a contratar, y creo que tenía buena, muy buena acogida después cuando ya se puso a operar ese hospital.

Y, bueno, me puse a investigar, y también así como hay pacientes que están saludables y pacientes que están enfermos, y organismos que están sanos y que también están enfermos, entonces me puse a investigar y más o menos como 25 puntos, para poder diagnosticar cuándo un organismo se encuentra enfermo desde el punto de vista administrativo.

Sabemos que el proceso administrativo pues es una situación mucho muy compleja, el proceso administrativo que es como ustedes lo saben, es la planeación, la organización, el control, la dirección, algunos más meten a veces el aspecto de integración, eso es tan dinámico que incluso la misma planeación. También la planeación tiene: organización, dirección y control. La organización también tiene: planeación, dirección y control. Todos estos pasos administrativos también en su interior tienen el mismo proceso administrativo, y eso lo hace tan dinámico todo, que nos ayuda realmente a analizar perfectamente a las organizaciones.

El concepto de desarrollo organizacional, que es un concepto no nuevo relativamente, pero sí aquí en México casi no se ha podido desarrollar mucho, sobre todo en servicios de salud en las empresas, un poco más. Yo creo que debemos de tomar muchos de los aspectos que se van generando para efectos de irlo metiendo, ya que los servicios de salud, desde el punto de vista administrativo, se han quedado un poco rezagados de este tipo de situaciones.

Tengo un concepto aquí, es un proceso de cambios planeados en sistemas sociotécnicos abiertos, tendientes a aumentar la eficiencia y la eficacia de la salud de la organización, para asegurar el crecimiento mutuo de la institución y sus empleados.

Aquí se dan cuenta ya está tomando un aspecto muy importante que son los empleados. Normalmente los trabajadores de la salud o los prestadores de la salud los dejan a un lado, normalmente ya no se analiza esa situación. Dice: "El desarrollo organizacional debe ser un proceso dinámico, dialéctico —dialéctico pues quiere decir obviamente que va en constante cambio y continuo— de cambios planeados a partir de diagnósticos realistas de situación, utilizando estrategias, métodos e instrumentos que miren a optimizar la interacción entre personas y grupos, para constante perfeccionamiento y renovación de sistemas abiertos, técnico-económicos administrativos de comportamiento, de manera que mejore la eficacia y la salud de la organización, y asegurar así la supervivencia y el desarrollo mutuo de la empresa —en este caso de los hospitales o de las unidades médicas— y de sus empleados. El desarrollo organizacional es al mismo tiempo, un nuevo arte de perfeccionar la organización, integrando necesidades de las unidades médicas y necesidades de las personas".

En el proceso administrativo una de las cosas que se ha quedado muy rezagado, es el aspecto de organización. Al aspecto de organización yo le llamo que es una palabra mágica, porque a veces no siempre es la falta de recursos sino la subutilización y la desorganización que hay dentro de ellos.

Por ahí en una ocasión me tocó hacer un estudio en el hospital Gea en el cual, si ustedes conocen ese hospital a la entrada hay una unidad de

consulta externa, esa unidad precisamente se construyó por un estudio de éstos, porque el sindicato en ese momento estaba presionando, para que en una mesa de control que tenía como seis personas, decía que tenía muy poca gente, que quería más gente. Entonces el subdirector en ese tiempo me dijo: haz el estudio, un estudio de tiempos y movimientos. Y entonces yo me iba desde las tres de la mañana que llegaba la gente a formarse, para retirar una cita, y así seguí día tras día, haciendo tiempos de lo que se tardaban de dar. Y las conclusiones son de que por ejemplo en esta mesa de control, cada persona, tan sólo el que daba las fichas era una persona de intendencia, que es el que hacía casi como de médico, porque decía: usted, señora, ¿a qué viene? pues yo traigo a mi hijo; aquí no es pediatría, váyase ya. Y usted, ¿a qué viene? Usted es de cardiología, váyase al otro lado. El que daba la preconsulta, desde ahí ya se estaba identificando cuál era el problema de desorganización.

Inmediatamente cuando yo tomé tiempo de cuánto duraba eso, y ese señor y se perdía, ya no se le veía para nada en todo el día. Y después de ahí regresaba la gente, se la daba a una señorita, hacía la hoja frontal, se la pasaba a la otra señorita que estaba del otro lado, llenaba un cardex de ellas, llenaba las tarjetas de identificación y se las pasaba a otra gente e integraba el expediente, eso era lo que hacían.

Cuando se concluyó el estudio se vió que realmente con dos personas podía trabajar ese departamento, y que había una subutilización de la fuerza laboral terrible allí. Y así como eso se tuvo que involucrar todo el proceso, y fue por eso que en su tiempo el doctor Soberón al presentarle ese estudio, pues nos autorizó precisamente a la consulta externa de eso y el aspecto económico.

Esto nada más es un ejemplo de cómo es el aspecto de organización, de la palabra mágica organización. Es una nueva filosofía de la administración, una nueva manera de administrar día a día un estilo administrativo, renovador y revitalizador. Una nueva tecnología, un conjunto práctico de instrumentos y técnicas, para cambios planeados, en el que los aspectos psicológicos y de comportamiento, deben recibir la debida atención.

Dentro del iceberg organizacional, lo que sí vemos de una organización o de una unidad médica, sabemos que hay metas, que hay objetivos, quizás una estructura, hay técnicas, hay una tecnología determinada, que hay una organización, que tiene funciones, que tiene atribuciones, que tiene tareas, que tiene procedimientos, que tiene recursos humanos, técnicos, financieros, que tiene actividades, etc. Pero lo que se está abajo de eso que no se ve adentro de las organizaciones y que es muy importante para que esto trabaje bien, son precisamente todo lo que el aspecto humano de los que les hablaba, es el aspecto eso no se ve, ¿cuáles son?

Pues son las necesidades de la gente, las motivaciones, las aspiraciones, los valores, los intereses, las actitudes, las percepciones, los sentimientos, las expectativas, las reacciones. Todo ese tipo de conceptos son los que el desarrollo organizacional debe de ver.

Obviamente aquí algo muy importante, los intereses económicos del personal trabajador, eso es algo que no debemos de dejar por un lado.

Por lo tanto, la salud administrativa de las unidades médicas, son en tres niveles. Digamos, si hay un óptimo ideal, es porque es referido a lograr la perfección y eso no lo vamos a encontrar. El óptimo práctico que implica cumplir una ejecutoría de la mayor calidad posible, eso es a lo que tenemos que llegar a ser.

Y luego hay otro que es el óptimo satisfactorio, que es el que más o menos tratamos de hacer, que implica dar una calidad satisfactoria a la vista de una circunstancia determinada. Y bueno, no quisiera abundar mucho, este es un tema realmente muy amplio, pero lo que me interesaría es ver estos aspectos que yo les decía de señales de la enfermedad de una enfermedad organizacional o de una enfermedad de una unidad médica, dice:

Se observa poca iniciativa del personal para la consecución de objetivos organizacionales o institucionales, excepto en niveles altos, que es donde normalmente sí conocen los objetivos, tanto organizacionales como institucionales. La gente que está en áreas operativas, normalmente no los conoce.

Cuando hay salud en esto dice: Los objetivos de la organización son ampliamente compartidos, hay un fuerte flujo de energía humana, canalizado para lograr la consecución de esos objetivos en todos los niveles de la organización.

El personal observa desviación de actividades o funciones y no hace nada por corregirlas. Las fallas se ocultan o se suprimen, se habla de esas desviaciones en pasillos o en casa, pero nunca con las personas implicadas.

El aspecto de salida sería: Las personas sienten el deseo de hablar de los problemas observados, con las personas que están implicadas en ellos, de frente y abiertamente.

La situación de status opuesto dentro de la organización, es más importante que la resolución de los problemas. El inconformismo no es bien visto y se acepta. De salud sería: El personal prefiere involucrarse en la problemática existente y resolverla, se acepta el inconformismo como algo que puede ser útil y saludable.

El control del proceso de decisiones está centralizado, se forman cuellos de botella en los vértices de los embudos jerárquicos. Los puntos de decisión se determinan según los factores de competencia, sentido de responsabilidad, acceso a la información necesaria, volumen de trabajo, distribución de tiempo y no por el nivel jerárquico.

Los directivos se sienten solos en su intento de realizar y obtener resultados. No se ejecutan como está prescrito en las órdenes y en los procedimientos. La salud sería: se nota el espíritu de equipo en la planeación, en los trabajos y en la solución de los problemas, hay responsabilidad compartida.

La capacidad de juicio de las personas en los niveles más bajos no se respeta, a no ser en el límite estricto de sus funciones. La salud sería: se toma en consideración la opinión de las personas situadas en los escalones mas bajos.

Las necesidades y sentimientos personales, se consideran aspectos secundarios o irrelevantes. Las necesidades y sentimientos personales se toman en consideración en el diagnóstico y solución de problemas organizacionales.

Los individuos están en rivalidad cuando es necesaria su colaboración, son personas celosas de

su área de "responsabilidad", buscar o aceptar ayuda se considera como signo de debilidad, no se piensa en ofrecer ayuda. La salud sería: la colaboración espontánea y se acepta de buen agrado, las personas buscan y reciben ayuda.

Cuando hay problemas o dificultades, las personas se retraen o prefieren culparse unas a otras. La salud sería: las personas se reúnen para trabajar conjuntamente hasta que desaparezcan los problemas.

Los conflictos se ocultan y se administran por maniobras políticas y otras "astucias", de otra manera hay discusiones interminables y sin solución. Los conflictos se consideran importantes para el proceso de decisión del desarrollo personal, la gente dice lo que piensa y siente y desea que todos hagan lo mismo.

Es difícil aprender, se hace un secreto, las personas no buscan a sus colegas para aprender de ellos, cada uno aprende totalmente solo. La salud sería: se imparte mucha enseñanza durante el trabajo, basados en procurar dar, buscar, recibir y utilizar retroinformación constructiva. Las personas se sienten capaces de progresar y desenvolverse.

Se evita la retroalimentación. La salud sería: es común que la gente se reúna para una crítica conjunta de desempeño y de resultados.

Existen relaciones contaminadas por el juego de máscaras, fachadas y falsas apariencias. Las personas se sienten mal, no se tiene respeto, ni consideran, se temen. La salud sería: las relaciones son reales, las personas se tienen consideración mutua y no se sienten solas.

Las personas se sienten presionadas en sus cargos o funciones, se sienten estancadas o aburridas, pero se contienen por cuestión de su seguridad. Su comportamiento en reuniones es apagado y dócil, sólo se muestra entusiasmo fuera del trabajo. La salud sería: las personas quieren estar unidas.

La enfermedad sería: Amenazas constantes de sanciones y despido por errores cometidos. La salud sería: tratar de que los errores sirvan para tomar medidas y resolverlas adecuadamente.

El bajo rendimiento se oculta, se disfraza o se trata arbitrariamente. La salud: Se le hace frente al

bajo rendimiento buscando en colaboración una solución al problema. Aquí es, no buscar culpables, sino que buscar siempre soluciones. Es una regla mágica.

La estructura de la organización, las políticas y procedimientos atropellan o encadenan a la organización, marañas burocráticas. Las personas se refugian detrás de las políticas y procedimientos y utilizan diversas maniobras dentro de la estructura formal. La salud sería: la estructura de la organización, las políticas y procedimientos se establecen para ayudar a las personas a obtener eficazmente resultados y para proteger a largo plazo la salud de la organización, y no para alimentar la burocracia, por esto la estructura, las políticas y procedimientos, se pueden cambiar rápidamente y deben de ser flexibles.

Organismos cargados de tradiciones, de costumbres y de hábitos negativos, lo que se encuentra en la enfermedad. La salud: Hay un clima de orden, pero también un alto grado de innovación, se objeta a los viejos métodos y muchas veces si no son útiles se sustituyen.

La innovación o su información relevante son controladas por algunas personas que centralizan las decisiones o las utilizan para fines o intereses personales, y no ven el interés institucional. La salud sería: La organización se adapta de manera flexible a las oportunidades o a los cambios externos porque todas las personas están abiertas, vigilantes y procurando que la información la conozcan los integrantes de la organización.

Las personas sufren en silencio las frustraciones que sienten. Ya nada puedo hacer, que ellos salven el barco. Esas son palabras que se dicen. La salud sería: Las frustraciones son estímulo para la acción y el perfeccionamiento de las cosas. Es mi responsabilidad o la nuestra salvar nuestro barco. Así será el aspecto positivo.

El perfil de los directivos de unidades médicas no corresponde a las funciones actuales de la organización. Este es un aspecto que siempre yo he tratado de señalar mucho, porque le pongo aquí "zapatero a tus zapatos". ¿Por qué?, es como si yo ahorita...Yo soy médico cirujano, pero si me quisiera meter ahorita de médico neurocirujano la riego. Entonces yo creo que ya es una de las cosas

que se me hace, que la gente que deba de manejar unidades médicas deben de ser médicos, sí, pero con conocimientos administrativos. Ya no es posible que nos estén poniendo a directivos médicos que no sepan nada de administración, nada de planeación, nada de organización, nada de dirección, nada de control, y que simplemente por el ser primo del tío de quién sabe quién ponen a dirigir donde son organismos donde se ve la salud de las gentes. Eso ya no puede ser, es un camino que tenemos que seguir mucho, de estar duro y duro.

Entre los médicos hay ahorita muchos cursos, y si les interesa la dirección de hospitales, adelante, hay muchos cursos para esto.

A los directivos no les interesan los costos con los que se están realizando la operación de los

servicios. La vida no tiene precio, pero sí tiene un costo. Entonces esto porque a veces ya no es posible que las organizaciones se manejen así nada más, hay que ver que sí tienen costos, que si ahorita tenemos una escasez terrible de recursos.

Voy a dar aquí una ponencia de fortalecimiento y de modernización del Sistema Nacional de Salud en las propuestas que hago, y precisamente esto es parte de eso, del aspecto presupuestal, del aspecto que ya se incluya, ya no es posible que los servicios de salud funcionen sin nada, cuando la Organización Mundial de la Salud indica y da recomendaciones de que para que operen bien los sistemas nacionales de salud deben de tener un porcentaje del Producto Interno Bruto y aquí no tenemos ni la mitad, ni menos de la mitad.

El Sistema de Atención a la Salud en México

Ing. Rafael Suárez de Cosío

Este documento analiza el avance que se ha logrado en el sistema de atención médica en México en las últimas décadas y en qué situación se encuentra ahora. Posteriormente, examina y evalúa las reformas que se están llevando a cabo en la actualidad para superar los problemas y seguir mejorando los niveles de atención de toda la población.

Con base en la experiencia de la empresa de consultoría internacional n/e/r/a (National Economic Research Associates) en el análisis de las estructuras de la atención médica de muchos otros países, el informe identifica dos limitantes principales que impiden que México ofrezca altos niveles de igualdad y eficiencia en la atención a la salud de su población. Una es la forma en que se fragmenta el financiamiento de la atención entre varias instituciones gubernamentales de seguridad social y el sector privado. La otra es la falta de incentivos para que las personas y las instituciones tengan un comportamiento eficiente. A partir de ese análisis, se elaboran una serie de sugerencias de reformas a corto y largo plazo encaminadas a ayudar a superar estos problemas.

Análisis del sistema actual

PACIENTES

El sistema de salud nacional mexicano ha contribuido a tener avances impresionantes en la materia de salud en la segunda mitad de este siglo. La inversión en la salud pública ha sido una parte importante de los programas sociales del gobierno, y ha repercutido benéficamente en las tasas tanto

de mortalidad como de enfermedades. Sin embargo, hay quejas generalizadas sobre la calidad de la atención en el sector público, lo cual hace que los pacientes que pueden darse el lujo, recurran a servicios médicos privados. En el otro extremo de la escala, cerca del 10 por ciento de la población todavía no tiene acceso al sistema de salud. Debido a graves desigualdades económicas y regionales, la población sufre de enfermedades típicas de los países en desarrollo (enfermedades infecciosas) y de los países desarrollados (enfermedades cardiovasculares), lo que aumenta la carga del sistema. La pobreza también crea retos en el financiamiento de la atención médica a través de contribuciones al seguro.

CONTRIBUYENTES

Los gastos en atención médica siguen siendo bajos en comparación con las normas de la OCDE, pero aumentan constantemente. La atención médica de una pequeña parte de la población depende del sector privado. El resto, incluyendo los sectores más pobres y más alejados geográficamente dependen del gobierno, aunque en la práctica algunos todavía no tienen acceso al sistema de atención médica.

El sistema público segmentado de México distribuye los recursos en forma desigual, y los ciudadanos que están en los sistemas de seguridad social reciben una atención de una calidad notablemente más alta que los que cubre la SSA o IMSS-Solidaridad. Aún así, las instituciones del Seguro Social enfrentan graves problemas: tienen déficits financieros, los contribuyentes evaden el pago de primas y (al igual que las instituciones públicas)

carecen de incentivos económicos para ser eficientes. Muchos ciudadanos también están obligados a pagar varias veces más por su atención médica.

El sector privado tiene incentivos más fuertes para ser eficiente e innovar. Sin embargo, sigue fragmentado, con capacidad limitada y como está configurado actualmente, es demasiado caro para la mayoría de los mexicanos.

ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria del sector público generalmente está organizada en centros de salud, con médicos asalariados de tiempo completo. El sector privado comprende muchos médicos de consulta particular, no está bien desarrollado y está concentrado en las ciudades más grandes.

En los últimos años, el gasto público en la atención primaria ha aumentado y se han hecho esfuerzos por aumentar la cobertura de la atención médica privada. No obstante, todavía existen desigualdades geográficas en algunas zonas rurales alejadas que no tienen acceso a los servicios médicos. La falta crónica de recursos sigue siendo el problema, al igual que el uso ineficiente de estos recursos en algunos aspectos. Los problemas particulares se relacionan con la inflexibilidad y los incentivos deficientes de los presupuestos anuales, la "admisión" deficiente (es decir, el control de la admisión de pacientes al hospital y los servicios de especialistas) y la fragmentación institucional.

HOSPITALES

Los hospitales del sector público emplean médicos asalariados y en general están administrados por un médico. Los hospitales del sector privado a menudo rentan las instalaciones a médicos independientes.

La atención hospitalaria difiere mucho en calidad y está distribuida desigualmente, tanto por zonas geográficas como por grupos de ingresos. Los hospitales públicos tienen pocos incentivos para dar una atención eficiente o de buena calidad. Ni el hospital ni su personal reciben recompensas por su trabajo productivo, por reducir costos o satisfacer a los pacientes.

El control centralizado y la falta de información administrativa también significa que aunque la administración del hospital público desee reducir

los costos, tendrán pocas oportunidades de hacerlo. En los hospitales privados, tanto los hospitales como los médicos tienen incentivos para proporcionar servicios que los pacientes quieren, pues es la forma de aumentar sus ingresos. Sin embargo, existe la tendencia de que los costos sean innecesariamente elevados. Sólo cuando los aseguradores privados son los que pagan la atención hospitalaria privada, y estos aseguradores adoptan un planteamiento profesional, los hospitales y doctores se sienten obligados a garantizar un tratamiento de costo efectivo. El tamaño relativamente pequeño del mercado de los hospitales privados también significa que en muchas áreas los aseguradores se enfrentan a hospitales privados con cierto poder monopolista, lo cual limita la posición negociadora de los aseguradores.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

El sector de los productos farmacéuticos comprende una serie de interrelaciones entre las distintas partes de los sectores público y privado. Tanto las compañías nacionales como las multinacionales investigan, desarrollan, fabrican y comercializan las medicinas y en menor número también investigan. La investigación básica realizada por las compañías multinacionales está fundamentada en el reconocimiento de la protección a la investigación. Así mismo, se requiere del respeto a la libertad y el derecho de los médicos para prescribir el medicamento de su elección.

Hay controles regulatorios sobre la seguridad de las medicinas, que por lo general se hacen cumplir, aunque algunos piensan que sería posible aplicarlos en forma más estricta. Los anteriormente rígidos controles sobre los precios de la medicina se han ido flexibilizando, lo cual ha dado como resultado el aumento de precios. Sin embargo, los precios siguen siendo bajos comparados con las normas internacionales y cayeron desde el punto de vista del dólar durante la reciente crisis económica. El mercado privado de productos farmacéuticos es el más grande en función del valor, siendo abastecido a través de mayoristas y detallistas (tanto en medicinas de prescripción como en las de libre acceso). Los márgenes han variado en los últimos años, principalmente a favor de los detallistas.

Mientras que los prestadores privados de servicios médicos compran medicinas bajo sus propias

políticas, los prestadores públicos siguen procedimientos definidos legalmente, y compran la parte más grande del mercado por volumen. Con estos procedimientos se obtienen precios bajos, aunque algunas veces puede ser a costa de la calidad y sin tomar en consideración la efectividad de los costos. En algunos casos, los costos de la atención médica pública podrían reducirse al hacer una comparación más cuidadosa de los costos y beneficios de las medicinas y otros tratamientos médicos. Las limitaciones del presupuesto y la logística de la seguridad social algunas veces dan también como resultado la escasez de medicamentos en sus almacenes. Las recetas no siempre se expiden haciendo una evaluación de medicamentos y se alega que los detallistas no siempre respetan las reglas de la expedición de recetas.

PROFESIONISTAS MEDICOS Y OTROS INSUMOS

Entre los implicados en el sistema de la atención médica se encuentran profesionistas médicos, proveedores de equipo médico y organismos de investigación. Junto con los que se describieron anteriormente, ellos contribuyen a que el sector salud sea importante dentro de la economía mexicana, desde el punto de vista tanto de los empleos como del productivo.

El campo de la investigación médica sufrió durante la crisis económica de los años 80 y los niveles de inversión son bajos. México conserva una buena red de instituciones de investigación, pero, por lo general, cuentan con fondos escasos.

Reformas actuales y propuestas

El sistema del Seguro Social, las instituciones de salud pública y muchos pagadores privados están sufriendo un cambio significativo. Los principales objetivos anunciados de la política pública son:

- Introducir incentivos para mejorar la calidad y eficacia de los servicios cuando sea posible;
- Ampliar la cobertura de la población no asegurada, unificando a las instituciones públicas participantes, pero descentralizándolas para que sean controladas por el estado y dejando a la SSA el papel de coordinadora;
- Aumentar la cobertura del Seguro Social y analizar las reglas de primas, y aumentar el acceso a los

servicios de seguridad privada permitiendo que algunos afiliados al Seguro Social escojan su asegurador.

La reglamentación de primas del Seguro Social ya se modificó. Esta modificación implicó una reducción en las contribuciones de los patrones y los empleados compensada por mayores contribuciones del gobierno. Se anunciaron reformas de calidad y eficacia, pero todavía no se ven los resultados. Así mismo, el sector privado empieza a cambiar considerablemente. Aseguradores médicos con más experiencia están entrando al mercado, ofreciendo productos en serie, sobre todo a los empleados. Los hospitales y las clínicas primarias también están recibiendo inversiones y se están consolidando en cadenas.

Descentralización de los servicios para los no asegurados

En el sector salud, este proceso afecta principalmente a la población no asegurada. Los servicios de salud del estado unificados para los no asegurados también mejorarán la coordinación en comparación con la fragmentación actual de la SSA, IMSS-Solidaridad y otras organizaciones. Pero las diferencias en los recursos y la capacidad institucional también implican que pueden aumentar las discrepancias entre los estados, aun cuando se propone el Paquete de Atención Médica Básica (PAMB) para todos los ciudadanos.

El nuevo programa se diseñó con base en las lecciones aprendidas en la ola anterior de descentralización de los años 80. Se han logrado avances; en 1996 los estados y el gobierno federal convinieron en una estructura y 30 estados firmaron convenios individuales (incluso el Distrito Federal) con el gobierno federal.

AMPLIACION DE LA COBERTURA: LA REFORMA PARA OPTAR POR ENTRAR

La meta de esta reforma es captar en el sistema de la seguridad social formal a la población principalmente urbana que tiene la capacidad de pagar por una mejor atención médica, pero que no pertenece a la economía formal. Con esto, el sector del Seguro Social captaría el dinero que actualmente se paga por los servicios privados y también mitigaría la demanda por los servicios financiados con impuestos, disponibles para los no asegurados.

DISPOSICIONES PARA OPTAR POR SALIR DEL SISTEMA DEL SEGURO SOCIAL

La reforma de reversión de cuotas o subrogación integral es un cambio estructural potencialmente importante para el sistema del Seguro Social, al introducir la opción de un asegurador médico para los afiliados al IMSS y anunciar una significativa expansión del seguro médico privado y la prestación de servicios médicos en México. Según la reforma, los afiliados al IMSS podrían optar porque sus contribuciones al seguro médico fueran para el IMSS o para una compañía privada.

Evaluación del sistema actual y de las reformas

El gobierno mexicano reconoce varios objetivos, incluyendo el mejoramiento de la condición de la salud y las metas dobles, comunes a la mayoría de los países: igualdad y eficacia. Sin embargo, varios factores del sistema de atención médica en México limitan el logro de dichos objetivos, y las reformas están diseñadas para abordar estos problemas.

El sistema de la atención médica en México está altamente segmentado. Se asigna involuntariamente a la gente a una institución médica de acuerdo con factores como el empleo o la ubicación. Aun cuando diferentes instituciones cubren la misma zona, ofrecen instalaciones completamente separadas, y hay notables diferencias en los recursos financieros a disposición de las diferentes instituciones. Las diferencias en los gastos son más pronunciadas entre los asegurados y los no asegurados, pero también hay disparidades regionales. Aunado al hecho de que gran parte de la población rural realmente no tiene acceso al servicio médico, lo cual limita gravemente la igualdad dentro del sistema de atención médica en México.

Los aspectos del sistema de la atención médica en México también limitan la eficacia. La segmentación puede dar como resultado la duplicidad de recursos y, quizá lo más importante, la falta de incentivos para que prevalezca la efectividad de costos. Por ejemplo, los médicos primarios tienen pocos incentivos para reducir los costos, y el sistema de financiamiento de hospitales, a través de presupuestos anuales fijos, basados en costos históricos, no ofrece incentivos para lograr una admi-

nistración eficiente. Dependiendo de su aplicación, la descentralización puede mejorar la eficiencia sin comprometer la igualdad. Sin embargo, se avizoran varios riesgos en la reforma propuesta, y muchas de nuestras recomendaciones sobre la reforma tienen el propósito de ayudar a evitar peligros potenciales.

Propuestas de reforma

Más allá de apoyar las reformas actuales, las propuestas tienen además el objetivo de desarrollar los principios que están detrás de la reforma, por ejemplo, al sugerir que se tomen medidas adicionales que mejorarán los incentivos de los prestadores de servicio. También cabe observar que las propuestas de reforma actuales no modifican en gran parte el problema de la segmentación, un asunto que se considera de importancia fundamental para promover la igualdad en el sistema de atención médica de México, y analizamos la forma en que el problema de la segmentación se puede abordar, pero a largo plazo. Las sugerencias a corto plazo por lo general abordan las áreas en donde es factible tomar medidas urgentes o preparar el camino para cambios subsecuentes.

REFORMAS A CORTO PLAZO. 1: DESCENTRALIZACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

Las mejoras a la autonomía financiera de los estados podrían permitir más beneficios de la reforma. Sin embargo, aumentarían la necesidad de una responsabilidad adecuada a nivel local.

Ampliar la cobertura a los que actualmente no tienen acceso será un reto importante. Los problemas que bajo nuestro punto de vista requieren mayor aclaración, comprenden la escala de tiempo para alcanzar una meta realista y la definición exacta de qué tipo de cobertura se ofrece a los que no tienen acceso, y se requiere la decisión política explícita sobre la naturaleza del PAMB.

REFORMAS A CORTO PLAZO. 2: UNA FÓRMULA MÁS REFINADA PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Se debe desarrollar en forma urgente una fórmula más refinada para la asignación de fondos del nivel federal al nivel estatal. Con ello se facilitaría el camino hacia una mayor igualdad regional.

Se deben introducir criterios como la estructura sexual y de edad de la población y la densidad de población. Deben analizarse más profundamente las diferencias en áreas como los costos de personal.

REFORMAS A CORTO PLAZO. 3: REFORMA DEL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL

La igualdad se puede proteger mejor bajo la reforma de optar por entrar si se requiere que el IMSS acepte a cualquiera que desee ingresar. Sin embargo, compensar al IMSS a través de un mecanismo de ajuste de riesgos por aceptar nuevos afiliados con mayor riesgo, también sería necesario para preservar su estabilidad financiera y reducir sus incentivos para hacer un reclutamiento selectivo.

La reforma para optar por salir o reversión de cuotas, representa un cambio fundamental en el sector salud que permitirá que éste coseche los beneficios de la competencia en el futuro. Sin embargo, se recomienda mayor precisión con respecto a algunos aspectos de la reforma y una etapa de transición controlada en forma cuidadosa con el fin de facilitar el desarrollo a largo plazo del sector privado. Permitir que se suscriban contratos entre los prestadores de la seguridad social y los aseguradores privados, será la clave tanto para facilitar el rápido desarrollo de los aseguradores privados como para promover la utilización eficiente de la capacidad en el nuevo sistema competitivo.

REFORMAS A CORTO PLAZO. 4: INCENTIVOS PARA LA PRESTACION EFICIENTE DEL SERVICIO

Existe la necesidad en todo el sistema de comprender la importancia de los incentivos e introducir reformas que los mejoren. También es importante que los pacientes reciban tratamiento en el nivel apropiado de los prestadores que reciben una información generalizada sobre lo que constituye una conducta eficiente. La promoción de la opción del consumidor también es fundamental para el éxito de las reformas que se basan en incentivos.

En el sector de la atención primaria se podrían generar incentivos positivos al combinar la opción del consumidor de médicos primarios pagados por capitación (dar incentivos para mejorar la calidad) y remuneración a los médicos con base en las

medidas de la efectividad de costos (por ejemplo, dar recetas adecuadas y referirlo debidamente). En el sector hospitalario las reformas deben enfocarse en la sustitución del sistema actual de presupuestos anuales fijos por reformas que basen el reembolso en la atención que realmente se da, estructurados de tal forma (por ejemplo, pagos de costo por caso) que ayuden a promover la eficiencia de los costos. Esto debe combinarse con las reformas que permiten que los hospitales aumenten la eficiencia, como darles más autonomía sobre las decisiones de compra y los contratos del mercado laboral.

En el sector farmacéutico, las reformas necesitan generar incentivos para dar recetas en forma de costos eficientes, es decir, con base en un análisis completo del beneficio de costos de los productos alternativos. Dichas comparaciones no deben basarse sólo en el precio. Alterar los incentivos dentro de la cadena de distribución podría promover mayor eficacia en el mayoreo y menudeo. También se sugiere que se mitigue la expedición de recetas genéricas por lo menos durante la puesta en marcha de las pruebas de bioequivalencia y los controles de calidad apropiados para los genéricos. Finalmente, se sugiere que los beneficios posibles de expandir el papel de los co-pagos de los pacientes (tanto de medicinas como de otros servicios) podrían explorarse en forma útil.

REFORMAS A CORTO PLAZO. 5: INCENTIVOS PARA INNOVAR Y CAPACITAR

La innovación se puede promover a través de la SSA, la cual, como reguladora del sistema de atención médica podría llevar a cabo o patrocinar la investigación de tecnologías cuyos costos puedan ser eficaces para México. Sin embargo, la mayoría de las innovaciones provienen de la investigación comercial, que puede fomentarse más a través de la protección efectiva de la investigación.

REFORMAS A CORTO PLAZO. 6: REGULACION

El papel de la regulación será aumentar la importancia del sistema modificado. Se prevé que, conforme la SSA se retira de la prestación del servicio, asumirá el papel del regulador global del sistema o supervisará una dependencia reglamentaria (es importante que el regulador sea independiente de los que tienen la responsabilidad de prestar el servicio). Al igual que el patrocinio de un mecanismo

de ajuste de riesgo efectivo, las responsabilidades del regulador podrían comprender la garantía de una competencia justa entre los aseguradores, conservar las normas de entrega de los paquetes de atención médica garantizada o básica, evaluar la tecnología nueva y promover la disponibilidad generalizada de la información adecuada.

REFORMAS A LARGO PLAZO

Además de sugerir el número de áreas donde es necesario que las reformas a largo plazo se basen en las reformas a corto plazo que se sugirieron con anterioridad, el análisis sobre las reformas a largo plazo se concentra en cuatro áreas clave. El análisis afirma que:

- A largo plazo, la disponibilidad de recursos debe mantenerse acorde con la prioridad que los mexicanos dan a la atención médica. Mientras que en el presente, el sistema de atención médica en México probablemente siga financiándose a través de pagos obligatorios (impuestos generales o específicos), a la larga puede haber un panorama más amplio para los pagos voluntarios suplementarios en un mercado regulado adecuadamente;
- En forma realista, la continuidad de cierto grado de desigualdad entre los asegurados y no asegurados será inevitable, pero podría aliviarse expandiendo en forma progresiva el sistema de seguridad para que extienda sus beneficios al mayor número posible y aumentando en términos relativos los recursos dedicados a los no asegurados;
- La prestación de servicios a la población no asegurada debe concentrarse en un paquete de atención médica básica (que podría mejorarse conforme y cuando se puedan dedicar más recursos a los no asegurados). También sugerimos que a largo plazo la reforma de descentralización cree un marco natural para separar a los compradores de los prestadores de servicio y reconozca la importancia de una buena asignación del presupuesto para conservar la igualdad; la reforma de reversión de cuotas se ampliaría a todas las instituciones de seguridad social, permitiendo que opten por salir a nivel individual. Sin embargo, el acceso a los beneficios de la competencia de esta forma, exigiría la regulación apropiada, incluyendo un mecanismo de ajuste de riesgos refinado. Al permitir la discreción de la competencia en la forma en que compran los servicios médicos (sujeto a ofrecer a sus miembros un mínimo garantizado) los beneficios de la eficiencia podrán extenderse al sector del prestador de servicios, requiriendo que los prestadores del servicio compitan por hacer negocios con los compradores eficientes. La velocidad a la que dichas propuestas de reforma se podrían aplicar es un asunto de juicio político nacional. Ya se ha logrado mucho frente a las necesidades y demandas crecientes y México es evidentemente capaz de avanzar hacia los nuevos retos que enfrenta el sector salud.

“El Código Mexicano de Etica Médica”

Dr. Manuel Tovilla y Pomar
 Dr. Alberto Amor Villalpando
 Dr. Andrés F. de Alba González
 Dr. Federico Sandoval Olvera

Dra. Margarita Araujo Navarrete
 Dra. Carmen Licon Islas
 Dr. Ignacio Carranza Ortiz
 Dr. Porfirio Sánchez Granados *

Se presenta en base a las atribuciones y obligaciones que asigna la Constitución en su artículo 5o. en la Ley de Profesiones a los Colegios Profesionales: artículo 50o. en sus fracciones “A” y “B”.

- A) Ejercer la vigilancia profesional para que brinden servicios dentro del más alto nivel ético y legal.
- B) Promover la expedición de leyes, reglamentos y sus reformas, relativo al ejercicio profesional.

Antecedentes:

Desde 1945, al promulgarse la Ley de Profesiones, que emanó de lo contenido en los artículos 4o. y 5o. de la Constitución Mexicana, se debió elaborar un Reglamento que regulara el ejercicio profesional de cada ramo, el cual una vez revisado y adecuado, fuera orientado y aprobado por las diferentes Comisiones Técnicas de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y enviado al Poder Legislativo para su revisión y aprobación final.

Por modificaciones sufridas en la Constitución Mexicana, en 1972, la Ley General de Profesiones se incluyó en el artículo 5o. pero hasta la fecha no se ha insertado el reglamento correspondiente a las profesiones.

En 1984 se promulgó la Ley General de Salud en la cual se consagra el Derecho de la Salud que emana del artículo 4o. Constitucional. En dicha

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

Ley, en los artículos 76 al 78 se establecieron las bases reglamentarias a las que deben sujetarse todos los profesionales encargados de la salud humana en sus diferentes fases; para su observancia y cumplimiento nos remite a las disposiciones que deben estar contenidas en la Ley General de Profesiones.

Como antecedente importante internacional, vale la pena mencionar la **“DECLARACION DE MADRID DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL”, sobre la AUTONOMIA Y AUTORREGULACION PROFESIONAL**, adoptada por la 39a. Asamblea Médica Mundial, en Madrid, España en 1987.

El Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C. considera que este y otros antecedentes internacionales deben ser considerados y consultados con organismos colegiados antes de establecer tratados con otros países más desarrollados que México desde el punto de vista económico y tecnológico, ya que ellos cuentan, desde hace tiempo, con instrumentos de control y supervisión en aspectos éticos muy claros y útiles para su conveniencia, en México, país en desarrollo, aún no hemos llegado a establecer principios éticos en la Medicina Mexicana y plasmar una legislación que evite estar en desventaja como país, como gremio y como profesionales ante los Tratados e Intervenciones que se pacten.

En México los primeros Códigos de Ética Médica fueron: en 1919, publicado por el Dr. Alfredo Montaña; en 1934, por los Dres. Esnaurrizar y Octavio Rojas; en 1940 por el Dr. Gonzalo Castañeda y en 1951 por el Dr. Alfonso Alarcón.

Hasta ahora ninguno ha tenido fuerza jurídica y política para elevarse como Norma Reglamentaria Constitucional. Queda así un hueco evidente en nuestra legislación en el artículo 4o. Constitucional, cuarto párrafo y en la Ley General de Salud y su Reglamentación.

Justificación:

Empezando ya el nuevo siglo, la tecnología y el avance de las Ciencias Médicas han impulsado el desarrollo de Comités de Bioética, para que permitan al investigador y al médico clínico, tener una visión objetiva del impacto real de los avances técnicos que repercuten en el género humano, específicamente en sus valores trascendentales como son la salud, la vida, la herencia y su dignidad.

En la diversidad de las naciones que forman nuestro mundo, un gran número de ellas cuentan con un Código Deontológico que reglamenta y regula todas las acciones en atención a pacientes, México aún no cuenta con uno.

Es conveniente hacer aquí algunas precisiones:

Moral: (Del lat. costumbre). Hábitos y costumbres de un individuo.

Ética: (Del gr. costumbre). Conjunto de reglas morales que practica una comunidad, estudia racionalmente la maldad y la bondad de los actos humanos.

Deontología: (Del gr. deberes u obligaciones), Conjunto de reglas que rigen la conducta del médico ante el enfermo, a sus colegas y a la sociedad.

Bioética: Parte de la filosofía que somete a juicio acciones del ámbito de la salud. Es un nuevo término que señala los aspectos morales de la atención médica, no sólo en la competencia de la relación médico paciente, sino que amplía su ámbito, incluyendo la responsabilidad profesional para todas las formas de vida, determinando una acción moral específica en el cuidado de la salud,

ante el conflicto de valores que pudiera surgir debido a las diferentes opciones terapéuticas, ya que la competencia entre valores y principios cuando no se satisface en forma equilibrada crea un problema ético.

Tanatología: Es una disciplina que tiene por objeto el estudio de la muerte, el proceso de morir y las consecuencias que ambos producen en la persona y su familia.

Contar con un "CODIGO MEXICANO DE ETICA MEDICA" es una garantía para el médico para emitir con toda libertad su juicio profesional durante la atención y tratamiento de sus pacientes.

Además favorece la interrelación e intercambio de experiencias con otros CODIGOS internacionales ya existentes y se consolida como fuente educativa en los procesos de enseñanza-aprendizaje en las ciencias de la salud.

Los contenidos del CODIGO propuesto se ordenan en tres capítulos:

El Primero: De la Ética, sus principios filosóficos y el tratado de los valores trascendentales para el médico y el paciente.

El Segundo: Sobre deontología, donde se establece el tratado de las obligaciones y deberes, derivados de actos de conciencia, donde el profesional del área de la salud juega un papel preponderante, como inseminación in vitro, manejo del genoma, eugenesia, aborto, eutanasia, clonación, trasplante de órganos, experimentación, investigación, tanatología, entre otros.

Como trabajador del área de la salud, se ve involucrado frecuentemente con el proceso de morir y con la muerte, es necesaria su capacitación en tanatología, para que su ayuda médica sea más eficaz, tanto para la persona que sufre uno de los dolores más importantes del ser humano, que es la muerte de un familiar o la suya propia, como apoyo a sus sobrevivientes.

El Tercero: De la legislación y la regulación: Tratado de la responsabilidad social.

Por estas consideraciones, creemos que el Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C., está obligado a presentar oficialmente una propuesta sólida y formal de un Código de Ética Médica, con

enfoque en la Medicina Mexicana, ya que hasta el momento no se cuenta con uno. El avance médico y tecnológico del país lo necesita con urgencia en vista del “empuje” mundial que las demás nacio-

nes están haciendo y que afecta a la salud individual y colectiva, impacto que sin duda podrá involucrar a los valores del individuo y de la sociedad mexicana.

El Derecho a la Protección de la Salud y la Ética Médica. La Salud Colectiva y los Derechos Ciudadanos

Dra. Ma. Eugenia Pulido Alvarez*

El Colegio de Médicos Cirujanos y Homeópatas del D.F., A.C., que por ahora tengo el honor de presidir, se hace presente en este Foro Nacional **“El Derecho a la Protección de la Salud”** y se solidariza con la Comisión de Salud de la LVII Legislatura de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, en sus propósitos de profundizar en el análisis del 4o. Párrafo del Artículo IV Constitucional a fin de alcanzar soluciones y mejores perspectivas para que el pueblo mexicano goce más plenamente y haga valer su derecho a la protección de la salud, tema que adquiere mayor relevancia ante el Siglo que termina y el nuevo por venir.

En cuanto al derecho a la protección de la salud, los médicos homeópatas y la sociedad sabemos que la Homeopatía es un importante recurso para lograrla y que no es un mito sino una realidad que supera por completo la idea de que su éxito se debe a un “efecto placebo” que hace evolucionar espontánea y favorablemente las afecciones que trata. Sin embargo la difusión de la homeopatía no ha sido siempre fácil ya que sus seguidores con frecuencia están obligados a confrontar la actitud hostil de la “ciencia oficial” conmocionada por el revolucionario uso de las dosis infinitesimales.

En relación a ello muchos expertos mencionan que el pensamiento médico y científico se encuentra ante una completa transformación, aunque sutil

* Presidente del Colegio de Médicos Cirujanos y Homeópatas del D.F., A.C.

al igual que toda reforma. Por ejemplo, antes se consideraba que no podía existir la energía sin intercambio de materia con lo que permanentemente se querían identificar estructuras químicas coherentes activas en el plan biológico y del que se desprendía toda la explicación y la lógica de los procesos. Sin embargo, se introdujo un nuevo concepto, al hablar de la “información”, pues la transferencia de información se hace prácticamente sin transferencia de energía, sin ningún intercambio de materia, encontrándose en una escala energética mil o tal vez millones de veces menor que si se tratara de intercambios de energía y este es un problema sobre el cual, tendrá que cambiar el pensamiento y el discurso académico, dando origen a los mismos debates que hubo entre la física clásica y la cuántica. Se observa entonces que, escalas de reflexión que bruscamente hacen que un planteamiento triunfal, se convierta en completamente inoperante frente a acontecimientos que podemos comenzar a identificar, medir y evaluar. Esos son momentos en que la homeopatía puede llegar a conocer momentos felices para el conocimiento de sus mecanismos de acción.

Hoy en día la homeopatía está presente en muchísimos países debido a que provee sin riesgos ni efectos secundarios, soluciones eficaces a numerosos problemas de salud. Estas son patologías para las cuales la medicina convencional muchas veces no ofrece soluciones, o padecimientos para los cuales en la atención primaria de la salud, no se justifica el uso de terapéuticos alopatí-

cos. Influye también en el éxito de la homeopatía el que la aproximación clínica al paciente sea más natural, humana, comprensiva y compasiva, y que se requiera una buena participación del paciente en la lucha contra su enfermedad. Sin embargo, la homeopatía no debe ser considerada como un método rival de la alopátia, ya que nos provee de ayudas de valor incalculable en muchas patologías, sino una respecto a la otra, como sendas terapéuticas complementarias, al servicio de todo médico que desee obtener mejores resultados en sus pacientes.

Además la homeopatía ofrece a los gobiernos, interesantes ventajas en cuanto al costo-beneficio. Por ejemplo en Francia, según estadísticas de la Seguridad Social, el tratamiento homeopático cuesta la mitad en cuanto a los gastos de honorarios médicos que se tienen que pagar respecto al tratamiento alopático; y sobre el costo de los medicamentos homeopáticos prescritos, éste es de tres a cinco veces menor que el de los medicamentos alopáticos. Estos comparativos son: para iguales enfermedades y con el uso de medicamentos, para los mismos propósitos, y finalmente, con la obtención de los mismos resultados. (Carnets Statistiques de la C.N.A.M. Sécurité Social-Janvier 1992-No. 61).

Por otra parte es un hecho, sobre el que también opinan importantes médicos mexicanos, que no es conveniente que en nuestro país se fijen normas o reglas oficiales para el tratamiento de las enfermedades, pues convertiría al servicio médico en un instrumento compulsivo y arbitrario.

Sabemos por experiencia que esa opinión cuenta con el apoyo de muchos médicos y desde luego de todos los médicos profesionales de la homeopatía, ya que la práctica de la medicina, no debe ni puede depender de cartabones. Los factores que definen la conducta del médico, son el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento y se deben tomar en cuenta para su aplicación las circunstancias tales como: cultura médica, preferencias personales, religión y condiciones económicas entre otras. Así que no se debe olvidar que la decisión en medicina es individual y propia de cada paciente.

En el ámbito de las dependencias de gobierno, es de gran importancia la información para la toma de

decisiones sobre cualquier tópico trascendente a la población y desde luego, en todo lo que respecta a la salud. En el rubro de los servicios médico a través de la terapéutica homeopática la información resulta también indispensable para analizar su impacto en la población y la toma de decisiones respecto a lo que dicta la demanda de la población de tales servicios y su relación con la oferta profesional médica y farmacéutica que existen en las diferentes entidades de la República.

Esta información, creemos que no existe, por lo que proponemos que la Secretaría de Salud con el auxilio tal vez de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del IPN y el Hospital Nacional Homeopático de la SSA la busquen a través de programas conjuntos para conocer la realidad del país sobre la demanda y oferta de los servicios de atención médico homeopática lo que conduciría, a la toma de decisiones y desarrollo de tácticas que redundarían en un amplio beneficio para los profesionistas, las instituciones educativas y prestadoras de servicios de salud y a la población.

Debido al comprensible desconocimiento de informaciones científicas "de frontera", vemos ante nosotros médicos que jamás han estudiado o prescrito homeopatía, que la hayan experimentado o que la hayan visto funcionar y sin embargo su obscurantismo se levanta con la inercia e ineptitud de sus argumentos opositores. Para no pocos médicos el tema de la homeopatía es para uso y abuso de sus opiniones y comentarios sin fundamento con los que sin embargo, propagan información engañosa o sencillamente falsa que pone en evidencia una visión intolerante hacia esta terapéutica, a los pacientes que reciben sus beneficios y les hablan de ello o hacia los médicos que la practican. El tono que adoptan para sus comentarios es insultante y carecen de un espíritu de entendimiento. Sus juicios sin reflexión carecen de interés, sus comentarios, no tiene pies ni cabeza y sus demostraciones no existen. Algo muy grave es que muchas autoridades académicas y sanitarias con estas opiniones equivocadas se abrogan el derecho de ser jueces y verdugos contra instituciones médico homeopáticas y contra los médicos que la practican.

Los homeópatas no tenemos temor a la duda pues sabemos que la ciencia no ha llegado al límite

de su desarrollo, ni nosotros al límite del conocimiento y que la duda es un síntoma excelente sin la que jamás existiría el avance científico. Y si bien, las investigaciones sobre el mecanismo de acción de la homeopatía hasta ahora no han sido comprobatorias, de ello, no se puede concluir sobre el valor de la homeopatía.

Los médicos y también los que practicamos la homeopatía ocupamos un sitio dentro de la historia de la Medicina y su evolución. En su dinámica, no podemos permanecer estáticos sino nutrirnos en las fuentes del conocimiento y de la investigación científica, para continuar su desarrollo. También, es importante para lograrlo, eliminar de entre nosotros las armas destructivas de la intriga, el fanatismo y la diatriba. Tendremos que ser objetivos y concretos hasta donde nuestros conocimientos lo permitan, pero respetuosos y honestos siempre. El edificio de la Medicina es único, el concepto de médico y su gremio indivisible, no obstante que las terapéuticas sean diversas así como los momentos de su aplicación que deben responder al mejor criterio y óptimas posibilidades.

Es importante, que en una trascendente reunión como es ésta, en donde tenemos oportunidad de hablar nuestra verdad, ante legisladores y expertos, estemos conscientes de que en México, el Estado otorga autorización legal para el ejercicio de la profesión tanto al médico homeópata, como a los demás médicos. Gracias a ello, su acción facultativa se desarrolla legalmente quedando a su vez sujetos a la responsabilidad penal. La responsabilidad penal en que puede incurrir un médico, no está dada por el hecho de haber producido un resultado lesivo o fatal para el paciente, sino en que dicho resultado se haya debido a su incompetencia o a su conducta negligente o imprudente. En el desempeño de su profesión, el médico asume una responsabilidad ética y social pero también jurídica sobre la cual debe responder de acuerdo a lo que se especifica en los Códigos Civiles.

Dentro de la problemática que nos ocupa es importante reconocer que el profesional médico que practica la homeopatía ha ganado la libertad y el derecho de aplicar su terapéutica médica no sólo porque la Ley se lo concede, sino por su preparación profesional y las habilidades y pericia que obtiene cumpliendo con los programas autoriza-

dos oficialmente para el estudio de la profesión médica, además de los conocimientos correspondientes a la disciplina médico homeopática. Por ello y por las responsabilidades adquiridas, debe tener asegurado su derecho a cualquier estudio de postgrado, a la educación médica continua y a la libertad de su ejercicio profesional y puestos de trabajo.

Los médicos homeópatas nunca nos hemos negado a que nuestros conocimientos sean medidos o valorados, nunca hemos solicitado canonjías o que se nos libere de responsabilidades, por el contrario, deseamos poder continuar nuestros estudios post-profesionales formalmente y ser mejores para la sociedad a la que hemos de servir.

Es característica de nuestro tiempo que autoridades sanitarias, gobierno y organizaciones profesionales busquen con ahínco mejorar los servicios médicos hasta la excelencia, y esta es la posición que priva actualmente entre todos los profesionistas mexicanos y sus organizaciones, por lo que es muy importante diseñar las tácticas y procedimientos que garanticen la calidad de los servicios profesionales en México. Entre ellos destacará, la vigilancia permanente por parte de los Colegios Profesionales, así como la autovigilancia y autodisciplina que se imponga cada profesional.

Si hasta ahora, los médicos homeópatas nos hemos visto limitados en nuestras diversas actividades académicas y profesionales, las campañas para lograr la excelencia médica, la especialización, la diversificación de conocimientos, la certificación y recertificación de las cédulas profesionales y de especialidad y otros requisitos, harán que se equiparen todas las oportunidades para todos los médicos. Para que esto sea una realidad, el Colegio de Médicos Cirujanos y Homeópatas del D.F., A.C. solicita que a fin de acabar permanentemente con las graves violaciones a los derechos que ya hemos mencionado, se especifique en las Leyes que correspondan, lo siguiente: "todos los profesionistas pertenecientes a un área del conocimiento contarán ante la Ley y la sociedad para el ejercicio de su profesión, con las mismas obligaciones y derechos, entre ellos, en particular, con el de continuar su preparación académica y el entrenamiento de sus aptitudes, habilidades y destrezas en cualquiera de las instituciones pertenecientes al sistema educa-

tivo nacional que elijan. Las instituciones educativas, incluyendo las hospitalarias que sin base jurídica impidan el ejercicio de este derecho y garantía a cualquier profesional mexicano, perderán los privilegios que la Ley les otorga y quedarán sujetos a las sanciones que emanen por su proceder violatorio.

Es decir, que es obligación de la Ley, sustentar y proteger los derechos de los profesionistas en el sentido de que a igualdad de preparación y conocimientos, igualdad de derechos y privilegios educativos y de trabajo.

Con la convicción de que la voluntad política y la capacidad legislativa de la LVII Legislatura de la Cámara de Diputados, puede acabar con esta era de obscurantismo y abuso que a nadie ha beneficiado y que por el contrario ha perjudicado a tantos profesionales médicos, en particular, y al pueblo mexicano en general, este Colegio de Médicos Cirujanos y Homeópatas permanecerá, ahora, atento al desarrollo y resultados de este Foro Nacional y siempre, en pie de lucha.

“Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional”

Lic. Rafael Hernández Cruz*

Lic. Clemente Bazán Cruz*

Marco legal:

El derecho a la salud se encuentra plasmado como una garantía en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y está reglamentado por la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de febrero de 1984.

Además, el Estado Mexicano ha suscrito acuerdos internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que obliga a los Estados miembros a adoptar las medidas necesarias para la regulación y aplicación correcta de programas de Salud y Seguridad Social.

Sin embargo, la medicina tradicional a pesar de tener cimientos firmes, no tiene sustento legal que reconozca sus prácticas y la participación directa de sus miembros, en el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta para fortalecer la atención primaria.

El Convenio 169, invocado, en su artículo 25 especifica lo siguiente:

a) Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, a proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

b) Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

c) El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo del personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

d) La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que dominan en el país.

Marco teórico:

Si entendemos a la medicina como el conjunto de prácticas, conocimientos y experiencias aceptados culturalmente que sirven para curar y prevenir enfermedades, nos damos cuenta que existen varias formas de aplicación, es decir, varias medicinas: la alópata, la tradicional y la doméstica.

Así tenemos a la medicina alópata, cuya principal característica es que para ejercerla tiene que estar certificada por un documento legal que la autorice para tal fin.

* Servicios de Salud de Veracruz

Considerando que la situación de la salud se encuentra en constante interacción con el contexto social y cultural inmediato, conviene tener presente indicadores tales como la marginación geográfica, la desigualdad social y económica y la insuficiencia de servicios públicos y vías de comunicación entre ellos.

Estas circunstancias tienen una incidencia directa en el tipo de padecimientos que afectan a la población indígena: infecciones respiratorias, parasitosis intestinales, gastroenteritis y enfermedades de la piel, principalmente. Aunado a este grupo de enfermedades comunes, la población indígena presenta un nuevo perfil epidemiológico, al incrementarse las enfermedades crónicas degenerativas, así como la aparición de otras como cáncer cérvicouterino, SIDA, tuberculosis, dengue y otro tipo de neoplasias, que convierte a esta población en la más vulnerable y desprotegida. Además, factores tales como el finifundismo y la inseguridad en la tenencia de la tierra, pueden influir desfavorablemente en la pérdida de la autosuficiencia alimentaria y en el incremento de los índices de desnutrición.

Los tipos de padecimientos reconocidos por las sociedades humanas, encuentran una vinculación directa con sus patrones culturales. La concepción de la salud y la enfermedad pueden diferir ampliamente de una cultura a otra; y consecuentemente, las formas de prevenir y atender las enfermedades. Entre los pueblos indígenas mesoamericanos la salud se asocia a la existencia de una relación armónica y equilibrada entre el ser humano, la divinidad y la naturaleza; de modo que la enfermedad manifiesta la ruptura de este delicado equilibrio. Así, bajo el rubro de "enfermedades de etiología cultural", suelen incluirse enfermedades comúnmente atendidas por los médicos tradicionales, como susto, mal de ojo, caída de mollera, caída de matriz, venteada, torceduras, males de espíritu, del alma y de la sangre.

Partiendo de esta breve revisión, extraemos las siguientes conclusiones:

- Mejorar las condiciones de salud de la población indígena implica atacar de manera integral la marginación y la desigualdad social en la que se encuentra inmersa.

- Es necesario mantener y establecer relaciones estrechas entre el modelo oficial de atención a la salud y el modelo tradicional, ya que responden a perspectivas culturales y necesidades sociales diferentes y se abocan a la atención de padecimientos etiológicamente distintos, con recursos y técnicas propios.

En este contexto se encuentra situada la medicina tradicional, que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define como "el conjunto de conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados por la población para diagnóstico, prevención y supresión de los trastornos físicos, mentales y sociales.

La medicina tradicional, para su ejercicio requiere del reconocimiento de la comunidad para ejercerla.

Dentro de la medicina tradicional encontramos una variedad de prácticas, en las que se encuentra la medicina indígena, cuyo principal elemento es el cultural, heredado desde épocas prehispánicas.

La medicina indígena está compuesta por tres tipos de recursos:

1. Los recursos humanos, que son los médicos indígenas en sus diferentes especialidades, como son curanderos, parteras, yerberos, maiceros, ensalmadores, culebreros, chupadores, etc.;

2. Los recursos terapéuticos que son las plantas, animales, minerales, rituales, rezos, cantos, danzas, entre otros, que se realizan durante la prevención o curación, y

3. Diagnósticos que son las diferentes formas en que los médicos indígenas, de acuerdo a su especialidad indican cuál es el padecimiento y el tratamiento a seguir.

Para el indígena la concepción de la salud está ligada al equilibrio entre el hombre, la naturaleza y la deidad; la ruptura de este equilibrio trae como consecuencia la enfermedad, por lo que la medicina indígena va asociada directamente con la religión, cuestión que es negada por la medicina alópata, que es declarada meramente científica, donde no se incluyen elementos religiosos.

En la actualidad, existen países donde sólo es aceptado legalmente un tipo de práctica médica; y

otros, donde son aceptados uno o varios. En el primer caso, se encuentra México; y en el segundo, la República China.

En México existe el Sistema Nacional de Salud que legalmente está autorizado para definir y establecer la política de salud en nuestro país.

Sin embargo, existe lo que se podría denominar el sistema real de salud, compuesto por el subsistema médico alópata, el subsistema médico tradicional y el subsistema médico doméstico o casero, que se enlaza para la atención generalizada de la población. De esta manera, la primera instancia de atención en cualquier casa es realizada de manera general por la madre o algún pariente cercano, con lo que se puede superar el problema leve de salud. En caso de agravarse la situación, dependiendo de la ubicación y contexto cultural de la familia respectiva, se recurre al médico alópata o al médico tradicional y muchas de las veces a ambos. Esto implica evidentemente, un sistema de hecho, aunque no de derecho.

Propuesta:

Para la satisfacción de necesidades básicas, se deben impulsar mecanismos para garantizar a los pueblos indígenas condiciones que les permitan una alimentación satisfactoria, y por lo menos promover programas prioritarios para que la población infantil de los pueblos indígenas mejore sus niveles de salud y alimentación, así como capacitación a mujeres, que amplíe su participación en la organización y el desarrollo de la familia y la comunidad.

Actualmente se habla del mejoramiento de las necesidades básicas y de los niveles de salud, prioritariamente los dirigidos a la población infantil, pero no se plantea cómo se realizará este proceso. Sin embargo, retomando los principios básicos propuestos para normar la nueva relación entre los pueblos indígenas, el Estado y el resto de la sociedad, se deben considerar los siguiente componentes: pluralismo, libre determinación, sustentabilidad, consulta y acuerdo, fortalecimiento del Sistema Federal y descentralización, democracia y reconocimiento y respeto a la cultura indígena.

- Pluralismo. No sólo se debe reconocer legalmente la existencia de un solo modelo de atención

para la salud, que actúe de manera homogénea y descarte patrones culturales, sino se debe reconocer la existencia legal de modelos tradicionales y domésticos que se apeguen a las necesidades culturales de los pueblos indios.

- Libre determinación. Todo pueblo e individuo deben tener el derecho y la facultad de elegir el tipo de modelo de atención para la salud para atenderse.

- Sustentabilidad. Si se reconoce que la República Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada en sus pueblos indígenas, se debe reconocer dentro de esta pluralidad la existencia de un modelo de atención para la salud de los propios pueblos indígenas.

- Consulta y acuerdo. De manera ineludible, en la formulación de cualquier programa o proyecto relacionado con la salud, debe haber un acuerdo con los pueblos indígenas, en base a una consulta.

- Fortalecimiento del Sistema Federal y descentralización. Las decisiones y el fortalecimiento a las acciones en la aplicación de modelos para la salud en los Estados y en los pueblos indios, deben emanar del mismo lugar en donde se apliquen, para garantizar que se apeguen a las necesidades de éstos.

- Democracia. La atención para la salud debe ser accesible para toda la población, pero ésta podrá determinar en cuál o cuáles modelos de atención para la salud se atenderá.

- Reconocimiento y respeto a la cultura indígena. La atención de la salud en las comunidades indígenas debe, por un lado, ser congruente con los patrones culturales de los grupos a los que va dirigido. Para ello, debe situarse a la práctica médica indígena, al mismo nivel que la occidental o alópata, fomentando la participación indígena en este proceso, sin que esto implique la sustitución de una por la otra, sino la mutua complementariedad.

Para este fin debe legalizarse y legislarse la medicina indígena tradicional; y por otro lado, toda acción de salud deberá considerarse de manera integral, es decir, en consonancia con los programas y proyectos de desarrollo económico y social.

Toda vez que en México existe un Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales que

está autorizado para suscribir convenios directos con las Instituciones de Salud, es necesario efectuar modificaciones a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Ley de Profesiones y todas aquéllas que de cierta manera tienen trabas para el desarrollo y libre ejercicio de la medicina tradicional indígena, por lo que se propone:

Que se reforme el Artículo 4o. Constitucional, a efecto de que se adicionen los párrafos necesarios en los que se establezca el acceso a la medicina indígena tradicional. Ello permitirá que se incluya esta práctica médica en la Ley General de Salud.

Esta propuesta debe contemplar los siguientes aspectos:

I. Realizar un trabajo en coordinación con las Instituciones de Salud, en el que se respeten las prácticas y costumbres de la medicina indígena tradicional para tratar las enfermedades.

II. Considerar a los médicos indígenas tradicionales con plena autonomía y con un modelo de atención adecuado a nuestras costumbres y tradiciones; y no como auxiliares en el fomento a la salud.

III. Participar en la elaboración y seguimiento de programas de salud en comunidades indígenas.

IV. Fomentar la canalización recíproca de pacientes de acuerdo a enfermedades específicas.

V. Permitir el libre acceso en clínicas y hospitales que el paciente elija, respetando sus costumbres.

VI. Brindar capacitación, sustentada en costumbres y tradiciones.

VII. Promover programas de protección de recursos curativos amenazados por la deforestación y el deterioro ambiental.

VIII. Permitir el libre desplazamiento de plantas medicinales.

Finalmente, para el ejercicio de la medicina indígena tradicional, será necesario reunir los requisitos siguientes:

1. Contar con una constancia avalada por autoridades civiles o tradicionales de la comunidad.

2. Realizar cursos de fomento a la salud, primeros auxilios y de atención médica simplificada, avalados por instituciones de salud oficiales.

3. No tener antecedentes penales.

4. No ser ministro de algún culto religioso.

5. Tener por lo menos siete años en el ejercicio de la práctica médica tradicional.

Mesa de Trabajo

3

Condiciones Necesarias para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Octavio Pérez Franco*

Tomando en cuenta que la Salud, junto con la Educación, es una prioridad en los Planes de Gobierno de los tres niveles, considero necesario que así como en materia de Educación se ha fijado una inversión idónea mínima del 8% del P.I.B., así también se establezca un porcentaje recomendable en esta materia. Incluso podrían fijarse los porcentajes a nivel de los gobiernos Federal, Estatales y Municipales.

Creo necesario también establecer en la Ley Reglamentaria la obligatoriedad de todos los Municipios del País de contemplar en su organigrama una estructura abocada específicamente a la Salud. Obviamente esta estructura sería variable en cuanto al perfil y número de funcionarios y empleados en base al número de habitantes y a las dimensiones de cada Municipio.

Considero necesario establecer claramente en la Ley Secundaria la obligatoriedad que deben tener los directivos de las diferentes Instituciones de Salud, tanto oficiales como descentralizadas y particulares, en la integración de los Comités Municipales de Salud, así como en la formulación y desarrollo de los Planes Municipales de Salud, mismos que deben quedar bajo la coordinación del Presidente Municipal o en quien él delegue estas funciones. Aquí cabría la conveniencia de ampliar el campo de acción de las Instituciones con derechohabencia, para que participen más ampliamente en los servicios que se imparten a la población abierta, v.gr. en materia de promoción y

educación para la salud y en jornadas médico-asistenciales.

En lo que se refiere a los adultos mayores, considero que faltan programas para dar una atención integral y suficiente a las personas de este grupo de edad. Al respecto sugiero sentar las bases legales para la creación de suficientes clínicas geriátricas y evaluar que todos los ancianos que acrediten insolvencia económica, puedan tener acceso gratuito a los servicios del IMSS y del ISSSTE.

Sugiero evaluar la posibilidad de que todas las personas con discapacidad que acrediten insolvencia económica, puedan tener acceso gratuito a las Instituciones mencionadas en el párrafo anterior.

Existen otros grupos de población que no tienen suficiente cobertura asistencial como son los enfermos mentales y los que se encuentran en fase terminal (cáncer, SIDA, etc.). Para el primer caso sugiero establecer directrices legales para la creación de suficientes nosocomios que los atiendan, especialmente a aquellos menesterosos que deambulan por nuestras calles.

Para el segundo caso sugiero sentar bases jurídicas para estimular la creación de Centros Diurnos para enfermos con deficiente atención familiar.

Agradeciendo el favor de su atención y esperando que mis aportaciones sean útiles para los nobles fines que persigue la H. Cámara de Diputados de la Federación, quedo como su atento y seguro servidor.

* Coordinador Municipal de Salud, Celaya, Gto.

Salud y Derechos Humanos, Retos y Estrategias para Hacer Efectivo el Derecho Constitucional a la Salud

Dr. Miguel Angel López Gordillo

La salud auspicia el desarrollo integral del individuo y de la sociedad; por eso la salud no constituye sólo un valor biológico, sino un valor y un bien social, de interés público y el Estado debe ser el principal responsable para garantizarla.

Sirva al menos el ambicioso título de esta modesta exposición, para llevar a la reflexión sobre el tema o para enfocar nuestra atención hacia éste, uno de los Derechos Humanos de la segunda generación, como un factor de vital importancia, en un país como el nuestro de graves desigualdades, que aspira a un pleno desarrollo.

Tal vez percibamos un mayor énfasis en aspectos políticos y económicos, sin embargo la interrelación, la interdependencia y la integralidad de los Derechos Humanos permiten esta licencia y nos lleva por lo menos a considerar que si no trascendemos los obstáculos de esa índole o accedemos a los derechos políticos y económicos, no estaremos en posibilidad de alcanzar otros objetivos, otros derechos, entre ellos acceder a niveles satisfactorios de salud, ni de decir que tenemos derecho a la salud, o que estamos en posibilidad de hacer efectivo este derecho.

Porque parece ser que a final de cuentas, que es ahí, o por lo menos desde este particular punto de vista, donde se encuentra el peso específico del problema, el mayor reto, y es por ello que debe-

mos subrayar que los Derechos Humanos de segunda generación requieren de la intervención de la sociedad y los individuos.

Capítulo I

El sistema de salud en México: antecedentes, esquema de sector, niveles de atención

México, ha desarrollado diferentes formas de respuesta social organizada a los problemas de salud de la población. Su análisis debe partir del periodo post-revolucionario, dado que en el México Colonial y aun incluso en el México independiente, los servicios de salud eran responsabilidad de organizaciones caritativas, muchas de ellas dependientes de la Iglesia.

En 1917, cuando se promulgó la Constitución que ahora nos rige se creó el Departamento de Salubridad, en 1934 (por nuestro tipo de organización Municipal) se introdujeron, los Servicios de Salud Pública en los Estados.

En 1937 se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública. En 1943, ésta última se fusionó con el Departamento de Salubridad, creado desde 1917 y así surgió la Secretaría de Salubridad y Asistencia, S.S.A.

1943 marca una fecha muy importante para la salud en México, estrechamente ligado al artículo 123 Constitucional se estableció el Instituto Mexi-

cano del Seguro Social (I.M.S.S.), organismo descentralizado, dotado de un régimen tripartita.

En 1959 se conformó el Instituto de Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (I.S.S.S.T.E.). De manera congruente y en el marco del Sistema Nacional de Salud, en el Distrito Federal se ha iniciado el proceso de descentralización, que ha sido concebido más allá de una coordinación funcional, hasta llegar a una integración orgánica, de las unidades operativas de la Secretaría de Salud (S.S.A.), principalmente las de atención primaria, con los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, (D.G.S.S.D.D.F.), concluyendo con la creación del **INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**, contemplado en la Ley de Salud para el Distrito Federal, de Diciembre de 1996 y publicada en Enero de 1997, en el Diario Oficial de la Federación.

Sin embargo y a pesar del espíritu social de este proceso, en el ámbito laboral de la D.G.S.S.D.D.F. y de la S.S.A., las acciones parecen trastocar los derechos laborales, gremiales y conquistas sindicales, en ocasiones tan difícil y largamente alcanzados y generar inquietud e incertidumbre en los profesionales de la salud, que brindan atención en ambas Instituciones.

Finalmente, en la complejidad de las sociedades modernas, los servicios médicos han pasado a formar parte del vasto engranaje económico de las sociedades industriales, como una estructura más de la organización burocrática, que aunada a la crisis económica, el desempleo, la saturación de las Instituciones públicas de salud, han llevado a un deterioro de la relación fundamental médico-paciente, reduciéndola a prestador y usuario de servicios, que se ha traducido en un incremento en las controversias de carácter médico, aun antes de la creación en nuestro país de las Comisiones, Nacional y Estatales de Derechos Humanos.

Es por ello que debemos referirnos al Estado Mexicano. Durante 68 años se ha mantenido en el poder una clase política mexicana nacida con la Revolución, que en sí misma fue un movimiento armado violento y que se supone que por ella hubo avances sociales.

“En México entre 1940 y 1982 el poder se concentró en su totalidad en el Presidente de la Repú-

blica, centralizando la vida nacional”, y que bien podría decirse que hasta el final de la última administración en 1994. Durante este periodo, la estructura del poder en México, fue vertical, excluyente y autoritaria y que “contó con el consenso de la clase política y una amplia legitimidad social asentada en el pacto social que engendró la Revolución Mexicana” hasta 1982.

Tal vez comprensible en sus inicios y en determinados momentos históricos. Sin embargo, se ignoró en su acción cotidiana el equilibrio de poderes al que obliga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Este exacerbado presidencialismo, hoy fuertemente cuestionado, cabe destacar que su origen Revolucionario legitimó ideológica y corporativamente, su carácter autoritario y centralista, de aquí su permanencia.

En el ámbito económico, la participación del Estado fue “determinante para impulsar el desarrollo del país, basado en la sustitución de importaciones, dotándolo de infraestructura, con una amplia participación en muy diversos sectores, produciendo bienes y servicios, generando empleos en sectores estratégicos y aun en los no estratégicos”.

Si bien es cierto que con ese modelo de desarrollo, tenía deficiencias, así como grandes rezagos, gozábamos de cierta política, social y económica, sin llegar a los niveles de endeudamiento, inflación y devaluación de nuestra moneda frente al dólar, conocidos en la historia moderna hasta los aciagos días de la “década trágica”, 1970-1976 y 1976-1982, en que se recurrió al inmoderado e indiscriminado endeudamiento externo “para impulsar el desarrollo y en el que nos preparábamos para administrar la abundancia y financiarlo a través del espejismo del petróleo, años en que la corrupción llegaría a niveles que obligaron a su reconocimiento e inserción entre los postulados de la plataforma electoral de 1982 y el correspondiente periodo hasta 1988, “por la renovación moral de la sociedad” y cuyos desaciertos fueron atenuados por las circunstancias de la “crisis económica”, al grado de declararse una moratoria temporal en Agosto de 1982, la necesidad de planes a mediano y largo plazo y los sismos de 1985.

Sin embargo, no estamos en una situación de privilegio con la utópica propuesta neoliberal,

acorde con las políticas de ajuste del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, de una economía social de mercado, con una mínima participación del Estado, precipitada por la crisis de 1982 y que introdujo una nueva en la política económica del país. "Desesperado por obtener dólares tras la irrupción de su crisis económica, México firmó un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional que le daba acceso a la moneda extranjera a cambio de implementar un programa de estricta disciplina fiscal y ajuste económico. Desde 1982 a 1988, de manera tibia y de 1988 a 1994, con pleno entusiasmo, se implementaron todas las políticas de ajuste del Fondo Monetario Internacional: reducción del gasto público, eliminación de subsidios, reformas a las leyes sobre impuestos, restricción de créditos, privatización de casi todas las empresas públicas, liberalización comercial, devaluación, 'salarios competitivos', retiro de barreras a la inversión extranjera". De las cuales hemos sido testigos simplemente. Los programas económicos de ajuste, han dado lugar a destinar una creciente partida presupuestal al pago del servicio de la deuda. Cuya contrapartida ha sido la reducción en el gasto social, sólo como ejemplo y para fines del presente trabajo, "durante los gobiernos neoliberales, el gasto en salud bajó del 4.7 al 2.7 del Producto Interno Bruto".

Este ajuste en la economía ha provocado una "polarización" de la sociedad y concentración de la riqueza, con la que se encuentra plenamente identificado el último sexenio, cuestionado desde las mismas elecciones de 1988 y que lejos de dejarnos a las puertas del primer mundo, nos trajo un autoritarismo exacerbado, "un conflicto armado en Chiapas con señalada influencia nacional", conflictos postelectorales, crisis política, una lucha encarnizada y subterránea por el poder, una clase política dividida y enfrentada, más débil que nunca, asesinatos políticos y a todas luces responsable de "los errores de Diciembre" y una economía colapsada, que colocó al país una vez más en situación de emergencia.

"En 1982, una coyuntura anunció el fin de un periodo y el inicio de otro. El Nacionalismo Revolucionario dejó su sitio a lo que 10 años después conoceríamos como liberalismo social", que no fue otra cosa que "un autoritario proceso de trans-

formación económica del país, sin modernización de las estructuras políticas y sociales".

Estas reflexiones nos conducen a no perder de vista las vinculaciones entre economía, desarrollo y salud, sobre todo porque estos factores aunado a otros como los de orden sociocultural y el empleo, han permitido el desarrollo de Instituciones de salud, privadas y públicas, estructuradas en tres niveles de complejidad, que brindan atención médica bajo tres principios: poder de compra, pobreza y prioridad social. Partiendo del principio de pobreza, los grupos marginados reciben atención médica de carácter público, bajo el rubro de población abierta, donde trataremos de situar la exposición, por razones de magnitud, importancia social, y alcance nacional.

Indudablemente bajo estos principios de atención se han logrado avances, sin embargo, también han generado serias inequidades.

La expresión de la excesiva concentración del ingreso es una concentración de bienestar, haciendo que la mayoría de la población no tenga acceso a los bienes y servicios que le permitan obtener y conservar un razonable nivel de salud. De ahí la trascendencia del reconocimiento de este derecho y de elevar a un rango Constitucional **el Derecho a la Salud** a partir de 1983, que implica el compromiso del Estado, sin condicionarlo a la escasez de recursos.

Sin embargo, también a pesar de su reconocimiento se dejan al descubierto los retos y obstáculos para garantizarlo y la necesidad de implementar recursos y estrategias para hacer efectivo el derecho a la salud.

Entre otras acciones, y que algunas de ellas ya se han puesto en marcha, el diseño de esquema del Sector Salud, ha considerado a la **Descentralización**, como una gran estrategia nacional, para impulsar el desarrollo regional.

En cuanto a los servicios de salud se refiere se pretende dar mayor participación a las entidades federativas, impulsando los Sistemas Estatales de Salud.

En el Distrito Federal los servicios médicos destinados a población abierta son brindados fundamentalmente por la Secretaría de Salud, S.S.A. y

por la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal (D.G.S.S.D.-D.F.).

El desarrollo y evolución de la Ciudad de México es el resultado de la centralización de la vida nacional. Es por ello que el gobierno de la ciudad ha debido participar en diversos rubros de capital importancia, de acuerdo a las necesidades, magnitud y carácter social. De tal manera que el desarrollo de los servicios destinados al cuidado de la salud, ha sido paralelamente determinado, obligado y ligado al crecimiento, desarrollo, concentración y retos de toda índole que ha impuesto una de las ciudades más pobladas del mundo.

Los cambios y ajustes en los servicios de salud a población abierta en el Distrito Federal, han sido condicionados por factores sociales, económicos y académicos, entre otros, siempre teniendo como objetivo la atención médica de urgencia y la búsqueda de un mejor nivel de salud. En diferentes etapas ha sido y es hoy una prioridad, la extensión paulatina de la red de hospitales de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, aun en las comunidades más alejadas, tratando al mismo tiempo de evitar la concentración.

“En 1979 se establece el programa I.M.S.S. Coplamar, para la “población abierta” no derechohabiente. Es importante aclarar que en este sentido, se hace con fondos fiscales provenientes de modo directo del Gobierno Federal.

“En 1929 se creó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y que en 1961 se convirtió en el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I.N.P.I.), en 1968 tuvo su origen la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, estas últimas se fusionaron en 1977 y dieron lugar al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), que brinda atención a la familia, atención especializada al niño, concentrándose sobre todo en el binomio madre-hijo.

Además de las Instituciones anteriormente mencionadas, existen en nuestro país, numerosas entidades y organismos que no tienen como misión fundamental el cuidado de la salud y que sin embargo por razones sociales y gremiales, entre otras causas, han desarrollado servicios de salud.

Al mismo tiempo el desarrollo de las Instituciones ha permitido el desarrollo de servicios médicos de carácter público y privado.

En virtud de que en nuestro país se ha conformado una amplia gama de Instituciones de carácter público, que brindan servicios de salud, “por tal motivo con fines operativos, se ha diseñado un esquema de Sector Salud, formado por tres ámbitos:

Ambito Administrativo: la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, S.S.A., sus instalaciones, los Institutos que son organismos descentralizados.

Ambito Programático: las anteriores más las dos Instituciones de Seguridad Social, el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E. y el D.I.F.

Ambito Público: todas las anteriormente mencionadas, más algunas otras que no tienen como función sustantiva brindar servicios de salud, pero que cuentan con facilidades para prestarlos y que son de muy diversa naturaleza: PEMEX, Hospitales Civiles, el Sistema Metropolitano de Transporte METRO, CONASUPO, y otras más que inclusive, han sido incorporadas al I.S.S.S.T.E., como los Electricistas, los Ferrocarriles Nacionales, por ejemplo y, finalmente, el Departamento del Distrito Federal, a través de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal (D.G.S.S.D.D.F.), que no solamente cuenta con las facilidades para brindar servicios de salud, sino con la infraestructura necesaria a la que me referiré más adelante, por cuanto está destinada a ser la Institución que conducirá las acciones en materia de salud en el Distrito Federal.

Niveles de atención: “es experiencia universal que para ser eficaces y eficientes, los servicios de salud deben ofrecerse por niveles de complejidad de atención y, por lo tanto, estar regionalizados como forma obligada para lograr que se amplíen las oportunidades para acceder a ellos” y en nuestro país así se encuentran estructurados en un primero, segundo y tercer nivel de atención. Todo hace indicar que la estrategia básica reconocida internacionalmente, inclusive por la O.M.S., Organización Mundial de la salud, es la atención primaria o también llamado primer nivel de atención, donde se ha estimado que es posible resolver satis-

factoriamente del 80 al 90% de los casos que reclama atención. El segundo nivel de atención que se estructura por las cuatro grandes disciplinas: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría, que resuelven del 10 al 15% de los casos. Y el tercer nivel de atención que basado en el empleo de tecnología muy compleja y elaborada y, por ende, de muy alto costo y que atiende o resuelve solamente alrededor del 3% de los casos.

1.1. Desarrollo económico, desigualdad social y acceso a los servicios

“En la actual etapa de crisis económica por la que atraviesa Latinoamérica”, particularmente México, no debe perderse de vista la relación entre salud y desarrollo, que una política de ajuste equivocada para sanear las finanzas públicas no tenga en cuenta las prioridades de salud, puede conspirar contra la prosperidad definitiva. “La crisis se manifiesta en el descenso de las tasas de crecimiento, quebrantamiento de las finanzas públicas, inflación, deterioro en la ocupación, ingreso y bienestar reales”.

En nuestro país, como en el resto de América Latina por el elevado peso de la deuda externa, mueven a que no se pueda sostener una postura financiera optimista.

El crecimiento económico de México se ha caracterizado por una “polarización” de la socie-

dad. “La política económica se ha orientado a apoyar el crecimiento industrial a través de una protección externa y con subsidios indiscriminados en detrimento de las actividades del sector primario”. “El llamado milagro económico mexicano llegó a su fin en los setenta, sin haber sentado las bases de un desarrollo sostenido a largo plazo y con una marcada desigualdad económica y social”.

“El agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, la crisis mundial de los setenta y la ausencia de democracia condujeron al país a una crisis en que se acentuó la desigualdad social”.

En esos años setenta, los programas macroeconómicos de ajuste, “dieron lugar a destinar una creciente partida presupuestal al pago del servicio de la deuda. Cuya contra partida fue la reducción del gasto social”. Que en nuestro país, bajo el enfoque neoliberal redujo en mayor proporción el gasto en educación y salud.

Aunque “la interrelación entre desarrollo económico y salud es un problema complejo, existe una percepción de que a mayor nivel de desarrollo económico, se elevarán los niveles de salud”.

Para evaluar la relación entre desarrollo económico y nivel de salud, comparamos algunos países industrializados (Estados Unidos e Inglaterra), con países como México, latinoamericanos de mediano ingreso (Colombia y Costa Rica). Interesante remitirse a algunas cifras e indicadores de la fuente original.

CUADRO I

Comparación del PNB <i>per cápita</i> y de indicadores de salud en países seleccionados								
Pais	PNB <i>per cápita</i> (dólares 1988)	T. Mortalidad < 5 años (USMA 1988)	T. Mort. materna 1980-87	% Niños con bajo peso al nacer 1962-87	Esperanza de vida al nacer años 1988	Cob. Serv. Sal. 1985-87 %	Núm. de Hab. por médico 1984	% Pob. con acceso agua 1985-87
Colombia	1,180	68	110	15	65	60	1,240	92
Costa Rica	1,690	22	36	10	75	80	960	91
México	1,760	68	82	7	75	100	nr	100
Estados Unidos	19,840	13	8	7	76	100	470	100

En Inglaterra los servicios de salud son ofrecidos en su mayoría por el gobierno y en Estados Unidos a través de un mercado privado. Costa Rica tiene una cobertura casi completa a través de un esquema gubernamental. En el caso de Colombia y México, coexisten sistemas de salud públicos y pri-

vados, pero con una baja cobertura de los servicios de salud.

“La relación del producto interno bruto PIB *per cápita* y de la esperanza de vida al nacer muestran una asociación directa: países con ingresos elevados tienen mayor esperanza de vida al nacer. Sin

embargo, Costa Rica ha alcanzado una esperanza de vida similar a Inglaterra y Estados Unidos a pesar de que tiene un PIB *per cápita* sustancialmente menor”.

“La proporción de niños con bajo peso al nacer es menor con un PIB *per cápita* más alto y mayor con un PIB *per cápita* más bajo, Costa Rica vuelve a ser la excepción y su porcentaje de niños con bajo peso al nacer se acerca al de los países de elevados ingresos”.

Se analiza la eficacia de los servicios y su “disponibilidad a través de las tasas de mortalidad materna. Estas son más bajas en Inglaterra y Estados Unidos y más elevadas en los países de menores ingresos. Costa Rica no dispone de una cantidad y calidad de los servicios de salud similar a los países de ingresos elevados y su tasa de mortalidad materna se ha alejado bastante de la de los países de ingresos medios”. En Estados Unidos se pudo encontrar como “a pesar del elevado nivel de sus ingresos y del elevado gasto en salud, el enfoque privado de los servicios de salud, está lejos de ser una solución eficaz y eficiente”.

“En el caso de México, los problemas de desigualdad social, ha originado el estilo de desarrollo económico y se ha reflejado en el nivel de vida de la población”. El rezago que muestran las condiciones de salud y el deterioro de los servicios de salud en México, con base en los referentes internacionales, es un asunto que debe ser resuelto tras una clara decisión política, acompañada de los recursos correspondientes.

Costa Rica no ha sacrificado el bienestar de la población ni los niveles de salud a pesar de las limitaciones económicas, el alto nivel de sus indicadores de salud así lo demuestran. Inglaterra constituye la muestra de que el Estado puede ser eficiente.

En nuestro país el aspecto económico es uno de los factores y por otro lado el acceso a los servicios de salud no es el mismo para todos los mexicanos, existen personas que tienen los medios económicos suficientes para acceder fácilmente a los servicios de salud privados. Los asegurados, trabajadores, empleados y sus familiares que como derivación de su relación laboral, adquieren entre algunos derechos, el cuidado de su salud, I.M.S.S.

I.S.S.S.T.E. y otras que prestan servicios de salud a sus propios trabajadores.

Derechohabientes, clases sociales media y alta, tienen asegurada su entrada a los respectivos servicios de salud.

“Por otra parte existe una proporción importante de mexicanos que no están asegurados por una relación laboral continua, que corresponden en términos generales a personas en situación económica baja; constituyen en buena proporción los llamados grupos marginados considerados población abierta, para ellos el gobierno ha establecido Instituciones Públicas como la Secretaría de Salud S.S.A., los Institutos que dependen de ella, el D.I.F. y en el Distrito Federal, la Dirección General de Servicios de Salud del D.D.F. Y si así lo desean estos servicios, porque están disponibles para todos los mexicanos, infinidad de personas con recursos económicos más aún en algunos Institutos que han alcanzado niveles de excelencia, como los Institutos Nacionales de Cardiología o el Nacional de Nutrición”.

En cambio los individuos o personas más necesitadas, que no tienen relaciones laborales y que por lo tanto no tienen la seguridad social y que además no pueden pagar los servicios privados, paradójicamente sólo pueden recurrir a las Instituciones de población abierta.

Resulta imperativo, impostergable, implementar las acciones que conduzcan a resolver un problema grave de injusticia social, sobre todo en vista de que los servicios de salud son sufragados por la sociedad entera, incluso en el régimen tripartita del I.M.S.S., “la aportación de los trabajadores afecta su salario que es cubierto por la empresa, la aportación del patrón la incorpora a los precios de los artículos que compra toda la sociedad, parte de la aportación del gobierno viene de la recaudación fiscal pagada por toda la población. Por lo contrario los beneficios de los servicios de salud se ofrecen, pero no de igual manera a todos los mexicanos; es decir con diferentes oportunidades de acceder a los mismos”.

La inequidad en salud ha estado indisolublemente ligada a la inequidad socioeconómica y entre ambas generan graves consecuencias: la pobreza, la ignorancia y la enfermedad. La mejoría de la

salud es el resultado de una lucha contra la pobreza. Para alcanzar un buen nivel de salud se debe avanzar en el problema del desempleo, de la habitación, del agua potable, de la disponibilidad de alimentos y del acceso a los servicios de salud. Así como librar barreras que constituyen otros factores de orden sociocultural, como la permanencia de la figura materna como eje central de la cultura familiar, que condiciona una flexibilidad familiar y social hacia el varón, que se reflejan en un bajo umbral al dolor y la enfermedad, que probablemente explique la mayor frecuencia en hombres que en mujeres de muertes derivadas por alcohol. Un clima de agresividad y desatención práctica hacia los menores, ejemplo, la tendencia a no proporcionarles alimentos en un nivel igualitario al del conjunto familiar. Dispersión de la población y la permanencia de grupos o sectores en la medicina tradicional alternativa. La concentración de profesionales de la salud en áreas urbanas y la tendencia hacia la especialización y subespecialización entre otros factores. De esa desigualdad social dan cuenta los términos de "patología de la pobreza", desnutrición, mortalidad infantil elevada, alta frecuencia de padecimientos infectocontagiosos, enteritis y otras enfermedades diarreicas, tuberculosis, anemias, avitaminosis, desnutrición, cirrosis hepática entre muchas otras. Y "patología de la abundancia", padecimientos crónico degenerativos y no transmisibles, cardiopatías, cáncer, infartos, nefropatías, etc., que hablan de la sociedad, de su polarización, económica, social y de salud.

1.2. Retos, estrategias y objetivos para consolidar nuestro sistema de salud y ampliar su cobertura

Para consolidar la coordinación e integración del Sector Salud se tendrán que superar una serie de problemas y retos "organizacionales y administrativos, especialmente la distribución nacional, el uso eficiente de los recursos". Los que plantearán "superar las diferencias de índole cualitativo entre las Instituciones de Seguridad Social I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y los organismos que prestan servicios de salud a población abierta, S.S.A. y D.D.F. y las acciones para reforzar la capacidad operativa y la gestión de los servicios de salud a nivel de gobierno en los Estados de la República.

Surge así la necesidad de revisar en forma permanente la organización de las Instituciones de

Salud, debiéndose identificar aquellos aspectos políticos, legislativos, financieros y sociales que constituyen un obstáculo o una limitante para la integración del Sistema y para la Coordinación Sectorial".

Dentro de los objetivos se encuentran fundamentalmente abatir los rezagos sociales, en virtud de que la acumulación de capital en México, se realizó con base en una creciente desigualdad social, que en términos de salud se manifiesta en las dimensiones, que asume la patología de la pobreza en el país. Así como tender a la plena cobertura y elevar la calidad de los servicios.

Para alcanzar estos objetivos y consolidar nuestro sistema de salud requerimos de estrategias, algunas de ellas ya han entrado en operación: Reestructuración, Modernización, Sectorización, Integración, Coordinación Intersectorial, Participación Comunitaria y por supuesto la Descentralización.

Reestructuración: El proceso de reestructuración orgánica y funcional de la Secretaría de Salud y Asistencia culminó el 24 de enero de 1985 con el tránsito a Secretaría de Salud. Conservando sus siglas S.S.A.

Así la Modernización Administrativa de la Secretaría y la Descentralización de los servicios han llevado a conformar un modelo de operación del Sistema Nacional de Salud que distingue dos ámbitos:

- El Normativo a cargo de la Secretaría de Salud, y el
- Operativo a cargo de los Servicios Estatales de Salud y las Instituciones Federales prestadoras de Servicios.

La Modernización Administrativa de la Secretaría de Salud se ha producido tanto en lo que concierne a la reordenación de funciones sustantivas, connotadas desde ahora en áreas precisas, a saber: Servicios de Salud, Regulación Sanitaria, e Investigación y Desarrollo en lo que atañe a las tareas de Regulación y de Apoyo: Planeación y Administración. De esta forma se hace congruente el trabajo de la Secretaría con su destino Institucional; transformarse en una dependencia encargada de Normar, Planear, Evaluar, Supervisar los Servicios de

Salud y ser un Organismo de Gestión Financiera, dejando la operación de los servicios a los Estados y a otras entidades de la Administración Pública Federal.

Sectorización: Pivote fundamental fue la Reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal a través de la cual se faculta a la Secretaría de Salud, para establecer y conducir la política nacional en materia de Salud, Asistencia Social, Servicios Médicos y Salubridad General, para coordinar los programas y Servicios Públicos de Salud. Y como también ya se mencionó, también la faculta para planear, evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las Dependencias y Entidades Públicas que prestan servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud.

Integración: Se integró el Sector Salud agrupando a los programas y funciones de las Instituciones de Seguridad Social, I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y dentro del Sector se constituyeron dos Subsectores:

- De Asistencia Social, D.I.F., I.N.S.E.N. y los Centros de Integración Juvenil y el de los
- Institutos Nacionales de Salud: Cardiología, Cancerología, de Enfermedades Respiratorias, de Nutrición, de Neurología y Neurocirugía, de Pediatría, de Perinatología, de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México.

La integración se contempla de acuerdo a dos modalidades: a) Integración Orgánica o Estructural, que consiste en fusionar Instituciones y se colocan bajo una sola autoridad. Lo anterior ya ha ocurrido, los Servicios de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes en 1972 al I.S.S.S.T.E.; en 1978 los de la Comisión Federal de Electricidad al I.M.S.S. y en 1981, los de Ferrocarriles Nacionales de México también al I.M.S.S. En 1982 los de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al I.S.S.S.T.E., la Dirección de Higiene Escolar de la S.E.P. y parte de los Servicios Comunitarios del D.I.F. a la S.S.A.

b) Integración Programática o Funcional, en esta modalidad las Instituciones pueden formular sus programas de común acuerdo y establecer convenios específicos para su operación y se establecen

los objetivos, estrategias y los indicadores para su evaluación. En este sentido el futuro se muestra promisorio sobre todo en vista de que existen diversos impedimentos para la Integración Orgánica o Estructural: Los de carácter jurídico, por estar los trabajadores de las Instituciones de régimen diferente en relación laboral, es decir en el apartado "A" o en el "B" del artículo 123 Constitucional. Los de carácter administrativo, dada la capacidad relativa de cada Institución y los de carácter financiero.

A través de la integración funcional o programática de las Dependencias y Entidades Públicas que prestan Servicios de Salud se persigue ampliar la cobertura de los servicios a toda la población, aumentar y unificar la calidad de los mismos.

Coordinación Intersectorial: Que se dio en el periodo 1982-1988 por medio de dos cuerpos colegiados, uno a nivel político y el segundo a nivel técnico.

Participación Comunitaria: Promoviendo esa participación de acuerdo a cada comunidad y sus propias comunidades.

Descentralización: El proceso de descentralización ha requerido un vigoroso fundamento jurídico y las bases se encuentran en el Decreto del 29 de Agosto de 1983 y publicado el día 30, con los siguientes objetivos: Hacer más democrático y eficiente el Sistema Social y dar mayor participación a las Entidades Federativas en desarrollo, como un proceso por etapas sucesivas y gradualmente para asegurar su eficacia impulsando la formación y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud, de acuerdo con una Normatividad Nacional, llevando al uso más eficiente de los recursos y con ello a la efectividad progresiva del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Ya mencionabamos este sustento en el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional sobre la Descentralización de los Servicios de Salud de la S.S.A. y complementar el artículo 13 de la Ley General de Salud, a través del reparto de competencias. La mencionada Ley General de Salud establece previsiones y principios generales que deben regir la prestación de los servicios. Destacan los principios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones económicas de los usuarios. Estos criterios confirman el carácter social del derecho a la protección de la salud, pues

buscan que quienes carezcan de recursos económicos tengan mejores posibilidades de acceder a los servicios de salud.

La misma Ley enumera los que se consideran Servicios Básicos de Salud, imprescindibles para hacer efectiva la Garantía Social consagrada Constitucionalmente. Entre otras: Las de Atención Médica, Salud Pública, Asistencia Social y Disponibilidad de Medicamentos instituidos en el Cuadro Básico de dicha Ley y otros insumos esenciales para la salud. Así como acciones prioritarias: La Atención Materno-Infantil, la Planificación Familiar y la Salud Mental. Se distinguen y califican estos aspectos teniendo en cuenta esencialmente la realidad nacional.

El avance en el proceso de descentralización se contempla en dos etapas:

- La primera se refiere a una coordinación programática de los servicios, así se conformaron los programas Estatales de Salud.

- La segunda hacia una integración orgánica en una sola Institución de diversos servicios que atienden a la población abierta, para formar los Servicios Estatales de Salud.

La descentralización de los servicios de salud se prevee como un proceso sistemático y su ritmo de acuerdo a las necesidades nacionales y a las posibilidades de las Entidades Federativas para asumir el control de los servicios.

La descentralización es un proceso tendiente a dar una distribución equilibrada, en términos regionales, a las acciones públicas así como elevar la participación de las autoridades locales en las mismas.

Existen dos vías para la Descentralización que pueden usarse independiente o conjuntamente: La Legislativa y la Convencional, a través de Reformas Constitucionales o a través de Convenios Funcionales entre el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales como ya vimos.

La Descentralización en sentido estricto consiste en que se transfieren a la Administración Pública Local facultades y con ellas programas y recursos que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe se halla bajo el control jerárquico del transmisor.

Objetivos de la Descentralización:

a) Revertir el proceso de Concentración Nacional que se manifiesta en graves desigualdades regionales, por lo que se refiere a los niveles de salud y a la localización de la infraestructura;

b) La Unificación Técnica y la asunción progresiva por parte de los gobiernos locales de los servicios que les corresponden;

c) Dar Uso más Racional a los Recursos que se destinan a los servicios, por medio de una organización y funcionamiento más idóneos; y

d) Avanzar con Celeridad en la Cobertura de los servicios y en el mejoramiento de su calidad para dar efectividad creciente al Derecho Constitucional a la Protección de la Salud.

CAPITULO II

Servicios de salud del Departamento del Distrito Federal. Antecedentes descentralización

A principios de siglo la Ciudad de México gozaba de una típica paz provinciana. Sus servicios eran escasos, apenas si contaba con el Hospital Juárez y el recién inaugurado Hospital General que inició sus labores en 1905.

El 16 de Diciembre de 1909, son inaugurados los Servicios Médicos de Policía, primer escalón de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

Los problemas económicos que siempre han participado en toda la evolución del país, originan que en el año de 1911 y a pesar de los resultados obtenidos, sea clausurado el Puesto Central de Socorro. Continúan laborando las secciones médicas de comisarías, enviando al Hospital Juárez los casos que así lo ameritaban, pero al persistir la situación se suspenden los servicios, hasta el año de 1921 en que se reanudan; en ese mismo año las autoridades de la ciudad conceden la autorización a la Cruz Roja y a la Cruz Blanca para desempeñar funciones médicas oficiales de emergencia.

Durante los años 1933 y 1934, dado el incremento de los servicios y el crecimiento de la ciudad, se construyeron cuatro puestos de socorro periféricos, que cubrían las necesidades de sus zonas, y

fueron: Balbuena, Santa Julia, Mixcoac y General Anaya.

En el año de 1943, se lleva a cabo el Primer Congreso Nacional de Traumatología, Cirugía de Urgencia y Medicina Legal, del cual se obtienen magníficos resultados. Y en el mes de Enero es inaugurado el primer Hospital de Servicios Médicos, llamado el Hospital de la Cruz Verde, y posteriormente se llamó Hospital Rubén Leñero, en reconocimiento al antiguo Jefe de los Servicios Médicos; en el mismo año se inaugura en este hospital, la Escuela de Enfermería de la Cruz Verde, que con reconocimiento universitario y de la Dirección de Profesiones, funcionó hasta el año de 1953.

Asimismo, en ese año la Jefatura de Servicios Médicos absorbe a otros servicios de algunas dependencias del Distrito, tales como la Clínica Tepeyac, donde eran atendidos los choferes de taxis, la Clínica para Trabajadores no Asalariados, que es el antecedente del Hospital para no Asalariados Dr. Gregorio Salas; la Clínica para Personal de Aguas y Saneamiento en las calles de Andalucía, que posteriormente se llamó Sanatorio No. 1, y la Policlínica de Policía, para la atención del personal del cuerpo de seguridad y sus jurisdicciones.

El 28 de Octubre de 1958 se inaugura el Hospital Infantil de Zona Azcapotzalco; primero de una serie de hospitales infantiles que formarían una red, creados con la idea de llevarle servicio médico a las zonas necesitadas y evitar que la gente tuviera que concentrarse en un solo hospital, con los grandes problemas de transporte, económicos y de tiempo.

El 1o. de Enero de 1960, nuevamente la Oficina de Servicios Médicos de la Dirección de Acción Social es transformada a Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

El 5 de Marzo de 1969, se inauguraron los hospitales infantiles de Gustavo A. Madero y de Iztapalapa; el 3 de Marzo de 1962, se inaugura el Hospital Infantil de Peralvillo; y el 12 de Diciembre el Hospital de Coyoacán.

Para el año de 1962, los Servicios Médicos del Departamento cuentan con las siguientes dependencias: 3 Hospitales de Urgencias, 7 Hospitales

Infantiles, 2 Sanatorios, Servicio Médico en la Cárcel Preventiva, en la Cárcel de Mujeres, en la Penitenciaría de Hombres, sección médica en 25 Delegaciones de Policía Locales y Foráneas, 14 Clínicas, 3 Reclusorios, 3 Parques Deportivos y 2 Casas de Protección Social.

El 16 de Noviembre de 1964, son inaugurados 4 Hospitales más, 2 Infantiles, 1 en San Juan de Aragón y el otro en Xochimilco, 2 Hospitales de Urgencias, 1 en la Villa y el otro en Gustavo A. Madero, ya que con estos hospitales, desaparecen definitivamente todos los puestos de socorro restantes.

La docencia va en incremento, tanto en pregrado con grupos pilotos, como en posgrado con recursos de especialización; de tal modo que en el año de 1970, ya hay 210 plazas para internos y 240 para médicos residentes.

El 15 de Agosto de 1970, son inaugurados 2 Hospitales Regionales (con cupo de 25 camas cada uno), uno en la Delegación Milpa Alta y otro en el pueblo de Topilejo, Tlalpan, que tienen la idea de cubrir las necesidades de esas zonas tan lejanas del centro de la ciudad. Cada hospital fue calculado para dar atención a un área de influencia probable de 600,000 habitantes.

En Noviembre del mismo año es puesto en servicio el Hospital Regional de Cuauhtepc, ubicado en el Barrio Bajo de la misma población, Delegación de Gustavo A. Madero, el cual fue construido con las mismas políticas de los Hospitales Regionales anteriores.

En el mes de Mayo de 1971, inicia sus actividades el Hospital Regional de El Rosario, ubicado en Azcapotzalco; el 11 de Mayo de 1976, se inaugura el "Centro Médico" de los Reclusorios con 330 camas, para la Asistencia Médico-Quirúrgica de alta especialidad y para dar apoyo a todo el Sistema Médico Penal.

En 1991, la Dirección de Servicios Médicos cambió de nombre, a partir de entonces se llama Dirección General de Servicios de Salud, en función de su cada vez mayor compromiso y responsabilidad con la población, para diversificar los servicios que ofrece y dar atención integral a la salud de la población abierta de la Ciudad de México y Zona Metropolitana. En la actualidad se cuenta con siete Hospitales Generales, 11 Hospitales Pediátricos, 7

Hospitales Materno-Infantiles, 6 Unidades Médicas en Reclusorios, 7 Unidades de Atención Primaria Fijas, 25 Móviles, 31 Consultorios Delegacionales, 45 Puestos de Agencias del Ministerio Público y 2 Centros Toxicológicos.

2.1. Cobertura, eficiencia

El acelerado crecimiento demográfico de la Ciudad de México durante las últimas décadas, condicionó que la salud de sus habitantes presente características heterogéneas. Por un lado se observa que las causas de morbilidad son semejantes a las sociedades desarrolladas, en las que las enfermedades crónico-degenerativas ocupan los primeros lugares y por otro lado, persisten enfermedades infectocontagiosas, propias del subdesarrollo. Además, en los últimos años se han incrementado de manera significativa los accidentes y la violencia, habiéndose convertido en causa de mortalidad en la misma medida.

Para dar respuesta a estos retos y exigencias, el gobierno de la ciudad, brinda los servicios de atención a la salud a través de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, D.G.S.S.D.D.F., que dispone de un sistema de atención escalonado con mecanismos de referencia y contrarreferencia, que cuenta con una equitativa regionalización de las unidades hospitalarias y se han integrado los servicios de urgencias traumatológicas en el ámbito de acción de un Hospital General y que se han complementado los hospitales de urgencias pediátricas con el resto de las especialidades médicas para convertirlos en hospitales generales y en los casos en que esto no ha sido posible y por las mismas necesidades se han transformado en unidades de atención materno-infantil.

Los Servicios de Salud del Departamento lleva a cabo en forma permanente, acciones y programas de atención médica en las áreas de consulta externa, general y de especialidad de hospitalización, vigilancia epidemiológica, medicina legal y rehabilitación, de atención preventiva y curativa, control de enfermedades por medio de vacunación, control de enfermedades transmisibles, detección oportuna de enfermedades, orientación en nutrición, consulta periódica a población sana, preservación y fomento a la salud mental, prevención de accidentes e higiene en el trabajo, planifi-

cación familiar, saneamiento ambiental. Así como las acciones específicas de cada especialidad:

Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia, Pediatría, Ortopedia, Traumatología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Oftalmología y Otorrinolaringología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Urología, Dermatología, Odontología, Electroencefalografía, Anatomía Patológica y demás auxiliares de diagnóstico entre otros servicios, siendo realmente difícil mencionar todas y cada una de las acciones que se realizan o servicios que se brindan en los servicios médicos del Departamento.

Por otro lado la D.G.S.S.D.D.F. ha cumplido con su cometido en situaciones de urgencia en los casos de desastre, casi siempre de grandes magnitudes y que han puesto a prueba a esta Institución.

Las experiencias de esta Dirección General, han permitido comprobar que la prestación oportuna de la atención médica de urgencias, ha disminuido la letalidad y las complicaciones en cuanto incapacidad e invalidez de los costos de operación.

A través del tiempo los Servicios de Salud del D.D.F. han elevado la calidad de la atención médica, actualmente otorga servicios de salud oportunos y de forma integral, cuenta con una amplia cobertura a través de un sistema regionalizado y coordinado, que va hacia la integración orgánica con los servicios de la S.S.A., muy probablemente los de atención primaria, asimismo, ha transformado y mejorado su imagen física institucional, modernizándose en sus sistemas y procedimientos técnico-administrativos y se han incrementado los niveles de preparación del personal, y la formación de recursos humanos para la salud y la enseñanza son permanentes.

A pesar de las limitaciones económicas, que si bien es cierto que han condicionado alguna controversia, la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal ofrece a la población los servicios hospitalarios, que más necesita y demanda, haciendo un uso más racional de la capacidad instalada en número de unidades y camas, que ha llevado a obtener un balance bastante razonable en términos de recursos utilizados y servicios otorgados, alcanzando en determinados rubros niveles destacados.

Solamente en el año de 1994, que son los datos que pudimos tener a nuestro alcance, se realizaron: 503,531 Inmunizaciones, 217,125 Detecciones oportunas de Enfermedades, 542,939 Consultas Generales y 726,618 Consultas de Especialidad, 429,568 Atenciones Médico Legal, se atendieron 105,643 Pacientes Hospitalizados y 554,888 Urgencias, se llevaron a cabo 45,284 Intervenciones Quirúrgicas y 35,476 Atenciones Obstétricas, 2,381,075 Tomas de Laboratorio y Rayos X, así como 12,935,341 Estudios de sangre, dando una cobertura a la población total de 2,632,667 de usuarios.

2.2. Descentralización de los servicios de salud a población abierta en el Distrito Federal

El proceso de descentralización de los servicios de salud que se brindan a población abierta en el Distrito Federal se encuentra inscrito en la búsqueda de la consolidación de los Sistemas Estatales de Salud, que en su conjunto y perfectamente estructurados, darán origen a un vigoroso Sistema Nacional de Salud.

Los esfuerzos realizados para unificar los niveles de vida de los habitantes de la Ciudad de México, sin diferenciar regiones o estratos, hasta tiempos muy recientes no han podido cumplir con este objetivo y una de las principales causas que generaron este desequilibrio fue la gran centralización en que vivió nuestro país y que en alguna época fue base del desarrollo.

En materia de salud, como resultante de lo anterior, se pueden identificar como problemas genéricos de atención médica a población abierta en el Distrito Federal, los siguientes: Los servicios de atención médica no son uniformemente accesibles ya que en algunas delegaciones con mayor concentración de recursos para la salud (Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza, Benito Juárez y Tlalpan), y otras (las 11 restantes) que no cuentan con los recursos suficientes.

La atención médica que se otorga en los distintos niveles es heterogénea, tanto en calidad como en la forma de prestación de servicios.

No se ha logrado alcanzar cobertura total en materia de atención médica, debido a diferencia en la coordinación, lo cual genera duplicidad de acciones e imbricaciones de universos.

Las posibilidades de desarrollo de los servicios y mejoramiento de la calidad de la atención se dilu-

yen por el incremento del costo de los recursos y la inadecuada utilización de los mismos, así como la disparidad de políticas, sistemas y métodos operativos en cada Institución, debido a que no se cuenta con un órgano coordinador e integrador de las acciones de los sectores público, social y privado.

Por otro lado existen en el Distrito Federal, diversidad de criterios en la orientación programática de las acciones debido a la falta de un programa de salud único para el Distrito Federal.

Es por ello que para llevar a cabo el proceso de descentralización y estar en posibilidad de establecer y fortalecer la estructura que se encargue de los servicios de salud, están consideradas estrategias como concebir a la descentralización como un proceso gradual, firme e irreversible que debe conciliar la eficiencia en el manejo de los asuntos públicos, y responder al reclamo ciudadano de vigorizar las entidades federativas.

La descentralización en el Distrito Federal, se orientará por los principios y propósitos del Sistema Nacional de Salud y se dirigirá a la integración de un sistema local que planea, organice y articule las acciones de los sectores público, privado y social en materia de salud a través de la formulación y desarrollo de programas locales.

La descentralización en el Distrito Federal se conducirá en forma programática de conformidad con el modelo y la normatividad diseñados por la Secretaría de Salud y por los acuerdos de coordinación que se suscriban entre ésta y el Departamento del Distrito Federal, y abarcará las materias de Salubridad General definidas en la Ley General de Salud, otorgando particular énfasis y prioridad a los Servicios Básicos de Atención Médica, Salud Pública, Asistencia Social y Control Sanitario.

Los servicios de la Secretaría de Salud y los propios del Departamento del Distrito Federal, se integrarán orgánicamente en la estructura administrativa que al efecto establece la Ley de Salud para el Distrito Federal, la cual coordinará programáticamente el sistema local de salud, regulará las acciones de Control Sanitario en materia de Salubridad Local y la prestación de Servicios de Salubridad General y establecerá sus prioridades de atención y de aplicación de recursos en términos de la legislación aplicable, local y federal.

El proceso de descentralización en el Distrito Federal procurará la transferencia de facultades en materia de la operación del Control Sanitario hacia las delegaciones.

Que los servicios de salud generalizados en este proceso, eleven la calidad de la atención que prestan, alcanzando homogeneidad con el resto de las Unidades Sectoriales, racionalizando sus costos y muy en especial, mejorando sustancialmente el trato humano que se otorga en ellos.

En la descentralización de los servicios de salud en el Distrito Federal, será indispensable que se contemple como una prioridad que deberá convertirse en un programa permanente de los servicios integrados, la rehabilitación y mantenimiento de la infraestructura, con el propósito de lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos existentes.

Cuidando establecer con toda claridad las normas para la formación y desarrollo de profesionales, residentes y técnicos en salud, en áreas de pregrado, posgrado y capacitación continua lo cual traerá como consecuencia planear, programar, coordinar y controlar las acciones de enseñanza y capacitación continua.

El sistema de servicios de salud a población abierta en el Distrito Federal, se conceptualiza como un conjunto de mecanismos debidamente seleccionados y organizados a través de los cuales los recursos de infraestructura física y humanos se ordenan y estratifican por niveles de atención, con la finalidad de llevar a la práctica las políticas de salud vigentes, mediante el desarrollo de acciones integrales, homogéneas, continuas y adecuadas a las necesidades de la población.

Los objetivos generales del sistema son, conformar y operar una estructura de servicios que permita mejorar el nivel de salud de la población, procurando la cobertura total con calidad básica homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos.

Bajo estrategias como el escalonamiento de la atención, clasificación operativa de las unidades, regionalización de los servicios, participación comunitaria, modernización administrativa, integración comunitaria, modernización administrativa, integración funcional y orgánica de los

servicios, desconcentración de los servicios de salud y la coordinación intra e intersectorial.

Para su operación, el sistema incluye cuatro subsistemas básicos: De atención médica, de vigilancia epidemiológica, de regulación y fomento sanitario, el de referencia y contrarreferencia.

El de Atención Médica, regular con acciones encaminadas a la prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud. El de Urgencias, a la atención de padecimientos de gravedad muy variada, iniciación súbita y evolución indeterminada. El de Vigilancia Epidemiológica para conocer los riesgos, distribución y frecuencia de los padecimientos así como los factores condicionantes y determinantes de los mismos. El de Regulación y Fomento Sanitario para normar el control y vigilancia de los productos, bienes y servicios destinados al uso y consumo humano, y del medio laboral, marcando la promoción y ejecución de las acciones de saneamiento, educación, investigación y asesoría. El subsistema de Referencia y Contrarreferencia permite en forma oportuna, adecuada y justificada, la canalización de pacientes entre las distintas unidades médicas de los tres niveles de atención para proporcionar atención médica integral, continua y de la mejor calidad posible, facilitando y asegurando así el acceso a los servicios y la optimización de los recursos existentes.

Dentro de la red de servicios, las unidades de atención médica se han clasificado de acuerdo a la complejidad de los recursos y tecnología con que cuentan.

Con una organización en tres niveles, un nivel central como una instancia administrativa del sistema general, responsable de la coordinación y concertación intra y extra sectoriales necesarias, un nivel intermedio como una instancia con capacidad de administración de las unidades de primer nivel que se le asignen y sujeto a la evaluación y control de los niveles intermedio y central.

Participación Comunitaria cuyo propósito fundamental es lograr que la comunidad participe en forma integral en los problemas de salud, realizando tareas y contribuyendo activamente en la gestión de sus servicios, con el fin de lograr el mejoramiento de su nivel de salud.

La participación de la comunidad debe ir más allá de la capacitación para el uso adecuado de los servicios médicos. No existe un cuadro general acerca de los mecanismos utilizados para integrar a la comunidad a los programas de salud, sin embargo para el logro de esta estrategia, se propone organizar a la comunidad a través de sus propias agrupaciones, capacitar a la población para el autocuidado de la salud; utilizar adecuadamente los servicios de salud y participar en la conservación y mantenimiento de las unidades médicas.

La Modernización Administrativa se concibe como la acción permanente del Estado para adecuar los instrumentos administrativos y los recursos de que se dispone, con la finalidad de hacer frente a los desequilibrios e insuficiencias existentes, y así poder llevar a cabo las transformaciones que posibiliten el establecimiento y la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Dicha modernización, tiene que circunscribir su ejecución en un marco general que defina las líneas de acción dentro de áreas de atención prioritarias: Programación y presupuestación; estructuración institucional y sectorial; adecuación del marco jurídico; mejoramiento y racionalización de los recursos humanos; aprovechamiento de los recursos materiales y fortalecimiento de los sistemas y mecanismos de control y evaluación.

Integración orgánica de los servicios: Esta integración de las Instituciones S.S.A. y D.D.F. (D.G.S.S.D.D.F.) evita las duplicaciones de servicios y de programas, con la planeación de una sola instancia y de acuerdo con objetivos claramente definidos, lo cual conlleva las ventajas de aprovechar las unidades que por diversas circunstancias no tienen índices de ocupación adecuados; compartir los servicios de alta complejidad y utilizar los recursos de las instituciones integralmente para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

La integración orgánica o estructural consiste en fusionar las instituciones públicas de salud y sus correspondientes servicios en una entidad bajo una sola autoridad.

La desconcentración de los servicios de salud es una estrategia cuya finalidad es democratizar la vida social, optimizar los recursos y lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios públicos.

La Coordinación intra e intersectorial es una estrategia instrumental para vincular el propósito fundamental y los objetivos del sector salud con los correspondientes a los demás sectores.

La Coordinación intra e intersectorial pretende evitar la duplicación de servicios y el incremento del costo de la atención médica, para lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos e incrementar la capacidad de los servicios así como ampliar la cobertura a toda la población.

La salud auspicia el desarrollo integral del individuo y de la sociedad; por eso la salud no constituye sólo un valor biológico, sino un valor y un bien social, de interés público y el Estado debe ser el principal responsable para garantizarla.

En nuestro país como en el resto de América Latina por el elevado peso de la deuda externa, mueven a que no se pueda sostener una postura financiera optimista; sin embargo no se debe perder de vista la relación entre salud y desarrollo, no tener en cuenta las prioridades en salud es renunciar a la prosperidad definitiva.

En México, 1982 marca el fin de una era y el inicio de otra en el ámbito económico, los ajustes condicionados por el FMI se han traducido en una reducción en el gasto social, se implementó un autoritario proceso de transformación económica, sin modernización de las estructuras políticas y sociales, que junto con la ausencia de democracia condujeron al país a una crisis en que se acentuó la desigualdad social.

Los servicios de salud se ofrecen, pero no de igual manera para todos los mexicanos.

Los médicos, hace muchos años que sabemos que la salud es el resultado de la interacción, del equilibrio de múltiples y determinantes factores, muchos de ellos relacionados con el grado de desarrollo socioeconómico.

La inequidad en salud ha estado indisolublemente ligada a la inequidad socioeconómica, de la que dan cuenta la patología de la abundancia y la patología de la pobreza. La concentración de la riqueza, ha llevado a una concentración de bienestar y del nivel de salud.

En nuestro país, se brinda atención a la salud en una coexistencia de Instituciones públicas y priva-

das, bajo tres principios, poder de compra, seguridad social y pobreza, estructurados en tres niveles de complejidad de la atención (experiencia universal).

En el Sector Público, existen diferencias de índole cualitativo entre las Instituciones de Seguridad Social, I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y aquéllas que brindan atención a la llamada población abierta, S.S.A. y en el Distrito Federal, el I.S.S. D.F.

Se requiere descentralizar la vida nacional y en ese contexto, los Servicios de Salud.

La descentralización debe cumplir con sus objetivos, abatir los rezagos sociales, revertir los efectos de la centralización, alcanzar la unificación técnica, el uso racional de los recursos y ampliar la cobertura.

Las acciones en el proceso de descentralización en el D.F. han sido verticales.

Para impulsar la descentralización de la vida nacional han de utilizarse independiente o conjuntamente las acciones por la vía convencional, o la vía legislativa, que sean necesarias, a través de Reformas Constitucionales.

Las sociedades industriales han llevado a los servicios de salud a ser una estructura más de la organización burocrática, que aunada a la saturación de las instituciones públicas de salud, condicionada por el deterioro económico, han contribuido al deterioro de la relación fundamental, ya de por sí

compleja, médico-paciente, que se han traducido en un incremento de las controversias de carácter médico-legal.

En la capital del país, el proceso de descentralización y sus acciones, parecen trastocar derechos laborales, en ocasiones tan difícil y largamente alcanzados y generar inquietud en los profesionales de la salud.

La descentralización debe cumplir con su objetivo social, y no ser pretexto o coyuntura para reducir el gasto social.

Son factores la idiosincrasia, la dispersión de la población, la concentración científica y tecnológica, la concentración de profesionales de la salud en áreas urbanas y la tendencia a la especialización y subespecialización; sin embargo la pobreza es el factor más difícil de trascender y causa de injusticia social.

En el caso de México, los problemas de desigualdad social, han originado el estilo de desarrollo económico y se ha reflejado en el nivel de vida de la población. El rezago que muestran las condiciones de salud y el deterioro de los servicios de salud en México, con base en los referentes internacionales, es un asunto que debe ser resuelto tras una clara decisión política, acompañada de los recursos correspondientes.

Tal vez se requiera, reorientar el modelo de desarrollo y darle un rostro más humano.

La privatización, no es sinónimo de eficiencia, más aún, el Estado puede ser eficiente.

Importancia de la Vigilancia del Ejercicio Médico Profesional como Medio para Garantizar el Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Andrés de Alba González
Dr. Enrique Muñiz Ortiz
Dr. Ricardo Anzures Carro

Dr. Rufino Juárez Mejía
Dr. Manuel Aceves Gómez
Dra. Laura E. Huerta Espinosa

Dr. Rafael Moraga Luna*

En respuesta a la Convocatoria emitida por la Comisión de Salud de la LVII Legislatura de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión y con fundamento en las atribuciones que a los Colegios de Profesionales otorga la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, el Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos se honra en participar en este importante Foro y presentar sus consideraciones acerca de cómo la Vigilancia del Ejercicio Profesional llevada a cabo por los Colegios Médicos puede coadyuvar importante y responsablemente con el Gobierno Federal, los gobiernos de los estados, las instituciones públicas y privadas de salud y en la sociedad misma a garantizar el derecho a la protección de la salud consagrado en el Artículo 4o. Constitucional.

En efecto, un análisis de este tema hace indispensable partir de la base de que la garantía de una protección eficaz a la salud de la población sólo puede ofrecerla personal médico y humanístico, y permanentemente actualizado en sus conocimientos, habilidades y destrezas.

Una vez asentado este punto básico e indiscutible, cabe hacer mención de que el ejercicio profesional médico, para que sea satisfactorio y

verdaderamente útil, requiere que se cumplan las condiciones siguientes:

1. Los médicos deben disfrutar con igualdad de oportunidades el derecho a tomar acceso a todas las actividades relacionadas con su profesión, incluidas la formación y la educación continua, el empleo, la asociación y la colegiación médica, sin consideración de credo, religión, sexo, edad o afiliación política.

2. Es indispensable que los médicos disfruten la libertad profesional que les permita atender a sus pacientes sin interferencias, ya que es responsabilidad suya usar su juicio y estrategia diagnóstica para tomar las decisiones clínicas y éticas necesarias para la atención y el tratamiento de sus pacientes.

3. Asimismo, los médicos deben tener libertad profesional para representar y defender las necesidades de sus pacientes en materia de salud contra todos los que nieguen o limiten la atención que ellos requieren. El médico no debe seguir las prioridades que sobre la distribución de recursos imponen las autoridades de los servicios de salud, ya que ello puede contravenir la confianza y los derechos de los pacientes.

4. La autonomía profesional es un principio ético esencial para el ejercicio médico y componente

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

insustituible de la atención médica de calidad, cuya finalidad es el beneficio del paciente.

5. Los médicos deben estar conscientes del costo de la atención médica y deben participar en el control de los gastos; sin embargo, la ética médica obliga primordialmente a proteger los intereses de sus pacientes y no exponer a riesgos o peligros la salud o la vida de los enfermos por satisfacer el control de gastos.

6. El control de gastos es un tema de interés en la vigilancia del ejercicio profesional, pues estos se relacionan con los métodos de prestación de la atención médica, el acceso a los hospitales, a la cirugía y al uso apropiado de tecnología. La vigilancia médica deberá cuidar que el control no se use como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos que necesitan, pero tampoco debe permitirse el excesivo uso de los servicios y de los recursos que aumente de manera insensata el costo de la atención, en detrimento de quienes más los necesitan.

7. Es deber del médico informar a las autoridades correspondientes cuando descubra una situación que pueda afectar la salud del paciente para que se tomen las medidas necesarias para remediar dicha situación. Podrá optar por otras medidas si a su juicio las tomadas no son pertinentes, a condición de que estén apoyadas en criterios generalmente aceptadas.

8. Los Colegios Médicos podrán ser mediadores en caso de conflictos entre las políticas de gobierno y los intereses médicos. Se deberán acordar por mutuo consentimiento, los mecanismos que permitan esta mediación sin violar las cláusulas de un contrato colectivo o un convenio privado.

9. Las obligaciones éticas de los médicos relativas a sus pacientes por encima de las obligaciones contractuales relacionadas con el empleo.

10. El Ejercicio profesional médico tiene la responsabilidad de autorregularse y son los profesionales agrupados en Colegios los que deben tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales de los médicos.

11. La vigilancia profesional del quehacer médico deberá preservar los principios de confidencialidad y de procuración de beneficio para el enfermo, además de constar que el paciente está

recibiendo los adelantos de la medicina científica y los procedimientos terapéuticos más seguros y efectivos.

12. Es pertinente hacer hincapié en que la injerencia de los Colegios en la vigilancia de los médicos se circunscribe al ámbito académico y profesional, y por lo que respecta al control y restricción del ejercicio ilegal de la Medicina, los Colegios han de actuar como coadyuvantes de las autoridades del Poder Judicial y de la Administración Pública Federal o de los gobiernos estatales.

De lo hasta aquí expuesto, se deduce que los Colegios Médicos tienen la obligación de organizar e informar a sus miembros acerca de los marcos legales y normativos fundamentales relacionados con el ejercicio de su profesión. Deben establecer las bases éticas y velar para que no se transgredan los principios éticos, morales, administrativos y jurídicos de la profesión; además, procurar que sus socios cubran los aspectos técnicos y científicos de actualización en forma acorde con las necesidades sociales del área correspondiente. En otros términos, los Colegios tienen como una de sus responsabilidades principales, la elaboración de los respectivos códigos deontológicos.

La importante actividad que aquí se propone tiene su fundamento en el Artículo 50 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, donde se establece, entre otras atribuciones y deberes de los colegios profesionales la **“Vigilancia del ejercicio profesional con el objeto de que éste se realice dentro del más alto plano legal y ético”**.

Por vigilancia profesional se entiende el conjunto de procedimientos que deben establecer los Colegios con el objeto de orientar y apoyar a quienes ejercen una profesión para que cumplan los requisitos establecidos y así garantizar a la sociedad la prestación de servicios profesionales de alta calidad.

En opinión del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, el proceso de vigilancia profesional comprende los aspectos siguientes:

a) Colegiación: Con la finalidad de tener registrados a todos los profesionales dedicados al ejercicio de la medicina. Con este propósito y con el objetivo de que se cuente con bases de datos reales, actualizadas y verificables que permitan

hacer estudios sociales, estadísticos y de población profesional, es pertinente que en las normas que promulguen los órganos legislativos se establezca como conveniente o necesaria la afiliación a un colegio profesional, o bien, como obligatoria, de la misma manera que ocurre en países más desarrollados que el nuestro.

b) Actualización: Resultado de la aplicación de técnicas y programas diversos de educación continua. Para lograr esta meta los Colegios deberán organizar cursos de adiestramiento y capacitación que incluyan las evaluaciones respectivas, a fin de que los médicos mantengan al día sus conocimientos y enriquezcan sus habilidades y destrezas, conforme surjan los avances tecnológicos en sus respectivos campos de competencia. Con este mismo propósito, se podrán utilizar los recursos que proporcione la informática médica, de tal manera que normando y evaluando las actividades de autoaprendizaje que se realicen por este medio, se les acepte y registre como procesos válidos.

Todas estas formas de educación continua hacen indispensable el diseño de controles de evaluación con valor curricular y reconocimientos debidamente avalados por los Colegios Médicos.

c) Certificación y Recertificación: Son procedimientos evaluatorios periódicos que habrán de efectuarse en forma conjunta y en estrecha colaboración con los consejos correspondientes con la finalidad de verificar la vigencia de los conocimientos y la actualización de las habilidades y destrezas de los médicos en ejercicio. Esta fase constituye una responsabilidad que los Colegios deben compartir con los consejos de certificación integrándolos como agrupaciones colegiadas para reforzar así la vigilancia profesional y hacerla más provechosa y eficaz.

d) Expedición de Certificados y Cédulas de Colegiación a los médicos que se ajusten y satisfagan los criterios establecidos en los procesos de certificación y recertificación.

Con estas cuatro fases que integran la propuesta del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, se podrá llevar a cabo una efectiva vigilancia del ejercicio de la profesión médica con pleno respeto a la dignidad profesional de los médicos y con estricto apego al mandato de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. de la Constitución Mexicana.

Evaluación en los Drogadictos del Daño Neuropsiquiátrico, como Causa de Conducta Delictiva. Su Tipificación y Sanciones, para la Protección Social de la Salud

Dr. Apolinar Bautista Orozco
 Dr. Mauricio Rivera Díaz
 Dr. Manuel Tovilla y Pomar
 Dr. Arturo López Hernández

Dr. José Luis Minjares Robles
 Dra. Venus Ma. Castellón y Castellón
 Dr. Eduardo Perusquia Ortega
 Dr. Andrés F. de Alba González

Dr. José Luis Hurtado de Mendoza*

La Ciudad de México y otras ciudades del interior de la República mexicana, son puntos en donde la población se aglomera en busca de mejores condiciones de vida, además de traer sus ambiciones y su pobreza, también traen consigo sus creencias, su cultura y su gran necesidad por sobrevivir a costa de lo que sea. Son grandes formadores de asentamientos humanos irregulares por diversas partes periféricas de las ciudades, los cuales carecen de condiciones de vida digna, y por lo tanto su desarrollo es precario; algunos, son formadores de desórdenes sociales, como el pandillismo, la delincuencia, la prostitución, entre otros, estas acciones atentan contra la seguridad de la comunidad, deteriorando los derechos de los ciudadanos, y el derecho a la protección de la salud colectiva. Este campo es propicio para el desarrollo de la farmacodependencia, la cual ha dado muestras de que la utilización de drogas, destruye de manera irreversible al individuo, algunas drogas alteran de manera drástica la conducta, y por ende aumentan la capacidad de agresividad del usuario hacia los ciudadanos normales. La utilización de drogas, produce secuelas, la mayoría de las veces

éstas se traducen en la formación de grupos que se dedican a agredir físicamente a cualquier ciudadano, sin importar que esta agresión termine con su vida, es decir, la población tiene que soportar las agresiones de quienes impunemente atentan contra la salud colectiva, y tal parece que estos actos son cada vez más cotidianos y lo que raya en el cinismo es que los delincuentes se escudan en la minoría de edad para cometer sus negros propósitos, saben de antemano que para la ley son infractores y no delincuentes, ¿de qué manera se le puede llamar a un "menor de edad" que por conseguir dinero para la droga, utiliza armas con destreza y en su afán convierte al atacado en un discapacitado o le arrebató la vida?, desde luego que no le importa dejar en la orfandad, la mayoría de las veces, al núcleo familiar, ¿qué ley protege a los familiares de las víctimas?, ¿quién apoya al núcleo familiar del farmacodependiente?, ¿quién creará y aplicará los programas para rehabilitarlo y además vigilar la conducta durante y después del tratamiento?

Desde luego que esta acción no debe ser arbitraria, se buscará que especialistas en Psicología, Psiquiatría, Neurología, Trabajadores sociales,

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

Sociólogos, emitan la certificación y el dictamen, que avale la peligrosidad que para la sociedad representa el farmacodependiente en estudio con la finalidad de apoyar a quienes se encargan de aplicar la ley, de lograr la rehabilitación del farmacodependiente y, sobre todo, la aplicación de la ley de acuerdo a los actos cometidos, tomando en cuenta las agravantes del delito sin importar la edad.

En respaldo de lo anterior, me permito relacionar la sintomatología por el uso de drogas.

Definiciones relacionadas con drogas

La Farmacodependencia

Es un estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco caracterizado por las indicaciones de comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

1. **DEPENDENCIA FISICA O ADICCION.** Es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos, cuando se suspende bruscamente la droga. No todas las drogas producen este efecto.

2. **DEPENDENCIA PSIQUICA O HABITUAL.** Es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de la dependencia física pero indica también un grave problema para el individuo, es decir, este consumo compulsivo provoca la alteración de la mente de la persona, la cual varía según la droga.

Síndrome de Abstinencia

Las siguientes alteraciones aparecen cuando se suspende bruscamente una droga y a saber son trastornos fisiológicos que pueden producir la muerte.

1. Alteración de la frecuencia cardiaca
2. Alteración de la presión arterial
3. Alteración respiratoria
4. Sudoración
5. Vómito
6. Delirios
7. Convulsiones
8. Pérdida de la conciencia.

Tolerancia

Es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud.

Acostumbramiento

Es la tolerancia que adquiere el organismo para soportar dosis cada vez más elevadas de la droga, dosis que en condiciones normales serían tóxicas y aun mortales.

Escalada

Recibe este nombre cuando el usuario combina una o varias drogas provocando cada vez más la dependencia. El usuario tiene la necesidad de combinar otras drogas cada vez más peligrosas a fin de conseguir los mismos efectos.

Refuerzo

Es cuando el usuario utiliza periódicamente la droga tratando de mantener los efectos.

Abuso

Es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual.

Droga

Es cualquier sustancia química que modifica la función de los tejidos vivos y que da como resultado un cambio fisiológico o del **comportamiento**.

Estupefaciente

Es la droga no precisamente medicamento, que actúa en el sistema nervioso central, produciendo dependencia física.

La Cocaína

Es una sustancia estimulante del sistema nervioso central y un agente simpaticomimético.

Patrones de Abuso

En las áreas rurales de los Andes el masticar hojas de coca es un hábito que permite a los campesinos sobrellevar la pobreza extrema y las inclemencias del clima. Los patrones de abuso son la inhalación, el fumado y la inyección endovenosa de la droga.

Toxicocinética

ABSORCION. La cocaína es absorbida rápidamente por inhalación, ingestión y fumado.

INHALACION. Alcanza una concentración máxima en plasma a los 15 ó 60 minutos. El efecto eufórico máximo se produce a los 15 ó 20 minutos.

INGESTION. La cocaína ingerida alcanza sus niveles máximos en sangre entre los 50 y 90 minutos. La cocaína se absorbe mejor en el medio alcalino del intestino delgado que en el medio ácido del estómago.

FUMADA. Cuando se fuma, el crack o cocaína free-base es absorbida de manera rápida y completa a través de la circulación pulmonar. El efecto psicológico y fisiológico de 125 miligramos de esta forma, es similar al obtenido con 20 miligramos de clorhidrato de cocaína por vía endovenosa. La euforia se produce entre los 6 y 11 minutos.

POR VIA ENDOVENOSA. La toxicocinética de la cocaína es similar al fumado, aunque los efectos fisiológicos y psicológicos aparecen varios minutos antes.

TOLERANCIA. Algunos usuarios crónicos pueden tolerar dosis que superan un gramo de cocaína, que puede ser la dosis letal humana.

INTERACCIONES. La cocaína tiende a producir hiperglucemia, los medicamentos que afectan el metabolismo de las catecolaminas, como los anti-depresivos tricíclicos, la dopamina y alfa-metildopa, aumentan los efectos simpaticomiméticos de la cocaína. Por la tendencia de la cocaína en sobredosis produce depresión cardiovascular y arritmias cardíacas, su uso es un riesgo en cardiopatas.

Patofisiología

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y un agente simpaticomimético, principalmente a través de la norepinefrina y la epinefrina.

Sistema Nervioso Central

En dosis progresiva, causa primero estimulación de la corteza cerebral (euforia, hiperactividad, desasosiego y locuacidad); luego, al activar centros cerebrales inferiores causa temblor, hiperreflexia y convulsiones. En dosis elevadas, a la fase de excitación sigue una fase de depresión caracterizada por coma, hiporreflexia y depresión cardiorrespiratoria. La muerte puede producirse por depresión cardiorrespiratoria y paro cardíaco.

Se cree que la acción estimulante de la cocaína sobre el sistema nervioso central puede ser mediante la potencialización de las catecolaminas o deprimiendo vías inhibitorias centrales. En cuanto a su efecto sobre el comportamiento y las convulsiones por el uso crónico, se atribuyen a la estimulación farmacológica del sistema límbico.

- **SISTEMA CIRCULATORIO.** Una dosis baja de cocaína, 25 mg. por vía endovenosa elevan la presión sanguínea y aceleran el pulso, esta respuesta simpaticomimética se atribuye al bloqueo del consumo de la epinefrina y norepinefrina, con el consiguiente aumento de la concentración de neurotransmisores de los receptores adrenérgicos. Con dosis elevadas de cocaína se puede producir el paro del corazón por alteraciones de la permeabilidad de la membrana al sodio.

- **SISTEMA RESPIRATORIO.** Por estimulación central la cocaína causa al comienzo taquipnea, pero si se aumenta la dosis puede deprimirse la respiración, aparecen cianosis e hipoxemia hasta llegar a la muerte.

- **REGULACION TERMICA.** En dosis elevadas la cocaína produce hipertermia al aumentar la producción de calor (por efecto psicomotor) y disminuir la pérdida de calor por la acción sobre los centros termorreguladores.

- **PUPILAS.** Causa midriasis por los efectos adrenérgicos sobre los músculos radiales del iris.

- **SISTEMA DIGESTIVO.** La cocaína produce náuseas y vómito por estímulo del centro del vómito y diarrea y cólicos abdominales por efectos simpaticomiméticos sobre la pared intestinal.

- **ANAFILAXIA.** Se considera muy rara la anafilaxia para la cocaína pura, que podría deberse a drogas más alergénicas contenidas como impurezas en la cocaína de la calle.

● Clínica

Intoxicación aguda, de acuerdo con Gay 1982, puede dividirse en tres fases:

I. Estimulación temprana

a. Sistema nervioso central: Euforia, locuacidad, excitación, aprensión, comportamiento irritable, midriasis, cefalea, náuseas, vómito, mareos, tem-

blores, tics, psicosis, alucinaciones, sacudidas y bruxismo.

b. Sistema circulatorio: Pulso acelerado, hipertensión arterial, fiebre, palidez, extrasístoles.

c. Sistema respiratorio: Aumento de la frecuencia y profundidad respiratorias.

II. Estimulación avanzada

a. Sistema nervioso central: Convulsiones tónico-clónicas, hiperreflexia, status epilepticus, disminución de la conciencia.

b. Sistema circulatorio: Marcado aumento del pulso y de la presión arterial.

c. Sistema respiratorio: Cianosis, disnea, respiración irregular.

III. Depresión

a. Sistema nervioso central: Parálisis muscular, arreflexia, coma y muerte.

b. Sistema circulatorio: Hipotensión arterial, hipertermia, insuficiencia circulatoria, paro cardíaco y muerte.

c. Sistema respiratorio: Insuficiencia respiratoria, edema agudo pulmonar, cianosis, piel marmórea y muerte.

● Muerte

Con frecuencia las muertes causadas por cocaína pasan inadvertidas porque los métodos de tamizaje rutinario pueden dar resultados negativos, debido a la rapidez con que la droga se elimina.

Se han atribuido a la cocaína el desarrollo de infartos agudos del miocardio en individuos entre los 19 y 44 años de edad (Regler y Marks 1986). En nuestro criterio en la actualidad debe sospecharse presencia de cocaína ante toda muerte por infarto del corazón en un adulto joven sin manifestaciones previas de afección coronaria.

En cuanto a la rapidez de la muerte por esta droga, suele producirse de manera inmediata por colapso respiratorio cuando la cocaína es inyectada, y puede demorarse hasta una hora con convulsiones agónicas cuando ha sido inhalada e ingerida. Si bien la mitad de las muertes debidas a la cocaína ocurren por inyección endovenosa, todas las demás vías de administración también han ori-

ginado decesos. Por otra parte, hasta el 30% de muertes relacionadas con la cocaína, implica el uso simultáneo de heroína según Nakamura y Nouguchi.

De manera general, la muerte rápida por cocaína se produce por dos mecanismos:

a. Arritmia cardíaca por la acción de la cocaína sobre el miocardio.

b. Paro cardiorrespiratorio por la acción de sobredosis de cocaína sobre el sistema nervioso central.

● Complicaciones Psiquiátricas

Dependiendo de la dosis, cronicidad, personalidad y predisposición genética, la cocaína produce manifestaciones psiquiátricas que van desde la euforia a la forma esquizofrénica.

Dichas manifestaciones pueden agruparse en tres síndromes:

● SINDROME DE EUFORIA

Se caracteriza por euforia, labilidad afectiva, aumento de la actividad intelectual, exagerado estado de alerta, hiperactividad, anorexia, insomnio, hipersexualidad y tendencia a la violencia. La distorsión del pensamiento puede llevar al suicidio y al homicidio. Los trastornos del juicio y de la atención aumentan la posibilidad de accidentes.

● SINDROME DE DISFORIA

Se caracteriza por tristeza, melancolía, apatía, incapacidad para concentrarse, ilusiones dolorosas, anorexia, insomnio.

● PSICOSIS ESQUIZOFRENIFORME

Hay alucinaciones táctiles, el paciente cree sentir que pequeños animales caminan debajo de su piel (signo de Magnan), alucinaciones visuales que lo hacen ver luces relampagueantes en la visión periférica, llamadas luces de nieve. Por lo general, después de cinco días de abstinencia, el paciente retorna a su personalidad normal. Cuando persisten los síntomas más allá de dicho periodo, debe considerarse que existe un trastorno psiquiátrico subyacente.

Signos de Abuso de Alucinógenos (Marihuana)

1. Exaltación y animosidad
2. Risa súbita e incontrolable
3. Conjuntivas congestionadas (ojos rojos), uso de anteojos oscuros o gotas vasoconstrictoras
4. Alteraciones en percepción del tiempo
5. Resequedad de mucosas, nasal y oral
6. Palabra lenta (bradipsiquia) y desarticulada
7. Apatía
8. Desinterés y desaliño
9. Reacciones emocionales inesperadas
10. Presencia de semillas o restos de picadura de vegetal o papel.

Patofisiología

SISTEMA CIRCULATORIO. El fumado de un cigarrillo con 20 mg. de D9THC produce un aumento del volumen sistólico y del pulso, del 24 al 53%, respectivamente. La presión arterial, permanece constante.

SISTEMA RESPIRATORIO. Tanto la inhalación como la ingestión de D9THC produce broncodilatación en individuos sanos y en asmáticos; el efecto se mantiene por una hora.

OJOS: El fumado de marihuana en individuos sanos voluntarios produjo una ligera constricción de la pupila con preservación del reflejo a la luz, marcada congestión de la conjuntiva, disminución de la secreción de lágrima y reducción de la presión intraocular.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. Los efectos psicomiméticos como la alteración de la percepción, conciencia, coordinación motora, y autopercepción, empiezan a los pocos minutos del fumado y alcanzan su máximo en 20 minutos.

CLINICA

INTOXICACION AGUDA. Se le llama también ebriedad marihuánica, se caracteriza por euforia, hiperexcitabilidad, locuacidad; luego ilusiones y alucinaciones visuales y cenestésicas, estado delirante, desorientación, sensación de desdoblamiento psíquico y notable sugestionabilidad.

Hay aumento de la percepción de colores y sonidos; marcada perturbación de la sensación

espacio-tiempo “los minutos parecen horas o viceversa, los pies y las manos se sienten distantes”: Hay conciencia de su estado, pero el individuo no puede dominarse.

Frecuentemente se pasa del estado de excitación al de depresión, que termina en sueño profundo. Es común la amnesia retrógrada. Además, hay taquicardia, taquipnea, palpitaciones, precordalgias, disnea y sequedad de las mucosas. Puede durar alrededor de tres horas.

INTOXICACION CRONICA. Se caracteriza por episodios de confusión mental, delirios crónicos y, a veces, demencia.

Como estigma somático, el adicto suele presentar una conjuntivitis crónica.

La exposición crónica puede aumentar la incidencia de bronquitis, sinusitis, faringitis y rinitis, al continuar el consumo de la droga, pueden ocurrir cuadros depresivos y el síndrome emotivo; este síndrome se caracteriza por: Apatía, disminución de la actividad, pérdida de interés, afectividad reducida, irritabilidad, y trastornos del sueño.

La Heroína

Se extrae de la síntesis de morfina y grano por grano es 10 veces más poderosa que la morfina y sus efectos farmacológicos.

La heroína se administra en una variedad de formas; se puede fumar, inhalar o se aplica por inyección subcutánea o intravenosa, de forma líquida.

Produce intensa euforia, por lo cual es el estupefaciente del que más se abusa. Su uso desarrolla rápidamente tolerancia y el abusador deberá ingerir cantidades cada vez mayores para obtener el placer que busca.

Los adictos en los E.U.A., la llaman: “Horse” (caballo), “White Stuff” (Casa Blanca), nieve, “Big Harry” (Gran Enrique), “Joy Powder” (polvo de alegría), “Dope” (Narcótico), “Boy” (muchacho).

Produce intensa euforia por lo que es, el estupefaciente del que más se abusa, el usuario deberá ingerir cantidades cada vez mayores para obtener el placer que busca. La primera reacción emocional es una alteración de los temores y una liberación de las preocupaciones, seguida de un estado de inactividad que raya en el sopor.

La inyección y la esterilización del equipo, por lo regular es inadecuado o descuidada, por lo que con mucha frecuencia contraen infecciones debido a lo anterior y a su estado deficiente de nutrición, ya que no sienten hambre, lo único que les preocupa es conseguir y tomar la droga y los resultados son: hepatitis, abscesos en el lugar de la inyección y las vísceras y Sida.

Los síntomas empiezan a manifestarse de 8 a 12 horas después de la última dosis, aumentan en intensidad y alcanzan su apogeo en 36 a 72 horas, en este punto disminuyen los síntomas gradualmente durante los siguientes 5 a 10 días, pero el insomnio, la nerviosidad y los dolores musculares pueden durar varias semanas.

Cuando se interrumpe el suministro de la droga, se presentan los síntomas de privación, estos últimos pueden incluir: nerviosismo, ansiedad, insomnio, bostezos, acuosidad nasal y ocular (rino-rra y lagrimeo abundantes), transpiración, (sudoración), contracción de la pupila (miosis), piloerección (carne de gallina), contracciones musculares, dolores musculares en espalda, piernas, escalofríos, vómitos, diarrea, aumento del ritmo de la respiración, aumento de la presión arterial sistémica, fiebre, sensación de desesperación, y una obsesión irrefrenable por conseguir una nueva dosis de la droga.

Inhalantes (solventes)

- a. Cemento (pegamento)
- b. Thinner
- c. Gasolina
- d. Eter
- e. Tintas para calzado
- f. Trinitrotolueno
- g. PVC
- h. Otros

Signos Generales por el uso de Inhalantes (solventes)

1. Olor al solvente usado
2. Ojos llorosos
3. Secreción nasal excesiva
4. Control muscular inadecuado
5. Marcha vacilante

6. Somnolencia e inconsciencia

7. Presencia de bolsas de plástico o recipientes con residuos, presencia de residuos en los dedos y en las ropas.

Sintomatología

1. Síntomas respiratorios.

Se inicia con sensación de quemadura en la boca y garganta, ahogo y tos seca, posteriormente se agrega disnea y cianosis transitoria, finalmente pueden presentarse signos de insuficiencia respiratoria como aleteo nasal y retracciones intercostales y supraesternal. La tos es continua y no productiva; la exploración permite identificar el olor del petróleo en el aire aspirado y los signos de insuficiencia respiratoria aguda y disminución de los ruidos respiratorios. Si la alveolitis química es severa aproximadamente a las 24 horas de ocurrida la aspiración se presenta edema pulmonar, hemoptisis, cianosis acentuada y muerte por falla respiratoria. Los niños presentan las manifestaciones referidas durante tres a cinco días, en tanto que en los adultos los síntomas persisten por semanas y pueden ocurrir en ellos un mayor número de complicaciones.

El vómito espontáneo o provocado, al reexponer al paciente a la aspiración de hidrocarburos, es un factor determinante para agravar la neumonitis química. La cianosis inicial transitoria, se debe al reemplazo del aire alveolar, por los vapores del agente químico; su presentación ulterior es un signo de mal pronóstico indicativo de la anoxia severa que sufre el paciente.

2. Síntomas de toxicidad sistémica.

Son poco frecuentes ya que debido al efecto irritante y mal sabor de los hidrocarburos, rápidamente se escupen o vomitan, de tal manera que la cantidad ingerida rara vez excede de 5 ml. La pequeña cantidad absorbida deprime moderadamente el SNC; excepcionalmente, si la cantidad es mayor, el paciente se muestra letárgico, confuso o en coma. La absorción de un agente en particular puede dar lugar a efectos tóxicos específicos, ejemplo, el tetracloruro de carbono causa hepatopatía tóxica.

Naturismo y Medicina Natural: Alternativa Viable y Eficiente para Fomentar el Derecho a la Salud de la Población Mexicana

Darío Manuel López Pineda

Ante todo es importante tener una conceptualización clara y precisa de lo que es el NATURISMO y la MEDICINA NATURAL para fundamentar la propuesta del título.

EL NATURISMO es un SISTEMA DE VIDA para conservar, recuperar y enriquecer la salud integral de los individuos y de las sociedades. Su fundamento es la armonía con la NATURALEZA en sus dos facetas indisolublemente ligadas: la EXTERIOR y la INTERIOR. Dicha armonía se basa en la comprensión y respeto de las Leyes Naturales que según teóricos del Naturismo pudiésemos sintetizar en:

La Ley de la Respiración Profunda

El primordial alimento del hombre es el aire, este vital factor oxigena pulmones, sangre, cerebro y sin exagerar todas las células del cuerpo. Para su mejor aprovechamiento **la Respiración Profunda es de vital importancia**. La respiración profunda se expresa con plenitud cuando un niño o adulto sano están durmiendo, al inhalar, el abdomen se expande; al exhalar, éste se contrae. En las sociedades actuales, la práctica de la respiración profunda, es una excelente excepción y no regla. La mayoría de las personas viven nerviosas, angustiadas, la respiración profunda es un excelente coadyuvante para relajar el sistema nervioso. Parte del crecimiento importante de China como nación se debe a la práctica masiva de Ejercicio con RESPIRACION PROFUNDA. En Cuba hay resultados bien fundamentados a través del Método Científico de pacientes con padecimientos cardiovasculares,

depresivos, asmáticos y otros más que se han recuperado gracias a prácticas milenarias, como el Tai-Chi, Chi Kun cuyo fundamento es la **Respiración Profunda**.

La Ley del Contacto con el Agua Natural

El 66% de nuestro cuerpo son líquidos cuyo fundamento es el agua, somos un río en movimiento, como todo río tenemos que fluir y renovarnos para no enfermar, los ríos que tienen estancamientos se enferman, las mujeres y hombres que no están renovándose con el agua también padecen. El agua bebida con regularidad evita problemas renales y mejora el estado de salud del paciente. El agua saludable, no los refrescos.

El agua aplicada en el cuerpo es de vital importancia, en los centros de trabajo deberían de existir regaderas para que quien se sintiera cansado recurriese a aplicarse una ducha, lo que redundaría en una renovación del trabajo.

La Ley de la Alimentación Natural, Naturalmente Ingerida

En el Templo de Asclepios "Dios de la Medicina" donde Hipócrates daba consulta y enseñanza, se erguían majestuosas dos estatuas: HIGIA, simbolizando el agua natural, la higiene externa e interna y PANACEA, simbolizando el fundamento de toda curación, la alimentación, por eso Hipócrates decía: "Haced de vuestros alimentos vuestras medicinas y de vuestras medicinas, vuestros alimentos". Se refería obviamente a los alimentos crudos, frescos y vivos.

Mesa de Trabajo

4

Modelos de Atención Actuales y su Vigencia

- a) Modelo de atención a población abierta.
 - b) Modelo de atención dentro de las instituciones de seguridad social.
 - c) Otros modelos de atención.
-

La Medicina Familiar al Alcance del Asegurado y sus Derechohabientes

Dr. Roberto Yáñez Vázquez

Tomando en cuenta publicaciones de la S.S.M. en el sentido de que un buen porcentaje de la demanda de servicios de primer nivel de atención en sus CENTROS DE SALUD, es solicitada por ciudadanos que están protegidos por algún tipo de seguridad social, siendo esto más notorio, con los familiares del asegurado que emigra de su localidad en busca de trabajo, logrando un empleo que le otorga los beneficios de la seguridad social.

Y considerando el "DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL" elaborado por el I.M.S.S. en 1995 y los motivos que dieron lugar a la propuesta institucional para la presentación del programa "MEDICINA DE FAMILIA" me permito presentar el presente **"PROYECTO DE MEDICINA FAMILIAR EN EL I.M.S.S. AL ALCANCE DEL ASEGURADO Y SUS DERECHOHABIENTES"**.

Basado en la Ley del Seguro Social, arts. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 18, 84, 89 y tomando en cuenta la diferencia entre Asistencia Social y Seguridad Social, tenemos que a la SEGURIDAD SOCIAL (hablando de salud), la podemos definir como:

"El mecanismo mediante el cual, se le garantiza al trabajador asegurado y su familia el derecho a la salud".

La institución gubernamental descentralizada encargada de proporcionar el derecho a la salud de los trabajadores y sus familiares en sus tres niveles de atención es el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Dentro del primer nivel de atención, el I.M.S.S. cuenta con el SISTEMA MEDICO FAMILIAR instalado en todo el territorio nacional en UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR.

Estas U.M.F. tienen concentrados a los Médicos Familiares y todo el equipo de trabajo del primer nivel de atención, que es el personal de primer contacto para el otorgamiento de los servicios de salud como parte de la SEGURIDAD SOCIAL encomendados al I.M.S.S. para con sus asegurados y derechohabientes.

Esta concentración de Médicos Familiares ha provocado que los servicios de Medicina Familiar no se otorguen de manera oportuna al usuario ocasionado insatisfacción, ya que un alto porcentaje de éstos tienen sus domicilios en lugares alejados de las U.M.F. que les corresponden, y están tan alejados, que ya han pagado, ocasionándoles gastos innecesarios al tener que acudir a los Servicios Médicos Particulares y/o a las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Estado. (EL 60% DE LA DEMANDA DE SERVICIOS EN LA S.S.M. ES POR DERECHOHABIENTES AL I.M.S.S.), tal situación se refleja en la desviación de recursos humanos y materiales en la atención de la mencionada población asegurada.

Proyecto

1. Hacer un censo de población derechohabiente del I.M.S.S., con el objeto de localizar la

concentración de 5,000 DH, y clasificarla como "ZONA DE ATENCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR".

2. Integrar tantas Zonas de atención de Medicina Familiar como sea necesario de acuerdo a la población derechohabiente.

3. Asignar una población de 5,000 DH por cada dos Médicos Familiares, uno para el turno matutino y otro para el turno vespertino.

4. Instalar en cada zona localizada un consultorio de Medicina Familiar.

Cada consultorio contará con los siguientes recursos:

Humanos:

UN MEDICO FAMILIAR
UNA AUXILIAR DE ENFERMERIA
UNA ASISTENTE MEDICA
UN INTENDENTE

Materiales:

Archivo
Farmacia
Vacunas
Teléfono
Computadora

Servicios que Otorgará:

Como ejemplo de lo anterior, podemos describir lo relacionado a la U.M.F. No. 20 del régimen obligatorio de la Delegación Morelos.

Esta unidad se encuentra enclavada en el centro de la Ciudad de Cuernavaca Morelos, con la responsabilidad de atender la zona poniente, integrada por 155 colonias dentro de las cuales se encuentran las de CUAJOMULCO, TRES MARIAS y TRES DE MAYO (ver plano), abarcando los municipios de Cuernavaca, Temixco, Huitzilac y E. Zapata, con una población adscrita de 82,974 DH., y una población usuaria de 70,122 DH. Esta U.M.F. cuenta con 30 Médicos Familiares, 15 en el turno matutino y 15 en el turno vespertino, apoyados por los servicios de Estomatología, Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Trabajo Social, Archivo, Rx, Laboratorio y Farmacia.

A la U.M.F. 20 se puede llegar por el servicio público de transporte, del cual algunas rutas pasan frente a la unidad, y algunas a una cuadra, otras a dos y hasta tres cuadras de distancia, por lo cual podemos decir que está bien comunicada.

Si surgiera la necesidad en algún derechohabiente del I.M.S.S. de la Colonia CUAJOMULCO de solicitar los servicios de Medicina Familiar, éste tendrá que trasladarse a la U.M.F. 20, lo cual le representa los siguientes gastos y vicisitudes.

- a) Gasto económico de pasaje del enfermo, y si es un menor de edad, el de los acompañantes.
- b) Gasto económico en alimentación.
- c) Riesgo de adquirir alguna enfermedad gastrointestinal por la ingesta de alimentos de dudosa elaboración.
- d) Riesgo de sufrir un accidente durante su traslado.
- e) Abandono del hogar.
- f) Tiempo perdido.
- g) Concentración de los usuarios.
- h) Riesgo de asalto.
- i) Riesgo de robo.

Los puntos anteriores, ocasionan el desánimo de los derechohabientes para acudir a solicitar a la U.M.F. el servicio al cual tienen derecho:

Consulta externa de Medicina Familiar
Medicina Preventiva con todos sus programas
Consulta externa de Materno Infantil
Consulta externa de Planificación Familiar
Visita a Domicilio
Tramite de Solicitud de Interconsultas (Rx, Laboratorio, Dental y de Segundo Nivel de Atención).

Bondades del Proyecto

Con esta estructura, se podrá otorgar al ASEGURADO Y SUS DERECHOHABIENTES del I.M.S.S., una atención integral, y se podrán desarrollar los programas prioritarios de salud.

EL I.M.S.S. acercará a sus ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES, los servicios de medicina de primer nivel de atención.

El equipo de salud estará bien identificado con su población, lo que facilitará el desempeño de sus actividades.

EL ASEGURADO Y SUS DERECHOHABIENTES, I.M.S.S. podrá hacer uso de los Servicios Médicos de una manera oportuna.

EL ASEGURADO Y SUS DERECHOHABIENTES, podrán participar de una manera directa en los programas prioritarios de salud.

EL ASEGURADO Y SUS DERECHOHABIENTES, gozarán de una vigilancia más estrecha de su salud.

EL I.M.S.S. apoyará directamente la economía familiar de sus DH, al evitarles los riesgos y gastos que actualmente les ocasiona el acudir a su U.M.F.

Beneficios al Derechohabiente:

Recibirá por parte del I.M.S.S. de una manera oportuna e integral los servicios de primer nivel de atención.

Los ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES del I.M.S.S. encontrarán la solución de manera integral a sus problemas de salud de primer nivel de atención.

Al recibir los ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES del I.M.S.S. una atención integral en el primer nivel de atención, mejorarán su nivel de vida.

Se fortalecerá la relación Médico/Paciente.

Al I.M.S.S.

Existirá una presencia institucional en donde se requiere.

Se pondrán al alcance de sus ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES los servicios de primer nivel de atención.

Se alcanzarán y superarán en mucho las metas establecidas en los programas del primer nivel de atención.

Se evitará la concentración de usuarios.

Se disminuirán las inconformidades.

Se captarán ingresos por el concepto Obrero-Patronal.

Al Trabajador del I.M.S.S.:

Logrará las metas establecidas por las autoridades institucionales.

Logrará los incentivos económicos propuestos por la institución.

A la Secretaría de Salud:

Al evitarse la demanda de servicios por parte de ciudadanos con algún tipo de seguridad social.

Tendrá más tiempo para dedicarlo a la población de su responsabilidad, la población abierta.

Los recursos que se utilizan para atender a la población con algún tipo de seguridad social, se destinarán a la población para la que fue programada, la población abierta.

Propuesta Concreta:

1. DESCONCENTRAR LA MEDICINA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL I.M.S.S.

2. MODIFICAR LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN SU CAPITULO IV DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, SECCION PRIMERA GENERALIDADES, EN SU ART. 84 **“quedan amparados por este seguro: fracc. VIII, el padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste, y**

MODIFICACION QUE SE PROPONE:

Se suprime de la fracc. VIII art. 84 “que vivan en el hogar de éste, y”

PARA QUE QUEDE:

Fracc. VIII **El padre y la madre del asegurado.**

“Modelo de Organización Ciudadana en el Binomio Paciente-Médico Para la Protección de la Salud”

Dr. Rafael Cervantes López
Dr. Eduardo Tello Mier
Dr. Fidel Ruiz Healy*

Debo sustentar en esta ocasión, sobre la necesidad que tenemos de hacer realidad la participación ciudadana en materia de atención.

Porque es un tema que también gira en torno a la última adición hecha al Artículo 4o. Constitucional.

Esta H. Asamblea Legislativa al realizar este foro de consulta ciudadana cumple una parte sustantiva de nuestro Estado Social y Democrático de Derecho, que nos concede la participación ciudadana en los asuntos públicos.

Por ello, pareciera que el gobierno ahora está dispuesto a cumplir en su compromiso de garantizarle al pueblo el acceso a los servicios de salud y a acelerar el paso en la ruta de consolidar un Sistema Nacional de Salud más justo y más eficiente.

Pareciera también que el objetivo principal de este foro fuera el de generar una plataforma ideológica que sirva de horizonte, a los cambios legislativos necesarios para armonizar los diferentes intereses, en torno a un interés supremo: “La salud del pueblo de México”.

Estoy enfatizando la palabra “PARECIERA” porque si las discusiones que surjan en esta mesa, resultan ser mero adorno de un discurso oficialista preelaborado. Entonces, el espíritu democrático

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

demandas y propuestas, resultarán sólo comparsa de lo que debió ser la reflexión medular de este evento.

Entraré en substancia:

De los tres modelos de atención médica que se imparten en el país, en esta ocasión me refiero al de atención médica privada porque es el que más ha crecido desde que vamos por el camino del libre mercado y continuará creciendo. Porque es el que más injusticias presenta y porque es el que nos confronta con un agudo dilema:

¿Es todavía la enfermedad una necesidad que reclama servicio? o ¿Es ahora una forma de hacer negocio?

Iniciaré tomando como antecedente el hecho de que en 1992, la Academia Nacional de Medicina pidió a su “COMISION MEXICANA DE INVESTIGACIONES EN SALUD” que estudiara acerca del impacto que tendría el TLC en los servicios de atención médica en México. En cumplimiento a esa petición se editó un documento informativo del que aquí transcribo un párrafo de su capítulo tercero:

...“Sin duda la intensificación de la apertura comercial a través del TLC presentará oportunidades y riesgos para México, los cuales deberán

tenerse presentes en el proceso de negociación a fin de aprovechar cabalmente los primeros y anticipar los problemas que pudieran resultar de los segundos ...El TLC creará la posibilidad de expandir el mercado del complejo médico-industrial del país y fomentará la inversión nacional y extranjera, creando fuentes de empleo y mejorando la tecnología, la competitividad, accesividad, calidad y productividad de los servicios de salud.

Los riesgos que se pueden prever se relacionan con el fortalecimiento de la hegemonía del modelo médico-curativo, la desprotección del consumidor ante proveedores no calificados, la fuga de divisas y de cerebros, el surgimiento de la medicina defensiva, el aumento de los costos de la atención, el recrudecimiento de la inequidad y la sub-utilización de la infraestructura médica mexicana...".

Es decir, dicho informe nos señaló muy claro cuáles serían las oportunidades y cuáles los riesgos que afrontaríamos.

Y sucedió que apenas acabábamos de firmar el TLC, cuando la prensa y la televisión nacional orquestaron una campaña de desprestigio en contra de la profesión médica y lograron un triple efecto:

1. Desconfianza de la ciudadanía en relación a la auténtica vocación social del médico.
2. Promovieron una cultura de demanda judicial ante cualquier sospecha de mala práctica o negligencia médica.
3. Indujeron en los médicos una actitud profesional que denominamos "Medicina Defensiva".

En paralelo a aquella campaña de los medios, la Secretaría de Salud en nombre de la ciudadanía, impuso una instancia que denominó: "Comisión Nacional de Arbitraje Médico" con la función de vigilar que la medicina mexicana se ejerza con eficiencia, calidad y humanismo.

A partir de que inició sus funciones dicha comisión, se acentuó la práctica de la "Medicina Defensiva", y a pesar de ello, a la fecha, se llevan alrededor de 4,000 demandas por inconformidad con la atención de médicos mexicanos.

También a partir de que optamos por el paradigma neoliberal, vimos aparecer una vorágine pri-

vatizadora que intenta englobar a todos los hospitales del área metropolitana.

Algunos grupos empresariales han adquirido los principales hospitales y mediante un discurso muy trillado de "productividad y excelencia" pretenden crear una engañosa imagen que sólo encubre una realidad: Que la inversión en hospitales privados es de alta rentabilidad y de recuperación garantizada.

Sabemos que quien se apropie de la red de hospitales, tendrá cautivo un mercado de gran demanda de servicios. Y que podrá imponer sus reglas y sus precios a discreción.

Desde que iniciamos esta política privatizadora, las tarifas de los servicios hospitalarios se han elevado muy por arriba de las tasas de inflación general. Y una parte de la clientela privada quedó sin capacidad económica para acceder a los hospitales, así que tuvo que protegerse mediante la adquisición de "Seguros Médicos Privados".

Pero la demanda de este tipo de pólizas, aunada al elevado costo de los servicios hospitalarios, generaron también un aumento desproporcionado en el precio de esos seguros.

Consecuentemente caímos en un círculo vicioso; cada vez es más costosa la atención hospitalaria. Por consiguiente, cada vez son más costosas las pólizas de los seguros para gastos médicos. Por consiguiente, cada vez menos personas tienen acceso a la atención hospitalaria, cada vez se marca más la inequidad y cada vez se siente más la tolerancia de las autoridades sanitarias y de comercio.

A finales del sexenio pasado se flexibilizó el procedimiento para "ajustar" los precios de los medicamentos e insumos para la salud, apoyados en el argumento de que era una "medida necesaria" para prevenir cualquier "desabasto". Y como consecuencia, los medicamentos, los materiales de curación y todos los insumos médicos en general, duplicaron y hasta triplicaron sus precios.

El tiempo se ha encargado de exhibir que aquel procedimiento, más que una estrategia económica, fue un contubernio de intereses. Porque hoy estamos viendo que los medicamentos "similares" se venden al público al 30% del precio máximo autorizado a los mismos fármacos pero de los grandes laboratorios.

Existe una inconformidad general en la población que ha sido atendida en hospitales particulares, porque los precios que han pagado por los medicamentos, materiales de curación, jeringas, sondas, equipo de venoclisis, prótesis, etc., son del 200 al 400% por arriba del precio máximo autorizado.

La sociedad civil tiene muy claro que los hospitales no cumplen con el artículo 31 de la Ley General de Salud ni con el 39 de la Ley Reglamentaria en Materia de Servicios de Atención Médica, en cuanto a precios máximos autorizados para medicamentos e insumos para la salud.

Sabemos que varios hospitales incumplen con el artículo 41 de la Ley General de Salud y con el 43 Reglamentario, que se refieren a la vigilancia en la aplicación de las tarifas autorizadas para la atención hospitalaria. Ni con el 43 Reglamentario que exige que las tarifas de precios se exhiban al público en todos los hospitales.

Los médicos cada vez asumimos más la actitud que en el medio llamamos "Medicina Defensiva" y que consiste en solicitar estudios no necesarios para la correcta atención del enfermo, pero que se realizan como protección ante una posible demanda legal. En algunos hospitales esta práctica se exagera y encubre bajo el pomposo calificativo de "Medicina de Excelencia", porque habrá que justificársela al paciente, que es quien finalmente la paga.

Hasta aquí queda muy claro que la falta de visión y de control gubernamental ha hecho cara e inaccesible la atención médica privada. Ahora percibimos una relación no muy clara que se está gestando entre la descentralización de los servicios de emergencia del D.F., la reciente imposición del SUVA y la implementación de los departamentos de urgencias de los hospitales privados. Porque quizá el motivo principal de ese proyecto no sean razones de eficiencia, sino los 250,000.00 pesos que potencialmente representarán las personas lesionadas en accidentes de tránsito.

También buscamos un cuerpo ciudadano que pueda vigilar la forma en que llegarán los fondos de la seguridad social hacia los hospitales privados

por las vías de "la subrogación" y de la "reversión de cuotas". Pues deseamos evitar que se pudieran convertir en botín de nuevos "Cabales", "Lanke-nauses" o "Divinos" que de seguro han de estar arribando al negocio de salud.

En síntesis, a los médicos nos resulta vergonzoso aceptar que en el transcurso de nuestra ruta por el TLC, ni hemos expandido nuestro mercado médico-industrial, ni hemos importado divisas, ni creamos suficiente empleo, ni elevamos la productividad, competitividad ni calidad de los servicios de atención médica, cuando éstas fueron las oportunidades, que supuestamente el tratado comercial nos ofrecía.

Por el contrario sí nos elevó exageradamente el costo de la atención hospitalaria y de los medicamentos y de los insumos para la salud, también la fuga de divisas, la inequidad, asumimos el pecado de la medicina defensiva y hemos visto aparecer amenazantes monopolios hospitalarios.

Con este alarmante panorama, los médicos que aún ejercemos con visión social y de futuro, ante este foro hacemos uso del derecho que nos concede el Art. 57 Fracc. V y Fracc. VI de la Ley General de Salud. Y alertamos a las autoridades sanitarias y de comercio, y presentamos a esa H. Asamblea Legislativa las dos siguientes propuestas:

1. Que se autorice la creación de comisiones integradas por ciudadanos habitantes de cada entidad, con la función de participar en los procedimientos de autorización de precios y tarifas para insumos y servicios de salud, así como de vigilar el cumplimiento de la reglamentación sanitaria, especialmente en lo relativo al cobro correcto de las tarifas autorizadas para hospitales y para que den curso a las quejas que se deriven de una deficiente atención hospitalaria.

2. Que se revise la legislación actual en cuanto a prohibición de monopolios y se analice la situación de los hospitales metropolitanos en ese sentido. Para evitar que se disfrace cualquier acción monopólica, proponemos que la Ley exija que un porcentaje de las acciones del capital de cada hospital obligatoriamente deban ser adquiridas por los médicos activos de cada establecimiento hospitalario.

Modelo de Salud Comunitaria Para Regiones Indígenas de México

Dr. Gonzalo Ramón Solís Cervantes

Marco político El Derecho a la Salud y los Derechos de los Pueblos Indígenas

A cincuenta años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU 1948), el rezago en materia de salud de los pueblos indígenas de México es una realidad insoslayable que demuestra la dificultad para alcanzar en plenitud este derecho.

Compromisos internacionales

Toda persona tiene derecho a la seguridad social y a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y libre desarrollo de su personalidad; a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia, y durante la maternidad y la infancia a cuidados y asistencia especial.

Cuando en 1978, los países miembros de las Naciones Unidas reunidos en Alma Ata, aprobaron la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), se advirtió sobre la necesidad de producir soluciones sanitarias con medidas sencillas, eficaces, modernas y "culturalmente adecuadas" para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

No pocos países que enarbolaron dicha estrategia se caracterizaron por su homogeneidad "igualitaria" e ignorando las diferencias ecológicas, económicas, políticas, sociales y epidemiológicas, terminaron traicionando el principio de adecuación e imponiéndose como modelos verticales, autoritarios e ineficaces.

México como país que asume el compromiso de esta estrategia, en los inicios de su aplicación las instituciones del sector impulsaron las acciones propuestas, mas se olvidaron de concretar su filosofía, es decir, de fomentar la autosuficiencia y autodeterminación de la población. En regiones indígenas los programas sustentados con esta estrategia no tuvieron una clara definición para propiciar la participación organizada de las comunidades, que redunde en su autogestión y libre desarrollo.

El modelo en desarrollo que propone el Instituto Nacional Indigenista sustenta su estructura operativa en: el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales.

Recoge la noción de pueblo asumida colectivamente cuyo principal derecho colectivo constituye el territorio, entendido como el conjunto de recursos naturales, geográficos, culturales, míticos y religiosos; que hacen su cosmovisión y aseguran su supervivencia.

En la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de América; (Winipeg; Canadá, abril de 1993).

Principios básicos:

- Necesidad de un enfoque integral de salud.
- Derecho a la autodeterminación.
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- Reciprocidad de las relaciones.
- Derecho a la participación.

En el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la República de México 1995-2000:

“Hacer del bienestar social una realidad perdurable y generalizada, es una tarea enorme que reclama tenacidad, imaginación y firme decisión del gobierno y la sociedad”.

Y en los Manifiestos y Demandas de los Pueblos Indios de México:

- La firme decisión de promover su libre desarrollo.
- Fortalecer a las comunidades como núcleos básicos de gestión.
- Su reconocimiento como sujetos de derecho político.
- Y en tanto pueblos con cultura diferente se les dote de autonomía necesaria para su libre determinación dentro de la unidad nacional.

Principios

- I. Reconocimiento y respeto al concepto de salud-enfermedad de los pueblos indígenas.
- II. La comunidad, eje fundamental de la participación para la acción.
- III. Respeto a la diversidad cultural y la equidad en salud.
- IV. Revaloración de las funciones en salud de la mujer indígena con perspectiva y equidad de género.
- V. Reconocimiento y desarrollo de los sistemas indígenas tradicionales de atención a la salud.
- VI. La promoción a la salud como elemento facilitador y defensor de su cultura.
- VII. La promoción del derecho a la alimentación como elemento indispensable para el desarrollo de sus potencialidades.
- VIII. La inclusión de las ciencias de la conducta en los servicios de la atención a la población indígena.

Objetivo general

Contribuir a lograr la equidad en salud y mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas a través

de promover su participación activa y corresponsable en la planificación, gestión y vigilancia de acciones que incidan en su proceso de salud-enfermedad-ecosistema.

Objetivos particulares Acceso, Equidad y Participación Comunitaria

- Establecer un Sistema de Vigilancia Comunitaria en materia de salud.
- Formalizar una Red de Servicios de Atención a la Salud acordes a su situación actual y a su contexto cultural.

Alimentación y Nutrición

- Contribuir a elevar a rango constitucional el derecho a la alimentación.
- Garantizar el abasto y consumo de alimentos a la población indígena.
- Establecer criterios de evaluación y seguimiento confiables y homogéneos que permitan evaluar y hacer comparable la información en esta materia.
- Impulsar acciones de convergencia institucional para optimizar recursos y evitar duplicidades.
- Fortalecer una cultura alimentaria.

Medicina Indígena Tradicional y Comunitaria

- Contribuir al fomento organizativo de los recursos locales de atención a la salud comunitaria.
- Establecer las bases de respeto y colaboración para formalizar la interrelación entre las medicinas occidental y tradicional.
- Fomentar el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas médicos indígenas tradicionales.
- Propiciar la vinculación de su infraestructura y recursos terapéuticos.

Salud Mental en Comunidades Indígenas

- Identificar y clasificar los problemas relativos a la salud mental en mujeres y la forma de resolverlos de acuerdo a sus recursos y potencialidades.
- Detectar las causas que limitan el desarrollo psicológico de los niños y las niñas indígenas.
- Revisar y sistematizar las experiencias y prácticas terapéuticas de filiación cultural y su posible relación con alteraciones psicológicas.

- Establecer un método de atención psicológica a pacientes que requieren una atención médica especializada.
- Facilitar la interacción entre los médicos indígenas tradicionales y los académicos que permita el conocimiento mutuo de las causas de enfermedades y las formas de intervención y tratamiento.

Estrategia general

Formalizar la participación y la presencia de los pueblos indígenas mediante la formación de Consejos Locales de Salud, cuyas funciones se relacionan a la Contraloría Social y la Planeación Estratégica. Con esta acción se propiciará su incorporación a los procesos de descentralización y transferencia paulatina de los recursos (técnicos, financieros y de infraestructura) a los niveles comunal, municipal y estatal.

Estrategias específicas

Acceso, Equidad y Participación Comunitaria

- A través de técnicas adecuadas de la Metodología, Investigación, Acción Participativa, la comunidad analizará su situación de salud y construirá sus alternativas de solución.
- La planificación estratégica partirá desde el ámbito local incorporando procesos que constituyan la totalidad de las acciones en salud, incluyendo pero no restringiéndose a la prestación de los servicios.

Alimentación y Nutrición

- Realización de foros, consultas y talleres que den como resultado sustentar la necesidad de formalizar este derecho.
- Microrregionalización de las zonas indígenas en función de las áreas de producción, comercialización y consumo de alimentos.
- Establecer una Red de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, con concurrencia institucional y participación comunitaria.
- Mediante el aprovechamiento de alimentos locales de alto valor nutritivo, con criterios de sustentabilidad.

Medicina Indígena Tradicional y Comunitaria

- Mediante la Investigación Acción Participativa, espacios de intercambio de experiencias y programas de capacitación acordes a sus necesidades, que fortalezcan sus capacidades y destrezas.
- Propiciar el establecimiento de un marco legal, que incorpore con dignidad y respeto a la medicina indígena tradicional en el Sistema Nacional de Salud.
- Consolidando los procesos organizativos.
- Protegiendo sus recursos naturales y lugares sagrados.
- Establecimiento de los Corredores de la Medicina Indígena Tradicional como espacios de desarrollo, ejes de afirmación cultural y generación económica, que les permita ser sustentables y autogestivos.

Salud Mental Comunitaria

- Estableciendo espacios de interacción e intercambio de experiencias entre los médicos indígenas tradicionales, promotores comunitarios y médicos académicos para la estructuración de políticas, principios y lineamientos que permitan crear nuevas estructuras de intervención en la nosología de las enfermedades psicológicas y sus formas de tratamiento.
- Integrar al modelo mixto de atención a la salud un profesional en la Salud Mental con programas específicos a problemas específicos.
- Recopilar, analizar y retroalimentar información de los factores psicosociales que intervengan con mayor frecuencia en la dinámica familiar y comunitaria, para obtener un panorama de la situación actual sobre los problemas de salud mental en la población indígena.
- Propiciar a los promotores y comités de salud, elementos que les permitan establecer una vigilancia en salud mental a partir de sus propios recursos.
- Incorporando al tratamiento médico especializado intervención psicológica adecuada al contexto sociocultural de los pacientes indígenas.

Líneas generales de acción

- Investigación Acción Participativa.
- Fomento organizativo.
- Capacitación-acción.
- Promoción.
- Seguimiento y evaluación

Estas líneas de acción deberán permear todos los programas y proyectos del modelo, procurando su articulación en la conjunción del mismo.

Investigación, acción participativa

Es un proceso múltiple de investigación, educación y acción, que tendrá que realizarse prioritariamente con y para los pueblos indígenas con el propósito de generar instrumentos que permitan a las comunidades y organizaciones a decidir las mejores alternativas viables, para concertar con instancias gubernamentales y privadas los recursos necesarios para sus programas y proyectos, permitiéndoles estimar el impacto de las acciones.

Fomento Organizativo

La organización de toda acción deberá nutrirse de las experiencias y alentar mecanismos de cooperación para el trabajo en los niveles comunitario, regional, estatal y nacional.

Capacitación-Acción

Es un elemento basal pues de ella depende la formación y el adiestramiento y la apropiación de los interlocutores en materia de salud.

Promoción

Se orienta a conseguir la participación concreta y específica de los problemas, refuerza las redes y apoyos sociales y en general afecta a la población en su conjunto en el contexto de sus vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.

Seguimiento y Evaluación

Una de las cuestiones que más ha obstaculizado la continuidad de los programas es la falta de un sistema de seguimiento y evaluación, la ausencia de criterios sistemáticos y rigurosos de monitoreo, la carencia de indicadores cualitativos y cuantitativos idóneos, que hagan valorar el impacto de las acciones.

El modelo en mención incorporará sistemáticamente los componentes necesarios para una articulada y confiable labor de seguimiento y evaluación, así como impulsar la creación de mecanismos de contraloría social, la consonancia con la estrategia que postula y alienta la participación y representación comunitaria.

Modelo de Atención Único de Salud en México

Fernando Ramírez Ponce de León*

La atención a la salud en México ha tenido importantes avances tales como el abatimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad por las enfermedades prevenibles por vacunación, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la reducción de la natalidad, entre otras, sin embargo, la pérdida de vidas, así como el resto de los daños a la salud originados por agentes morbosos, crónico-degenerativos y los accidentes, no han sido modificados como se esperaba, muy a pesar de suscribir convenios internacionales, cuyos compromisos y estrategias se encontraban perfectamente bien definidos.

La inequidad social, propiciada en su gran parte por el Estado, ha compuesto la sociedad en muy diversos estratos, visto desde el área de la salud, pues existen personas que serán atendidas o con acceso a los servicios de salud muy variados, tales como: las que cuentan con algún tipo de seguridad social llámese ISSSTE, IMSS, SEDENA, SEMA, PEMEX (que ya no debería de existir como también fueron FFCC, CFE, TELMEX y la BANCA); las que no cuentan con seguridad social pertenecen a la SSA; las que se enmarcan en la atención a la salud privada, la contraparte que es atendida por el sector social, así como las del orden privado sin fines de lucro y las que son cautivas de la medicina tradicional, ya sea por inaccesibilidad a los servicios o por su idiosincrasia. Ello, crea una desventaja tangible

* Médico Cirujano; Diputado de la LVII Legislatura del H. Congreso del Estado de Guanajuato; presidente de la Comisión de Salud Pública e integrante de las Comisiones de Aguas y de Responsabilidades.

para cualquier modelo de atención, pues la gran diferencia, entre otras, radica en la población cautiva o abierta, así como el origen y aplicación de los recursos.

La deficiente o nula cultura de la salud, es otro de los factores importantes, a los cuales se les suman las diferentes etnias, las cuales, algunas de ellas, han tenido acceso a los servicios de salud y/o educación, pero no se ha podido definir programas bilingües.

La deficiente preparación de los prestadores de servicios, que en muy raras ocasiones reciben una adecuada introducción al puesto, la ausencia de manuales o el desconocimiento de los mismos, y la tradicional manera de elegir a los mandos, ya sean superiores, medios o coordinadores, la cual se da por intereses personales de los ejecutivos y éstos a su vez hacen lo propio, tal pareciera que EL MISERABLE, BUSCA Y SE RODEA DE OTROS MAS MISERABLES, PARA SENTIRSE MENOS MISERABLE, lo que origina que el subalterno copie a la perfección el esquema y lo reproduzca, buscando hacer las actividades sobre la base de la ley del menor esfuerzo. También es frecuente que se elija a un buen clínico, perdiendo su eficiente actividad y se gane un pésimo administrador.

La conducta del personal que trabaja para la salud se ha tornado de trato impersonal, con indiferencia. Unos con indicadores inadecuados por sobrecarga, los cuales al parecer únicamente les interesa el volumen de atención y no la calidad y

buscan la manera de evitar las cargas de trabajo, dése ésta, desde el nivel directivo y hasta el sustantivo; y los otros, que son tan holgados y además se encuentran en espera de la demanda del servicio, como si su trabajo fuera otorgar un favor a sus "derecho y nadahabientes".

La multiplicidad de los prestadores de servicios de salud es frecuente, pues en bastantes ciudades se puede apreciar unidades aplicativas de los mismos niveles de atención, unas tronando por no contar con la infraestructura desde su creación y otras subocupadas, por no poder llevar a cabo una planeación adecuada o bien porque la estrategia y norma del sistema de referencia no funciona. De igual manera, los directivos buscan la manera de prestar el menor número de servicios y obligan, mediante soliloquios, a los familiares a hacerse cargo de sus pacientes.

Las acciones que realizan los prestadores de los servicios, generalmente, no se acompañan de educación para la salud, por lo que el mayor porcentaje de las actividades las efectúan de tipo correctivo y las de tipo preventivo, escasamente son del orden vacunal, y eso cuando son campañas, pues en la fase permanente, se encuentra que no hay biológico, o bien se pondera el costo, más no el beneficio. Por ello podemos observar que no existe en realidad el primer nivel de la atención médica, más significativo esto en las instituciones de seguridad social y las militarizadas, las cuales son, harina de otro costal. La premisa que debería ser válida en todos los tiempos es que, el segundo nivel de la atención es creado para ser aniquilado por el primer nivel de la atención médica, con ello se quiere decir y baste la observación para que, **TODAS LAS ACCIONES QUE SE EFECTUAN EN EL SEGUNDO NIVEL DE LA ATENCION MEDICA, PUEDAN Y DEBEN RESOLVERSE AHI EN DONDE SE ORIGINA, O SEA EN EL PRIMER NIVEL DE LA ATENCION MEDICA.** El no hacer esto, conlleva a elevar el costo, tanto en los prestadores como en los demandantes de los servicios y de la comunidad mexicana.

Las fuentes generadoras de los recursos, son las mismas, el Estado a través de los impuestos, los patrones, el trabajador o el demandante del servicio, ya sea éste de población abierta o en la medicina privada.

Revertir el proceso centralizador en la prestación de los servicios de salud, no ha sido el adecuado, pues es la segunda ocasión que se ventila, al parecer, por ser de orden eminentemente político, ya que el que se produjo en la década pasada, es el que se encuentra en vigor y además tenía mejores perspectivas pues los actores del proceso eran SANITARISTAS sabían y actuaban de una manera más armónica y con conocimiento de causa, no como los actuales. Actualmente, se confunde la DESCENTRALIZACION OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, con la apropiación de los servicios por parte de las entidades federativas, cuyos titulares y los de los servicios estatales de salud, creen que al continuar el proceso hacia los municipios perderán el poder, y lo retendrán a toda costa.

Los programas de salud no han podido integrar a todos los que configuran el sector en sí, pues la medicina privada y la social no se ha contemplado lo necesario. Por otra parte no se ha podido allegarse a programas, interrelaciones con otros sectores, como el educativo, el laboral, el judicial e inclusive el de asistencia social.

La modificación de los factores que condicionan y/o determinan los daños a la salud del México actual, han rebasado considerablemente las expectativas del modelo, de la planeación de los servicios y de la formación y desarrollo de los recursos humanos para la salud, pues bien es sabido que presentamos daños a la salud imbricados, o sea de países con alto índice de subdesarrollo, en vías de desarrollo y desarrollados y se suma el aumento de la esperanza de vida al nacer lo que origina un tratamiento y preparación especial de los prestadores de servicios. Y ahí mismo, debemos recordar que las afecciones y padecimientos crónicos degenerativos son los que tienen la menor productividad y que su costo es el más elevado.

El Plan Nacional de Salud, como ahora son los estatales, están destinados al verdadero fracaso, pues a pesar del médico, (dígase prestadores de servicios de salud) y gracias a la Virgencita de Guadalupe o a la sabia naturaleza, seguiremos subsistiendo. Dichos planes únicamente servirán para dar datos cualitativos y ser aprobados en su gasto.

Con base a lo anterior, me permito hacer patente las siguientes:

Propuestas

- Unificar el sector salud, todas las instituciones deberán tener un mando único, sin menoscabo de las otras actividades de su competencia.
 - Hacer una regionalización basándose en el rediseño y reubicar los recursos.
 - Que los perfiles sean cubiertos con personas que sí cumplan los requisitos.
 - Formar y desarrollar los recursos humanos sobre la base de las necesidades reales y con fines futuristas.
 - Contar con sueldos y salarios dignos, para evitar "chambistas".
 - Elaborar programas acordes con la realidad y conocer las unidades reales expresadas en costo y volumen.
 - Descentralizar, a la célula básica o sea el municipio, los servicios de salud.
 - Buscar el apoyo de los diferentes sectores en pro de la salud, tales como educación etc.
 - Crear un impuesto único de salud, para que todos los mexicanos tengan un verdadero acceso a los servicios.
 - Y finalmente, aplicar con todo su vigor la Ley de Responsabilidades a los Prestadores de los Servicios de Salud.
-

“Fortalecimiento y Modernización del Sistema Nacional de Salud”

Dr. Rafael Sánchez Navarro

Este realmente es un tema muy escabroso porque el Sistema Nacional de Salud es una cosa mucho muy compleja, no es nada fácil abordarlo, entonces yo lo traté de enfocar solamente en tres vertientes porque sabemos perfectamente que todo lo que está alrededor del proceso de salud-enfermedad es algo muy complejo.

En el Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 se reconoce la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de que los servicios de salud operen con una mayor calidad, eficiencia y oportunidad, que son estas características mínimas para elevar la salud de la población y también para dar respuesta en los reclamos de los usuarios y prestadores de los servicios. Sin embargo, sabemos que esto no ocurre así.

Ahorita la polémica que se presentó en las conferencias magistrales acerca de los diez millones de personas que no tienen acceso a los servicios de salud, que representan el 11% de la población, yo difiero mucho de los aspectos de lo que diga la Secretaría, pero yo he estado también en áreas operativas y esos paquetes no están llegando como debe de ser, porque llegan en forma totalmente fraccionada, y yo creo que la salud si se quiere dar, y no solamente por aspectos políticos y que parezcan bonitos en los documentos, yo creo que se debe de dar en forma integral la salud y no verlo parcialmente.

La mortalidad materna y perinatal es alta, y aquí que me digan lo que digan, pero yo acabo de estar en la Dirección de Salud Reproductiva y pude ver

cómo se maquillan las cifras, entonces hay las tasas de mortalidad, siguen estando altas, y también de mortalidad perinatal.

Siendo que estas defunciones en su gran mayoría son prevenibles, el programa de salud reproductiva, que es el programa estrella del gobierno, está en franca decadencia. La planificación está en la mayoría, y yo diría en casi un 75% de los estados —y esto yo tengo los análisis muy claritos de cifras últimas— en todos estos estados está disminuyendo la planificación familiar en todos sus componentes.

Pero existe también un alta tasa de mortalidad por causa del cáncer cérvico-uterino, que es un padecimiento que se puede detectar a tiempo y por lo tanto disminuir en forma importante, y así se pueden describir el panorama epidemiológico en México, con cifras realmente que son difíciles para el avance franco de la salud del mexicano, por eso es tan importante que exista un sustento constitucional que garantice realmente la universalidad, la eficiencia, la calidad, la oportunidad, la equidad y la suficiencia en el otorgamiento de los servicios de la salud, y no esté solamente a los caprichos de funcionarios, que por no estar claramente definidos estos preceptos en la Constitución ocasionan que exista una interpretación distorsionada de acuerdo a sus intereses personales y del grupo al que pertenecen.

La propuesta de este trabajo es con la intención de reforzar al Sistema Nacional de Salud, y sería básicamente en tres aspectos fundamentales:

Uno. Que exista una sustentación jurídica;

Dos. Una suficiencia financiera, y

Tres. Aspectos de organización.

Porque también hay que ver no solamente —como siempre lo he comentado— que no sólo es por falta de recursos a veces sino que los organismos y donde se operan realmente los programas está muy desorganizado.

Desafortunadamente no muchos de los directivos de unidades médicas conocen de aspectos administrativos, y entonces esto hace que ... bueno, muchos de ellos sí pueden tener talento y lo pueden aplicar, pero una gran mayoría no, entonces yo creo que para directivos de lo que sea, de unidades médicas o de áreas, deben de conocer mínimamente algunos aspectos de tipo administrativo.

Entonces número uno. Asegurar y ampliar constitucionalmente el derecho a la salud. Dar un marco jurídico a la universalidad del derecho a la salud y así garantizar que éste tenga cobertura para el 100% de la población, que sea ésta integral, que eso es precisamente lo que se comentaba —aquí lo estoy comentando— de que no es ese paquete básico mínimo de servicios, sino que debe ser una cuestión totalmente integral en los tres niveles de atención y que queden incluidas las principales características que debe de contener un sistema de salud, que es el ser eficiente, que sea eficaz, que sea suficiente, que sea oportuno y con calidad.

Dar un orden a todo el proceso normativo de la prestación de servicios de salud, ya que existen huecos sobre todo en áreas operativas de los centros de salud y áreas hospitalarias.

También en este aspecto debe ser en forma integral y no en forma fraccionada, como actualmente está.

Instrumentar estrategias de coordinación para la asistencia médico-social, debido a que el proceso de salud-enfermedad tiene una gran diversidad de causas y sobre todo de tipo social, es importante que esté reglamentada en forma real esta coordinación.

Desarrollar estrategias para garantizar el suficiente abasto de insumos para la salud. Sabemos

que para que pueda funcionar todo el sistema de atención médica es fundamental que funcione en forma óptima todo el ciclo de abastecimiento, que es la programación de insumos, la licitación y adquisición, el almacenamiento, distribución y el consumo. Debe también este proceso estar normado en todos esos componentes e incluso desarrollar nuevas fórmulas para la racionalización, sobre todo en la prestación farmacéutica.

Dar un marco jurídico del ámbito de responsabilidad federal, estatal y municipal, de los programas de salud y actividades administrativas.

¿Por qué estoy diciendo ahorita esto? Porque me tocó también estar hace poco en el Programa de Supervisión Integral, que era un programa que tenía todo el apoyo, incluso del mismo Secretario de Salud, y que se iba a operar en todos los estados de la República. Sin embargo, cuando se llegaba a los estados no se sabía cuál era el ámbito de cierto tipo de programas y de cierto tipo de responsabilidades administrativas, entonces ahí decían: esto sí me corresponde, esto no me corresponde, esto sí, esto no; yo creo que eso debe de quedar muy bien estructurado cierto tipo de cosas. Hay cosas que sí, pero la integración de la coordinación hacia esto es lo que falta.

Dos. Un aseguramiento de un marco jurídico financiero. Garantizar la Suficiencia financiera. Para que opere el Sistema Nacional de Salud es necesario que quede marcado, ya sea constitucionalmente o en algún ordenamiento jurídico, para que se asigne un presupuesto suficiente y así puedan funcionar u operar los componentes del sistema en forma óptima.

Sabemos perfectamente y esto se remarca pero no se hace caso, que la OMS da recomendaciones a los países de que un porcentaje del Producto Interno Bruto, que es la ganancia de los países, deban de dárla para que operen adecuadamente los servicios de salud y sabemos que aquí en México ni la mitad es de eso que se recomienda y obviamente, sabíamos perfectamente que el discurso político es bonito, pero ese discurso político debe de estar acompañado realmente por una asignación presupuestal adecuada, no es posible que se diga: sí, sí vamos a salvar esto y vamos a hacer esto y lo otro bonito, pero a la mera hora se quita dinero a los servicios de salud.

Luego, distribución del presupuesto federal con criterios epidemiológicos, porque hay más, que digan que son con criterios epidemiológicos, no es cierto.

Tres. Organización y gestión.

a) Profesionalizar la función directiva y establecer mecanismos consecuentes de evaluación de los equipos de dirección.

b) Establecer sanciones administrativas al personal que acepte funciones directivas y no cumpla con los objetivos y metas predeterminadas. Porque es bien bonito que los nombran director no cumplen y después bien, hasta luego, nos vemos, y se fue del hospital volando. Yo creo que no es así, queremos si alguien acepta un cargo de tipo directivo también va de acuerdo con la responsabilidad.

c) Reorientar el Sistema Nacional de Salud de acuerdo a las necesidades reales de la población, creando polos de desarrollo. Y esto quiere decir que se originan hospitales, incluso hasta de tercer nivel, en seis regiones del país que se propondrían, que esté de acuerdo a la morbilidad y mortalidad de estas zonas específicas, que no estén concentrados todos estos servicios en la ciudad de México como actualmente se encuentran.

d) Impulsar la autonomía de gestión, porque sabemos perfectamente, ahora que yo estuve en un hospital en la provincia los pacientes tienen que venir hasta acá y por qué no se forma un centro grande de atención para derechohabientes de población abierta en Guadalajara, por ejemplo, otro en Monterrey, otro en Culiacán, ¿por qué? Allá son pobladores de tercer nivel.

Impulsar la autonomía de gestión. Se deben de realizar esfuerzos para separar las funciones de

planeación, financiación, adquisición y provisión de servicios, configurando las unidades asistenciales como organizaciones autónomas con facultad de decisión efectiva y responsables en cuanto a la gestión y dotar a estas unidades de órganos de gobierno operativos y participativos, independientes de las entidades que adquieren y/o financiadas. Estas unidades deben de controlar la calidad en la atención médica e impulsar su mejoría continua y también estatal y regionalmente se debe de crear un sistema general de acreditación para verificar el cumplimiento por parte de cada institución de un conjunto de normas y reglas previamente establecidas.

e) Desarrollar programas de capacitación con enfoque nacional, estatal y municipal en forma real.

f) Desarrollar los programas de financiamiento, planeación integral, sistemas de información y de supervisión integral, que son de ámbito federal, entre otros.

g) Desarrollar un programa de desarrollo organizacional, donde se contemple el subsistema en manos de los prestadores de salud, como son: sus capacidades y habilidades, liderazgo, filosofía y estilo, premios y recompensas, solución de conflictos, comportamientos, relaciones, sentimientos, valores, estatus, prestigio y evaluación de los mismos.

Estas son las tres propuestas que yo hago específicamente, para efecto de un reforzamiento y de una modernización del Sistema Nacional de Salud.

Nuevo Modelo de Atención a la Salud en el Primer Nivel del ISSSTE

Dr. Javier Castellanos Coutiño*
Dr. José Antonio Rojo Padilla**
Dra. Ma. Guadalupe Serrano Cruz***

Introducción

La Reforma del Sector Salud 1995-2000, señala los objetivos a los que se dirige la política sanitaria; en este marco, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado se ha propuesto llevar a cabo una profunda reforma estructural, en la que el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud, se distingue como la estrategia para el reordenamiento y modernización de la atención médica desde la base misma del sistema institucional de servicios de salud. El Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel es un proyecto estratégico, ciertamente ambicioso, así como innovador y trascendente, que no obstante los múltiples obstáculos para el desarrollo de algunas de las líneas de acción, en razón a que corresponden a experiencias inéditas en el ámbito de las instituciones públicas de salud y seguridad social, se significa como la plataforma para la transformación del sistema institucional de servicios de salud.

*Subdirector General Médico del I.S.S.S.T.E.

**Subdirector de Regulación de Servicios de Salud del I.S.S.S.T.E.

***Jefa de Servicios de Normas de Organización y Prestación de Servicios de Salud

1. Antecedentes

Al cabo de los 20 años transcurridos desde 1978, en que los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, suscribieron en la Declaración de Alma-Ata el compromiso "Salud para todos en el año 2000", aceptando como estrategia general la atención primaria a la salud. México ha dedicado importantes esfuerzos orientados a alcanzar, además de la cobertura universal, la calidad y efectividad de los servicios de salud que se ofrecen a la población. En la década de los ochentas se destaca la implementación del sistema escalonado de servicios de salud y la reforma sanitaria impulsada por este Poder Legislativo con la adición al artículo 4o. Constitucional, en la que se reconoce el derecho de la protección de la salud como garantía social de los mexicanos, así como, con la promulgación de la Ley General de Salud en sustitución del Código Sanitario Federal.

Si bien, en el México contemporáneo el antecedente institucional de la seguridad social para los trabajadores públicos, se remonta a la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925 y a la nueva ley de pensiones civiles de 1947, fue hasta la promulgación de la ley del ISSSTE, el 31 de diciembre de 1959,

que los empleados federales vieron realizadas sus legítimas aspiraciones de seguridad social en un concepto más amplio y promisor al incorporarse las prestaciones de atención médica y servicios sociales para los trabajadores y sus beneficiarios, así como el seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.

2. Situación actual

De 1960 a la fecha, el ISSSTE ha logrado avances sustanciales en la atención a la salud de sus derechohabientes; no obstante, es innegable la persistencia de problemas estructurales asociados al modelo de atención, predominantemente curativo, con el que tuvieron origen los servicios médicos del Instituto, dando lugar a desequilibrios históricos entre los niveles de atención a la salud, tanto en infraestructura como en la asignación de recursos y por ende en la capacidad resolutoria; hecho que, de acuerdo a los patrones culturales predominantes, con frecuencia es interpretado como garantía de calidad de la atención en las unidades hospitalarias, en menoscabo de la aceptación y prestigio de los servicios de primer nivel.

El rostro de la Nación se ha transformado, en la proximidad del fin de siglo, la sociedad mexicana en su conjunto enfrenta grandes retos, pero también se encuentra ante grandes oportunidades. Considerada la seguridad social como uno de los medios de que dispone el Estado y la sociedad con el objeto fundamental de proteger al ser humano de las vicisitudes que la vida le presenta cotidianamente, como son: enfermedad, incapacidad, vejez, etc. es indudable su íntima vinculación con el desarrollo de la dinámica social, así como su interacción con los fenómenos políticos, económicos y sociales de los que forma parte y en los que se encuentra inmersa.

En este contexto, el impacto de la transición demográfica y epidemiológica, así como, el creciente costo de la infraestructura y de los insumos para la atención médica, hacen imperativa la necesidad impostergable de revisar los modelos y estrategias que determinan la capacidad de respuesta de las instituciones para contender los desafíos del panorama epidemiológico actual y futuro.

Es importante señalar que, la transición demográfica y epidemiológica, implica, además del incremento absoluto de la población en todos los grupos de edad, el cambio en la estructura por edades, a expensas de que al aumentar la esperanza de vida, gradual pero progresivamente se ampliará el grupo de mayores de 60 años. Esta situación aunada a los cambios en el estilo de vida se traducirá en una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, así como de accidentes, adicciones y violencias, en tanto que, si bien ha disminuido la mortalidad por enfermedades transmisibles algunas persisten entre las principales causas de morbilidad y otras como el VIH SIDA, el cólera o el dengue, impactan epidémica o emergentemente la salud pública nacional.

En 1995, este Instituto realizó el diagnóstico situacional del Subsistema Metropolitano de Atención a la Salud en el que se destacaron como debilidades estructurales:

- La vocación predominantemente curativa del modelo de atención.
- Incipientes intervenciones orientadas a garantizar la capacidad de respuesta del Instituto ante los retos de las transiciones demográfica y epidemiológica.
- Condiciones salariales y laborales que propician actitudes y aptitudes inadecuadas que inciden negativamente en la productividad y en consecuencia en la satisfacción de los derechohabientes, generadoras de procesos ineficientes.
- Inequitativa distribución de unidades médicas en relación con la población adscrita.
- Heterogéneo desarrollo de las unidades hospitalarias.
- Plantillas físicas de personal inadecuadas.
- Significativo diferimiento en intervenciones quirúrgicas.
- Obsolescencia de los indicadores para la planeación y evaluación de los servicios de salud.

No obstante que, estas debilidades afectan en lo general al sistema institucional de servicios de salud, se observan diferencias regionales asociadas al grado de desarrollo de la infraestructura, así

como a la demanda de servicios, esta última en razón directa del volumen de la población amparada. Cabe destacar que, en el Área Metropolitana de la Ciudad de México (Distrito Federal y 27 municipios conurbados del Estado de México) se concentra aproximadamente el 40% de la población derechohabiente.

3. Programa de fortalecimiento del primer nivel de atención a la salud

Con el propósito de intervenir integralmente en este complejo escenario, en diciembre de 1995 se dio inicio a la instrumentación del Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Salud.

3.1 Definición

El Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención se define como la estrategia para el reordenamiento y modernización de los servicios de salud en este nivel, a fin de superar la persistencia de debilidades estructurales que derivan en inequidad, ineficiencia, insuficiencia e incremento de los costos económicos y sociales de la enfermedad, la discapacidad y la muerte en la población derechohabiente.

3.2 Objetivo general

Contribuir a elevar el nivel de salud y calidad de vida de los derechohabientes a través de ofrecerles servicios de primer nivel de atención a la salud con calidad, oportunidad, eficiencia y trato esmerado; privilegiando el fomento a la salud y la prevención de riesgos y daños, así como mejorando la capacidad resolutoria de las clínicas de medicina familiar y de especialidades incluyendo auxiliares de diagnóstico y servicios quirúrgicos de corta estancia a fin de evitar referencias innecesarias a las unidades hospitalarias y por consecuencia costos adicionales para el Instituto y el derechohabiente.

3.3 Objetivos específicos.

- Implantar y consolidar el modelo institucional de medicina familiar.
- Mejorar la capacidad resolutoria de las clínicas de medicina familiar.
- Motivar el cambio de actitudes y aptitudes del personal.

- Elevar la eficiencia de los procesos médicos y administrativos.
- Implantar un sistema de incentivos al desempeño.
- Disminuir la demanda innecesaria de servicios al segundo y tercer nivel.
- Prestigiar el primer nivel institucional de atención a la salud.

4. Hacia un nuevo modelo de atención

El logro de estos objetivos, implica como antes se ha dicho, la reorientación del modelo de atención a la salud, mediante acciones tendientes a fomentar, en los usuarios y en el equipo de salud, una cultura sanitaria que privilegie la prevención de riesgos y daños a la salud. Entre estas acciones se destacan:

4.1 Fortalecimiento del modelo de medicina familiar

Basado en la reconceptualización del modelo de atención médica, con enfoque de riesgo a grupos vulnerables y anticipación al daño, de manera tal que el fomento a la salud y la medicina preventiva sean la piedra angular sobre la cual se estructure el sistema institucional de servicios de salud. Los beneficios esperados son: Alto impacto de la atención integral de la salud, amplia cobertura, limitación oportuna del daño, bajos costos de operación y mejores expectativas para la calidad de vida de la población derechohabiente.

4.2 Regionalización

Con la consolidación de las regiones operativas de salud, a efecto de que alcancen su autosuficiencia, con unidades médicas escalonadas por niveles de complejidad, accesibles a los derechohabientes y articuladas mediante el sistema de referencia y contrarreferencia a fin de resolver de manera integral los problemas de salud.

4.3 Paquete básico de servicios

Establecido a partir del diagnóstico de riesgo y daños a la salud del derechohabiente, el paquete

básico de servicios incluye entre otras acciones: Vacunación a niños y ancianos; salud reproductiva; control prenatal y del crecimiento y desarrollo del niño, la mujer embarazada y el adulto mayor, asimismo, la detección oportuna de enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer cérvico uterino y mamario, la tuberculosis pulmonar y las enfermedades de transmisión sexual, enfatizando en la promoción de la salud, la prevención y la protección específica.

4.4 Educación para la salud

Con el propósito de garantizar el impacto social de estas acciones, se requiere reforzar en los derechohabientes el principio de responsabilidad en el autocuidado de su salud. En una primera etapa se pretende modificar actitudes y aptitudes de grupos líderes entre los servicios públicos, como son: los trabajadores de salud y el magisterio.

4.5 Grupos de asesores especialistas

A efecto de mejorar la atención médica en el primer nivel, se pretende formar en cada delegación un Grupo Asesor de Especialistas, integrado por cuatro médicos especialistas, en: Gineco-Obstetricia, Cirugía, Pediatría y Medicina Interna, que como asistencia técnica especializada elaboren recomendaciones sobre la atención de las enfermedades de mayor prevalencia local.

4.6 Unidades de atención primaria a la salud

Bajo los postulados de la atención primaria a la salud, este Instituto se ha propuesto desarrollar acciones de salud en los hogares de los derechohabientes, centros laborales, unidades habitacionales y estancias para el bienestar y el desarrollo infantil; escenario de intervención, que a la luz del nuevo modelo de atención, constituyen el complemento ideal para la extensión de las acciones de anticipación al riesgo.

4.7 Enseñanza e investigación, con énfasis en el primer nivel de atención

El trabajador del ISSSTE sirve a los servidores públicos, es por lo tanto, el factor humano, el eje fundamental de cualquier transformación de

fondo en el modelo de atención de la salud; a partir de este considerando se ha concedido prioridad a la formación, capacitación y desarrollo de personal mediante la Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales, la impartición de un Diplomado para el Mejoramiento del Desempeño del Personal Médico Directivo del Primer Nivel de Atención a la Salud, el Fortalecimiento de la Educación Continua para el Personal de Salud, así como el fomento de la Investigación en unidades de atención a la salud del primer nivel.

4.8 Dotación de recursos complementarios

Tradicionalmente uno de los factores limitantes en el primer nivel de atención ha sido la insuficiencia de recursos humanos, de insumos para la salud y de equipo e instrumental médico, por lo que en esta administración, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, se han integrado a las clínicas de medicina familiar más médicos, enfermeras y técnicos, así mismo se han dotado de equipo básico que garanticen su oportuna y eficiente operación.

4.9 Reforzamiento de clínicas de especialidades

A efecto de evitar la saturación y el diferimiento de consulta externa de especialidades en las unidades hospitalarias, este Instituto se ha propuesto reforzar las clínicas de especialidades a fin de que mejorando su capacidad resolutive brinden apoyo efectivo a las unidades de primer nivel de atención, evitando referencias, en ocasiones innecesarias a las unidades hospitalarias.

4.10 Centros de cirugía simplificada

La medicina actual y las innovaciones tecnológicas han logrado desarrollar procedimientos cada vez menos invasivos y de mayor efectividad, utilizando técnicas quirúrgicas simplificadas, este tipo de cirugía actualmente utilizada en varias unidades del Instituto, representa una perspectiva promisoría en padecimientos de baja y mediana complejidad, por su aplicación en tiempo breve, menor trauma quirúrgico y psicológico, bajo riesgo de infección y costos menores, en razón a su corta estancia postoperatoria, que no excede las doce horas.

Estas acciones dan inicio, en el Area Metropolitana de la Ciudad de México, con la apertura de tres Centros de Cirugía Simplificada, mediante la construcción, remodelación, ampliación y equipamiento quirúrgico en las Clínicas de Especialidades "Churubusco", "Dr. Alberto Pisanty Ovadia" y "Xalostoc".

4.11 Sistema de atención integral gerontogerátrica

En el presente, la población derechohabiente mayor de 60 años representa más del 6% del total, las proyecciones nacionales permiten prever que durante los próximos años esta población se verá incrementada sustancialmente. Por lo que, a las acciones de atención curativa que actualmente se otorgan a los adultos mayores, se incluirán acciones que, con una visión integral, permitan al anciano además de la restauración de los daños asociados al envejecimiento, la conservación de las muchas capacidades que aún conservan, favoreciendo su integración plena a la sociedad y a la familia, coadyuvando de esta forma a mejorar su calidad de vida, para lo cual se han iniciado las acciones correspondientes a la implementación de módulos gerontológicos en 42 clínicas de medicina familiar del Area Metropolitana, así como la creación de un Centro de Atención Gerontológico, que junto con los servicios de geriatría de las clínicas de especialidades, hospitales generales y hospitales regionales, constituirán el sistema institucional de atención geronto-geriátrica.

4.12 Apoyo diagnóstico para el reforzamiento del primer nivel

Componentes importantes de la atención médica son los auxiliares de diagnóstico y tratamiento; por lo que se hace conveniente proporcionar en forma oportuna y con calidad este tipo de servicio básico en el primer nivel de atención. Para lo cual, este Instituto actualmente dispone, para el servicio de los derechohabientes en el Area Metropolitana de la Ciudad de México, de un Centro de Apoyo Diagnóstico, asimismo, se han reforzado los auxiliares de diagnóstico de cuatro Clínicas de Especialidades; así como los auxiliares de diagnóstico de doce Clínicas de Medicina Familiar tipo "A", además de dotar a veintiséis Clínicas

para la realización de biometría hemática, química sanguínea y urianálisis, evitando a los derechohabientes adscritos a esas unidades el traslado hasta las unidades hospitalarias.

4.13 Automatización

Con el propósito de mejorar la calidad y oportunidad de la atención a los derechohabientes, se procedió al análisis y re-diseño de los procesos médicos y administrativos de las clínicas de medicina familiar, a efecto de simplificar y agilizar los trámites y procedimientos mediante el empleo de tecnología de información, para lo que en paralelo a la dotación de bienes informáticos necesarios para su operación en red, se desarrolló un programa informativo, que integra modularmente las diversas áreas y servicios médicos, paramédicos y administrativos, mejorando la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios, así como en la administración de los recursos.

En virtud al costo de la infraestructura informática, estas acciones se extenderán gradualmente a las clínicas de medicina familiar del sistema; actualmente cuatro CMF del área metropolitana operan automáticamente y 12 más se encuentran en proceso; cabe mencionar que, en las cuatro primeras se han confirmado entre las virtudes de la sistematización aplicada los servicios de salud, la posibilidad de contar con archivos clínicos magnéticos del trabajador derechohabiente y de su núcleo familiar; la obtención expedita de los resultados de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento; agilidad en el otorgamiento de citas; eficacia en el manejo de inventario; eficiencia y oportunidad en el abasto de medicamentos; así mismo, es relevante su potencial aprovechamiento en la enseñanza y la investigación, así como en cuanto a la oportunidad y confiabilidad de la información estadística de salud, base de la vigilancia epidemiológica, siendo pertinente destacar su aprovechamiento como instrumento de control de la productividad y de la administración de los recursos; amén de las economías en tiempos, movimientos y recursos que se derivan de la operación sistematizada y lo más importante, la satisfacción del derechohabiente al recibir un mejor servicio.

Conclusiones:

Los planificadores de salud afirman axiomáticamente que el 85% de los problemas de salud pueden ser resueltos en el primer nivel de atención, asimismo, la sabiduría popular ha acuñado la frase de que vale más prevenir que remediar. Sin embargo, el predominio del modelo médico flexneriano y los patrones culturales occidentales han impuesto la preponderancia de grandes instalaciones hospitalarias, dotadas de complejos, sofisticados y costosos equipos cuya operación demanda un importante volumen de recursos humanos y financieros para la atención de patología que, en ocasiones, "debieron" ser resueltas satisfactoriamente y a menor costo en el primer nivel de atención. La construcción del nuevo modelo de atención a la salud en el primer nivel que el ISSSTE ha emprendido, se sustenta en las proyecciones de la dinámica, volumen y distribución por grupos de edad y género de la población derechohabiente, en los que el creciente envejecimiento de la población derechohabiente se refleja en el incremento, en la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como de sus complicaciones y secuelas, con la consecuente presión sobre las bases de financiamiento, en razón al incremento acelerado en los costos de la infraestructura de salud.

Por otra parte, cabe destacar que las megatendencias que, con el advenimiento del próximo siglo afectarán a todo el orbe, hacen previsible la sustitución de múltiples paradigmas, baste citar que, padecimientos que actualmente requieren estudios complejos y costosos para su diagnóstico y tratamiento podrán prevenirse o corregirse en edades tempranas del ser humano; así mismo en cuanto a los sistemas de salud, se revela una ten-

dencia innegable hacia nuevos modelos de organización de la atención médica, en los que se deberá considerar entre otros factores, la acumulación epidemiológica, el énfasis de la pretensión sobre la curación, el desarrollo tecnológico hacia el nivel molecular y hacia procedimientos menos invasivos, la creciente importancia de la bio-ética, la mayor exigencia de los usuarios, la profesionalización de los directivos de las organizaciones médicas, el incremento de las telecomunicaciones e informática, los nuevos materiales y procedimientos médicos, y un nuevo balance entre médicos especialistas y médicos generales o familiares.

El sistema institucional de servicios de salud del ISSSTE, en el futuro deberá adecuarse con la flexibilidad necesaria a fin de dar respuesta a las demandas de salud de su población, atendiendo con equidad y eficiencia las demandas de los diferentes grupos de edad y sexo, así como las diferencias regionales, condicionadas por la concentración de la población derechohabiente en las zonas urbanas y la dispersión de la misma en áreas rurales, con problemas de accesibilidad de diversa índole no superables al mediano plazo, en este contexto no obstante el amplio y atractivo marco que ofrecen las innovaciones científicas y tecnológicas, las instituciones de salud en México deberán evolucionar hacia modelos de organización para la atención a la salud, que permita contender exitosamente con las diversas vicisitudes que se han expresado, con mayor cobertura, mejor calidad y menor costo. Este Instituto, en razón a las raíces sociales que le dieron origen y a lo dispuesto en el Artículo 4o. de la Carta Magna, así como en la Ley General de Salud y en la Ley del ISSSTE mantiene vigente su compromiso de servir a la salud de los servidores públicos de México.

Sistema Institucional de Atención Gerontológica y Geriátrica

Dr. Javier Castellanos Coutiño *
Dr. José Antonio Rojo Padilla **
Dra. Ma. Guadalupe Serrano Cruz ***

Introducción

En el marco de la política de atención integral a la salud, el gradual pero progresivo crecimiento del grupo de derechohabientes mayores de 60 años, hace recomendable reorientar los programas destinados a la atención de los riesgos y daños a la salud característicos de esa etapa de la vida, hacia acciones integrales que contribuyan, de manera más efectiva, a que los ancianos derechohabientes disfruten de una vida más digna y saludable.

El Sistema Institucional de Atención Integral Gerontológica y Geriátrica, que se presenta en este Foro Nacional, convocado por la Comisión de Salud de la Quincuagésima Séptima Legislatura del Congreso de la Unión, nace de la incesante búsqueda de estrategias que, en el marco institucional, permitan ofrecer a los derechohabientes mayor cobertura y mejor calidad a costos razonables.

Algunos datos demográficos a nivel mundial

En 1950, la población mundial era de 2,511 millones de habitantes y se registraron en ese mismo año, 49.8 millones de defunciones, lo que indica una tasa de 19.8 por mil, es decir, que por cada

1,000 habitantes, 20 fallecieron en ese año. En 1990 la población mundial alcanzó la cifra de 5,267 millones de habitantes y se registraron 50 millones de defunciones; no puede pasar desapercibido que, habiéndose duplicado la población se haya registrado, casi, el mismo número de defunciones. Estas cifras reflejan que, no obstante las diferencias regionales, globalmente se han mejorado las condiciones de vida, de los conglomerados humanos, repercutiendo positivamente en los indicadores demográficos; baste citar que en los últimos quince años el porcentaje anual de crecimiento fue de 1.2; y que la mortalidad en la niñez disminuyó de 135 a 96 por mil, así como que la esperanza de vida al nacer se incrementó de 60 a 65 años.

Ciertamente, el descenso de la mortalidad en el orbe, empezó lentamente en el siglo XVIII en Europa, Norteamérica y Australasia; ilustra este proceso que en los Estados Unidos, a finales del siglo XIX la esperanza de vida alcanzaba tan sólo 49 años y la mortalidad en la niñez era de alrededor de 180 por mil, pero, ya para 1950 la esperanza de vida en ese país alcanzó los 66 años y la mortalidad en la niñez había disminuido hasta 34 por mil.

Si bien, en algunos países de manera más notoria que en otros, es evidente que las condiciones de salud de la población mundial han mejorado más en los últimos 40 años que en el resto de la historia de la humanidad. El Banco Mundial afirma en su "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993" que

* Subdirector General Médico. ISSSTE.

** Subdirector de Regulación de Servicios de Salud. ISSSTE.

*** Jefa de Servicios de Normas de Organización y Prestación de Servicios de Salud. ISSSTE.

en los países en desarrollo, la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 40 a 63 años y la mortalidad en la niñez se ha disminuido de 280 a 106 por 1000 n.v.r. Así como que, en los países de altos ingresos la esperanza de vida es de más de 75 años, en tanto que, en los países en desarrollo con tasas de mortalidad baja, la esperanza de vida es de 70 años o más; mientras que en África, al sur del Sahara, este indicador es tan sólo de 50 años.

En estas circunstancias, a nivel mundial la población de 60 y más años ha incrementado su aporte porcentual de 7.96 en 1950 a 9.2 en 1990; estimándose que para el 2000 llegará a ocupar el 10.6% y que para el 2030 ascenderá hasta el 15.18%.

Evidentemente, la mortalidad general pese a ser un indicador "grueso", es un valioso indicador demográfico, así como lo es la mortalidad infantil por ser el indicador más sensible del grado de desarrollo de las naciones; sin embargo, para el análisis demográfico resultan igualmente importantes, la disminución de las tasas de mortalidad materna, y el notable decremento en la mortalidad por algunas enfermedades transmisibles y, la reducción en la tasa de fecundidad que junto con otros factores determinan la transición demográfica en sus diferentes etapas, así como, la estructura por edades de la población.

En América Latina y El Caribe

En el contexto regional, en 1950 la población total en América Latina y El Caribe era de 166 millones de habitantes, alcanzando casi a triplicarse para 1990 en que ascendió hasta 434 millones; estimándose que para el año 2000 serán 538 millones y para el 2030 se incrementará hasta 765.

En la revisión del crecimiento demográfico de la región, cabe destacar que a partir de 1950 se ganaron en promedio 15 años en la esperanza de vida, desde un valor de 51.2 observado en el lustro 1950-1955, hasta 66.6 registrado en 1990, que equivale a un incremento de aproximadamente dos años por quinquenio; según las proyecciones de población de la OMS se estima que para el lapso 2020-2025 este indicador llegará a 72.8, con lo que se logrará regionalmente un incremento de 21.6 años.

En relación al tema que nos ocupa, conviene hacer mención aparte, a la tendencia observada en

estas cuatro décadas en la estructura por edades de la población de América Latina y El Caribe, en especial al crecimiento del grupo de 60 y más años, en el cual se evidencia el proceso de envejecimiento de la población. Tomando 1950 como año base del periodo, el aporte porcentual de este grupo a la población total de la región fue de 5.42; en la siguiente década la tendencia fue ligeramente ascendente y para 1980 fue de 5.91; mientras que, para 1990, este grupo aumentó hasta el 6.98%; en tanto que, para el año 2000, será de 7.99 y para el 2030 ascenderá hasta corresponder al 15.81% de la población regional.

La transición demográfica en México

Actualmente la población en México suma ya 96.3 millones de habitantes; no obstante que en los últimas décadas el ritmo de crecimiento se ha desacelerado, en los últimos 28 años casi se duplicó la población. La transición demográfica, como tal, da inicio en México en los años treinta, con el descenso ininterrumpido de la mortalidad, al cabo de más de seis décadas la esperanza de vida del mexicano es de 74 años, duplicando la esperanza de vida de los mexicanos de esa década. Asimismo, la fecundidad global que alcanzó su máximo nivel en los años 70's registrando un promedio ligeramente superior a los siete hijos por mujer, ha descendido hasta 2.55.

Los cambios en la fecundidad y en la mortalidad han implicado profundas transformaciones en la distribución por edades de la población, reduciendo el peso relativo de los menores de edad con respecto a la población total, así como un aumento considerable en la proporción de jóvenes y adultos y una proporción creciente tanto en números absolutos como relativos de personas de edad avanzada.

Tomando como año base 1950, cuando la población total en el país era de 26.2 millones de habitantes, de los cuales 811 mil correspondían a personas de 65 y más años, este grupo sólo significaba el 3.1%, del total; a partir de entonces el incremento de la población de edad avanzada ha sido gradual, pero progresivo, en 1960 fue el 3.3%, en 1970 a 3.4, en 1980 el 3.5 y en 1990 el 3.7%. Las Proyecciones del Consejo Nacional de Población, permiten prever que para el año 2000 este porcentaje se incre

mentará a 4.6, en el 2010 a 6.0, en el 2020 a 8.1 y en el 2030 ascenderá hasta el 11.7%.

Como puede observarse, las diferencias relativas hasta 1980 son alrededor del 0.2 por ciento; sin embargo, en la actual década la diferencia porcentual entre 1990 y el 2000 crecerá al 0.9% y para los siguientes decenios, estas diferencias porcentuales serán del orden de 1.4, 2.1 y 3.6 puntos porcentuales.

Perspectiva social del envejecimiento de la población

En la actualidad la transición demográfica en México se encuentra en una etapa intermedia, en la que es recomendable proyectar en los horizontes de mediano y largo plazo las necesidades y demandas de la población que habrán de enfrentar en el futuro el Estado y la sociedad en su conjunto.

En la perspectiva general de la nación, que se avizora desde esta Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados, es conveniente reflexionar en el significado social del envejecimiento de la población y sus implicaciones para los individuos, la familia, la sociedad y el Estado.

La Organización Internacional del Trabajo definió en 1984 como seguridad social, "la protección que la sociedad proporciona contra las privaciones derivadas de la desaparición o disminución de ingresos a consecuencia de enfermedades generales, accidentales o enfermedades del trabajo, desempleo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo asistencia médica y ayuda a la familia.

En México, el Constituyente Queretano sienta en el artículo 123 del Proyecto Nacional las bases para el establecimiento de la seguridad social, emanando de estos preceptos en 1925, la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro, precursora del ISSSTE y en 1943 el surgimiento del IMSS; ambas instituciones junto con las otras organizaciones afines, creadas con objetivos similares han logrado indudablemente impactar la salud y el bienestar de la población derechohabiente. En el caso de los trabajadores derechohabientes en edad avanzada, el otorgamiento de pensión por jubilación, así como de otras prestaciones, aminora, por lo menos en parte, algunas de las dificultades que se ciernen

en esta etapa de la vida. Sin soslayar que, justamente, una gran proporción de los no asegurados enfrentan con mayor severidad las limitaciones sociales, económicas y asistenciales.

Causas de muerte y enfermedad en el anciano mexicano

A efecto de profundizar el perfil de salud de los ancianos mexicanos, conviene detallar en el comportamiento observando en los últimos 25 años, en las principales causas de muerte en hombres y mujeres de 65 y más años.

Durante estos cinco lustros, las enfermedades del corazón han sido la primera causa de muerte, tanto en hombres como mujeres; en orden decreciente le siguen los cánceres, en 1970 como tercera causa y en 1995 como segunda; la diabetes mellitus, como octava causa de defunción en hombres y sexta causa en mujeres en 1970, presentó en el periodo una tendencia notablemente ascendente hasta ocupar en 1995 la tercera posición en ambos sexos; mientras, las enfermedades cerebrovasculares, mantuvieron en el periodo una tendencia estable como la cuarta causa de muerte de este grupo de edad; debe destacarse que todas estas causas corresponden a enfermedades crónicas y degenerativas.

Por otra parte, es notable el decremento de las enfermedades transmisibles como causa de defunción en este grupo. En 1970 la influenza y neumonía se ubicó como la segunda causa de muerte en mayores de 65 años, fue descendiendo hasta el quinto lugar en 1995; asimismo, las infecciones intestinales ubicadas en 1979 en cuarto sitio en los varones y el quinto en las mujeres, actualmente se encuentran en el onceavo lugar en ambos géneros. Otras causas de defunción que aunque con variaciones en su ubicación se sitúan entre las principales causas de muerte en los ancianos son: las enfermedades del hígado, especialmente la cirrosis; los accidentes que paulatinamente han cobrado importancia, así como el enfisema, bronquitis, asma y las afecciones renales.

En cuanto a las causas de enfermedad, las más frecuentes son entre las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias y entre ancianos, en estado de marginación y pobreza, la tuberculo-

sis pulmonar, en cuanto a los padecimientos no transmisibles, los problemas más frecuentes se asocian a padecimientos neuropsiquiátricos, a enfermedades de los sentidos, a enfermedades cardíacas, así como a alteraciones del aparato músculo-esquelético.

Condiciones de salud en la vejez

En "La Situación Demográfica en México, 1998", el Consejo Nacional de Población presenta del Informe Final de la Revisión de Consulta sobre Políticas de Salud para los Ancianos de América Latina y El Caribe, de la OPS, los siguientes conceptos: "La vejez, como expresión de fragilidad ante la salud, toma modalidades mucho más heterogéneas en cuanto a tiempos, formas y consecuencias. Como patrón general, sus manifestaciones se alejan de las enfermedades agudas e infecciosas y son cada vez más importantes las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes. Sus inicios generalmente no están marcados por eventos determinados, sino por el proceso lento y difuso de deterioro en la salud física y mental que acompaña y caracteriza al envejecimiento. Se trata de condiciones incurables y progresivas con consecuencias a largo plazo en cuanto a sufrimiento, costos y necesidades de apoyo". Concluyendo que de hecho en la población envejecida son más graves los estados mórbidos y sus consecuencias no letales, que la muerte misma.

Situación institucional

La población amparada por el ISSSTE en 1997, ascendió a 9.222,194 derechohabientes, de los cuales 571,776 (6.2%) corresponde a personas de 60 años y más. En la atención a este grupo de edad, en el mismo año, se otorgaron 3.539,650 consultas que representan el 15.3%, así como 54,530 egresos hospitalarios que a su vez significan el 14% del total.

Ante este panorama, con el propósito de abordar eficientemente la atención de este importante grupo de derechohabientes, prestando especial consideración a los problemas subyacentes a las principales causas de consulta, a fin de determinar las líneas de acción institucionales, se diseñó el:

Sistema Institucional de Atención Integral Gerontológica y Geriátrica

Esta amplía la visión institucional sobre la situación de salud de los ancianos, sustenta el diseño del Sistema Institucional de Atención Integral Gerontológica y Geriátrica.

Definición:

Conjunto de recursos, acciones y servicios destinados a la atención integral a la salud del derechohabiente de 60 años y más, mediante acciones de prevención de riesgos y control de daños que contribuyan a elevar su bienestar.

Objetivo general:

Disminuir los coeficientes de riesgo, morbilidad y mortalidad de la población derechohabiente de 60 años y más, contribuyendo a elevar sus niveles de salud y bienestar.

Objetivos específicos:

- Otorgar a los derechohabientes de 60 y más años servicios integrales de atención gerontológica y geriátrica.
- Fomentar un estilo de vida saludable para el anciano derechohabiente.
- Incidir en los factores que condicionan la presentación de complicaciones y secuelas de las enfermedades que afectan a este grupo de derechohabientes.
- Impulsar la formación de recursos humanos en Gerontología y Geriátrica.
- Estimular la investigación clínica, epidemiológica y social relacionada con la salud de los ancianos.

Componentes:

En el marco del sistema escalonado de servicios de salud se han establecido como componentes para la atención geronto-geriátrica:

En el primer nivel de atención

Para los derechohabientes mayores con problemas de baja complejidad, o con padecimientos controlados:

La instalación de:

Módulos Gerontológicos de las Clínicas de Medicina Familiar.

- **Centro de Atención Gerontológica.**

En el segundo y tercer nivel de atención

Para derechohabientes mayores con patología compleja o con complicaciones o secuelas que ameriten atención médica especializada:

Servicios de geriatría en:

- Consulta Externa
- Hospitalización

Módulos de atención gerontológica:

Ubicados en las Clínicas de Medicina Familiar tienen como función básica contribuir con la atención médica de primer nivel mediante actividades individuales y grupales de educación para la salud, así como de prevención y control de los riesgos que ponen en peligro la salud, la integridad y la vida del derechohabiente mayor de 60 años.

Centro de atención gerontológica:

Unidad en la que converjan acciones multidisciplinarias encaminadas a la atención integral de los procesos fisiológicos, morfológicos, conductuales y sociales que acompañan a la vejez.

Servicios gerontológicos

- Consulta Externa Especializada
- Psicología del Anciano
- Medicina Física y Rehabilitación
- Orientación Nutricional
- Odontogeriatría
- Epidemiología de la Senectud
- Trabajo Social

Servicios de apoyo gerontológicos

- Sala de actividades de vida diaria
- Gimnasia terapéutica
- Odontogeriatría
- Podología
- Terapia ocupacional y de lenguaje
- Psicoterapia de grupo
- Sala de lectura y proyecciones

Conclusiones:

El ineludible crecimiento de la población de edad avanzada, hace impostergable la conveniencia de incluir en la planeación para el desarrollo social, políticas que permitan al Estado y a la sociedad en su conjunto enfrentar, efectiva y eficientemente, los retos sociales, económicos y políticos que representará el envejecimiento de la población.

En este contexto corresponde a las instituciones de salud, seguridad y asistencia social, el diseño de estrategias que garanticen el derecho a la protección de la salud de los ancianos, en el más amplio y promisor horizonte; es decir, no basta con prolongar la esperanza de vida, el objetivo debe ser que "a los años se les añada vida" fomentando el apoyo y la integración familiar, así como manteniendo y, de ser posible, mejorando la capacidad funcional y mental que muchos ancianos, no obstante su edad avanzada, aún conservan.

Asimismo, con una visión individual y colectiva al futuro, se hace imprescindible insistir axiológicamente en los niños, adolescentes y adultos, jóvenes de hoy en el alto valor de un estilo de vida saludable, como la mejor medida de prevención del deterioro en la vejez.

Por último, cabe mencionar la importancia del fomento de la investigación social, clínica, epidemiológica y de servicios de salud, de la y para la senectud con el propósito de ampliar las bases para la legislación y la toma de decisiones sobre la atención integral a los ancianos.

Análisis de la Capacidad Resolutiva en la Red Nacional de Telesalud del ISSSTE

Javier Castellanos Coutiño¹
Manuel González Vivián²
Luis Amaro Hernández³
Amanda Gómez González⁴

I. Resumen

La principal causa de problemas en la práctica médica es el limitado poder resolutivo con que cuentan los hospitales de segundo nivel y la necesidad de trasladar un gran número de pacientes para control a hospitales de tercer nivel, debido a la transición epidemiológica de las enfermedades crónico degenerativas como padecimientos oncológicos, ortopédicos, cardiológicos, etc. Esto determinó que en el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado, se desarrollara la aplicación de alta tecnología de telecomunicaciones y medicina para crear una Red Nacional de Telesalud, la cual pueda transmitir por vía satélite y/o fibra óptica, con la facilidad de instalación en el 50% del país. La capacidad instalada en la primera fase de 1997 fue en seis lugares remotos. Los programas de Telesalud incluyen la Educación a distancia y la Teleadministración, destacando que en los primeros seis meses (marzo 98) se han impartido 476 consultas por medio de un sistema a distancia, lo cual permite hacer una evaluación de la

capacidad resolutiva de la aplicación de esta tecnología.

II. Objetivo

Se analiza la capacidad resolutiva en las patologías por regiones del país, que requieren la intervención de un hospital de alta especialidad utilizando la red nacional de Telesalud y las soluciones que han surgido dentro de la Institución.

III. Descripción de la Red Nacional de Telesalud

El Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuenta con una población derechohabiente de más de nueve millones de personas, con prestaciones propias de un servicio de salud que permite apoyar al paciente en diversos niveles de atención, desde el primero en su clínica familiar o consultorio, el segundo en hospitales que cuentan al menos con las especialidades básicas, o el tercer nivel que permite contar con alta especialidad. En el primer nivel de atención se soluciona el 80% de las enfermedades, y sólo pasa a un segundo nivel el 20%, de ese porcentaje únicamente el 8% pasará a la alta especialidad. El ISSSTE no cuenta con el servicio médico rural debido al perfil burocrático del paciente, lo cual asegura que al menos exista infraestructura de poblado y no la calidad rural.

1 Subdirector General Médico, ISSSTE.

2 Subdirector de Enseñanza e Investigación Hospital 20 de Noviembre, y Coordinador de la Red Nacional de Telesalud ISSSTE.

3 Director Operativo de la Red Nacional de Telesalud, ISSSTE.

4 Directora de Ingeniería de la Red Nacional de Telesalud, ISSSTE y subdirectora de Área en la COFETEL.

Con el anterior panorama, se apoyó la creación de un programa de Telesalud, apoyado en un programa piloto que avaló la viabilidad del mismo⁽¹⁾ y se estructuró en tres fases, de la cual el presente trabajo involucra únicamente la primera fase a seis meses de instalado.

Se decidió colocar estaciones terrenas de 2.4 metros de diámetro, con 5 watts de potencia, en los lugares del interior del país y de 3.8 metros, con 20 watts, en los dos hospitales de tercer nivel en el Distrito Federal trabajando con el Satélite Solidaridad II, a una velocidad de 512 kbps.

Los criterios técnicos para la selección del medio de transmisión, banda, e infraestructura de las estaciones terrenas fueron publicados en las III Jornadas Euro Latinoamericanas de Asuntos Espaciales, de la Agencia Espacial Europea⁽²⁾

La distribución de la primera etapa es de la siguiente manera, 1 al Noroeste (Hermosillo) 1 al Oeste (La Paz), 1 al Sudeste (Villahermosa) 1 al Sudoeste (Tuxtla), 2 al Este (Veracruz, Tampico) y 2 en la Ciudad de México, seleccionando para ello a los hospitales cuyo problema principal fuera aquellos que por falta de poder resolutivo tuvieran que trasladar o subrogar servicios, causando un gasto a la institución⁽³⁾

IV. Método:

Desde el 22 de septiembre de 1997 hasta el 20 de marzo de 1998 se atendieron los 6 puntos remotos de la red, con el centro de control en la Ciudad de México en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, llevando una bitácora por cada hospital con los siguientes datos: Lugar, Fecha, Hora, Nombre del paciente, Registro del paciente, Edad, Sexo, Motivo de la consulta, Médico tratante, Médico interconsultante, diagnóstico y recomendación.

Se impartían consultas de las 09:00 a las 14:00 horas, durante cinco días de la semana, con el requerimiento de solicitud con 48 horas de anticipación.

El criterio empleado para que el paciente fuera tratado por Teleconsulta fue que se hubiera considerado que requería ser trasladado a la Ciudad de México.

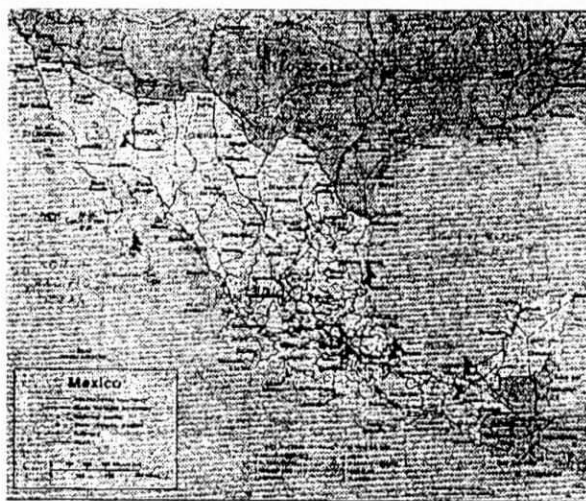


Figura Núm. 1
Red Nacional de Telesalud

Se les solicitó a los coordinadores de las unidades remotas que previamente a la consulta se tuviera completo el archivo del paciente, así como contar con los estudios de gabinete que se hubieran requerido con antelación, para el historial clínico⁽⁴⁾.

En algunos casos se tenía al paciente frente a la cámara y en otros, se requería únicamente la opinión del médico tratante. Los médicos tratantes deberían ser médicos especialistas del hospital del 2do. nivel y los interconsultantes deberían ser de alta especialidad.

V. Gráficos de las Cuatro Patologías más Frecuentes por Cada uno de los Seis Hospitales Remotos por Mes

El gráfico 1 muestra las cuatro patologías más frecuentes en Veracruz.

El gráfico 2 indica las patologías más frecuentes en Tampico.

El gráfico 3 ilustra los servicios más solicitados en La Paz.

El gráfico 4 muestra la frecuencia de servicios en Hermosillo.

El gráfico 5 indica las patologías más frecuentes en Tuxtla Gutiérrez.

El gráfico 6 ilustra los servicios más solicitados en Villahermosa.

VI. Monitores para Evaluación de la Capacidad Resolutiva

Solución total del problema por medio del sistema: 33.5%

Servicio de puente para el traslado: 46.5%

Se dio el control al paciente: 20.2%

No se solucionó el problema: 0.8%

VII. Análisis de los Resultados

Durante los seis meses del estudio se atendieron un total de consultas distribuidas de acuerdo a los siguientes **gráficos (1-6)**, la principal causa de la consulta fue que los pacientes requieran ser referidos para ser aceptados en los hospitales 20 de Noviembre y 1 de Octubre de la Ciudad de México.

Como se puede ver en el **gráfico 7**, que resume los seis primeros meses del programa, **53.7% de los pacientes pudieron ser tratados a distancia**, sin disminuir la calidad de la atención dándoles control o tratamiento satisfactorio.

En el **46.5%** de los casos que sí se tuvieron que trasladar, éstos contaron ya con la aceptación del hospital para darles el tratamiento y no repetir estudios de laboratorio.

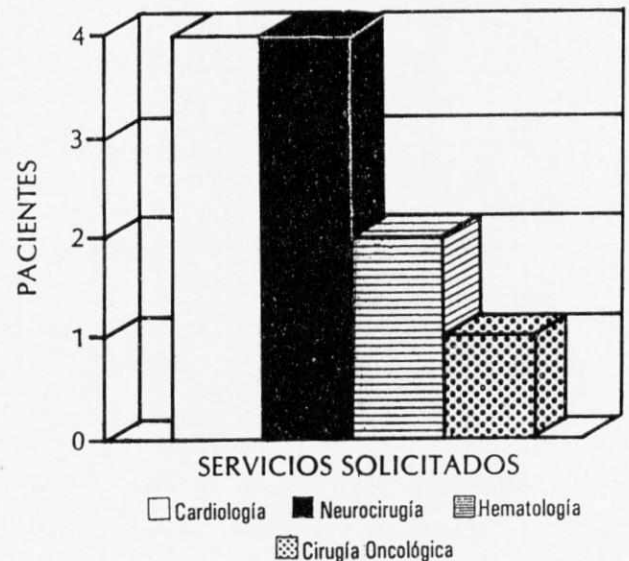
Unicamente el **0.8%** no obtuvieron consulta o traslado satisfactorio.

La siguiente tabla resume las patologías más frecuentes durante las consultas por medio del sistema de Telesalud.

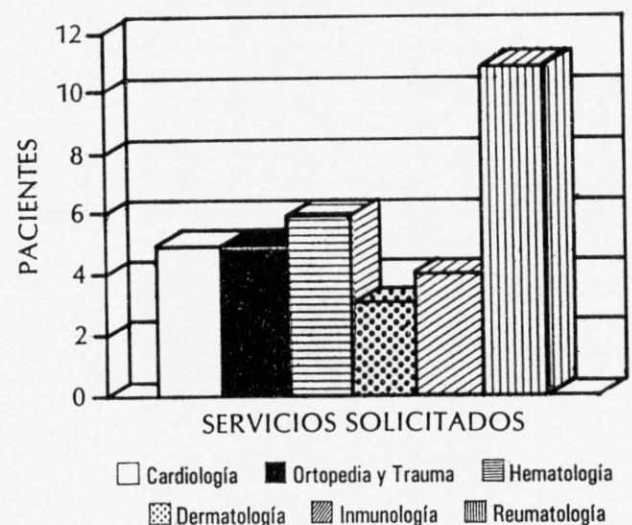
TABLA DE LAS CUATRO PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES POR CIUDAD

CIUDAD	PATOLOGÍA 1o.	PATOLOGÍA 2o.	PATOLOGÍA 3o.	PATOLOGÍA 4o.
Veracruz	Cardiología	Neurocirugía	Hematología	Cirugía Oncológica
Tampico	Reumatología	Hematología	Cardiología	Ortopedia y Traumatología
La Paz	Cardiología Pediátrica	Neurocirugía	Hematología	Urología
Hermosillo	Cardiología	Neurocirugía	Hematología	Oftalmología
Tuxtla, Gtz.	Ortopedia y Traumatología	Cirugía General	Oncología	Infectología
Villahermosa	Neurocirugía	Cardiología	Neurología	Nefrología

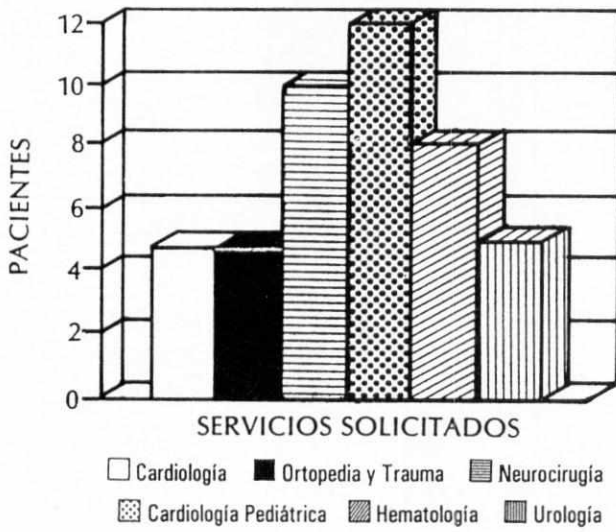
Gráfica 1
TELESALUD VERACRUZ



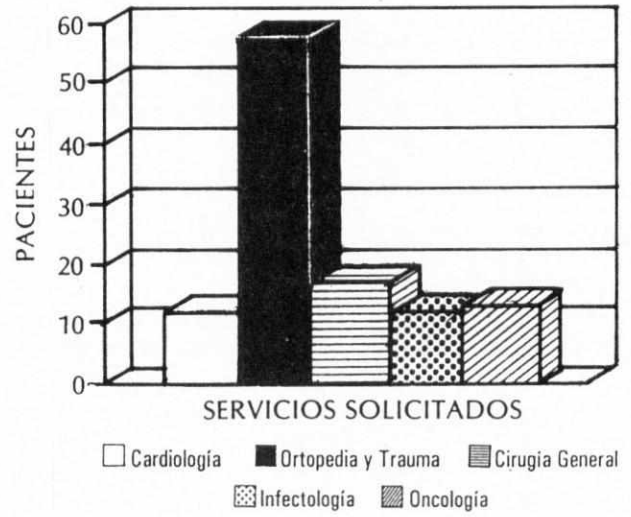
Gráfica 2
TELESALUD TAMPICO



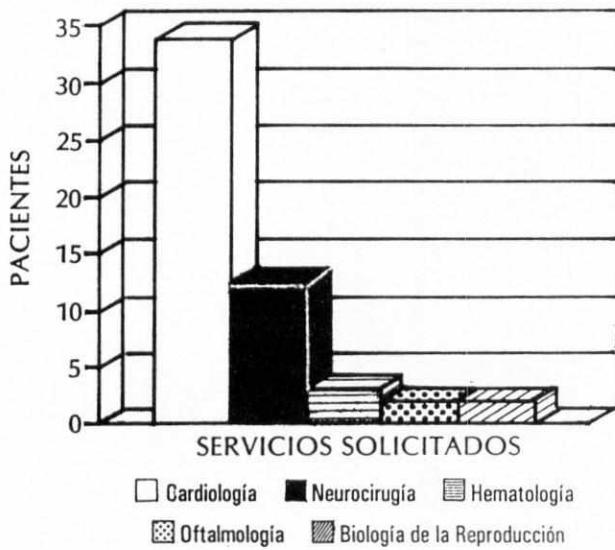
Gráfica 3
TELESALUD LA PAZ



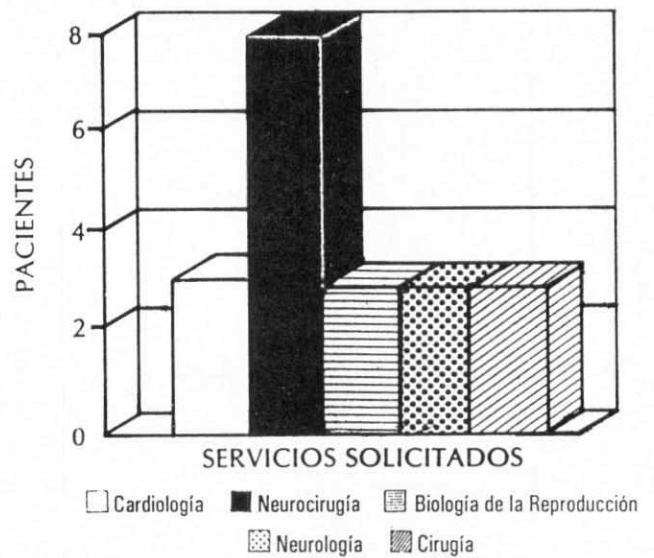
Gráfica 5
TELESALUD TUXTLA GUTIERREZ



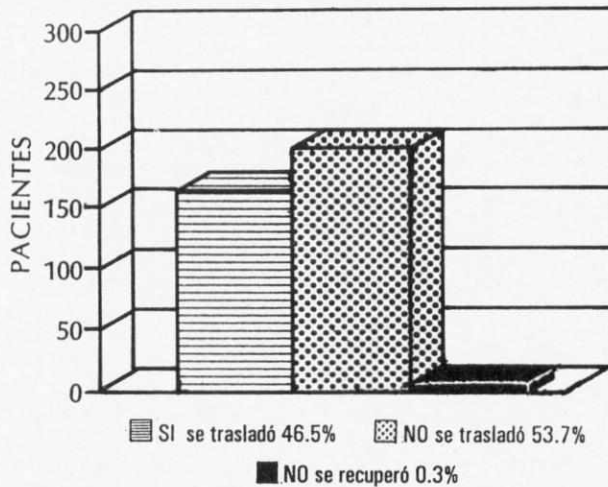
Gráfica 4
TELESALUD HERMOSILLO



Gráfica 6
TELESALUD VILLAHERMOSA



Gráfica 7
TELESALUD
ANÁLISIS DE PODER RESOLUTIVO
A 6 MESES DE OPERACION (Sep. 97 - Mar. 98)



Se puede observar que la especialidad que ha estado requerida por todos los hospitales es **Cardiología**, ocupando el primer lugar de frecuencia en tres de los seis estados, ocupa un segundo y tercer nivel de frecuencia en otros dos lugares, con lo que sólo en una de las ciudades (Tuxtla Gtz.) en que no está mencionada entre las cuatro patologías más frecuentes, el segundo lugar lo ocupó **Neurocirugía** ocupando en Villahermosa el primer lugar de frecuencia y en tres ciudades el segundo lugar, el tercer lugar lo ocupa **Hematología** mencionada en segundo lugar por Tampico y en tercer lugar La Paz, Veracruz y Hermosillo y en cuarto nivel se encuentra **Ortopedia y Traumatología** siendo requerida en primer lugar de frecuencia en Tuxtla Gtz., en Tampico en cuarto, no siendo mencionado el servicio entre las cuatro patologías más frecuentes en los otros cuatro lugares restantes, aunque en número global de pacientes se encuentra muy alto.

VIII. Conclusiones

El sistema de atención médica vía Satélite por Telesalud, resultó de acuerdo a las encuestas, una nueva experiencia en la práctica médica, que posterior a un arduo trabajo para lograr los objetivos planeados, se deberá estar consciente que este sistema alcanzará límites inesperados en un futuro

próximo, ya que el avance en otros países a la par que el programa mexicano es a pasos agigantados, los cuales bajo la actual experiencia se recomienda ya este sistema para comunidades remotas en virtud de que los médicos que están egresando no desean cubrir estas plazas por carecer de infraestructura y por la falta de actualización médica continua⁽⁵⁾.

Con los resultados obtenidos se pudo ver que existen diferentes perfiles epidemiológicos de acuerdo a la región, así como se pudo detectar a los servicios en que se debe apoyar al segundo nivel quedando claro que **Cardiología, Neurocirugía, Hematología y Ortopedia y Traumatología** son las que utilizaron más el sistema, se vio además la necesidad de apoyar con educación médica especializada con el fin de mantener actualizados a los médicos en enfermedades recurrentes en las consultas.

De acuerdo a lo anterior se han dado pasos para impartir cursos a distancia, específicamente donde se carece de actualización o donde se han visto sustancialmente elevados los requerimientos de especialistas, logrando definir prioridades para dar mayor poder resolutivo a las unidades de segundo nivel y apoyar a la descentralización de los servicios.

Bibliografía

- (1) "Plan de fortalecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, ISSSTE, 1996, Programa de Telemedicina, publicación interna.
- (2) **A. Gómez González, J. Castellanos Coutiño, M. González Vivian, L. Amaro Hernández** "Telesalud: Primera experiencia Mexicana en la aplicación de las telecomunicaciones a la salud" 3ras. Jornadas Euro Latinoamericanas de Asuntos Espaciales, Agencia Espacial Europea, México D.F. Noviembre 4, 5 y 6 de 1997.
- (3) **Love A.** "Methods of new health care technology: An Overview. Evaluation Methods sourcebook Otawwa: Canadian Evaluation Society, 1991
- (4) **Rashid L. Bashshur, Ph. D.** On the definition and Evaluation of Telemedicine, *Telemedicine Journal*, 1,1,1995.
- (5) **Houtchens BA, Allen A, Clemmer TP, Lindberg DA.** Telemedicine protocols and standards: development and implementation, *J. Med. Syst.* No. 19 Vol (2), pp 93-119, 1995.

Mesas de Trabajo

5, 6 y 7

Mesa de Trabajo 5

Características de un sistema único de salud para población abierta que garantice el derecho a la protección de la salud.

Mesa de Trabajo 6

Responsabilidades públicas y privadas, y regulaciones frente al derecho a la protección de la salud.

Mesa de Trabajo 7

Experiencias internacionales sobre la garantía del derecho a la salud y las actuales reformas a los sectores sanitarios.

Hacia una Política Inclusiva en Salud: La Legalización de los Médicos Indígenas y la Participación Real de las Organizaciones No Gubernamentales

Dr. Roberto Campos Navarro*
Dra. Adriana Ruiz Llanos**

Agradecemos la participación en este Foro Nacional denominado "El derecho a la protección de la salud", organizado por la Comisión de Salud de la LVII Legislatura de la Cámara de Diputados.

Introducción

Programa de Extensión o Ampliación de Cobertura, Sistemas Locales de Salud, Modelo de Atención Integral a la Salud, Solidaridad, PROGRESA o cualquier otra denominación, constituyen acciones gubernamentales dirigidas a brindar asistencia a la población "abierta" del país, es decir a la gente más pobre de esta nación que carece de empleo remunerado y por tanto de la seguridad social.

El Banco Mundial en su último informe publicado hace dos meses nos ubica dentro de las diez naciones que tienen más individuos pobres y específicamente estamos junto a Brasil con un 32% de población en condiciones paupérrimas¹.

El Consejo Nacional de Población nos reporta con regularidad que la marginalidad es muy ele-

vada en 45,000 localidades del país donde hay déficit de servicios generales y en la infraestructura básica². Este mismo organismo nos indica que casi la mitad de los municipios están clasificados dentro de la categoría de "alta" y "muy alta" marginalidad, siendo los estados más afectados Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo, Veracruz y Puebla.

Precisamente en estas regiones del centro y sureste son las que presentan una mayor inseguridad político-social y la militarización es creciente por la existencia de movimientos guerrilleros.

Las ONG's en Chiapas calculan que allí existen más de 20,000 soldados³ que contrastan con el total de personal sanitario de todas las instituciones gubernamentales que alcanza en dicho estado 12,721 personas⁴. Además de la dolorosa y crítica presencia de alrededor de 10,000 indígenas desplazados por los grupos armados de corte paramilitar⁵.

2 *La Jornada*, 12 de julio de 1998, p.1

3 La SEDENA se ha negado por razones de seguridad nacional a proporcionar cifras exactas al respecto. Diversas ONG's calculan entre 15 y 60 mil militares.

4 *Anuario estadístico del estado de Chiapas*, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas, 1997.

5 La Comisión Nacional de Derechos Humanos confirma la existencia de tales grupos pero por razones "técnicas" se niega a nombrarlos como agrupaciones paramilitares. *La Jornada*, 13 de julio de 1998, p.1.

1 *La Jornada*, 12 de julio de 1998, p.1

* Médico y antropólogo. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

** Médica y pasante de antropología social. Asesora de varias ONG's.

Por todo lo anterior, entendemos que el papel del gobierno en mejorar las condiciones de vida de los mexicanos es una tarea sumamente compleja y contradictoria. El reto es inmenso, los recursos limitados y la meta es prácticamente inalcanzable desde el punto de vista presupuestal y operativo. Por ello, en este contexto debemos actuar con humildad, honestidad e integridad.

Comprendemos el enorme esfuerzo de las actividades del Sector Salud pero obviamente desde la perspectiva oficial, ellos están colocados en una posición difícil e incomoda pues tratan de demostrarnos las bondades y alcances de sus respectivos programas, sin embargo, por lo general estarán contrastados con el punto de vista de la gente a la que pretenden servir.

En este evento nos corresponde abrir un espacio de reflexión sobre este tipo de programas desde la perspectiva de los actores sociales más vulnerables, nos referimos a la sociedad civil, a los indígenas, a las agrupaciones no gubernamentales. No pretendemos erigirnos en los representantes de ellos pues no fuimos elegidos de manera expresa pero sí creemos poseer algunas experiencias valiosas que nos permiten hablar de este tema.

Vinculaciones con los Terapeutas Tradicionales

Tanto la SSA como el IMSS-Solidaridad manejan una estrategia de relación con los terapeutas tradicionales. Hasta el momento, en la primera institución la actividad ha sido manejada de manera tímida, sólo destacando la operación —a veces deficiente— de sus hospitales mixtos en Cuetzalan y Mesa del Nayar. En el IMSS-Solidaridad existe una estrategia más antigua (que se remonta a 1982), más extendida (que abarca todas las delegaciones donde tiene presencia), con mayor homogeneidad en sus metas, pero también con limitaciones en sus apoyos.

Más allá de estos intentos de reconocimiento institucional, los terapeutas tradicionales y sus asociaciones especialmente de origen indígena solicitan su plena incorporación al marco legal de la nación.

La Ley General de Salud vigente no los reconoce jurídicamente pues en el artículo 79 autoriza el ejercicio de la medicina únicamente a todos aquellos que han estudiado en centros de enseñanza superior y han sido aprobados por la Dirección General de Profesiones⁶.

Desde 1976 existe un reglamento condicionado para las parteras empíricas donde sólo se les acepta y apoya si han sido capacitadas por médicos del sector salud⁷.

Desde la década de los ochentas los médicos indígenas están solicitando la legalización de su práctica milenaria. Con la adición al artículo cuarto constitucional que reconoce a los pueblos indígenas y sus culturas, así como la vigencia del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, es evidente el sustento jurídico para su pleno reconocimiento legal.

Una investigación nuestra realizada en diversas regiones indígenas del país demuestra que tal legalización es pertinente, factible y necesaria⁸.

Es factible porque ya se ha realizado en otros países con profundas raíces históricas y culturales, por ejemplo, China e India en Asia, Bolivia en Sudamérica. Es factible porque existe un sustento comunitario que respalda el trabajo de los terapeutas. Es factible porque existen programas institucionales de interrelación que están funcionando más o menos adecuadamente.

Es pertinente porque constituye un derecho histórico de los pueblos indígenas de México. Es pertinente porque es un servicio útil, valioso, trascendente e irremplazable para las comunidades indias y que no sustituye, ni compite con las actividades de la medicina académica, pues son complementarias. Es pertinente porque obedece a las políticas internacionales de salud planteadas por la Organización Mundial de la Salud, por la Organización Internacional del Trabajo y otros

6 Ley General de Salud. **Diario Oficial de la Federación**. 7 de febrero de 1984.

7 Reglamento de parteras empíricas capacitadas. **Diario Oficial de la Federación**. 25 de octubre de 1976.

8 Campos-Navarro, Roberto: **Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina**. Tesis para obtener el grado de doctor en antropología social. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. 1996.

organismos. Es pertinente porque establece un reconocimiento más formal a los médicos indígenas.

Es necesaria porque dará cumplimiento a las demandas políticas, sociales y culturales de los pueblos indígenas. Es necesaria porque brindará garantía, seguridad y protección a los practicantes de la medicina indígena. Es necesaria porque permitirá la libre circulación de los terapeutas y sus productos medicinales. Es necesaria porque permitirá la recepción de apoyos financieros para sus organizaciones. Es necesaria porque promoverá la capacitación de los médicos indígenas de acuerdo a los requerimientos de sus comunidades y en consonancia a sus propios intereses.

Vinculaciones con las Organizaciones No Gubernamentales

Para hacer realidad el derecho a un óptimo nivel de salud que permita a la población el acceso a una vida social digna y económicamente productiva, el Estado tiene un enorme desafío pues es el responsable del cumplimiento de este derecho.

Los organismos internacionales consideran la existencia de dos espacios estratégicos para concretizar este derecho a la salud. Por un lado, la asesoría técnica dirigida a los actores sociales con su activa participación, y por otro, la obtención de financiamientos suficientes para su implementación. Según algunos especialistas, es en este contexto donde aparecen las iniciativas de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) para reforzar dichos espacios⁹.

El apoyo que brindan las ONG's resulta relevante y fundamental al constituirse en entidades renovadoras que logran penetrar en ámbitos donde las instituciones de gobierno han encontrado resistencia por parte de la población o más aún, donde han sido contundentemente rechazadas.

Pese a las potencialidades y logros de las acciones emprendidas por las ONG's nacionales y extranjeras, estas características no han sido suficientes para evitar el que se establezca una relación

vertical por parte del Estado, cuyas actitudes de subestima y en ocasiones descalificación y hostigamiento, las coloca de hecho en una situación de marginación e incluso de auto-marginalidad.

Una notable excepción a lo antes mencionado es la excelente relación con las ONG's extranjeras que aportan financiamientos para los programas prioritarios del gobierno en el terreno de la salud reproductiva.

Independiente de la posición oficial, la aceptación, reconocimiento y confianza que depositan los conjuntos sociales en las ONG's, han sido elementos necesarios e indispensables para lograr su participación en el autodiagnóstico comunitario, en la planeación, vigilancia y evaluación de múltiples actividades conjuntas.

Podemos afirmar que las ONG's logran un aceptable índice de impacto pero les faltan —por lo regular— recursos materiales y humanos suficientes, no obstante generan una significativa confianza. Frente a las instituciones oficiales de salud que poseen los recursos pero carecen de confiabilidad y su impacto se encuentra disminuido o francamente ausente (que se ejemplifica con el rechazo a campañas de vacunación entre los desplazados chiapanecos).

Calidad en la Ampliación de Cobertura

Los programas de ampliación de cobertura no sólo deben ser descritos y analizados desde una perspectiva cuantitativa sino también de su calidad. El modelo actual tiene fallas estructurales por su origen urbano, centralizante y vertical.

Para hacerlo más patente: ¿Qué es lo que sucede en los centros de salud, unidades médicas y hospitales rurales que se encuentran ubicados en los pueblos indios? Más de un funcionario federal o estatal podría decir: ¡Pónganse contentos con tener cerca una clínica! ¡Qué más quieren si ya les hemos puesto su hospitalote!

Pero ¿de qué sirven los hospitales semivacios como el de la selva chiapaneca? ¿De qué sirven los hospitales donde sólo una persona sabe el idioma indígena como sucede en la sierra Tarahumara? ¿De qué sirven los hospitales si los alimentos que

9 Freyermuth, Graciela: **Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas.** CIESAS del Sureste-Gobierno del Estado de Chiapas, 1993:57.

les dan son ajenos a su cultura y les brindan pan Bimbo en lugar de tortillas o totopos, o agua de Tang en lugar de pozol? ¿De qué sirven los hospitales en la Península de Yucatán si nunca se ha pensado en mejorarlos con algunas hamacas? ¿De qué sirve el servicio médico si éste es proporcionado por un pasante de medicina que no le interesa la comunidad, cuyo promedio de calificación apenas es el aprobatorio, que se emborracha con frecuencia para olvidar la soledad en la que se encuentra, que se desaparece los jueves e inicia sus labores los martes, que impone horarios propios de la ciudades, que recibe un irrisorio sueldo y que únicamente espera que termine ese año infernal de servicio social para ser sustituido por otra víctima del sistema educativo sanitario? ¿De qué sirve la infraestructura médica si hay desabasto de medicamentos?

En el siglo XVI un puñado de humildes y disciplinados frailes establecieron hospitales para indios en la Nueva España, donde:

- Era obligatorio el empleo de médicos hablantes del náhuatl.
- Era necesaria la intervención de sabios yerbateros reconocidos como médicos indígenas.
- Se admitía el valor curativo de las plantas y los temazcales.
- Las cofradías indígenas asistían voluntariamente a los enfermos hospitalizados.
- Las cocineras, tortilleras y atoleras eran contratadas para servir alimentos fundamentales de la dieta indígena.
- La Corona Española no escatimaba ningún esfuerzo financiero para sostener la atención hospitalaria de los indios¹⁰.

A finales de este siglo e inicios del siglo XXI ¿Será posible que los funcionarios médicos que realizan acciones de planificación en salud actúen con atinada destreza técnica pero también con amor y sentido común?

Sí se puede.

Cuando uno de los autores de esta ponencia trabajó en una oficina de gobierno durante 1995-96

¹⁰ Muriel, Josefina: Hospitales de la Nueva España. Tomo I Fundaciones del Siglo XVI. Ed. Jus, 1956:118-120.

pudo demostrar en un hospital de Campeche, que sí es posible realizar cambios que beneficien a los enfermos. Se abrió un consultorio de medicina tradicional con atención de partera, huesero y yerbateros, se instalaron tres hamacas en la sección de mujeres¹¹ y se intentó que la dieta fuera lo más cercana a la alimentación maya.

La ampliación de esta valiosa experiencia no fue posible extenderla hacia Yucatán y otros estados debido a la oposición de los médicos-funcionarios del nivel central y estatal quienes impidieron —abierta o veladamente— el avance de las adecuaciones hospitalarias cuya meta era elevar la calidad de la cobertura mediante la satisfacción de los usuarios.

Por supuesto, otras instituciones y organizaciones no gubernamentales tienen interesantes experiencias que deben ser analizadas con detenimiento.

Propuestas

• MEDICINA INDIGENA

La **legalización de la medicina indígena** debe inscribirse en la revaloración y reafirmación de las culturas de los pueblos indígenas de México. Dicho proceso deberá contar con la participación directa y activa de los propios pueblos y sus curadores. En este mismo sentido es importante que existan mecanismos de **coordinación** con la Secretaría de Salud, tratando de evitar la histórica subordinación. Por supuesto, **es necesario que se reforme la Ley General de Salud.**

Insistimos en que no basta el reconocimiento que otorga la comunidad donde vive o ejerce el médico indígena. No basta el reconocimiento que ofrecen las instituciones del sector salud. Es conveniente el reconocimiento legal que garantice el ejercicio responsable y abierto de los médicos indígenas.

• ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

En términos de una política de salud abarcadora e integral, la **inclusión respetuosa y complementa-**

¹¹ Campos-Navarro, Roberto. La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México. Rev. Med. IMSS (Méx) 1997:35(4), 265-272.

ria de las ONG's como un recurso para la salud, nos obliga a transformar los actuales paradigmas de atención del proceso salud/enfermedad/muerte, desde un concepto de cobertura/cantidad a otro de cobertura/calidad que responda a un estilo diferente de trabajo para la consecución de la salud en términos colectivos.

La delicada situación de los pueblos indígenas y las regiones campesinas del país hace evidente la necesidad de puentes operativos que permitan hacer llegar de manera incondicional los recursos a las localidades más afectadas mediante las ONG's con presencia e impacto real en pueblos que rechazan la ayuda gubernamental. Mecanismo necesario que neutralizaría el uso de la medicina como arma de control, político y/o militar. Todo ello sin violentar la autonomía en la toma de decisiones de las propias ONG's ni de las comunidades a las que sirven.

● ADECUACION DE SERVICIOS COMO GARANTIA DE CALIDAD

Se requiere cumplir con los apartados del artículo 25 del Convenio de la OIT, cuyos puntos más relevantes son:

1. El gobierno debe proporcionar servicios de salud adecuados.
2. Los servicios de salud deben ser planeados, organizados, controlados y administrados por los propios pueblos indígenas.
3. La organización debe ser comunitaria tomando en consideración sus características económicas, geográficas, sociales y culturales.
4. Los servicios de salud deben considerar la medicina tradicional, o sea, sus métodos preventivos, curativos y remedios tradicionales, incluso los médicos indígenas o curanderos.
5. En los servicios de salud se debe dar preferencia a la formación y empleo de personas indígenas.
6. Los servicios de salud deben mantenerse en estrecha relación con otros niveles de atención sanitaria¹².

¹² Organización Internacional del Trabajo: **Convenio Núm. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes**. Serie Documentos 89/1.

Además resulta necesaria la **capacitación y sensibilización** del personal médico y paramédico que va a trabajar en las regiones indígenas del país para que verdaderamente exista un espíritu de servicio basado en el reconocimiento de la diversidad y la tolerancia para adaptarse a las características de una nación multiétnica y pluricultural.

Epílogo

Finalizaremos esta presentación con las demandas indígenas del I Congreso Indígena de Chiapas realizado en San Cristóbal de las Casas, en 1974, y que nos invitan a una serena y madura reflexión:

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo. Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten gran desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor, y así aunque sea muy buen médico no nos pueden curar. Por eso no les tenemos confianza.

Así mismo, las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Pero eso, para nosotros, la medicina del doctor es como si no existiera. Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lleva a efecto el personal es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría.

Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores¹³.

¹³ Declaración tzotzil sobre salud: Ponencia en el I Congreso Indígena, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en **La Medicina Invisible** (Lozoya y Zolla, Eds.) Folios Ediciones México.

Responsabilidades Públicas y Privadas y Regulaciones Frente al Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Rafael Aguirre Rivero*

La salud es uno de los satisfactores básicos y condición primordial que refleja con objetividad la justicia, la equidad, el bienestar y la solidaridad social que amalgama a todos los sectores de la población. En este sentido, la atención de las necesidades de salud de la población mexicana ha requerido del concurso de diversas formas de otorgamiento de los servicios.

Esta diversidad, está en estrecha relación con las grandes diferencias socioeconómicas de la población y refleja directamente la estructura de una sociedad de grandes contrastes que van desde la pobreza extrema hasta la riqueza de un pequeño grupo privilegiado que tiene un ingreso superior al 50% del total del ingreso nacional, producto de una globalización de la economía y de una política de libre comercio desigual.

La segunda mitad del presente siglo ha sido esencial en el desarrollo integral de nuestro país; pero es menester precisar que sólo hasta la última década de este milenio que fenece, es cuando se han dado los verdaderos cambios que orientan hacia la renovación en todos los ámbitos de la vida nacional, incluyendo los aspectos económicos, políticos, ideológicos, históricos, sociales, educativos, culturales, y por supuesto, de salud.

* Presidente de la Federación Médica del Estado de Guerrero, A.C.

Resulta fundamental que los aspectos aludidos tengan como marco de referencia la realidad que viven la mayoría de los mexicanos, en los que inciden en forma negativa la ideología dominante, el analfabetismo, el desempleo y subempleo, el consumismo, la dependencia económica y tecnológica, y en este tenor, la enfermedad, que en su conjunto dan pautas para sustentar y perpetuar las desigualdades sociales.

En las circunstancias actuales, es pertinente reconocer que el sistema político, en ocasiones ha mostrado y participado en contradicciones, tomando como referencia fundamental la lógica productivista, el exceso de capitalización individual de corto plazo y la participación de grupos elitistas. La situación expresada ha propiciado la separación de lo "individual" de lo "social y colectivo", que existe y debe existir en unión indisoluble por la naturaleza social del hombre.

La salud de la población es inseparable del sistema político, económico, social y cultural de nuestro país: el sistema de salud está condicionado en su estructura y orientación por las mismas fuerzas sociales que determinan la estructura económica. La salud misma, es un subproducto del desarrollo económico social que afecta el ambiente de vida e influye en el comportamiento y la cultura frente a la salud y la enfermedad.

Las inversiones en salud y en educación tienen un efecto sobre la fuerza de trabajo en relación a la calidad y a la productividad. Estas inversiones son inseparables y difícilmente se pueden valorar los rendimientos financieros en salud, se pueden medir en relación con el impacto acumulativo en valor excedente sobre la vida productiva de la fuerza de trabajo.

Para comprender los aspectos básicos de los procesos salud-enfermedad y vida-muerte, es indispensable analizar la dialéctica de lo "natural y lo social" de la condición humana en los aspectos comunitarios y ecológicos.

En este sentido, el análisis epidemiológico —histórico— económico, es una herramienta moderna que ubica con precisión a la "reproducción social" como la categoría que permite sistematizar el estudio de los determinantes directos de la calidad de salud, de vida y de servicios de salud.

La salud refleja de una manera sin igual los cambios que nuestro país experimenta; y la salud está ligada al destino general de la nación. A medida que el país se transforma el sistema de salud también debe hacerlo.

En México, el sistema nacional de salud se encuentra estructurado por tres grandes componentes:

1. Instituciones que atienden a población abierta.
2. Institutos de Seguridad Social.
3. Individuos, grupos, empresas e instituciones de los sectores social y privado que otorgan servicios de manera independiente al público en general, gratuitamente o mediante un pago convencional.

En nuestra realidad nacional, es indispensable considerar, en el mismo nivel, a la medicina tradicional o alternativa que coexiste con las tres anteriores.

Todos estos servicios se encuentran regulados por la Ley General de Salud; a la Secretaría del ramo le corresponde vigilar la misma, así como dictar la política nacional en materia de servicios médicos, salubridad en general y asistencia social.

El sector salud comprende la totalidad de la parte pública federal de los servicios y el sector paraestatal controlado presupuestalmente.

Su coordinación recae en la Secretaría y adopta dos modalidades:

1. Administrativa, en los casos del DIF y los institutos nacionales de salud. Que reciben sus recursos a través de la dependencia, y
2. Funcional programática con respecto a los servicios de salud de las entidades de Seguridad Social y de los servicios médicos del Distrito Federal.

También son parte del sistema los servicios de sanidad naval y militar, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas y los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos entre otros.

En el nivel estatal el ámbito público se integra por los servicios estatales de salud, administrados por el gobierno estatal, creándose como parte del proceso descentralizador del sector que traslada parcialmente la capacidad de decisión y recursos de la Secretaría de Salud a los gobiernos de los estados.

Para alcanzar sus propósitos en materia de bienestar social, el gobierno mexicano cuenta con el gasto público como instrumento mediante el que asigna recursos, atendiendo a una jerarquización claramente establecida, que se revisa anualmente.

De esta manera, los recursos presupuestarios de carácter público destinados a la salud expresan la prioridad concedida a la misma en la política gubernamental, al igual que la distribución de esos medios económicos.

El desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades para el trabajo, la educación y la cultura, sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas.

Se reconoce en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que los avances en la salud de los mexicanos, no han sido uniformes; que "las instituciones de nuestro sistema de salud están segmentadas, y operan de manera centralizada, sin líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre ellas. Cada una realiza por separado acciones normativas, financieras y de provisión de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones y evite la duplicidad.

"Esta operación segmentada y centralizada de los servicios públicos de salud reduce las posibili-

dades y oportunidades de dar respuesta oportuna y efectiva a los problemas y necesidades locales, diluye la asignación de responsabilidades y resulta cada vez más costosa”.

De igual forma ya se mencionó que “es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios, y evitar dispendios”.

La coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido inadecuada y la calidad de los mismos, si bien es heterogénea, tampoco satisface plenamente las expectativas de los usuarios. Por lo mismo, se hace necesario una mejor coordinación programática y funcional.

En suma: Deficiente calidad, duplicidades, centralismo, cobertura limitada, constituyen los principales retos y la razón por la cual el Gobierno de la República con base en un proceso de planeación democrática decidió emprender una profunda reforma del sistema de salud.

La medicina privada, por su parte ha crecido al margen de las políticas oficiales aprovechando deficiencias en la oferta pública de servicios y la dificultad para responder a las cambiantes exigencias y necesidades de la población. Para Funsalud la oferta privada de bienes y servicios de salud es la responsable de la mitad del gasto total a la vez que dispone de aproximadamente 30% de las camas censables, emplea 34% de los médicos y brinda alrededor de 32% de las consultas.

Según Ruiz de Chávez entre la población de más bajos recursos, la medicina privada es de gran importancia ya que brinda hasta 41% del total de contactos médicos.

Por otra parte, la cobertura de seguros médicos privados en nuestro país es muy limitada y más aún lo es, la adopción de esquemas de aseguramiento administrado, que han probado en otros países ser la vía más directa hacia la contención de costos y la calidad.

Es muy importante destacar que alrededor del 65% de los médicos que prestan servicios en el sector público, ejercen además la medicina pri-

vada, sin embargo, no existe vinculación formal, por lo que estamos obligados a establecer acciones que propicien la coordinación para lograr una integración funcional y estratégica que permita fortalecer los programas prioritarios de salud en beneficio de la población.

La atención privada y social la conforman por una parte personas e instituciones que con fines de lucro o con propósitos de servicio prestan cuidado médico o asistencia social a la población en general, y por la otra, servicios constituidos por agrupaciones sociales.

En ningún caso se tiene el registro completo de los prestadores de servicios ni están cuantificados, ni aun en forma aproximada los recursos que manejan.

En su mayor parte no se encuentran agrupados en asociaciones u otro género de organización, fijan sus propósitos y el alcance de sus actividades libremente y su papel no está integrado en la planeación sectorial.

Sin embargo, tanto la parte privada como la social tienen una gran importancia en la salud nacional, ya que su producción bruta de servicios, en términos monetarios casi es igual a la parte pública; en cuanto a la social cubren una amplia gama de problemas no atendidos por los servicios públicos.

La cuenta de producción de los servicios médicos públicos y privados revela aspectos de suma importancia para el ámbito de la salud, entre ellos lo que contribuye en dichos servicios al producto interno bruto, así como la magnitud relativa con que participa cada uno en el total, debe sin embargo, considerarse que las cifras de los sectores público y privado aunque comparables en términos financieros no lo son igualmente en volumen de producción ya que los públicos están medidos a precio de costo y los privados a precio de venta, esta dificultad no se puede salvar.

Cualquier intento de imputar a los servicios públicos un equivalente del superávit privado o de restar a la producción privada el superávit, corre el riesgo, entre otras razones, de deformar las cifras. Para esto se encuentra con la enorme disparidad en precios dentro del propio sector privado y las

importantes diferencias en las modalidades del servicio.

En los últimos años el alza acelerada de los precios de los servicios de salud privados ha incidido sobre el poder adquisitivo de la población usuaria en mayor medida, en la de más bajo ingreso, provocando un incremento de los servicios públicos que ha sido cubierto a costa de un deterioro de la capacidad real de atención.

Los precios de los insumos médicos han tenido alzas superiores al crecimiento de los recursos para la salud incluyendo los salarios para el personal de salud, siendo este el elemento más sensible ante los ajustes de los costos ya que en términos reales ha disminuido más que ningún otro factor, siendo esta caída más drástica en el sector público hasta un 47%, frente a un 35% en el sector privado, así como al índice general de inflación lo que ha orillado a que la brecha entre los niveles extremos se amplíe en grado considerable pese a que presumiblemente son los grupos más desprotegidos los que han desplazado su demanda hacia las instituciones públicas.

El sistema de salud actual confronta serios problemas como resultado, por un lado, de cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico de la población; y por otro lado de una organización y estructura que ya no es capaz de satisfacer con calidad y eficiencia las demandas crecientes en la materia y, sobre todo, las que habrán de presentarse en los próximos años.

Consideraciones Finales y Propuestas:

El sistema de salud que requiere nuestro país en este fin de milenio debe poseer esquemas de financiamientos que sean coherentes con la capacidad de selección del usuario y la responsabilidad administrativa del gobierno, procurando que todos los trabajadores gocen de los beneficios de la seguridad social.

Los servicios de atención a la población no asegurada deben operar en forma descentralizada, buscando una mayor racionalidad económica, una administración más eficiente y la formación de un mercado más amplio de servicios médicos.

Se debe además fortalecer a las instituciones de educación e investigación médica para mejorar la

calidad de la formación de recursos humanos para la salud y aumentar también la posibilidad de que los especialistas mejoren sus condiciones de vida y de trabajo, agregando la tecnología innovadora dentro de un marco integral de ética médica.

En este tenor resulta indispensable considerar al sector privado a efecto de integrarlo a una oferta más amplia de servicios para la atención a la salud que vaya más allá de la consulta y alcance áreas como la Farmacéutica, Laboratorio de Análisis Clínicos, Laboratorio Especializado, Radiología e Imagenología, tecnología compleja para tratamiento y rehabilitación, además de los servicios de urgencias, atención de partos y hospitalización.

La Federación Médica del Estado de Guerrero que agrupa alrededor de 2,000 médicos generales y especialistas pertenecientes a 32 sociedades, colegios y asociaciones médicas, propone:

1. Participación de los médicos de práctica liberal, en acciones de corresponsabilidad de las instituciones de seguridad y solidaridad social que incluyan aspectos de la Salud Pública, Atención Médica, Vigilancia Epidemiológica, Rehabilitación, Educación e Investigación en Salud.
2. Creación de un sistema de información gerencial que incluya aspectos fundamentales que proporcionen información oportuna y eficaz acerca de los procesos salud-enfermedad que faciliten la toma de decisiones y la optimización de los recursos disponibles.
3. La estandarización de costos de honorarios médicos en la medicina privada y en las instituciones públicas, que permitan un intercambio de mutua y constante participación al igual que un control de costos y tarifas uniformes.
4. Reglamentación de los Seguros Médicos, mediante la concertación entre la federación médica y las compañías de seguros, con el propósito de que los costos sean directamente proporcionales a los servicios que se ofrecen.
5. Apoyo para las acciones de subrogación de los servicios médicos, privados e institucionales, mediante licitación pública, de acuerdo a la calidad de la atención médica, instalaciones, tecnología, eficacia, entre los principales aspectos.

6. Diseño de mecanismos eficaces de atención al turista garantizando el acceso a los servicios de salud y a la atención oportuna de las urgencias médicas.

7. La creación de una comisión de peritos en cada una de las especialidades médicas, para el análisis, cualquiera que sea el ámbito legal que se requiera: Técnico, Administrativo o Jurídico, en el que se involucren médicos de instituciones públicas o privadas.

8. Fomentar la calidad en los servicios y la optimización de los recursos disponibles en las instituciones de salud, a efecto de propiciar la extensión de cobertura a solicitantes particulares y organismos privados, mediante el pago de honorarios de conformidad con lo señalado anteriormente.

9. Propiciar la disminución del desempleo y subempleo de los profesionales de la salud,

mediante la planeación, regulación y racionalización en la formación de los Recursos Humanos para la salud, incidiendo en los planes de estudio y la matrícula de las universidades.

10. Finalmente, la integración de una comisión mixta de acreditación en la que participen la Secretaría de Salud como cabeza del sector y la federación médica como integradora de colegios y asociaciones de profesionistas de la salud, para regular el otorgamiento de los Servicios Médicos, de hospitales, laboratorios, consultorios, casas de salud y otros, con el propósito de que cumplan con los estándares mínimos de calidad, incluyendo aspectos académicos, científicos, tecnológicos, normativos y éticos.

Con estas propuestas la Federación Médica del Estado de Guerrero, pretende fortalecer la medicina privada y la institucional, mejorar la calidad de la atención y, por ende, la salud de la población.

Necesidad del Encuentro Entre la Ciencia Médica y la Medicina Natural. Proyecto para el Desarrollo de la Enseñanza Universitaria de la Medicina Natural en México

Andrés Sierra Restrepo*

La medicina natural es una de las muchas corrientes de las medicinas complementarias, que abarcan tanto formas antiguas como modernas de la práctica médica. Se estima que 500 millones de chinos, 300 millones de hindúes, amén de un gran número de población en Europa, de Asia y de África, recurren al uso de las medicinas complementarias.

En el mundo actual 3/4 partes de las muertes de los países industrializados son provocadas por enfermedades crónico degenerativas como las afecciones cardíacas, el cáncer, afecciones cerebrales, obstrucción pulmonar, diabetes, cirrosis y problemas hepatobiliares, enfermedades autoinmunes, SIDA y muchas otras. Y como todos sabemos el patrón de los procesos salud/enfermedad en México ya está analogado con el de los países del primer mundo.

La ciencia médica moderna luego de un prolongado esfuerzo por combatir estos padecimientos, algunos de los cuales han alcanzado progresiones epidémicas (en los Estados Unidos, por ejemplo, tan sólo el cáncer produce más muertes anualmente que todas las muertes producidas por las guerras de Vietnam y de Corea) la ciencia médica

digo, se ha ido acercando en algunos puntos al criterio básico de las medicinas complementarias: la necesidad de prevenir con métodos naturales esta epidemia de enfermedades crónico degenerativas.

Tal vez el punto más destacado de este acercamiento ha sido la reconsideración paulatina pero definitiva, en algunos círculos de la ciencia médica, de la importancia de la alimentación para el cuidado de la salud.

Dicha reconsideración corre evidentemente por dos vertientes: por un lado ha consistido en reconocer el papel del moderno sistema alimenticio como productor de morbilidad y de mortalidad, y del otro, en la investigación científica actual sobre el poder curativo de los alimentos. Detengámonos un momento en cada uno de estos avances actuales de la medicina.

Tal vez ha sido en torno al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares que la medicina moderna ha desarrollado más a fondo la investigación sobre el papel de la alimentación industrializada como productora de enfermedad. Así, por ejemplo, el Dr. Gio B. Gori, director del programa sobre dieta, alimentación y cáncer del Instituto Nacional de Cáncer de los E.E.U.U. informó ante el senado de

* Etnólogo y Médico Naturista

este país que “Hasta recientemente muchas cejas se habían alzado al sugerir que el desequilibrio de los componentes dietéticos normales podría conducir al cáncer y a enfermedades cardiovasculares. Hoy en día la acumulación de evidencias vuelve esta noción no solamente posible sino segura. Los factores dietéticos son principalmente la ingesta de carne y grasas” (Dr. Pelton, 1995, p. 11 y 20). Según Doll Ren (*Nature*, #256, 1977) del 80 al 90% de los casos de cáncer son producidos por factores medioambientales, siendo atribuibles a factores dietéticos por lo menos un 50% de los casos (Dr. Upton A., Director del Instituto Nacional de Cáncer de los E.E.U.U., Declaración ante el Subcomité de Nutrición del Senado Norteamericano, el 2 de Octubre de 1972).

Haría falta investigar el papel de la alimentación en la producción de todas las demás enfermedades crónico degenerativas que han tomado proporciones epidémicas.

Pero no sólo se ha abierto este campo de investigación para la ciencia moderna a partir de la confluencia hacia la perspectiva de las medicinas tradicionales, sino también la investigación sobre el poder curativo de los alimentos.

Son tres los aspectos que hasta ahora han llamado más la atención: en primer lugar el poder antioxidante de los alimentos, especialmente de las frutas y las verduras al consumirlas frescas y crudas —recuérdese que hoy se asocian más de 60 enfermedades con la oxidación—, en segundo lugar, la presencia de vitaminas, minerales y micronutrientes en las frutas y las verduras cuyo papel en los procesos curativos es indudable y, por último, el poder curativo de algunos tipos de ácidos grasos dadas sus propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras (Carper, 1994).

Pongamos un botón de muestra, continuando con el caso del cáncer: después de la revisión de 170 estudios de 17 países la Dra. Gladys B. Block, de la Universidad de California en Berkeley, concluyó que las personas que consumían mayor cantidad de frutas y verduras, comparadas con aquellas que consumen menos, reducen su riesgo de cáncer hasta en un 50%. La Dra. Block ve a las frutas y a las verduras como una medicina de gran poder que podría eliminar la terrible epidemia del cáncer, así

como la purificación del agua eliminó las epidemias del cólera (Block, 1992).

Con este rápido ejemplo podemos ya entrever las ventajas y frutos de un encuentro entre la ciencia médica y las medicinas complementarias: de un lado se abren nuevas formas de prevención y de terapéutica para la ciencia médica (también de diagnóstico), y del otro, el saber fundamentalmente empírico de las medicinas tradicionales sería pasado por la criba del método científico. Este encuentro puede ir generando las bases de lo que sería la medicina del futuro.

A lo largo y ancho del planeta existen ya ejemplos prácticos de tal encuentro. En China y en la India, tanto en la enseñanza como en la práctica de la medicina, los saberes tradicionales y modernos van de la mano. En Nicaragua, para no ir tan lejos, se ha implementado la enseñanza y la práctica de las medicinas complementarias junto con la medicina oficial. En Cuba, desde 1994 existe un ambicioso y hasta ahora fructífero proyecto de uso de técnicas de medicina complementaria (acupuntura, fitoterapia, apiterapia, etc.) en todos los niveles de atención y enseñanza del sistema médico oficial.

Incluso en los E.E.U.U., donde el sistema médico ha sido más refractario a la aceptación de las medicinas complementarias existe ya desde 1990 una “oficina de medicina alternativa” al interior del Instituto Nacional de Cáncer como resultado de una investigación realizada durante cuatro años por el congreso de los E.E.U.U., acerca de la utilidad de los tratamientos de medicinas complementarias para los pacientes con cáncer.

En México contamos con un conjunto de condiciones que invitan a la implementación de proyectos de esta naturaleza: de un lado, la existencia de una milenaria medicina tradicional que comprende alimentación, herbolaria, masajes, baños, parteras, curanderos, etc.; de otro, una ya añeja tradición de práctica de la homeopatía y la acupuntura y el desarrollo más o menos reciente de toda una cultura de la medicina natural de aplicación doméstica. Existen además experiencias en la impartición de diplomados en medicinas complementarias en varias universidades del país.

Ahora bien, hace falta promover y consolidar estas experiencias.

Evidentemente la labor es gigantesca y abarca muy diversos niveles: la reeducación nutricional para la población en general, la aplicación de técnicas complementarias en los diferentes niveles de atención del sistema médico nacional, la enseñanza de las medicinas complementarias, la preparación científica de los practicantes de la medicina tradicional, etc.

Quisiera, para terminar, centrar mi atención en este último aspecto: la enseñanza. Me parece que puede convertirse en un buen punto de partida para promover y nutrir el encuentro al cual aquí me he referido. Encuentro que a nivel de la enseñanza también correría en un doble sentido: de un lado, se trataría de promover la enseñanza de técnicas de medicina natural en las facultades de medicina, del otro, fundar espacios para ofrecer una capacitación científica en medicina natural.

Por este camino se puede consolidar la formación de las personas que ya de suyo practican alguna forma de curación tradicional y se lograría enriquecer la formación del médico profesional, ofreciendo un punto de partida para acciones en otros niveles.

En el largo plazo los beneficios de este tipo de diálogo consistirían en un incremento en la eficiencia de la atención médica así como el abatimiento de sus costos.

Bibliografía

- Dr. Ross Pelton, Dr. Lee Over Holser, *Las Alternativas en la Terapia del Cáncer*, ed. EDAF, Madrid, España, 1995.
 - Block, Gladys B., "Fruit, Vegetables and cancer prevention: a review of the epidemiological evidence" *Nutricion and Cancer*, 1992, 18: 1-29.
 - Carper, Jean, *Los Alimentos: Medicina Milagrosa*, ed. Norma, Colombia, 1994.
-

Responsabilidad de los Cuerpos Legislativos en la Vigilancia de la Revisión, Actualización y Promulgación de Leyes y Normas Orientadas a la Protección de la Salud

Laura Huerta, Enrique Muñiz, Andrés de Alba, Manlio Fabio Blanco*

“Derivado de la responsabilidad como órgano de consulta en la Administración Pública, el Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C., presenta este trabajo hacia el tema considerado en la invitación que esta comisión legislativa nos hiciera: El Derecho a la Protección de la Salud, en esta mesa número 6.

“El derecho a la salud ha quedado consagrado en su sentido más amplio en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4o. constitucional. Sin embargo, este derecho no es ejercido por todos los habitantes de nuestro país, ni necesariamente las acciones emprendidas por el estado tienen el impacto esperado.

“No basta la buena voluntad para promover el ejercicio de este derecho, sino seguir con la aplicación de planes y programas que realmente impacten en los grandes problemas de salud que nuestro México adolece.

“Antecedentes jurídicos. Desde 1945 hace ya 53 años, la Ley de Profesiones, reglamentaria del artículo 5o. constitucional, estableció que en cada profesión se debería elaborar un reglamento que

regulase el ejercicio profesional, hasta la fecha esto no se ha cumplido.

“La reforma constitucional de 1984, consagró en el artículo 4o. el derecho a la salud, para normarlo se promulgó la Ley General de Salud, que establece las normas reglamentarias a las que deben sujetarse los profesionales de salud. Esta ley remite a la Ley de Profesiones lo relativo a la observancia de las obligaciones profesionales. Como analizamos antes, al no existir los reglamentos respectivos al ejercicio profesional, se genera un vacío legislativo. Esta indefinición jurídica vulnera el correcto desempeño de los servicios y de los profesionales de la salud. Este es uno de los factores que inciden desfavorablemente en la adecuada prestación de servicios.

“Otro factor sería el relativo a la regulación de los organismos prestadores de servicios de salud con el objeto de redefinir integralmente sus atribuciones y responsabilidades, reconociendo la dinámica a que se encuentra sujeto el Sistema de Salud, donde una mayor demanda de servicios y el avance científico y tecnológico ha rebasado las posibilidades presupuestarias de las instituciones para ofrecer servicios médicos y de salud de alta calidad y eficacia social.

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos.

“Deberes de las instituciones públicas y privadas. En nuestro país ha cundido el desencanto acerca de la asistencia sanitaria. Por razones que no son difíciles de discernir, con los adelantos técnicos de que hoy se dispone, se debería alcanzar un estado de salud mejor que el actual. Pero por desgracia la distancia que media entre estos pocos privilegiados y los desposeídos, va en aumento, va a llegar el momento en que todos los niveles del sistema de salud revisen con espíritu crítico sus métodos, técnicas y equipos, así como los sistemas de vigilancia y actualización de programas que poseen”.

El sector sanitario por sí solo, no puede alcanzar la meta deseada de salud. Indudablemente el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación, contribuyen a un adecuado estado de salud. Sin embargo, para lograr esto es necesario revisar constantemente y con una visión plural multidisciplinaria y realmente comprometida, las legislaciones, las normas oficiales, los reglamentos, los planes y programas que en materia de salud se emplean.

“Las actividades específicas para garantizar que la población ejerza el derecho a la protección de la salud, van de la mano de las estrategias que se realicen, así como de las tácticas que se empleen y no solamente con el discurso político.

“En los niveles primarios, secundarios y terciarios de prevención, la eficacia de estos programas destinados a mejorar la salud del pueblo, dependen del compromiso activo de los médicos, de las enfermeras, de las trabajadoras sociales y sobre todo de los colegios médicos nacionales en coordinación con los organismos de salud pública y haciendo llegar el conocimiento a las comisiones de salud del Poder Legislativo.

“Un factor importante a tomar en cuenta para acercar este estado ideal de salud a nuestra población, es el conocimiento de necesidades insatisfechas que en esta materia el pueblo de México presenta y que los organismos de salud pública no detectan por indolencia, compromisos con otros intereses o por falta de medios que se traduce en planes, programas, reglamentos, normas que bien o son obsoletas o poco racionales en su aplicación.

“De todos es sabido que la reglamentación en materia de salud es generada por la dependencia a su cargo, la Secretaría de Salud, que convoca a un grupo de expertos, que dicta normas que en la mayoría de los casos, desafortunadamente, ésta es una necesidad sentida, obedecen a criterios dogmáticos o a grupos de poder políticos, económicos, comerciales, que no responden a la realidad nacional en salud y que en la mayoría de los casos son desconocidos por los representantes del pueblo en las Cámaras, a pesar de que en la Secretaría existe una Ley de Normatividad, etc., que pretende hacer llegar el conocimiento, mas sin embargo, el meollo del asunto no es discutido por quien debe de ser discutido que son los representantes legislativos.

“Es aquí donde la figura de los colegios médicos cobra importancia.

“El Colegio Médico es la organización más idónea para hacer llegar estas necesidades insatisfechas, ya que sus integrantes, profesionales de la salud en ejercicio público o privado, vivencian día con día la realidad. El médico es el agente de cambio social por excelencia, por su influencia sobre la sociedad y debe también convertirse en garante de que las medidas que el estado determine, realmente acerquen al mexicano al ejercicio de este derecho a la salud. Es por esto que los colegios médicos deben participar en la vigilancia de la eficiencia y eficacia de planes y programas de salud, compartir la responsabilidad de actualizar y mejorar dichos planes y programas con los organismos públicos, mantener un sistema de información y comunicación con el Legislativo, para que se estudie, apruebe o sancione, los programas sanitarios destinados a la población.

“La responsabilidad de los legisladores en la vigilancia de planes, programas, normas y reglamentos que promueven el derecho al ejercicio del derecho a la salud es indudable. Si bien hace falta una política nacional diáfana que fomente la cohesión de la comunidad en torno a estos esfuerzos en pro de la salud, del desarrollo. La comunidad no exige a los médicos en la trincherla el mutuo apoyo y el compromiso de trabajo.

“Es menester que el Legislativo por conducto de sus comisiones de salud, revisen constantemente la información que las instancias públicas y privadas envíen. Sólo así de manera comprometida, profe-

sionales, funcionarios y representantes del pueblo, podremos hacer la realidad de esta aspiración que aunque suene utópica podemos llegar: de que en México exista un estado de salud para todos”.

Adición al Código Penal con Relación a la Práctica Ilegal de la Medicina

Dr. Antonio Carrasco Sánchez*

Ciudadanos diputados integrantes de la LVII Legislatura Federal:

En ejercicio de las facultades que confiere la Ley Regamentaria del Artículo 5o. Constitucional, específicamente en su Art. 50, inciso b, a los colegios de profesionales para promover la expedición de leyes, reglamentos y sus reformas relativas al ejercicio profesional, el Colegio de Médicos Cirujanos Mexiquense, A.C. con registro número 237 en la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, somete a la consideración de esa H. LVII Legislatura Federal, la presente iniciativa de adición a los Códigos Penales del Distrito Federal y del Estado de México.

Exposición de motivos

Mientras ustedes, señores legisladores, están haciendo esfuerzos para mejorar la salud de los mexicanos, hay personas afuera que, con sus acciones, están deteriorando la salud pública.

La teoría legal

El ejercicio profesional médico se encuentra bien regulado en nuestro país por diferentes leyes y reglamentos, incluyendo, entre otras, a la Ley General de Salud, la Ley de Profesiones, y el Código Penal de diferentes entidades. En ellas, se prohíbe expresamente el ejercicio de la medicina

* Presidente del Consejo Directivo del Colegio de Médicos Cirujanos Mexiquense.

sin tener una patente, es decir, la cédula profesional que otorga la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, y también se prohíbe usurpar la profesión al atribuirse carácter de profesionista sin serlo (Artículo 250, fracción II a, del Código Penal vigente en el Distrito Federal).

La realidad

Sin embargo, es una realidad que con el surgimiento de corrientes sociales que pretenden innovar o hacer resurgir tratamientos arcaicos para curar enfermedades en los humanos, han surgido también muchos individuos que, sin poseer una patente para ejercer, es decir, una cédula profesional, realizan acciones cuyo fin es modificar la biología humana, a pesar de que carecen de los conocimientos básicos de anatomía, fisiología, farmacología, patología, nosología y otras ciencias, aceptadas por la Asociación Médica Mundial como necesarias e indispensables para la buena práctica de esas acciones.

Los médicos en práctica profesional constatamos con gran frecuencia —y cualquiera de ustedes también lo puede hacer con sólo escuchar la radio— que esas personas, con su ejercicio ilegal, engañan a quienes acuden voluntariamente a solicitar ayuda.

Esas personas, que ejercen sin cédula profesional, han aprovechado la confusión que existe actualmente respecto a esas corrientes “nuevas”, de métodos para curar las enfermedades del ser

humano y, alegando que los métodos que utilizan no causan daño, se dedican en realidad a atender pacientes, intentar curaciones y hasta realizar procedimientos directos en el cuerpo humano.

Los médicos colegiados en práctica profesional vemos claramente como esas personas realizan diagnósticos de presunción sin tener la capacidad de realizar un diagnóstico profesional, puesto que no han realizado estudios con ese fin, y de acuerdo a la ley, no están capacitados para solicitar correctamente, ni mucho menos interpretar resultados, de los estudios modernos disponibles ahora, como son el electrocardiograma, electroencefalograma, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear, sonogramas, más de mil análisis de laboratorio de diferentes líquidos y tejidos corporales y más de 250 estudios radiográficos disponibles, para tratar de llegar a un diagnóstico preciso que, todos los médicos lo sabemos, es difícil de realizar en muchos casos.

Mas no sólo eso, de una manera sistemática intentan desacreditar las acciones y métodos de quienes hemos consagrado nuestra vida al estudio de las ciencias médicas aceptadas como verídicas en todo el mundo.

Descalifican las acciones de quienes ejercen esas ciencias legalmente, y plantean abiertamente soluciones simples y primitivas para problemas biológicos muy complejos, pues en realidad ellos no están capacitados para hacer diagnósticos en los humanos.

Estas personas, calificadas cabalmente, de acuerdo a la ética y a la ley, como "charlatanes", causan con sus acciones un deterioro en la salud individual de muchas personas que de manera voluntaria acuden para "atenderse" con esos sujetos y muchas veces retrasan la aplicación de tratamientos considerados universalmente como efectivos. Esto no se ha evitado en la realidad actual.

Pero lo más grave, señores legisladores, es que las repercusiones nocivas de esas personas no son exclusivas de los individuos, sino que también tienen repercusión en la salud de la comunidad, es decir, en la salud pública, pues estas personas, al ejercer sin los conocimientos científicos indispensables, manejan, sin saberlo, pacientes con enfermedades infecciosas, contagiosas, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), la tuberculosis y enfermedades de vías respiratorias altas, las cuales se encuentran en los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad de nuestro país. Y esos pacientes contagian a individuos sanos. Asimismo, esas personas calificadas como "charlatanes" causan indudablemente un impedimento en el desarrollo de las acciones de medicina preventiva emprendidas en materia de salud por autoridades federales, estatales o municipales, ya que pregonan abiertamente que las vacunas —que tan grande beneficio han hecho a la humanidad— no deben ser aplicadas si se siguen las prácticas alimentarias utilizadas hace 200 ó 300 años.

Con base a lo anterior consideramos que las leyes y reglamentos actuales relacionados con la práctica médica, a pesar de estar bien formulados, no han sido efectivos para evitar esas prácticas desleales y rudimentarias que están causando un deterioro a la salud pública nacional y por ello ponemos a su amable consideración el siguiente:

Proyecto de adición a los códigos penales del Distrito Federal y del Estado de México:

Tipificar como "delito contra la salud", las acciones de modificación o intento de modificación de la biología humana, realizadas por personas que no tienen cédula profesional y que han tenido un efecto nocivo en la salud pública o han producido un impedimento en el desarrollo de las acciones de medicina preventiva emprendidas en materia de salud por autoridades federales, estatales o municipales.

Propuestas para la Definición de la Responsabilidad Social del Estado Mexicano en Relación a la Atención a la Salud de la Población Abierta, que Carece de Recursos Propios para la Correcta Consecución de su Derecho a la Salud y de un Sistema que Permita Hacer Real este Compromiso

Dr. Angel León Mendoza*

1. El derecho a la protección de la salud está consagrado en el Artículo 4o. Constitucional, pero requiere de una serie de definiciones y de reglamentos para su correcta aplicación. En el momento actual constituye una idea filosófica muy avanzada, pero no se ha podido alcanzar su aplicación en la realidad.

2. La población mexicana con derecho a la salud puede dividirse en dos grupos fundamentales:

2.1. Población abierta, en la cual hay que distinguir dos subgrupos.

2.1.1. La población que sin derecho a la seguridad social, tiene la capacidad económica para solventar los gastos necesarios para la preservación y restauración de su estado de salud.

2.1.2. La población abierta que no cuenta con los recursos suficientes para preservar o restaurar su estado de salud.

2.2. Población con derecho a la seguridad social.

Los grupos de derechohabientes y de población abierta que pueden pagar por su salud, requieren

* Grupo Médico por la Nueva Democracia del Hospital General de México.

enfoques particulares que no son el motivo de esta ponencia.

3. El motivo de esta ponencia es plantear las características de un sistema de salud para población abierta de escasos o nulos recursos, que garantice su derecho a la protección de la salud.

4. El Estado mexicano deberá afrontar con voluntad política, su responsabilidad para hacerse cargo del derecho a la protección de la salud de todo mexicano que no esté cubierto por la seguridad social y que no cuente con recursos propios para este fin.

5. El origen de fondos para la atención de este sector, debe tener un origen fiscal y deben ser presupuestados específicamente, de una forma en que realmente sean suficientes para cumplir con esta prioridad histórica y moral del Estado mexicano, mientras las condiciones económicas del país no brinden la justa oportunidad a estos ciudadanos, de poder ser responsables económicamente de su propia salud.

6. El sistema de salud para población abierta de recursos insuficientes deberá ser manejado directamente por la Secretaría de Salud, quien destinará

partidas presupuestales definidas y no desviables para este fin, en coordinación con los servicios de salud de cada estado, los estados federales a su vez deberán destinar las partidas proporcionales correspondientes, que en todo caso deberán estar especificadas que son para este fin y separarlas de otros fondos que para fines similares se destinan a la protección de la salud de la población en general.

7. El sistema de salud para población abierta de escasos recursos deberá estar estructurado de una forma moderna, que asegure el acceso cuando sea necesario a los distintos niveles de atención a la salud que requiera cada ciudadano de este grupo social, como ejemplo de este programa se ilustra la necesidad y estructura de un sistema articulado de salud, para población abierta de escasos recursos en el área metropolitana de la Ciudad de México:

8. Recursos.

8.1. Origen.

8.1.1. Fiscales, proporcionales del Gobierno Federal, del Gobierno del Distrito Federal y del Estado de México.

8.1.2. Cuotas de recuperación, éstas deberán ser de tipo simbólico para eliminar el concepto de caridad o asistencia, pero en ningún momento podrán rebasar el 5% de los gastos totales de operación del sistema y deberá instrumentarse con claridad, la prioridad de un sistema de gratuidad, para quien no pueda pagar ni siquiera lo mínimo. El hacerlo de forma diferente y procurar obtener mayores recursos por cuotas de recuperación, se pone en desventaja clara a la población abierta sin recursos frente a la población también abierta, pero con recursos propios para la atención de su salud.

Sirva como ejemplo para aclarar este concepto lo que sucede en los Institutos Nacionales de Salud que se manejan asistencialmente como centros para población abierta, pero que con el afán de conseguir mayores recursos, actualmente atienden preferencialmente al grupo social que puede pagar más. Práctica muy bien aceptada por los grupos administrativos, que mencionan que estos hospitales generan recursos muy importantes para su manutención, pero que ignoran que se desvirtúa la función social para la cual fueron creados y que por

otro lado al cobrar cuotas de recuperación altas pero que no corresponden ni al 60% del costo real de los procedimientos que efectúan, subvencionan con ese diferencial a grupos sociales que pueden pagar y que además esos recursos en su totalidad son desviados del fin para el cual fueron presupuestados vgr.: la atención de la población abierta que carece de recursos propios para su atención médica.

La ley de salud debe ser muy explícita, debe contemplar la magnitud y repercusión de estas prácticas y prohibirlas específicamente.

8.1.3. Otros orígenes de fondos, pueden ser por ejemplo la donación altruista verdadera, deben prohibirse prácticas como las instituidas en el Hospital General de México y otros hospitales del sistema en los que se exige un "donativo" ligado a la prestación del servicio.

8.1.4. Recursos provenientes de otros orígenes como son la venta de servicios de educación, investigación, asesoría o fabricación de insumos para instituciones privadas.

9. Destino de los recursos:

9.1. Atención a la población abierta del área metropolitana con recursos que no le permiten afrontar su problema de salud, en aspectos:

9.1.1. Preventivos:

En este caso los recursos no serán necesariamente los destinados a este sistema, en especial en lo que se refiere a la estrategia de prevención poblacional, pues ya que el Estado en este aspecto es responsable de la prevención para toda la población y no solamente para este sector. En el caso de la estrategia de prevención en casos de alto riesgo, sí se deberá contar con recursos propios para este sector en particular, que permita detectar a las personas con amenazas para su estado de salud.

9.1.2. Asistencia:

Debe contarse con un sistema articulado en los tres niveles clásicos de atención a la salud.

Debe existir un programa de optimización de recursos, moderno que permita que los hospitales de tercer nivel sean realmente de alta especialidad y que aseguren el acceso a estas prácticas de la medicina a todo ciudadano que lo requiera. A pe-

sar de que la alta especialización necesita de inversiones muy altas, su relación costo-beneficio es superior a la del segundo nivel de atención a la salud, por su característica resolutoria definitiva, que es la que debe identificar a este nivel de atención. Debe hacerse claro énfasis en que la medicina de alta inversión es para todos y no que la medicina de baja inversión es para los pobres y la medicina de alta inversión es para los ricos. Concepto perverso que ha permeado en la mentalidad aun de algunos luchadores sociales de conceptos progresistas.

9.1.3 Rehabilitación:

El área metropolitana debe contar con sistemas de rehabilitación articulados y proporcionales con las necesidades de la población.

10. Merece énfasis especial en el área metropolitana la atención de las urgencias. Las muertes por

enfermedad cardiovascular recuperables y por violencia, ocupan en el área metropolitana el primer lugar en la mortalidad, con más del 50% del total de las defunciones.

Se requiere un sistema de urgencias de primer contacto de alta calidad y preparado para la atención de los desastres naturales a los que es tan susceptible el área metropolitana.

Se propone específicamente la descentralización del H. Cuerpo de Bomberos, que deberá cumplir además de sus funciones tradicionales, con aquéllas actualmente bajo la responsabilidad de la Dirección de Protección Civil y de Urgencias Médicas, esta modernización permitirá el mejor aprovechamiento de recursos materiales de alta capacidad como son ambulancias terrestres, helicópteros, camiones de bomberos, equipo de rescate y acervos de material necesario para urgencias y desastres.

Experiencia Internacional en las Mejoras a los Sistemas de Salud

Jorge Lanzagorta Vorder

Con el objeto de lograr una implantación exitosa de las reformas al Sistema de Salud en México, nos permitimos presentar un panorama general de la experiencia vivida en algunos otros países, señalando cuáles son sus principales aciertos, así como también sus desventajas o los problemas con los cuales se han topado, buscando que con este panorama se evite el caer en vicios que pudieran retardar la implantación de mejoras o el tomar medidas que pudieran resultar contraproducentes para México.

Descentralización en Colombia

El carácter centralizado de la prestación de servicios médicos en Colombia dio como resultado numerosos problemas y una deficiente cobertura de la población. Entre las dificultades que enfrentaron están la burocracia excesiva, demasiado énfasis en la medicina curativa y la carencia de participación de la comunidad que, a su vez, dio como resultado graves ineficiencias, desigualdad penetrante y la presión política del gobierno local que alegaba autonomía.

La descentralización de los servicios médicos públicos se inició en 1986, con la transferencia de una parte de los ingresos obtenidos del impuesto del valor agregado a los gobiernos locales, seguida pronto por la asignación de las responsabilidades de la atención médica a los municipios. La descentralización se legitimó por completo conforme a la

Constitución de 1991, que daba más responsabilidades a los gobernantes y alcaldes elegidos, proporcionaba directrices para la descentralización de responsabilidades y recursos a cada nivel del gobierno: nacional, departamental, municipal.

Los resultados de la descentralización han sido combinados. La transición avanzó a un ritmo mucho más lento de lo esperado. Al inicio, los 30 municipios más grandes recibieron la autorización de administrar en forma autónoma sus sistemas de atención médica.

De conformidad con la ley, los municipios más pequeños serían supuestamente autónomos en 1995. En la práctica, sólo 10 de los 32 departamentos y 19 de los 1,050 municipios se descentralizaron a mediados de 1995. La delegación de responsabilidades no es homogénea en todo el país, y varía de acuerdo con la firmeza de los gobiernos locales. Los problemas más grandes son la hostilidad de los sindicatos y las restricciones financieras, sobre todo para los municipios con menos de 100,000 habitantes.

Con respecto a México, esta experiencia nos muestra que el haber escogido el nivel estatal en lugar del nivel municipal para la prestación del servicio fue una elección sana. En Colombia, la decisión de delegar la prestación del servicio a los municipios fue prematura, y pasó por alto el aspecto de los recursos humanos y financieros limitados a nivel municipal. Colombia está ahora analizando el refuerzo de los papeles de supervisión y

asistencia técnica del gobierno central y está tratando de que la descentralización progrese en forma más ordenada, empezando con los departamentos que tienen instalaciones a nivel secundario y terciario.

Ejemplos internacionales de los programas para enviar a los doctores a las zonas rurales

En Colombia hay un año de servicio social obligatorio tanto para los doctores como para las enfermeras. Los doctores jóvenes a menudo tienen que ir a las zonas rurales donde se sienten muy aislados, debido a la falta de supervisores, y reciben una capacitación inadecuada. Algunos han recomendado que se les dé una capacitación clínica mínima antes de que los manden a zonas rurales. Consistiría en enviar a los doctores jóvenes a centros de capacitación especiales donde pudieran aprender más sobre las prácticas adaptadas a las zonas rurales y los casos combinados que tendrían que enfrentar en estos ambientes extremos.

Con el propósito de tratar y enviar doctores especialistas a más zonas desposeídas, se inició un programa de subvenciones para la capacitación de médicos especialistas, el cual está en continuo crecimiento, con 2,000 nuevas becas en 1996. Se supone que las becas se dan para residencias en ciertas zonas prioritarias, con el fin de capacitar a los especialistas en áreas que más se necesitan. Sin embargo, el objetivo original del programa no siempre se respeta; y las subvenciones tienden a promover estudios especializados en general, sin tomar en cuenta la ubicación geográfica donde se llevan a cabo estos estudios.

En Chile, el Ministerio de Salud administra un programa de ventas para jóvenes doctores quienes aceptan prestar sus servicios en zonas rurales de tres a seis años.

El programa financia la capacitación al final de su servicio. De 1990 a 1995, el programa ha colocado a más de 1,000 médicos.

En Estados Unidos, existen programas mediante los cuales se pagan los estudios médicos (o se reembolsa parte de los préstamos) si los estudiantes se comprometen a prestar servicio hasta por cuatro años en instalaciones norteamericanas nativas (rurales) después de su graduación. Los programas de más largo plazo se basan en primas

significativas y pagos de incentivos de una variedad de fuentes.

En África del Sur, los que estudian medicina con fondos del gobierno a veces tienen que trabajar en el sector público durante algunos años después de que califican como médicos generales. Sin embargo, no hay requisitos específicos para trabajar en zonas rurales.

En Gran Bretaña, ha habido recientemente la inquietud por las reducciones en el número de nuevos doctores que entran a medicina general en las zonas superpobladas de la ciudad y en zonas rurales aisladas (por ejemplo, Escocia occidental). Entre las posibles razones están el compromiso a largo plazo asociado con las sociedades de médicos generales, grandes cargas de trabajo, e ingresos más bajos de los médicos rurales que tienen listas más cortas de pacientes en virtud de la fórmula de capacitación del Servicio de Salud Nacional para el pago de los médicos generales.

Los programas dirigidos a aliviar las escaseces potenciales (por ejemplo, la Zona de Incentivos de Londres) se concentran en el financiamiento y la proporción de un mayor desarrollo profesional.

Regulación de los Aseguradores y Prestadores de Servicio Competidores-Experiencia en Estados Unidos

Estados Unidos tiene más experiencia que la mayoría de los países en la competencia entre los aseguradores médicos y por lo tanto es interesante tomar en consideración si la práctica de Estados Unidos puede traer consigo implicaciones para México. Aunque en general se acepta que Estados Unidos atribuye menor prioridad a la igualdad y la solidaridad social en la atención médica que la mayoría de los países, el sector público financia cerca del 30 por ciento de los gastos (la prestación del servicio es virtualmente privada en su totalidad). Gran parte de la participación del gobierno tiene como objetivo mejorar la igualdad, y las actividades de los aseguradores están sujetas a regulaciones de amplia gama (aunque algunas veces están planeadas para superar los fracasos del mercado y no para fortalecer la igualdad).

Por razones constitucionales, la responsabilidad de la regulación regresa generalmente a los estados, en lugar de que se adopte a nivel federal, y por consiguiente, hay diferencias notables entre los estados. Sin embargo, también hay varias metas y métodos de regulación comunes. En su nivel más amplio, la meta de la regulación es mejorar la confianza pública en los aseguradores y a continuación hablaremos sobre varias áreas en las que se logra lo anterior.

Solvencia financiera

Con el fin de obtener una licencia para operar como asegurador, una compañía deberá en general demostrar su solvencia financiera. Estos requisitos no son privativos de los aseguradores médicos; cualquier compañía que tenga un negocio de seguros médicos necesitará cumplir con esta condición. Una Organización Médica Controlada (OMC) es en muchos aspectos más similar a los prestadores del servicio que a los aseguradores y, en la mayoría de los estados, requerirán una licencia de OMC la cual, al tiempo que incorpora los requisitos del tipo de seguro, en sí misma no permitirá que una OMC expida pólizas de seguro. Sin embargo, se reconoce que la desventaja de los requisitos de solvencia es que corren el riesgo de una entrada innecesaria forzada, sobre todo de los pequeños aseguradores.

Congruencia de los beneficios

Los requisitos desde el punto de vista de la cobertura varían en forma muy notable de un estado a otro. Sin embargo, son bastante comunes los intentos por cambiar a un paquete de prestaciones congruentes.

Con frecuencia, el paquete estándar de prestaciones se definirá a un nivel estatal que los aseguradores puedan usar como norma de cobertura o deban cubrir.

Seguro Médico a los Minusválidos (Medicaid)

El Programa del Seguro Médico a los Minusválidos ofrece cobertura de seguro a grupos como los

receptores de asistencia pública. Aunque el Seguro Médico a los Minusválidos se opera a nivel estatal, con el fin de calificar a nivel federal, permite a los estados ofrecer por lo menos un paquete de prestaciones mínimo definido a nivel federal. El financiamiento federal varía de conformidad con la riqueza de los estados, pero promedia cerca de dos terceras partes del costo del Programa del Seguro Médico a los Minusválidos.

Seguro Médico Nacional para Personas Mayores (Medicare)

El Programa del Seguro Médico Nacional para Personas Mayores, a través del cual la población jubilada puede obtener un seguro médico, se opera a nivel nacional. Además del paquete básico de prestaciones del seguro (totalmente financiado por el gobierno), los beneficiarios del Seguro Médico Nacional para Personas Mayores tienen derecho de comprar un seguro adicional al competidor que les dé más prestaciones. El mercado de cobertura adicional se sujeta a los reglamentos federales y estatales. Los reglamentos cubren, el precio que se puede cobrar por la cobertura de prestaciones adicionales específicas (en especial por dos programas en los que el Gobierno Federal garantiza las primas) y, *renovabilidad* y *movilidad* con respecto a otras pólizas de cobertura adicional.

Los requisitos de renovabilidad y movilidad limitadas restringen la capacidad de los aseguradores que ofrecen paquetes bajo el Seguro Médico Nacional para Personas Mayores, para negar el acceso a los beneficiarios seleccionados de este seguro (quitar la nata).

Estas disposiciones del Seguro Médico Nacional para Personas Mayores fortalece la igualdad entre los que son aptos para este seguro.

Están apoyados por el ajuste de riesgos de las primas de seguro. Si los pagos a los aseguradores no estuvieran sujetos al ajuste de riesgos, insistir en el acceso en condiciones iguales sería difícil de sostener, sobre todo para los que tienen las condiciones pre-existentes.

Regulación de precios-seguro

El grado al que la cobertura del seguro está sujeta a la regulación de precios varía enormemente de

un estado a otro, aunque la regulación de los precios es evidentemente más débil que en el sistema del seguro social de México, donde, al igual que en muchos países europeos, el gobierno fija las primas con respecto al ingreso. Sin embargo, muchos estados ejercen alguna forma de control de precios, sobre todo poniendo límites a la discriminación de precios. Varios estados han aplicado leyes que requieren que los aseguradores médicos ofrezcan seguro a pequeños grupos y limita el grado al que las primas exigidas pueden divergir de la tasa de la comunidad (promedio). Las divergencias pueden estar limitadas desde el punto de vista del porcentaje, o la diferenciación de primas sólo se puede permitir con base en ciertos criterios aceptados (por ejemplo, si una persona fuma).

Regulación de precios-prestación del servicio

En general, los prestadores del servicio pueden cobrar a su discreción a los pacientes de paga privados, en tanto que los precios para los pacientes del Seguro Médico a los Minusválidos y del Seguro Médico Nacional para Personas Mayores (que representan alrededor de la mitad de los ingresos del prestador del servicio) están sujetos a la regulación del gobierno (de diferentes formas). Las compañías de seguros negocian precios al contratar con hospitales, algunas veces en función de un descuento de los honorarios de servicio comúnmente reconocidos. Se usa la política de competencia (a través de la Comisión Federal de Comercio) en el contexto de las fusiones de hospitales.

Sin embargo, hay áreas esparcidas en donde se creería que los prestadores de servicio ejercen su poder en el mercado, aunque en la práctica el ejercicio de este poder se limita por el hecho de que los actores más grandes tienden a fijar los

precios a nivel estatal y a los prestadores del servicio se les dificultaría ejercer una influencia considerable en estas tarifas. Los pagadores del gobierno también, en la práctica, fijan un "punto del precio" para el mercado.

Información del consumidor

La regulación en esta área se lleva a cabo tradicionalmente a nivel estatal, y hay grandes diferencias entre los estados. En un extremo, en Washington, las encuestas de la satisfacción del consumidor deben ponerse a disposición de los clientes que están en busca de un asegurador. Sin embargo, en muchos estados hay controles reglamentarios sobre el derecho de divulgar información negativa sobre los prestadores del servicio. Las pólizas del seguro médico se anuncian en forma activa, incluyendo a través de "endosos".

Cumplimiento

La forma en que se castiga el incumplimiento de estos reglamentos varía de un estado a otro. Sin embargo, en general, con el fin de llevar a cabo operaciones de seguro, una compañía necesitará obtener una licencia de, digamos, un "departamento de seguros". Dependiendo del estado, una compañía podría, además de que se le exija que obtenga una licencia general de seguros, la autorización del Departamento de Salud. Las Organizaciones de Salud Controladas, en comparación con los aseguradores tradicionales, tienden particularmente a necesitar una licencia adicional. Se podría quitar la licencia al asegurador que no cumpla con los requisitos reglamentarios. La otra sanción importante disponible es la posibilidad de que una persona promueva un juicio en contra de un asegurador que no cumplió con sus obligaciones hacia éste.

**Ponencias Recibidas con Posterioridad
a la Fecha Límite de la Convocatoria**

Reformas al Artículo 73, Fracción XVI, Constitucional

Dr. Ramiro Arroyo Hurtado

El centralismo calcitrante ha funcionado como una dictadura disfrazada, aunque amparado en las leyes constitucionales, que si bien es posible que en su momento fueron idóneas, a 81 años del Constituyente, en la actualidad la mayoría de los preceptos son obsoletos, anacrónicos y contradictorios, ante una sociedad que se ha transformado en su totalidad. Por ello la facilidad con que se presentan constantemente las situaciones de corrupción, arbitrariedad, prepotencia e impunidad.

Por cuanto a las funciones que le confiere la Constitución al Presidente de la República, son prácticamente omnímodas, lo que ha generado que los poderes tanto Legislativo como Judicial, estén bajo la tutela del Ejecutivo, sin tener la capacidad de actuar por sí propios sino que lo hacen por órdenes de la Presidencia; si bien se ha iniciado la descentralización y en lo posible evitar el acaparamiento sin límites de funciones atribuidas al Ejecutivo, se requiere de una reforma total del Estado con legislación acorde a las necesidades actuales de una sociedad que tenga como bases sólidas, sustentarse en preceptos de verdadera democracia.

Por lo que respecta a la salubridad general de la República y lo concerniente al Consejo de Salubridad General, estipulado en el Artículo 73, Fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su correspondiente Reglamento Interior, plasmado en el Código Sanitario, son uno

de tantos aspectos obsoletos y contradictorios en su aplicación y contenido de los preceptos constitucionales, que por su carácter centralista y acaparador en atribuciones a la Presidencia de la República, han generado ineficiencia y falta de honestidad de funcionarios para su aplicación a los millones de mexicanos marginados de los derechos a la prevención y preservación de la salud, al disgregarse y diluirse las disposiciones presidenciales que se ordenan sean aplicadas, ante la mil y un funciones que le atribuye la Constitución al Ejecutivo, amén de la corrupción y nepotismo a que da lugar, por los enormes abismos de voluntad para actuar y la ausencia de una correlación e interrelación entre las autoridades respectivas a nivel federal, estatal y municipal, que si contase con autonomía propia a cada nivel, sin tener la obligación que en todo intervenga el Ejecutivo, pues los funcionarios han sido simples empleados incondicionales al Presidente, quien quita y pone a su arbitrio ante preceptos legales que lo autorizan.

Por todo ello, programas y más programas que en simples buenas intenciones, con presupuestos millonarios que se designan para campañas insulsas de "salud para todos", y la realidad es que continúan las grandes carencias en atención de la salubridad del pueblo mexicano, sobre todo de los que habitan lejos de los grandes centros urbanos, sin contar con programas continuos educacionales adecuados, que les permitan la preservación de su salud, y en consecuencia al no contar con la infor-

mación y guías propias para concurrir a tiempo oportuno para ser atendidos en etapas tempranas de las enfermedades que los aquejan, con funcionarios corruptos a todo nivel, cuyos mandos los hacen desde "su escritorio", la resultante continúa siendo la sobrepoblación de enfermos en los centros hospitalarios del país, que son portadores de padecimientos en etapas avanzadas que en la mayoría de los casos les costará la vida, con gastos superfluos y desproporcionadas erogaciones intrahospitalarias para su atención, habitualmente sin resultado alguno en cuanto a preservación de la salud.

Además, al no existir la colaboración con otras áreas afines, pues cada secretaría de Estado lleva a cabo sus muy particulares objetivos no obstante que con frecuencia son repetitivos, y sin la interrelación necesaria para en forma conjunta proporcionar los medios idóneos para solución a los graves problemas de salubridad que hoy padecen millones de desheredados dispersos por todo el país.

Por lo señalado, debe de llevarse a cabo una reforma verdadera y a fondo al precepto legal de referencia, es decir, al Artículo 73, Fracción XVI, donde se elimine la injerencia dictatorial del Ejecutivo Federal, permitiendo una interrelación entre diferentes secretarías de Estado que sean en lo que cabe afines, así como a los niveles federal, estatal y municipal, con la participación del Congreso de la Unión para normar el correspondiente a lo legislativo, además de estar siempre vigilante para que se desarrollen los objetivos de manera clara y precisa que se hayan establecido o se establezcan para cumplir los programas bien definidos de la preservación de la salubridad general, evitando la fuga de millonarios presupuestos que en lugar de ser utilizados para bien de la salud de los millones de mexicanos que claman justicia, quedan en las bolsas de funcionarios corruptos.

En consecuencia, se proponen las reformas al Artículo 73, Fracción XVI de la Constitución Mexicana, y su correspondiente del Código Sanitario, de la siguiente forma:

En el Capítulo de las Facultades del Congreso de la Unión:

Artículo 73, Fracción XVI, concerniente a la Salubridad General de la República:

I. Dependerá del Consejo de Salubridad General, con autonomía propia, y sus disposiciones generales serán obligatorias en todo el país, a través de Delegaciones estatales y municipales.

II. El Consejo lo integrarán siete vocales titulares, de los cuales uno fungirá como Presidente y otro como Secretario.

III. La designación de vocales será a propuesta del Congreso de la Unión, sancionado por el Ejecutivo Federal.

IV. Los vocales serán: los secretarios de Salud, del Medio Ambiente, de Hacienda y Crédito Público, de Gobernación, de la Comisión de Salud de las Cámaras de Diputados y Senadores y de la Academia Nacional de Medicina.

V. La integración de las Delegaciones estatales y municipales, se harán de forma similar al Consejo, con la intervención de los gobernadores y las Cámaras de Diputados correspondientes.

VI. El Consejo General elaborará las estrategias a seguir para combatir el alcoholismo y la farmacodependencia, así como las campañas de detección del cáncer, enfermedades de transmisión sexual y las demás que estime convenientes para conservar la salud, que están sancionadas y legisladas por el Congreso de la Unión, con su correspondencia a las Cámaras de Diputados Estatales.

VII. En casos de Epidemias o enfermedades graves que amenacen la vida en forma masiva, la Secretaría de Salud aplicará las medidas de urgencia preventivas necesarias, comunicando de inmediato al Consejo General y Delegaciones, para que lo que se haya dispuesto sea turnado al Congreso de la Unión en sus respectivas Comisiones y las Cámaras de Diputados Estatales, para su aprobación final.

VIII. Para el funcionamiento del Consejo de Salubridad General y sus Delegaciones, deberá de elaborarse el Reglamento Interior plasmado en el Código Sanitario, en correspondencia con el Precepto Constitucional.

Propuestas de Financiamiento a la Responsabilidad Civil de los Proveedores y Prestadores de Servicios a la Salud

Un Modelo Mexicano

Dr. Jorge A. López Curto

A pesar de sus evidentes deficiencias operativas y lagunas de carácter jurídico, la creación de la **CONAMED** ha sido un acierto de la sociedad mexicana, un triunfo moral de aquellos médicos que la promovieron y su existencia coloca a nuestro país a la vanguardia mundial en la solución de estos conflictos que tienen carácter universal.

Sin embargo, frente a las propuestas y demandas de la sociedad, la **CONAMED** fue una respuesta tímida, incompleta, insuficiente y plagada de vicios de origen entre los que destacan su falta de autonomía, su centralismo y la falta de presupuesto propio, vicios ausentes en la propuesta original.

Entre sus lagunas jurídicas está la supuesta duplicación o invasión de funciones que la ley ha reservado primariamente a otras instancias, entre éstas se menciona que la ley ha reservado a los colegios de profesionistas la facultad de juzgar a sus pares, la realidad vigente es que tal legislación, hoy obsoleta, se refiere a los conflictos de ética profesional que los colegios aún deben de conocer. La **CONAMED** en cambio, conoce de conflictos de relación médico-paciente que no necesariamente implican conflicto o ruptura éticos, la relación entre los primeros y la segunda por ende, puede ser más complementaria que de conflicto. A mayor añadidura los colegios carecerían de la autoridad moral de que goza una instancia neutral y no escaparían a la percepción pública de ser "juez y parte" cuando los médicos juzgan a los médicos. Asimismo, los colegios carecen de recursos económicos, periciales, etc. para tomar bajo su tutela un problema creciente y universal como son las demandas contra los médicos.

Los colegios médicos por lo tanto, deben ver en esta nueva estructura la oportunidad para definir sus funciones y el lugar que habrán de ocupar en este nuevo **MODELO MEXICANO DE ATENCION A LA SALUD**.

Entendida así, la **CONAMED** es una instancia perfectible y piedra angular en la construcción de este edificio que será el **MODELO MEXICANO DE ATENCION A LA SALUD**.

Si los objetivos de esta instancia son proporcionar imparcialidad y justicia y minimizar las demandas penales, debemos entonces evitar el modelo estadounidense por las siguientes razones, entre muchas:

1. Promueve las demandas por daños reales o hipotéticos con la promesa de un premio económico desproporcionado.
 2. Encarece los servicios no sólo por el pago de seguros de mala práctica, sino por la necesidad de practicar una "medicina defensiva" con estudios que cubran el expediente.
 3. Incrementa la morbilidad, e irónicamente la mala práctica médica, por el riesgo que los estudios mismos conllevan.
 4. Produce un importante desgaste y desperdicio de recursos no sólo médicos, sino judiciales, periciales, etc. que pudieran tener un mejor destino.
 5. Estas consecuencias son tan válidas para la medicina privada como lo son para las instituciones públicas, necesitadas de sí, de mayores recursos.
-

Debemos por lo tanto, cerrar la válvula del dinero que pagan los seguros no permitiendo adjudicaciones monetarias por daños hipotéticos indemostrables, adjudicaciones económicas puramente discrecionales y los llamados "arreglos fuera de la corte".

Si la venta de seguros comerciales sobre responsabilidad profesional no prometiera ser un pingüe negocio no serían ofrecidos. Sus costos, podemos asegurar, ascenderán espiralmente en corto tiempo y el pagador de los mismos en última instancia será el usuario de servicios innecesariamente encarecidos.

La creación de un **Modelo Mexicano** requiere sí de una **instancia específica de mediación**, hoy representada por la **CONAMED**, sin embargo, para realmente servir a los intereses de la sociedad, esta instancia no sólo requiere ser plenamente autónoma, sino estar integrada por médicos, juristas y representantes de la sociedad con amplias atribuciones específicas y reducida discrecionalidad.

Cualquier instancia de mediación en conflictos de relación médico-paciente, requiere un marco jurídico que además de ser específico, justo para todos y que le dé plena autonomía, deberá observar entre otros aspectos, la confidencialidad, el consentimiento informado, los recursos regionales, educación médica, investigación clínica, los derechos de las partes y **por supuesto su financiamiento**.

Esta instancia hoy **CONAMED**, o cualquier otra futura podría funcionar en uno o más niveles, como **Mesas de Conciliación y Arbitraje** y un **Tribunal Superior**. Aquellos problemas que rebasen estos ámbitos, como responsabilidad penal por ejemplo, pasarán a las procuradurías correspondientes. Tendrán atribuciones propias como visitar instituciones médicas, recomendar la suspensión de prestadores de servicios, individuos o instituciones temporal o definitivamente de su ejercicio, ordenar créditos de competencia para su reinstalación, pago con servicio social y otras que se consideren, las cuales a más de quitar el componente vindictivo a las sanciones las encauzan en un auténtico beneficio social.

Si se parte de la base de que la prestación de servicios médicos son siempre un acuerdo mutuo, voluntario y de buena fe, todas aquellas situaciones

culposas deben ser despenalizadas y resueltas por la vía civil con reparación de daños, suspensiones profesionales, etc., reservando la vía penal para aquellos casos en que exista dolo manifiesto o demostrable.

En la situación actual, actitudes vindictivas llevan a ventilar estos conflictos en tribunales penales. La confrontación entre mediadores que actúan de buena voluntad y en mucho promovida por intereses ajenos debe ser revertida.

En nada beneficia a la sociedad encarcelar a sus profesionistas en los que tanto esfuerzo ha invertido; debe en cambio establecer y asegurar **Patrones de Competencia Profesional y de Comportamiento Ético y Moral**, función ésta de los colegios y sociedades médicas.

Ningún marco jurídico moderno que norme la relación entre proveedores y recipientes de servicios tendrá garantizado su funcionamiento si no expresa en forma clara y tan exacta como sea necesaria los derechos y las obligaciones de los unos y los otros. Esta circunstancia cobra particular relevancia en la prestación de los servicios médicos donde factores imponderables pueden alterar el resultado esperado.

Inexplicablemente, en México no se ha legislado sobre los derechos de los pacientes y tampoco sobre sus responsabilidades, sobra decir que los derechos de los médicos jamás han sido considerados y sobre sus responsabilidades existen tantas versiones como casos clínicos se consideren.

Nadie conoce los términos del contrato implícito de servicios que médico y paciente establecen al iniciar una consulta.

Esta ausencia de marco jurídico específico para una relación tan especial, deja a unos y otros un sentimiento de desprotección e incertidumbre.

En el aspecto medular de la propuesta específica que hoy presento, debemos considerar que en el curso de la práctica médica, **es posible causar daños involuntarios a los pacientes**, y que se amerite justificadamente el resarcimiento de los mismos y en ocasiones, también de los perjuicios.

Resarcir los daños es un acto de justicia, sin embargo, **pretender que los médicos respondan con su patrimonio personal**, es decir, con el fruto

de muchos años de trabajo profesional para resarcir daños involuntarios, frecuentemente impredecibles y a veces hipotéticos, **es un acto de injusticia.**

Vivimos la paradoja en que la víctima de un acto criminal en el que sufre lesiones físicas, demanda al médico que lo atiende por tener resultados inferiores a sus expectativas, debido a supuestas omisiones o negligencias en los esfuerzos por salvar su vida o su integridad física, mientras el criminal responsable de las lesiones en el caso remoto de ser aprehendido y castigado, no tiene que resarcir a su víctima de los daños y los perjuicios causados.

También paradójicamente, los avances de la medicina incrementan los riesgos profesionales de la práctica médica. Me explico con un ejemplo común: hoy se someten a puentes coronarios a pacientes que hace unas décadas sufrían muertes súbitas en la calle, el hogar o el trabajo; estos mismos pacientes portadores de factores de alto riesgo como son antecedentes de cirugía coronaria, medicación anticoagulante o inmunosupresora tienen a veces que ser objeto de anestésicos, cirugías o tratamientos en condiciones no electivas que incrementan el riesgo para los pacientes y la responsabilidad para quienes los atienden.

Por otro lado, **es simplista reducir la compleja relación médico-paciente a sus dos actores polares,** cuando en ella intervienen múltiples intermediarios activos, que así como participan de los beneficios deben ser corresponsables.

Es pueril suponer que leyendas tan simples como "consulte a su médico", "este producto condiciona (sic.) daño renal" o "no se administre a enfermos cardíacos" pueden eximir de toda responsabilidad a los productores, como absurdo sería que antes de recetar Viagra se ordenara un cateterismo cardíaco porque el examen físico no reportó anomalía alguna, ejemplo extremo de la "medicina defensiva", pero no distante de la práctica real, con su secuela de encarecimiento, desperdicio de recursos, complicaciones, etc.

La relación médico-paciente no es un binomio sino un polinomio, una cadena de múltiples eslabones, como son: hospitales, laboratorios clínicos, departamentos de imagen, servicios de terapias diversas, fabricantes de prótesis, de medicamentos y toda clase de insumos, compañías de seguros,

etc., como actores empresariales, y como actores individuales, además de los médicos y los pacientes, participan técnicos de toda índole (laboratorio, rayos x, etc.), terapeutas diversos, enfermeras, quiroprácticos y otros.

Los modelos que se pretenden ahora imitar dependen de terceros pagadores y aquí como en todas partes "el que paga manda", y mandará en función de los intereses del dinero y no en función de la equidad, de la justicia o del bienestar de los afectados.

La ausencia de regulaciones otorga en la práctica una "patente de corzo" a los terceros pagadores, quienes a su libre albedrío deciden a quién, qué, cuándo y cuánto pagan, quedando las demás partes involucradas sin recurso alguno en la defensa de sus intereses.

Particular atención debemos prestar a las compañías aseguradoras que ante la falta de legislación coherente atropellan los derechos de los particulares y avasallan a los proveedores de servicios con prácticas desleales y fijación de precios, prácticas altamente reguladas en otros países. Aquí, sin recato alguno establecen redes médicas convirtiéndose simultáneamente en proveedores y pagadores de servicios, con el consecuente y evidente conflicto de intereses.

De la misma manera adquieren unidades hospitalarias y de diagnóstico erigiendo enormes monopolios verticales y protegidos en la premisa de que aquello que no está prohibido está permitido.

La deslealtad, el conflicto de intereses, las prácticas monopólicas y el avasallamiento parecen ser las normas que rigen la toma de decisiones en la salud de los mexicanos.

Es por lo tanto indispensable que cualquier nueva legislación al respecto considere no solamente la autonomía y el financiamiento de la instancia de mediación, sino que le dé sustento a su activo legislando también sobre los derechos y las responsabilidades de los pacientes, de los médicos, de los proveedores de insumos y servicios y de los terceros pagadores.

Que se especifique de común acuerdo la naturaleza de las obligaciones contractuales implícitas que se establecen en la relación médico-paciente.

Que se legisle de manera específica para la provisión de los servicios médicos sobre prácticas desleales, conflictos de interés, prácticas monopólicas y de fijación de precios en los servicios a la salud.

Por lo tanto, en el diseño del marco regulatorio legal entre estos múltiples actores y en el resarcimiento de daños concurrentes a la práctica médica debemos volver a la soberanía del pueblo a través de su Congreso de la Unión mediante el desarrollo de legislación ad hoc y la adjudicación de partidas presupuestarias específicas y directas a organismos descentralizados, independientes de los Ejecutivos Federal y Estatales, es decir, verdaderamente autónomos.

En conclusión para crear un **Modelo Mexicano** de solución de conflictos médico-paciente, debemos:

1. Evitar el modelo estadounidense que hoy se quiere imitar.

2. Fortalecer a la **CONAMED** aumentando sus atribuciones, limitando su discrecionalidad y otorgándole verdadera autonomía.

3. Fortalecer a colegios y sociedades médicas definiendo su relación con la **CONAMED**.

Identificar a todos los actores de la llamada "relación médico-paciente" y establecer su responsabilidad en forma expresa y explícita.

5. Establecer un fondo para el sostenimiento de las instancias de mediación y la adjudicación de indemnizaciones, al que contribuirían todos los actores arriba mencionados y que protegería a la totalidad de los pacientes y a la totalidad de aquellos que en su atención intervienen.

6. No se deben crear nuevos impuestos, sino marcar a los existentes en su origen un destino específico.

El Fondo

A) El fondo estaría integrado por aportaciones de los médicos, paramédicos, técnicos, instituciones públicas y privadas, proveedores de servicios, etc.

B) Las aportaciones serían determinadas en una proporción porcentual de sus ingresos o facturación y variable a la potencial responsabilidad.

C) Estas aportaciones serían deducibles de los ingresos tasables. No mediante la creación de nuevos impuestos, sino marcando en su origen el destino de los existentes.

D) Serían utilizadas no sólo para el resarcimiento de daños, sino también para el sustento de la Comisión o Cuerpo de mediación que se determine.

E) Serían controladas por la Instancia de Mediación Autónoma, mediante la adjudicación directa del Congreso y serían capaces de producir los rendimientos del capital.

F) Constituirían adicionalmente un cuerpo de ahorro interno destinado específicamente a la inversión en servicios de salud.

G) Las aportaciones individuales serían infinitamente menores a los costos, individuales también, que la contratación de seguros comerciales representaría.

H) La totalidad de los médicos, técnicos, instituciones, proveedores de servicios, etc. y la totalidad de los pacientes estarían protegidos.

Esto representa una situación de "todos ponen" y "todos ganan". Es una propuesta equitativa, solidaria y justa.

En Síntesis:

1. Debemos reestructurar a la **CONAMED** dándole completa autonomía y presupuesto propio, ampliando sus atribuciones y limitando su discrecionalidad.

2. Debemos fortalecer a los colegios médicos reconociendo y apoyando su función rectora de la práctica médica en lo operativo, en lo ético y en lo moral, descargándolos en la carga de los litigios en conflictos de relación médico-paciente que consumirían sus recursos y llevarían la rémora de la sospecha de parcialidad.

3. Debemos evitar imitar modelos extranjeros fracasados en la solución de conflictos médico-paciente y crear con imaginación, con decisión y con audacia el **Modelo Mexicano**.

4. El **Modelo Mexicano** debe incluir la creación de un fondo de atingencia que sostenga a las instancias de mediación y adjudique la reparación de

daños plenamente justificados; manteniendo la tradición solidaria de nuestro sistema y proporcionando equidad y justicia.

5. El **Modelo Mexicano** debe despenalizar los delitos culposos y evitar y revertir las actitudes de confrontación social que hoy predominan.

6. El **Modelo Mexicano** debe redefinir la relación médico-paciente para incluir a todos los actores intermedios y **establecer así en forma expresa y explícita su corresponsabilidad.**

7. Se debe legislar para establecer contrapesos y sistemas de control y supervisión para los intermediarios de la salud evitando las prácticas desleales, los conflictos de interés y las prácticas monopólicas.

8. Es impostergable legislar específicamente sobre los derechos y las obligaciones de los médicos y de los pacientes.

9. Se debe proteger a la totalidad de los mexicanos que pudieran ser víctimas de un daño resultante de tratamiento médico y a todos los proveedores de buena fe, involucrados.

Maternidad sin Riesgos: Un Asunto de Derechos Humanos y Justicia Social

Lic. Nieves Beltrán Gómez *

Convertir en realidad la maternidad sin riesgos para todas las mujeres del mundo es un reto que exige importantes cambios en la forma como se presenta actualmente la atención de salud materna y en las prioridades de los gobiernos nacionales, los organismos multilaterales y de financiamiento y las organizaciones no gubernamentales (ONGs): a raíz de las conferencias ¿internacionales?, recientemente celebradas, la reducción de más mortalidad materna y la atención a las mujeres embarazadas deben verse como parte integral de la salud reproductiva. Pero no bastan los cambios en la prestación y accesibilidad de los servicios. Las metas de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo no se alcanzarán hasta que se dé poder a las mujeres y se respeten sus derechos humanos, incluyendo sus derechos a servicios de buena calidad e información durante y después del embarazo y el parto.

Empoderamiento de las mujeres, asegurando la posibilidad de elección

La lenta reducción de la mortalidad y morbilidad maternas está arraigada en la falta de poder de las mujeres y de su desigual acceso a los recursos dentro de las familias, la sociedad y los mercados económicos. Estos factores crean un medio que fomenta una precaria salud reproductiva y una maternidad con riesgo aún antes que ocurra el

* Coordinadora Estatal por Querétaro de Diversa, Asociación Política Feminista.

embarazo y empeoran la situación una vez que se inicia el embarazo y el parto.

Las mujeres encuentran muchas barreras para lograr una buena salud. Esta incluye:

- Información y opciones limitadas: la limitada exposición de las mujeres a nuevas ideas e información significativa ya que han sido educadas para aceptar el dolor y el sufrimiento como su "destino" y no perciben que el embarazo no requiere ningún cuidado adicional. Como resultado, muchas mujeres no reconocen signos de peligro durante el embarazo y no saben dónde ni cuándo buscar servicios médicos.

- Relaciones de poder desiguales que limitan la capacidad de decisión, la movilidad física y el acceso de la mujer a recursos materiales: en algunos sectores de países en desarrollo, la decisión de dar a luz en la casa es generalmente tomada por el esposo u otro familiar. Muchas mujeres necesitan permiso de sus esposos para visitar un establecimiento de salud. La falta de recursos económicos de las mujeres restringe su capacidad para decidir independientemente sobre sus asuntos de salud y lograr acceso a servicios de salud y a otros servicios sociales.

- Mala calidad de la interacción con los y las proveedoras de salud: en muchas culturas, las mujeres son reacias a utilizar los servicios de salud porque sienten que los y las proveedoras de atención son groseros, condescendientes e insensibles

al contexto en que ellas viven. La interacción con los y las proveedoras de atención puede ser una experiencia amenazante y humillante, y las mujeres suelen sentirse presionadas para tomar decisiones en conflicto con sus propias metas de salud y fecundidad.

El empoderamiento de las mujeres significa capacitarlas para superar estas barreras y tomar decisiones informadas, particularmente en asuntos que afectan al aspecto más íntimo de sus vidas: su salud reproductiva. El empoderamiento reviste importancia crítica para lograr una maternidad sin riesgo porque permite que la mujer:

a) exprese sus necesidades y preocupaciones en materia de salud; acceda a los servicios con confianza y sin demora;

b) exija responsabilidad a los y las proveedoras de servicios y a los y las administradores de programas, así como a los gobiernos por sus políticas; toma medidas para reducir los prejuicios de género en las familias, las comunidades y los mercados, y participe plenamente en el desarrollo social y económico.

c) el empoderamiento de la mujer en el área de salud requiere más que simples intervenciones relacionadas con la salud; requiere condiciones sociales, económicas y culturales en las cuales la libertad y la responsabilidad tienen un significado concreto. Las mujeres deben de tener los medios —tanto físicos como psicológicos— de superar las barreras hacia la maternidad sin riesgo. La posibilidad de elección es indispensable para todo empoderamiento y aún muchas mujeres tienen muy pocas opciones.

¿Qué puede hacerse?

Con el fin de hacer frente a las restricciones impuestas a las mujeres, serán necesarias muchas acciones en el ámbito público y privado para asegurar su empoderamiento:

- las mujeres deben tener mayor libertad para decidir sobre su propia salud y sus opciones de vida dentro de las familias y las comunidades; deben tener la oportunidad de conocer sus derechos y su salud, cuestionar la aceptabilidad de las prácticas injustas y darse cuenta que tienen derecho a atención médica y a otros servicios.

- Las mujeres deben tener mayor acceso a oportunidades educativas y económicas y al control de recursos económicos, así como otros recursos.

- A los adolescentes se les debe dar oportunidad de capacitarse para la vida, incluyendo autoestima, de tal manera que puedan actuar y proteger su salud.

- Los hombres deben ser sensibilizados sobre el rol que juegan en ampliar las posibilidades de lección de la mujer dentro de sus hogares y la comunidad y en asegurar una vida sexual y familiar responsable.

- Las mujeres deben ser apoyadas por políticas y leyes que fomenten y aseguren la maternidad sin riesgo, la atención materna de buena calidad y la equidad de género; por su parte, los gobiernos deben involucrar a la mujer en la planeación, ejecución, supervisión y evolución de programas de salud orientados hacia las mujeres.

La capacidad de los y las proveedoras deben reforzar la importancia de preservar la dignidad de las mujeres; fomentar la elección de opciones informadas; reconocer las realidades de las vidas de las mujeres; y dar consejería sensible que permita descubrir y tratar las condiciones que las mujeres están acostumbradas a soportar. Reducir la inequidad en las políticas socioeconómicas y proteger y promover los derechos de las mujeres, sus opciones y su autonomía, son actividades públicas básicas, éstas son también esenciales para reducir el número de muerte y enfermedades maternas, lograr las metas de la iniciativa para la maternidad sin riesgo, y fomentar el desarrollo equitativo y sostenible de todas las mujeres y todos los hombres del mundo.

Fomento de la maternidad sin riesgo a través de los Derechos Humanos

Prevenir la mortalidad y la enfermedad materna es una cuestión de justicia social y de derechos humanos de la mujer. La redefinición de la mortalidad materna de una "desventaja de salud" a una "injusticia social" proporciona la base jurídica y política para que los gobiernos aseguren atención de salud materna a todas las mujeres, servicios que le salvarán sus vidas. El desafío en aplicar los derechos humanos al fomento de la maternidad sin

riesgo está en caracterizar las diversas clases de empoderamiento de la mujer —tanto durante el embarazo como en el parto— como injusticias que los gobiernos tienen la obligación de remediar a través de los sistemas políticos, jurídicos y de salud.

La protección y promoción de los derechos humanos de la mujer pueden ayudar a asegurar que todas las mujeres tengan derecho a:

- Tomar decisiones sobre su propia salud, sin coerción ni violencia y basada en un conocimiento pleno, y
- Acceder a servicios de calidad de información antes, durante y después del embarazo y el parto.

Las constituciones nacionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos ofrecen oportunidades hasta ahora no aprovechadas ampliamente para fomentar la maternidad sin riesgo. Los tratados internacionales pertinentes incluyen:

- La convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Convención de las mujeres).
- El Convenio internacional sobre los derechos civiles y políticos.
- El Convenio internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales.
- La Convención sobre los derechos de los niños.
- La Convención europea sobre los derechos humanos; y
- La Carta africana sobre los derechos humanos y los pueblos.

Cada uno de estos tratados tienen un organismo de vigilancia que establece normas de desempeño para los países signatarios y supervisa su cumplimiento con estas normas. Los países deben informar regularmente a los organismos de vigilancia pertinente sobre lo que han hecho para asegurar el mejoramiento y el pleno desarrollo de los derechos consagrados en los tratados sobre derechos humanos que han ratificado. La Convención de la mujer, ratificada por más de 160 países y empleada para fomentar la maternidad sin riesgo, es supervisada por el Comité sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CED).

El desafío

Los esfuerzos desplegados para fomentar la maternidad sin riesgo a través de los derechos humanos deben construirse sobre el marco de derechos humanos vigente, reconocido en la mayoría de las constituciones nacionales y en los tratados internacionales de los derechos humanos, estos derechos incluyen:

- Los derechos relacionados con la vida, la libertad y la seguridad de la persona, que exigen que los gobiernos garanticen acceso a atención apropiada en salud durante el embarazo y el parto (el derecho de la mujer a la vida) y aseguren el derecho de la mujer para decidir si deben tener hijos, cuándo y con qué frecuencia (derecho a la libertad y a la seguridad de la persona);
- Los derechos relacionados a la formación de las familias y a la vida familiar, que exigen que los gobiernos den acceso a la atención de salud y a otros servicios que necesitan las mujeres para establecer su familia y sobrevivir para disfrutar la vida familiar.
- Los derechos relacionados con la atención de salud y los beneficios del progreso científico, incluyendo información y educación en salud, que exigen que los gobiernos presenten servicios de salud sexual y reproductiva e información a la mujer; y
- Los derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación por razones de sexo, estado conyugal, raza, edad y clase social, que exigen que los gobiernos permitan el acceso a servicios tales como educación y atención de salud a mujeres y niñas, especialmente a las mujeres o las niñas de un particular estado conyugal, edad, grupo minoritario o nivel socioeconómico.

¿Qué puede hacerse?

En los últimos años se ha hecho mucho por establecer normas de derechos humanos que apoyen y protejan las necesidades de salud reproductiva de las mujeres: Por ejemplo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) establece que los gobiernos deben trabajar para reducir a la mitad el número de muertes maternas para el año 2000 y otro 50% para el 2015.

Actualmente se necesitan tres medidas fundamentales:

- Reformar las leyes que contribuyen a la mortalidad materna (por ejemplo, las leyes que exigen que las mujeres que buscan servicios de salud obtengan la autorización de sus esposos y no les limiten el acceso a servicios seguros de salud reproductiva);
- Hacer cumplir las leyes que protejan los intereses de salud de las mujeres (por ejemplo, leyes que prohíban el matrimonio entre niños, la mutilación genital femenina, la violación y el abuso sexual); y
- Hacer respetar los derechos humanos en las constituciones nacionales y los convenios internacionales para fomentar la maternidad sin riesgo, (por ejemplo, exigiendo que los estados tomen medidas preventivas y curativas eficientes para reducir la mortalidad y tratar a las mujeres con respeto y dignidad).

El Programa de Acción del CIPD no es en sí de cumplimiento obligatorio; sin embargo, en 1995 el

CED acordó utilizar el programa de acción para establecer las normas de desempeño para la Convención de las Mujeres. Por lo tanto, los signatarios de ésta están obligados a hacer respetar y fomentar los compromisos contraídos en la CIPD, incluyendo el derecho de la mujer y del hombre a decidir si deben reproducirse, cuándo y con qué frecuencia y a acceder a servicios de salud apropiados que permitan que la mujer disfrute de un embarazo y un parto sin riesgo.

Los estados tienen la obligación legal de rendir cuentas de sus prácticas en materia de derechos humanos, por medio de informes ante los organismos de vigilancia de los tratados de derechos humanos, los estados que no tomen todas las medidas necesarias para que en las leyes, políticas y prácticas se respeten los derechos humanos de la mujer, han sido y seguirán siendo responsables ante los tribunales constitucionales y los organismos de vigilancia de los tratados por negar a las mujeres sus derechos humanos, necesarios para mantener su dignidad.

Condiciones Necesarias para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud

Autores:

Dr. Arturo Martínez Sánchez
Dra. Genoveva Arista López

Si tomamos en consideración el concepto de salud, emitido por la OMS, así como los conceptos de garantía, derechos y condiciones, tenemos necesariamente que proponer que en el derecho a la protección de la salud incurren una serie de factores que necesariamente ameritan un análisis cuidadoso.

En la protección de la salud inciden una serie de factores tanto internos, es decir, personales como externos, es decir, las obligaciones asumidas por el Estado para mantener ese equilibrio o eugenesia del ser humano.

Dentro de los factores internos o personales indiscutiblemente la educación tiene un papel importantísimo; el Estado tiene la obligación de impartir una educación que armonice las facultades del ser humano tal como lo establece el Art. 3o. Constitucional; esa educación debe de basarse en el progreso científico acorde a la época en que vivimos en la actualidad, incorporándose a ella los principios éticos y morales de cada una de las disciplinas que se impartan no solamente a nivel intramuros sino aprovechando los medios masivos de comunicación, lo que seguramente redundará en beneficio de la población en general.

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

Desde el punto de vista exterior el Estado debe de garantizar la infraestructura necesaria, tanto de hospitales, clínicas y consultorios así como de unidades de investigación, insumos, instrumental médico, además del personal médico y paramédico suficiente y bien capacitado para proporcionar un tratamiento integral a la población que lo demande haciendo hincapié en la atención especial que debe de brindarse a la medicina preventiva y con ello queremos subrayar que el Estado debe de apoyar el punto de vista económico y social, con mayor vigor la investigación médica y tecnológica en la práctica de la medicina, hechos que indudablemente han sufrido un deterioro dadas las condiciones políticas y económicas en las que se ha visto inmerso el país en los últimos sexenios.

Qué duda cabe que un país con una infraestructura de investigación científica y tecnológica es un país vanguardista.

En relación a los insumos e instrumental médico indudablemente que éstos cada día se encarecen con lo cual la repercusión se ha visto reflejada no solamente a nivel institucional sino a nivel de la práctica privada; ya que cada día vemos que ésta en la mayor parte de las veces se ha vuelto elitista dado

el alto costo que representa el acceder a los hospitales privados siendo esto privilegio de unos cuantos.

También la práctica médica privada a nivel popular llámese consultorio de pueblo o de barrios bajos que proliferan no sólo en el D.F. sino también en el interior de la República se ha visto afectada, dado que el usuario en la mayoría de las ocasiones deserta del tratamiento instituido por el alto costo de los medicamentos prescritos o análisis y estudios de gabinete solicitados, los cuales en la mayoría de las ocasiones quedan fuera del alcance de las posibilidades económicas.

Por lo que respecta al instrumental médico, evidentemente los avances tecnológicos han condicionado que cada día se recurra más a ellos en un afán de proporcionar un mejor servicio; el médico de campo y algunas clínicas tanto en el D.F. como en el interior de la República no pueden o no tienen los medios para acceder a esos recursos, lo que indudablemente repercute en la calidad de la atención que se está brindando pues como sabemos los aspectos clínicos si bien tienen un papel preponderante en el diagnóstico, cada día se requiere de mayor precisión en el diagnóstico de las enfermedades, por lo que el Estado debe de garantizar que incluso el médico más alejado de los grandes centros urbanos pueda contar con lo mínimo indispensable tanto en tecnología como en materiales e insumos y personal.

Otro de los aspectos importantísimos en este ejercicio del derecho a la salud lo constituye el personal, tanto médico como paramédico que presta ese servicio.

El médico como prestador del servicio debe de trabajar y desarrollarse en un ambiente de seguridad y tranquilidad profesional; características que se han visto afectadas en los últimos tiempos si tomamos en consideración el incremento en el número de demandas y quejas en relación a la prestación del servicio médico.

Siendo el médico uno de los principales factores garantes en la protección a la salud, éste ha sido el blanco de ataque ante la inconformidad social levantándose una cortina de humo en cuanto a los verdaderos factores que suscitan las demandas, ya que hemos expuesto en líneas previas que el médico es un elemento importante, pero no el único, en la prestación de este servicio.

Por lo que la actividad médica se ve afectada por la carencia de los elementos antes mencionados, la falta de personal paramédico bien preparado es otro factor que indudablemente redundará en el buen servicio. Si definimos en forma simplista calidad de la atención como la satisfacción del usuario vemos que para que ésta se dé intervienen diversos factores. Hemos mencionado algunos de los que creemos más importantes pero indudablemente existen otros de igual o mayor jerarquía. Un punto importantísimo al que me referiré brevemente es el clima de hostigamiento e intranquilidad en que se ha visto involucrado el médico con la creación de un órgano juzgador y promotor de las demandas médicas como lo es la CONAMED para la cual se requiere un análisis más detallado de su actividad profesional.

En resumen podemos concluir que para garantizar el derecho a la protección de la salud el Estado debe de mantener acciones tendientes a satisfacer un bienestar físico, mental y social del ser humano, acciones encaminadas a abatir la desnutrición y elevar el nivel de educación de los mexicanos, proteger y crear mayor número de fuentes de trabajo, promover la obtención de una vivienda digna tal y como lo consagra el Artículo 4o. Párrafo V Constitucional; abatir los altos índices delictivos incluyendo al narcotráfico que indudablemente son producto de la situación social por la que estamos atravesando.

Por todo ello proponemos para que no sea utilizado el médico como blanco de los desajustes sociales, los siguientes puntos a considerar:

1. Impulsar la investigación científica y tecnológica.
2. Garantizar el abasto de medicamentos y materiales de curación tanto a nivel institucional como privado, que estén al alcance de todos los mexicanos.
3. Cursos de capacitación continua, tanto a médicos como personal paramédico como son: enfermeras, técnicos, químicos.
4. Mayor apoyo a los programas de medicina preventiva y no sólo en la etapa infantil, sino a nivel adulto así como a crónico degenerativos.

-
5. La obligatoriedad del Estado para cubrir la demanda de asistencia médica a todos los mexicanos.
 6. La responsabilidad de las instituciones de salud para proporcionar atención médica de alta calidad.
 7. El respeto irrestricto a los derechos de los profesionales de la salud.
 8. Estructurar un organismo constructivo y normativo de carácter descentralizado formado por las más altas autoridades médicas y judiciales.
 9. Organizar a las fuerzas sociales comprometidas en su participación y operación.
 10. Controlar, supervisar y evaluar su funcionamiento sin tendencias ni intereses de grupos, partido, credo o raza.
 11. Mayor atención a discapacitados y adultos mayores.
 12. Que se incorpore el derecho a la salud como un bien jurídico tutelado.
-

Hacia un Sistema de Salud Pública y Seguridad Social: Único, Solidario, Integral y Universal y Contra su Privatización Neoliberal, en México

Dr. Armando Quiroz Alejandre

Dr. Rafael Gomar Yebra
Dr. Alfredo Rustrián Azamar

Dra. Gloria Pimentel Ch.
Dr. Fausto Trejo Fuentes

Es importante subrayar los retrocesos y empantanamientos a que nos han llevado la reforma privatizadora neoliberal de la Salud Pública y la Seguridad Social impuesta por el Gobierno Federal, alejándonos cada vez más de la esperanzadora meta planteada desde la reunión de Alma-Ata de **"Salud para Todos en el Año 2000"**; ya que, en los últimos tres sexenios principalmente, se han aplicado injustos programas de ajuste estructural dictados por el Fondo Monetario Internacional (FMI), y el Banco Mundial, dentro del contexto del Modelo Capitalista NEOLIBERAL, tan dañino a las condiciones de vida del pueblo mexicano y plasmados en el **"Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000"** del Plan Nacional de Desarrollo del Presidente Ernesto Zedillo y en la nueva Ley del Seguro Social.

Una evidente prueba de esto, es el miserable **Paquete Básico de Servicios de Salud**, para la población abierta en extrema pobreza del campo y las ciudades; es decir, para más de 40 millones de habitantes; por lo que proponemos que este Paquete debe cancelarse y substituirse por un programa que contemple el mismo acceso y calidad en la atención a la salud que deben recibir todos los mexicanos; o sea, hacer realidad el derecho constitucional a la salud en forma solidaria y de cobertura universal.

Este nuevo programa propuesto, comprendería un proceso, que tendría tres etapas: la **primera**, que implicaría superar las deficiencias en lo inme-

diato, de las instituciones de salud pública y seguridad social en: presupuesto, abasto de medicamentos y equipos médicos, sobrecargas de trabajo, plantillas incompletas de trabajadores, etc; y también, por otro lado, mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores de la salud y la seguridad social, haciendo realidad la plena homologación, sobre todo en los salarios y prestaciones.

En la **segunda** etapa transitoria, proporcionar servicios de calidad e igualitarios; por un lado, a la población abierta de la SSA, DDF, DIF, etc; y por el otro lado, a la población derechohabiente del IMSS, ISSSTE, etc; y en la **tercera** etapa, lograr finalmente un sistema nacional de salud pública y seguridad social: único, solidario, integral y de cobertura universal; en donde todos los trabajadores de la salud y la seguridad social tuvieran las mismas condiciones salariales, de prestaciones y laborales totalmente justas.

Proponemos que para lograr todo esto, es necesario unir la lucha parlamentaria, con la lucha social-popular y política y de las movilizaciones; apoyándose mutuamente, para lograr la **CANCELACION LEGISLATIVA** del Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000, implicando la suspensión del "Paquete Básico de Servicios de Salud" y de la nueva Ley del Seguro Social, que implica la suspensión de la subrogación de servicios y la reversión de cuotas. Pero es indispensable, que

luchen todos los trabajadores de la salud y la seguridad social, UNIDOS con toda la clase trabajadora de los diferentes sectores del campo y la ciudad, hasta lograr cambiar el sistema o modelo capitalista neoliberal, por una **alternativa** democrática y revolucionaria: como es tomar el poder, para instaurar un nuevo gobierno popular que convoque a un congreso constituyente para realizar una nueva constitución y un nuevo modelo económico justo para el pueblo.

Respecto al tema de las experiencias INTERNACIONALES sobre la garantía del Derecho a la Salud y las actuales reformas a los sectores sanitarios; nosotros consideramos que: hubo en el campo

socialista, en estos aspectos valiosas experiencias, como en China, la Ex-Unión Soviética, Checoslovaquia, Hungría, etc; —aunque en otros aspectos hubo errores y desviaciones que contribuyeron a provocar en la mayoría de ellos su desaparición—; y actualmente Cuba, por haber alcanzado a desarrollar, no obstante el bloqueo imperialista, el mejor sistema de salud pública y de seguridad social, no sólo de Latinoamérica y del tercer mundo subdesarrollado; sino, de los países desarrollados, incluido E.U., recientemente reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS): debe ser un ejemplo a seguir, para hacer realidad el derecho a la protección de la salud para todo el pueblo de México.

Salud Reproductiva de los Jóvenes: Barreras Legales e Imprecisiones Programáticas

Psic. Neftalí H. Gómez Gil Guzmán*

I) Resumen

Las críticas que pueden generar en ciertos círculos una discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes es mejor que el silencio cómplice que en éstos impera. ¿Por qué el silencio? Las razones que se pueden argumentar son múltiples pero se pueden sintetizar en pocas palabras: aquello que tiene que ver con la sexualidad se mezcla con las morales particulares y se convierte en un dilema ético.

Parte de nuestro actuar cotidiano, sujeto a juicios de valor, tiene que ver con lo único que realmente poseemos en la vida, nuestro cuerpo y sus sensaciones. Pero no todo lo que tiene que ver con el cuerpo genera dilemas éticos; la satisfacción del hambre y la sed, la necesidad de sueño son un ejemplo de lo que no nos causa conflicto. Pero debemos tener presente que existe una parte de nuestro cuerpo y actuar que es objeto de vigilancia y censura: aquella que tiene que ver con nuestra sexualidad. Los genitales y las zonas erógenas, todo el cuerpo debería decir, han generado una gran cantidad de juicios morales y crean en los hombres y mujeres concretos dilemas que no siempre son resueltos satisfactoriamente.

Las familias, las iglesias y el Estado, han pasado por alto que los seres humanos, sin distinción de sexo, edad, raza o creencias tenemos derechos, afectos, sensaciones, expectativas, que no pueden

ser manejados por nadie, más que por cada uno en lo particular. Por esto, sectores cada vez más numerosos han puesto el acento en los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

No obstante, existe un grupo numeroso que está al margen de las decisiones políticas mas no religiosas: los jóvenes, que no cuentan con una interlocución directa y amplia que los apoyen para que puedan ejercer su autonomía y autodeterminación en cualquier plano, pero más aún en el de los derechos sexuales y reproductivos.

Nadie cuestiona la capacidad que tienen los jóvenes para definir su elección vocacional y/o laboral. No obstante se les coarta esta autonomía que han demostrado ser capaces de ejercer cuando se trata de decisiones en torno a su conducta sexual, pero debo dejar claro que aun en este grupo etario quienes tienen una posibilidad menor de toma de decisiones, por una absurda doble moral, son las mujeres.

Si es difícil construir una normatividad en torno a cuestiones sobre las que existe cierto consenso en la colectividad, en el terreno de la sexualidad la situación se complica y más aún cuando nos referimos a la sexualidad de quienes están sujetos a la tutela de los adultos: las y los jóvenes menores de edad. Su sola mención provoca censura y represión en los ámbitos familiar, escolar y religioso por los riesgos que se corre por hablar de "eso".

*Redescubre, A.C.

De la sexualidad se habla en voz baja, sólo con los amigos o amigas, a través del chiste y el albur, sin comprometer cuestiones personales. Se le encierra en las paredes de los sanitarios o de los cines Teresa, Río o Savoy, en las páginas de las llamadas "revistas masculinas".

En el seno familiar se evade el punto por la falta de información que los mismos padres tienen sobre el tema. Las más de las veces no son capaces de hablar de su propia sexualidad como pareja, menos entonces de comprender las inquietudes de sus hijos e hijas.

El abordaje del tema en los programas escolares, desde el nivel básico hasta el profesional se rige por un enfoque biologicista en el que se "olvida" hablar de lo placentero que resulta nuestra sexualidad. Se restringe a enseñar la anatomía de los aparatos reproductores masculino y femenino, la fecundación y el desarrollo uterino. Señala de manera reiterada sobre las consecuencias reproductivas y/o de contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual de dicha actividad. Los maestros y maestras, en gran número, carecen de la información necesaria para abordar un modelo diferente, así como de las actitudes positivas para hablar de manera abierta sobre el tema.

Para algunas religiones, la sexualidad sólo puede ejercerse previo cumplimiento de los cánones particulares. La transgresión a esta norma tiene su castigo después de esta vida. Una característica que permea de manera uniforme al estado y sus instituciones: familia, escuela e iglesias, es el esfuerzo tenaz que despliegan para controlar la conducta sexual de los jóvenes.

Los espacios legislativos y la burocracia toda no son una excepción en lo que toca a ámbitos desde los que se busca controlar la sexualidad de los jóvenes, que no tienen un sitio en el olimpo legislativo, en las decisiones parentales, en la piramidal estructura escolar o en la monolítica estructura de las religiones.

II) La salud sexual y las decisiones políticas

Desde lo político y gubernamental se afecta la salud sexual de los jóvenes debido a que el estado y sus instituciones llevan a cabo acciones contradictorias que se reflejan en:

a) En los obstáculos legales y en el diseño de políticas públicas imprecisas.

b) La falta de difusión de los Programas (Nacional de Población, Nacional de Planificación Familiar, Nacional de Acción a Favor de la Infancia) que proponen desarrollar acciones a favor de los jóvenes.

c) La falta de difusión entre las beneficiarias de los programas de acción que se elaboran, por lo menos en el papel, que son producto de la adhesión del Estado Mexicano a convenios internacionales.

d) El abuso de la medicalización para enfrentar la actividad sexual de los adolescentes.

a) Obstáculos legales y diseño de políticas públicas imprecisas

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹, dentro de las garantías individuales, en el artículo 4o. se señala en el tercer párrafo que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. En el párrafo cuarto a la letra dice: **"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción 16 del artículo 73 de esta Constitución"**. También dice que es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.

Sin embargo, el Código Civil² señala en su artículo 412 que los hijos menores de edad no emancipados están bajo la patria potestad mientras que exista alguno de los ascendientes que deban ejercerla conforme a la ley. El artículo 443 añade que la patria potestad se ejerce sobre la persona y bienes de los hijos.

Una de las formas en que la patria potestad se acaba, dice el artículo 443 del citado código, es con la emancipación derivada del matrimonio. Esto

1 Porrúa Editores (1994) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Porrúa Editores. México.

2 Porrúa Editores (1994) Código Civil. Porrúa Editores. México.

quiere decir que la única opción que tienen todos y todas aquellas menores de 18 años para poder tomar decisiones con respecto a su persona, o dicho de manera más precisa, con respecto a su cuerpo y al ejercicio de su sexualidad es casarse. Las otras opciones son la muerte del que la ejerce, si no hay otra persona en quien recaiga o llegar a la mayoría de edad. El artículo 647, respaldado por el 34 constitucional, confiere a quien llega a los 18 años la libertad de disponer de su persona y bienes.

Por su parte, la Ley General de Población³ en su artículo 19 apunta que el Consejo Nacional de Población pondrá especial atención en proporcionar información y educación a los jóvenes y adolescentes sobre planificación familiar.

Lo anterior con base en las normas técnicas de planificación familiar dispuestas en las leyes generales de Población y Salud, además de los acuerdos que adopte el Consejo Nacional de Población (artículo 23).

La Ley General de Salud⁴ en su artículo 69 refiere que, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, será la Secretaría de Salud la que definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud. Más adelante, en el artículo 71 la misma Secretaría se asume como asesora para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual que requiera el Sistema Educativo Nacional.

¿Qué hace el Sistema Educativo Nacional? Uno de los órganos desconcentrados de la Secretaría de Educación Pública, la Comisión Nacional del Deporte y específicamente *Causa Joven*, ha diseñado un sofisticado CD-ROM en el que un amplio espacio está destinado a brindar a los jóvenes información sobre sexualidad. Sin embargo, tal despliegue tecnológico resulta poco útil debido a los errores en los datos que se manejan.

Retomando el tema, en ninguna de las leyes antes referidas se especifican los mecanismos a través de los cuales operaría la educación sexual y

³ Secretaría de Gobernación (1993) Ley General de Población. Consejo Nacional de Población. México.

⁴ Secretaría de Salud (1999) Ley General de Salud.

sólo se menciona de manera imprecisa que será el Sistema Educativo Nacional al que le corresponda implementarla.

b) Falta de Difusión de los Programas de Acción

El documento básico del que se desprenden los programas nacionales 1995-2000 es el Plan Nacional de Desarrollo⁵. En el capítulo referente al desarrollo social se habla de impulsar la reducción del crecimiento demográfico a través de acciones en materia de educación sexual e información a la población, así como las acciones dirigidas a fortalecer el desarrollo integral de la familia y las orientadas a ampliar las oportunidades de educación y participación de las mujeres en la actividad económica.

En cuanto a la población joven apunta que el 15.5% de mujeres menores de 18 años están casadas o unidas y que alrededor del 12% tiene por lo menos un hijo. Al respecto, puntualiza que es necesario que se incremente la edad a la unión para que las mujeres puedan estudiar o trabajar y estén en mejores condiciones para formar una familia.

Las estrategias y objetivos que el gobierno de la República propone para contribuir a la integración de los jóvenes al desarrollo están el brindar atención en control natal (sic) a ellos y ellas.

El Programa Nacional de Población⁶ acepta que la salud reproductiva reconoce el derecho de toda persona no sólo a regular su fecundidad segura y efectivamente, sino también a tener y criar hijos saludables, comprender y disfrutar su propia sexualidad así como ejercerla responsablemente y sin temor a las enfermedades de transmisión sexual y también la promoción de la educación en materia sexual, de regulación de la fecundidad y de salud; el fomento de condiciones propicias al ejercicio pleno, responsable e informado de los derechos reproductivos y de salud de los individuos y de las parejas.

⁵ Secretaría de Hacienda y Crédito Público (1995) Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

⁶ Secretaría de Gobernación (1995) Programa Nacional de Población 1995-2000

En este caso no señala si la aplicabilidad de este derecho es para TODAS las personas o sólo para aquellas que tienen más de 18 años.

Dentro de los lineamientos generales de la política de población señala que de acuerdo a los principios básicos de la política de población, las acciones institucionales de planificación familiar están dirigidas a asegurar el acceso de las personas de todos los grupos sociales y regiones del país a dichos servicios, incluidas la información y orientación suficiente y adecuada en la materia. Este programa no hace referencia en ningún momento a la accesibilidad que deberían tener los jóvenes en materia de servicios de salud reproductiva.

En el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia⁷ se anota una definición de salud reproductiva en la que se dice que por ésta se entiende la capacidad de los individuos y de las parejas a disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada el número y el espaciamiento de sus hijos. Para lograrla reconoce, además, las necesidades y los derechos de los adolescentes a recibir información y servicios apropiados.

Un aspecto específico que, dice, debe ser abordado es la atención integral del adolescente, en tanto que el embarazo en este grupo de edad es un problema de salud, que tienen implicaciones biológicas, psicológicas y sociales, que afectan a la madre y al niño.

En este mismo documento se reconoce que las causas por las que una adolescente puede quedar embarazada tienen su origen en una compleja red de razones de orden social, familiar e individual. Cita que en el año de 1989, se analizaron 1,295 embarazos en menores de 15 años registrados en instituciones del Sistema Nacional de Salud, encontrándose que el 56.83% presentaron complicaciones durante la gestación, parto y puerperio y solamente el 43.16% de ellas cursaron estas etapas en forma normal.

Como objetivo general en materia de salud reproductiva el programa busca promover y prote-

ger la salud reproductiva mediante estrategias integrales de prevención de riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como la reducción de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.

Paradójicamente, contra lo que podría esperarse, ni dentro de las metas intermedias para 1997 ni dentro de las metas para el año 2000 plantea este programa acciones para enfrentar el problema del embarazo en adolescentes. ¿Cómo se brindará la atención integral que intentan desarrollar si la salud reproductiva de este grupo etario no está dentro de las metas?

Contradictoriamente sin metas sí existen estrategias. Como tales se propone extender, con cobertura nacional el Programa de Salud Reproductiva para los Adolescentes, en unidades de primero y segundo niveles de atención y además con módulos plegables de información y referencia; fortalecer la coordinación y colaboración de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, de los sectores público, social y privado, de las Organizaciones No Gubernamentales Nacionales e Internacionales, para promover y realizar acciones conjuntas en favor de la salud reproductiva.

Dentro de las líneas de acción en lo que respecta a la atención no plantea ninguna relacionada al embarazo adolescente ¿dónde pondrán en práctica las estrategias? Con relación a la promoción y prevención se propone difundir la información sobre salud reproductiva, sexualidad, control de la natalidad (sic), entre otros, en todos los niveles de enseñanza básica, media y superior, poniendo especial cuidado en los contenidos y lenguaje utilizado en cada nivel.

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (1996)⁸, que es el documento que debería contener de manera puntual acciones en el tema que reviso, en el apartado referente a métodos anticonceptivos del diagnóstico, señala que en adolescentes y parejas unidas menores de 20 años la prevalencia y continuidad de uso de anticonceptivos es baja.

7 Comisión Nacional de Acción a Favor de la Infancia. Secretaría de Salud (1995) Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia.

8 Secretaría de Salud (1996) Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 Diario Oficial, viernes 13 de septiembre de 1996.

En el apartado sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes, en el mismo diagnóstico indica que la edad promedio a la primera unión es a los 19 años y la edad promedio al nacimiento del primer hijo es a los 21; que la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años fue en 1994 de 78 por cada mil mujeres; que el 16% de los nacimientos registrados en el país en 1993 fue de mujeres entre 15 y 19 años; apunta que:

“Un porcentaje elevado de embarazos en la adolescencia no son planeados y muchos de ellos no deseados. El embarazo no planeado tiene un enorme impacto, no solamente en términos de salud sino que además dificulta el proceso de educación, desarrollo y autonomía de los/las adolescentes.

Los embarazos en la adolescencia temprana se acompañan frecuentemente de una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente en las poblaciones más vulnerables”.

Estimaciones de la Secretaría de Salud revelan que en 1992 sólo 36.4% de las mujeres de 15 a 19 años unidas usaban algún método anticonceptivo.

El diagnóstico termina diciendo que:

“Las demandas y necesidades no satisfechas entre la población adolescente en términos de educación formal, comunicación educativa y social, así como la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva constituyen un reto formidable cuya atención no puede ser postergada”.

Abusaré de la paciencia de los participantes citando el objetivo que la Secretaría de Salud plantea con relación a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Propone:

“Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación, comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo etéreo de la población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, así como incrementar su autoestima. Las acciones en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes deberán salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta”.

Quisiera hacer un alto para una reflexión. ¿Cómo pueden los jóvenes tomar decisiones con respecto al ejercicio de su sexualidad cuando las leyes indican que su persona está sujeta a las decisiones de quienes ejercen la patria potestad? Si se presentara una queja ante la Comisión de Arbitraje Médico por alguna prescripción de anticonceptivos y/o inserción de DIU en una menor de edad, ¿tendrían los padres la ley a su favor por haber sido su hija (principalmente) atendida sin su consentimiento? Aquí se vislumbra una laguna legal.

c) Falta de Difusión de los Convenios Internacionales

En ocasiones llega a pensarse que la firma de un acuerdo internacional no tiene más peso que el moral para verificar su cumplimiento. Sin embargo el artículo 134 Constitucional señala:

Art. 134. Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados a pesar de las disposiciones en contrario a que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.

Tenemos entonces bases legales para obligar al Estado a cumplir los compromisos. Dentro de los convenios internacionales más recientes firmados por el Estado Mexicano relacionados con la salud y derechos reproductivos, están:

I) Cumbre Mundial de la Infancia

II) Conferencia de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro, Brasil 1992)

III) Conferencia de Naciones Unidas para Población y Desarrollo (El Cairo, Egipto 1994)

IV) IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, China 1995)

d) Medicalización de la Sexualidad y la Reproducción

¿Por qué se ha medicalizado el ámbito de la salud reproductiva? La respuesta a esta pregunta remite a

las políticas de población, que el Consejo Nacional de Población dicta y que tiene como prioridad el reducir la fecundidad.

Esto ha llevado a las instituciones del sector salud, plantea Figueroa (1994), a fijar criterios de evaluación de los programas de planificación familiar, privilegiando el cumplimiento de metas de anticoncepción, a pesar de la riqueza del objetivo de las políticas y programas citados.

También señala que, a diferencia de otras áreas en las que las necesidades de salud no las inventa el prestador de servicios, la anticoncepción parte de una política institucional con metas al respecto y por lo tanto la relación interpersonal del médico y su paciente, se vuelve burocrática. Ante esto, propone que se involucren quienes están ligados a las actividades educativas, a los medios masivos y al sistema educativo nacional para que se logre incidir en el entorno social, económico y cultural para contribuir a que se mejore la participación de las mujeres en los espacios de decisión y que las limitaciones para acceder a información, así como a mayores niveles escolares con la finalidad de disminuir el ejercicio del poder médico sobre los procesos reproductivos.

En lo que respecta a las personas jóvenes, se enfrentan con el hecho de que los servicios de planificación familiar fueron diseñados para la atención de mujeres unidas. Adicionalmente, la medicina a través de sus voceros oficiales (la Secretaría de Salud) se ha encargado de difundir una información que es tomada como dogma, acerca de los riesgos que implica un embarazo antes de haber cumplido los 20 años, pasando por alto que los embarazos que ocurren a partir de los 15 años, en condiciones adecuadas de nutrición, de salud y de atención prenatal, no conllevan riesgos mayores que los embarazos y partos que ocurren entre los 20 y 25 años⁹.

III) Conclusiones

Mientras el estado y sus instituciones no consideren la eliminación de las barreras legales y no aseguren la congruencia entre la letra y el espíritu de la ley y las acciones programáticas, la población que por no contar con el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos, los jóvenes menores de 18 años, verán coartado el derecho a la salud que le otorga el cuarto párrafo del artículo 4o. Constitucional.

⁹ López, G.; Yunes, J.; Solís, J.A.; et al (1992) Salud reproductiva en las Américas, OMS, OPS.

Necesidad de un Marco Teórico para Legislar Sobre Salud Pública y el Derecho de la Población a ser Atendida. 1998

M.S.P José Jesús Fonseca Villa*

1. De Cuando una Acción de Salud Pública es una Política de Salud

La salud pública surgió como especialidad de la existencia humana, cuando al iniciarse el Siglo XX, el hombre podía trasladarse en cuestión de días a donde antes le costaba meses y de horas, a donde antes le significara días. La transportación en ferrocarril, navíos de vapor y dirigibles hicieron, junto con la motocicleta y el automóvil, factible la simplificación de los tiempos. Esto significó también, la facilitación para llevar y traer contagios. Pronto las medidas de precaución surgieron en las aduanas y los médicos y enfermeras fueron los cazadores de víctimas y susceptibles de serlo. Así se implantó la vacuna internacional y así, arbitrariamente y por encima de cualquier razonamiento legal opositor, quien pretendía entrar a un país y éste se defendía con medidas de control sanitario de epidemias, tenía que someterse a las reglas, independientemente de credo religioso, ideología política y ganas o no de acatar y obedecer.

La dictadura de la salud pública fue desde entonces un hecho aceptado universalmente después de argumentar a favor y en contra, hasta antes de la existencia de la ONU y su parte especializada, la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, lla-

mada OMS por sus siglas. En América casi simultáneamente aparecían la OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, llamada OSP y la OPS cuyo nombre es OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD, a todas las cuales pertenece y está afiliada nuestra salud pública de México. Era la segunda parte del Siglo XX.

Tal vez lo inicialmente descrito, fue la primera política de salud pública de los gobiernos emanados de la Revolución. El control sanitario de las fronteras mediante cotejamiento de vacunas y medidas higiénicas, detenía a sarnosos, tifosos, tísicos y leprosos, entre otros enfermos de viruela o fiebre amarilla urbana. A estos padecientes, se les trataba o se les canalizaba o de plano se les devolvía a su lugar de origen. Tal situación prevaleció hasta antes de 1920, después de lo cual en el gobierno de Alvaro Obregón, ya se contó formalmente con unidades sectoriales de salud pública, como la Escuela Médico Militar, la Escuela de Salubridad y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, recientemente formada por don Justo Sierra.

2. Política de Gobierno, Política de Sector y Política de Salud Pública

La sola existencia de estas tres entidades formativas de personal destinadas a la salud, significó tarde o temprano una especie de unidad de enfoque y procedimientos.

* Maestro en Salud Pública. Titular de la Cátedra de Epidemiología de la Escuela Médico Militar

En efecto, los médicos militares fueron los primeros por la naturaleza de su acción, como miembros de las fuerzas armadas integradas por hombres de bajos estratos y altas carencias y necesidades de atención médica acumulada, quienes idearon procedimientos de carácter administrativo de atención, tratamiento y control de su universo militar, lo que muy pronto se rebasó al percatarse que tales medidas podrían ser extensivas a la población civil y mirar a la sociedad en su conjunto como paciente.

En los servicios de salubridad, con que fue dotada la Ciudad de México, hubo directores médicos militares casi desde su arranque; la estrategia en mucho, fue planeada con ese molde de la salud colectiva que se brindaba dentro del Ejército. Visto así es fácil entender por qué la Escuela de Salubridad mantuvo por más de 60 años una férrea estructura como de escuela militar.

Durante los treinta y tantos años de gobiernos militares, la política del gobierno en materia de salud pública fue de carácter paternalista, asistencial y socorrista de necesitados por catástrofe o accidente. Esa percepción del fenómeno de salud-enfermedad, hizo de la mentalidad popular un codificador que relacionaba: MEDICO-HOSPITAL-MEDICAMENTO-FARMACIA, lo cual significó la prosperidad simultánea de todo el sector.

Cuando México se involucró en la Segunda Guerra Mundial como enemigo del Eje Berlín, Roma, Tokio, la política general, la de sector y la realidad misma de la población, coincidían en materia de salud.

3. De la Instrumentación de las Políticas de Salud: Institucionalidad

La vinculación de los integrantes del complejo de la presencia, concepción y origen de la política de salud del régimen y del sector, fueron institucionalizados durante el gobierno del general de división Manuel Avila Camacho, quien afrontó la participación de México en la Segunda Guerra Mundial, en el frente del Pacífico contra Japón, como aliado de EU.

El esquema conceptual que operaba socialmente, podría representarse:

Personal:	Equipamiento:	Medicamentos:	Farmacias:
Médicos Cirujanos Paramédicos:	Hospitales Dispensarios Clínicas	Laboratorios Nacionales Laboratorios Europeos Herbolaria Tradicional	Droguerías Farmacias Boticas
Bacteriólogos, Químicos, Radiólogos y Enfermeras	Brigadas Sanitarias		Yerberos de Mercados

El gobierno de la República, durante el régimen de Avila Camacho, se apoyaba en la salubridad y la asistencia, e incluso contaba con la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, que es una forma acreditada de legalización del juego, en poder y dirección del Estado. Había dentro de la organización del gobierno, un Departamento de Salubridad.

Los establecimientos ya institucionalizados para formar personal de salud, eran la Universidad Nacional Autónoma de México, por medio de la Escuela Nacional de Medicina, que sin rango de facultad, sólo expedía licenciaturas de médico cirujano partero, lo que acabó con la diferencia entre cirujanos y médicos y ambos con las tocólogas y enfermeras que la Universidad de las dos primeras décadas, mantenía hasta antes de la autonomía de 1929, en su entonces sí, Facultad de Medicina. La Escuela de Medicina fue facultad y pudo expedir grados (Maestría y Doctorado) hasta después de 1958. Por su parte, el Instituto Politécnico Nacional contaba con la Escuela de Medicina Rural, luego convertida en Escuela Superior de Medicina, y destacando siempre, la Escuela Médico Militar.

La institución que por entonces ya permanecía instaurada para formar al personal de la salud pública, fue la Escuela de Salubridad, que con diversos nombres y mayor desarrollo fue la formadora de gran parte de sanitarios de América Central, El Caribe y de todos los de México, lo que le valió ser calificada como Categoría A, la más alta para América del Norte, por la OMS. Existió por más de 65 años.

4. Problemas, Demografía, Presupuesto y Salud Pública

Al iniciar su etapa del civilismo gobernante con la gestión presidencial de Miguel Alemán Valdez, la modernización institucional trató de integrar lo disperso en el sector salud.

Los problemas obligaban al régimen a explicitar su política de salud. Se alentó la organización médica y paramédica; la asistencia en establecimientos se propició y estimuló en lo privado con alicientes fiscales, que incluían, hospitales y clínicas, farmacias y droguerías, laboratorios y productos.

Fue a partir de este momento que la población se disparó vertiginosamente a su condición de Siglo XX; la concentración por emigración del campo a la metrópoli, originó la ruralización y masificación, es decir, hacinamiento y demanda acumulada de todo tipo de satisfactor, entre otros, el de la salud.

La política era diferenciadora pero general; la salubridad a cargo del Estado sería general en lo preventivo y asistencial; a los obreros y trabajadores afiliados al IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social, se les daría mejor calidad y a los trabajadores burócratas, se les proporcionaba servicio médico diferente, dentro del concepto de prejubilación que eran las pensiones civiles y sus mecanismos asistenciales.

El presupuesto dividido y diferenciado no enfrentaba con efectividad el problema nacional de salud, con un buen enfoque de acciones aunque se tuviera el "panorama epidemiológico" de lo que pasaba. Ya existían grandes logros al inicio de la segunda mitad del Siglo XX, por ejemplo, la erradicación de la viruela y por entonces, la lucha contra la fiebre aftosa que se extendió por todo el país, matando ganado vacuno, caprino y bovino.

Con justicia se puede decir que la penetración total del país la hizo el personal de Salud, hasta en los más apartados rincones de todas las latitudes y altitudes de México. El ejemplo perfecto fue la Campaña Nacional contra el Paludismo, que asumió el problema y lo llevó hasta niveles ínfimos, gracias a su logística, especificaciones y personal, todo bajo una concepción militar.

Pese a todo, la planificación en salud era indicativa como política del régimen, lo que originaba saturación en algún punto y escasez en otro.

5. Prioridades como Modelo

Durante la década de los años sesenta, América se encontró en pleno proceso de urbanización y derroche de medios después de las Guerras, Segunda Mundial y la de Corea, en que se habían enfrascado los vecinos del norte. El concepto de desarrollismo, fomentado por la OEA por indicación de Washington, creó una mentalidad consumista y dispendiosa.

Para el gobierno mexicano que no escapó al endeudamiento para hermostrar sus urbes en especial la metrópoli, hubo un mejor aprovechamiento porque tenía mejor infraestructura en salud. La política a seguir era la edificación de grandes conglomerados concentradores de servicios y dispersión de microcélulas de captación. En el Sector Salud esto significó la edificación del Centro Médico Nacional, que inicialmente para la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fue cedido y vendido al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este fue un momento fundamental de la salud pública. La política de planeación indicativa con que se había hecho hasta entonces la aplicación del presupuesto al Sector Salud, fue cuestionada y por primera vez los médicos maestros en Salud Pública y Administración Médica, egresados de la Facultad de Ciencias Sanitarias y Asistenciales en su Escuela de Salud Pública, calificada como "A" por la OMS, salieron a buscar en los cursos y escuelas de economía, una formación sobre planificación sectorial. En Chile, y después en Perú y Argentina, los sudamericanos muy afiliados a la moda que tenía un tinte norteamericano, por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, proporcionaron bolsas viajeras y becas.

En México como corriente renovadora de luchas de una intelectualidad revolucionaria, no sólo se buscó la planificación sino el cambio de concepción social, hecho que culminó con los acontecimientos de 1968.

El criterio para establecer las políticas oficiales, fue el de establecer prioridades para aplicar esfuerzos y recursos. La política de salud del régimen

consistía en atender las demandas de la población y las realidades de ésta aunque no fueran sentidas por la gente. La racionalidad imperó como criterio.

6. Vulnerabilidad, Magnitud y Trascendencia como Determinantes

Para el establecimiento de prioridades en el sector de la salud pública, se entró en la etapa de análisis de propuestas para buscar indicadores que sirvieran de base en la construcción de modelos a seguir.

La palabra fue cedida por primera vez a los especialistas en el campo de la epidemiología. Los médicos asistenciales, desde sus institutos y poderosos hospitales, cargados de influencia por sus relaciones como tratantes de la familia, eran un ancla poderosa que desviaba frecuentemente todo el trabajo hecho por equipos de investigación para la construcción ya fuera de modelos o del encuadre de prioridades, nacionales o regionales.

Permanentemente las políticas de salud de los regímenes mexicanos, han sido declaradas, publicitadas y seguidas, sin estar escritas y respaldadas por la legislación vigente. Ha bastado frecuentemente enunciarlas como algo bondadoso y deseable, para que se apruebe en concenso sin preocupar seguimiento para medir cumplimiento y eficiencias. Eso sucedió con la política de las prioridades.

Las generaciones de especialidad en salud pública formadas a partir del régimen de López Mateos, tenían al final del mismo, un instrumento al cual recurrir para establecer políticas de sector en la operación de salud.

El análisis de factibilidad de operación de programas se establecía con las categorías de: MAGNITUD DEL FENOMENO DE SALUD AFECTADA, TRASCENDENCIA DEL DAÑO CAUSADO Y VULNERABILIDAD DEL ATACANTE O AGENTE PATOGENO PARA DERROTARLO CON MEDIDAS Y TRATAMIENTOS A NUESTRO ALCANCE:

Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad
Cuánta Población Cuánto Daño	Letalidad Secuelas Huellas	Preventiva Inmunológica Curativa Bacteriológica Saneamiento ambiental, etc.

La metodología de encuesta, los registros sanitarios y el estudio de casos y seguimiento de los mismos, se perfeccionaron a la par que la concepción de la salud y de la enfermedad fue finalmente entendida como un único e indisoluble proceso: SALUD-ENFERMEDAD.

7. La Heteronomía, el Universalismo y el Carácter Clasista de los Cuadros Humanos Definidores de Políticas

Durante la guerra de Vietnam, coincidiendo con el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz 1964-70, el Departamento de Estado de EU, presionó en toda América para garantizar la extirpación de los aires revolucionarios prosoviéticos y mantener su hegemonía.

Toda ideología que se apartara de su concepción desarrollista y de los cánones fijados por la OEA, Organización de Estados Americanos, y que enunciara como causa y origen del conflicto social la mala y desigual distribución de riqueza, era combatida.

No extraña que pese a ser política del gobierno mexicano respetar el derecho a tener los hijos que se deseara, se permitía la existencia de fundaciones que descaradamente ensayaban con dinero de EU métodos anticonceptivos y control de natalidad a usuarias de programas piloto.

Por medio de programas internacionales de asistencia a los países en vías de desarrollo como México, recibían donaciones que tarde o temprano se descubrían eran dañinas por ser desecho. Así sucedió con la leche en polvo CARE, que provenía de vacas tuberculosas y veinte años después con la vacuna que enviaron cuando los terremotos de 1985, que ya estaba vencida o caducando y no tenía potencia adecuada. Ambos ejemplos de "aportaciones" de los EU fueron criticadas y rechazadas por los sanitarios.

En los cuadros dirigentes predominaban las características clasistas del médico asistencial, líder de instituto, influyente y con formación de perfeccionamiento en el extranjero.

Fue así que pese a tener una estructura de salud pública desarrollada y vinculada a la realidad social y poseedora de una ideología nacionalista y de

derecho a la salud, las políticas generales y las del sector no obedecieron a prioridades y se volvió a la planeación indicativa, a la hipertrofia del plano asistencial y descuido de lo preventivo y la vuelta al inicio del que se había arrancado: reaparecimiento de enfermedades transmisibles y atención a menor núcleo necesitado de población demandante.

A la par el crecimiento demográfico y la carencia originaba mala distribución de satisfactores y concentración de riqueza. Eran los inicios de la década de los 70s.

8. La Autonomía, la Focalización y el Tiempo-Espacio como Base para Establecer Políticas de Salud

La política de salud con la que se movió el régimen de Luis Echeverría fue la de la solidaridad social. El concepto fundamental fue el descubrimiento de imposibilidad para atender a toda la población demandante de atención y servicios de salud. El IMSS, tomó el papel de institución central al crear la Jefatura de Medicina Preventiva y las clínicas de Solidaridad con núcleos de población campesina como los cañeros. Por extensión se dio servicio de protección a población abierta.

La gran política de salud del régimen citado, consistió en pensar y actuar como higienista y educador en materias básicas como la reproducción y la nutrición, a la par que la protección específica y la atención a la mujer se presentaban como prioridad para volver al concepto de saneamiento ambiental, nutrición con el huerto familiar y la aceptación de que el 60% de los mexicanos estaban naciendo con parteras empíricas a las que ya no se despreció sino que se les impulsó a capacitación y apoyo clínico en centros de salud rurales.

Populista o no; efectivo o no; demagógico o no, el proyecto y acciones de salud tenían políticas establecidas con perfección. Se originó una ley de salud un poco más organizada y totalizadora en esa etapa.

Tal parecía que se volvían los ojos al país, a sus antecedentes, a sus recursos y a sus técnicos, para mirar con ojos de modernidad y aceptación de limitaciones, el asunto de la salud pública. El tiempo, el espacio y la autonomía de concepto y

recursos eran la base para focalizar y resolver la necesidad de salud.

9. La Administración de la Riqueza y la Pérdida de Metas

El gran error de pensarnos como nuevo rico en legítima posesión de bienes naturales, deformó la autoimagen y propició el desastre en las políticas de salud.

De pronto con José López Portillo se habló de la necesidad de estar preparados para administrar la riqueza. Una deformante y prepotente actitud volcó los ojos sobre la preparación técnica en el extranjero y la negación de las instituciones mexicanas y su personal de salud. Fue a partir de ese momento que se permitió la entrada a programas mixtos cargados de ideología clasista. Se estableció la Coordinación Nacional de Planificación Familiar, que legitimó todo lo hecho clandestinamente por las fundaciones y fórmulas de "experimentación" de control que venían operando manipuladas desde el Departamento de Estado en Washington, desde la década anterior. A esa gente se le entregó la dirección de la coordinación.

La escueta realidad fue que se descuidó la atención preventiva, se fortaleció insuficientemente lo asistencial institucional y con un sello clasista, las decisiones de operación y sus asignaciones presupuestales fueron de nuevo urbanas.

Se dejó de planificar con prioridades y con sentido de necesidad real original. Tanto el ISSSTE como el IMSS y la SSA, se tecnificaron con modelos de instituciones de EU.

Tras de tales modificaciones, aparecieron con el surgimiento de la política monetarista, financiera y modelo neoliberal de Miguel de la Madrid y después, Carlos Salinas de Gortari, los conceptos extranjerizantes de los "Texas Boys", jóvenes mexicanos formados en universidades y tecnológicos gringos que desconociendo la historia del Siglo XX de nuestra sociedad en materia de salud, pensaban que simple y llanamente, "faltaba", "no había", "sería deseable", "y se requería" y epítetos como los descritos, para el equipamiento y colaboradores, sin pensar en la población, necesidad, demanda acumulada, prioridades epidemiológicas, etc.

Fue en esta etapa, en la que se disparó en las manos de estos técnicos de la "excelencia", sin que tuvieran respuesta por incapacidad, el Sida y hasta una epidemia de sarampión y de cólera. EL PAIS ESTABA DESPROTEGIDO; ACABARON CON LA INFRAESTRUCTURA; NO HABIA CONTINUIDAD EN LA PREPARACION DE SANITARISTAS, porque estaban importando biológicos con potencias y especificaciones para otras poblaciones; creaban clínicas y hospitalitos de supraselección para enfermedades rarísimas, cuyo costo era altísimo; y no se podía hacer que mucho personal fuera a las "excelencias" de las universidades del extranjero. Todo lo volvieron académico, de papel, de libras y videos o páginas en internet y ya nadie creyó en las cifras y encuestas de salud hechas por ellos. Apareció una Fundación para la Salud, con un ex secretario y ex rector, influyente que negocia, controla y respalda relaciones internacionales hasta con la OMS.

10. Conclusión Unica

El derecho a la salud, es ineludiblemente parte de los derechos del hombre y como tal parte inte-

grada a nuestra Constitución vigente. Sin embargo, se hace indispensable reestructurar el marco conceptual de la misma, analizando el crecimiento de la población de México, su composición por grupos de edad y sexo y los lugares de habitación y condiciones de existencia. Esto implica la urgencia de crear modelos teóricos que tomen en cuenta demanda acumulada, costos y posibilidades internas de solución de problemas básicos de salud como el saneamiento y la educación sanitaria.

Pero fundamentalmente, la urgencia es volver a anclar en nuestra tradición el concepto y los procedimientos y acabar de una vez por todas con esquemas importados, costosos y de dudosa efectividad.

El derecho a la salud, requiere ser parte de la reforma del Estado en que se inscribe lo citado y ser legislado con objetividad y técnicas de salud pública y desarrollo social.

Condiciones Necesarias Para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Arturo Martínez Sánchez
Dra. Genoveva Arista López*

Si tomamos en consideración el concepto de salud, emitido por la OMS, así como los conceptos de garantía, derechos y condiciones, tenemos necesariamente que proponer que en el derecho a la protección de la salud incurren una serie de factores que necesariamente ameritan un análisis cuidadoso.

En la protección de la salud inciden una serie de factores tanto internos, es decir, personales, como externos, es decir, las obligaciones asumidas por el Estado para mantener ese equilibrio o eugenesia del ser humano.

Dentro de los factores internos o personales indiscutiblemente la educación tiene un papel importantísimo; el Estado tiene la obligación de impartir una educación que armonice las facultades del ser humano tal como lo establece el Art. 3º Constitucional; esa educación debe de basarse en el progreso científico acorde a la época en que vivimos en la actualidad, incorporándose a ella los principios éticos y morales de cada una de las disciplinas que se impartan no solamente a nivel intramuros sino aprovechando los medios masivos de comunicación, lo que seguramente redundará en beneficio de la población en general.

Desde el punto de vista exterior el Estado debe de garantizar la infraestructura necesaria, tanto de

hospitales, clínicas y consultorios, así como unidades de investigación, insumos, instrumental médico, además de personal médico y paramédico suficiente y bien capacitado para proporcionar un tratamiento integral a la población que lo demande haciendo hincapié en la atención especial que debe de brindarse a la medicina preventiva y con ello queremos subrayar que el Estado debe de apoyar el punto de vista económico y social, con mayor vigor la investigación médica y tecnológica en la práctica de la medicina, hechos que indudablemente han sufrido un deterioro dadas las condiciones políticas y económicas en las que se ha visto el país en los últimos sexenios.

Qué duda cabe que un país con una infraestructura de investigación científica y tecnológica es un país vanguardista.

En relación a los insumos e instrumental médico indudablemente que éstos cada día se encarecen con lo cual la repercusión se ha visto reflejada no solamente a nivel Institucional sino a nivel de la práctica privada; ya que cada día vemos que ésta en la mayor parte de las veces se ha vuelto elitista dado el alto costo que representa el acceder a los hospitales privados siendo esto privilegio de unos cuantos.

También la práctica médica privada a nivel popular llámese consultorio de pueblo o de barrios bajos que proliferan no sólo en el D.F. sino también en el interior de la República se ha visto afectada,

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

dado que el usuario en la mayoría de las ocasiones deserta del tratamiento instituido por el alto costo de los medicamentos prescritos o análisis y estudios de gabinete solicitados los cuales en la mayoría de las ocasiones quedan fuera del alcance de sus posibilidades económicas.

Por lo que respecta al instrumental médico, evidentemente los avances tecnológicos han condicionado que cada día se recurra más a ellos en un afán de proporcionar un mejor servicio; el médico de campo y algunas clínicas tanto en el D.F. como en el interior de la República no pueden o no tienen los medios para acceder a esos recursos, lo que indudablemente repercute en la calidad de la atención que se está brindando pues como sabemos los aspectos clínicos si bien tienen un papel preponderante en el diagnóstico cada día se requiere de mayor precisión en el diagnóstico de las enfermedades, por lo que el Estado debe de garantizar que incluso el médico más alejado de los grandes centros urbanos pueda contar con lo mínimo indispensable tanto en tecnología como en materiales e insumos y personal.

Otro de los aspectos importantísimos en este ejercicio del derecho a la salud lo constituye el personal, tanto médico como paramédico que presta ese servicio.

El médico como prestador del servicio debe de trabajar y desarrollarse en un ambiente de seguridad y tranquilidad profesional; características que se han visto afectadas en los últimos tiempos si tomamos en consideración el incremento en el número de demandas y quejas en relación a la prestación del servicio médico.

Siendo el médico uno de los principales factores garantes en la protección a la salud, éste ha sido el blanco de ataque ante la inconformidad social levantándose una cortina de humo en cuanto a los verdaderos factores que suscitan las demandas, ya que hemos expuesto en líneas previas que el médico es un elemento importante, pero no el único, en la prestación de este servicio.

Por lo que la actividad médica se ve afectada por la carencia de los elementos antes mencionados, la falta de personal paramédico bien preparado es otro factor que indudablemente redundará en el buen servicio. Si definimos en forma simplista cali-

dad de la atención como la satisfacción del usuario vemos que para que ésta se dé intervienen diversos factores. Hemos mencionado algunos de los que creemos más importantes pero indudablemente existen otros de igual o mayor jerarquía. Un punto importantísimo al que me referiré brevemente es el clima de hostigamiento e intranquilidad en que se ha visto involucrado el médico con la creación de un órgano juzgador y promotor de las demandas médicas como lo es la CONAMED para la cual se requiere un análisis más detallado de su actividad profesional.

En resumen, podemos concluir que para garantizar el derecho a la protección de la salud, el Estado debe de mantener acciones tendientes a satisfacer un bienestar físico, mental y social del ser humano, acciones encaminadas a abatir la desnutrición y elevar el nivel de educación de los mexicanos, proteger y crear mayor número de fuentes de trabajo, promover la obtención de una vivienda digna tal y como lo consagra el Artículo 4º, Párrafo V Constitucional; abatir los altos índices delictivos incluyendo al narcotráfico que indudablemente son producto de la situación social por la que estamos atravesando.

Por todo ello proponemos para que no sea utilizado el médico como blanco de los desajustes sociales los siguientes puntos a considerar:

1. Impulsar la investigación científica y tecnológica.
2. Garantizar el abasto de medicamentos y materiales de curación tanto a nivel Institucional como privada, que estén al alcance de todos los mexicanos.
3. Cursos de capacitación continua, tanto a médicos como personal paramédico como son: enfermeras, técnicos, químicos.
4. Mayor apoyo a los programas de medicina preventiva y no sólo en la etapa infantil, sino a nivel adulto así como a crónico degenerativos.
5. La obligatoriedad del Estado para cubrir la demanda de asistencia médica a todos los mexicanos.
6. La responsabilidad de las instituciones de salud para proporcionar atención médica de alta calidad.

-
7. El respeto irrestricto a los derechos de los profesionales de la salud.
 8. Estructurar un organismo constructivo y normativo de carácter descentralizado formado por las más altas autoridades médicas y judiciales.
 9. Organizar a las fuerzas sociales comprometidas en su participación y operación.
 10. Controlar, supervisar y evaluar su funcionamiento sin tendencias ni intereses de grupos, partido, credo o raza.
 11. Mayor atención a discapacitados y adultos mayores.
 12. Que se incorpore el derecho a la salud como un bien jurídico tutelado.
-

Participación Ciudadana en Materia de Atención Médica

Dr. Rafael Cervantes López*

Debo sustentar en esta ocasión, sobre la necesidad que tenemos de hacer realidad la **participación ciudadana en materia de atención médica**.

Porque es un tema que también gira en torno a la última adición hecha al Artículo 4o. Constitucional, esta H. Legislatura al realizar este foro de consulta, cumple una parte sustantiva de nuestro Estado Social y Democrático de Derecho que nos concede la participación ciudadana en los asuntos públicos.

Por ello, pareciera que el gobierno ahora está dispuesto a cumplir en su compromiso de garantizarle al pueblo el acceso a los servicios de salud y a acelerar el paso en la ruta de consolidar un Sistema Nacional de Salud más justo y más eficiente.

Pareciera también que el objetivo principal de este foro fuera el de generar una plataforma ideológica que sirva de horizonte a los cambios legislativos necesarios para armonizar los diferentes intereses, en torno a un interés supremo: "La salud del pueblo de México".

Estoy enfatizando la palabra "PARECIERA" por que si las discusiones que surjan en esta mesa, resultan ser mero adorno de un discurso oficialista pre-elaborado, entonces, el espíritu democrático de esta reunión, así como nuestras auténticas demandas y propuestas, resultarán sólo comparsas de lo que debió ser la reflexión medular de este evento.

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

Entraré en substancia:

De los tres modelos de atención médica que se imparten en el país, en esta ocasión me refiero al de atención médica privada porque es el que más ha crecido desde que vamos por el camino del libre mercado y continuará creciendo. Porque es el que más injusticias presenta y porque es el que nos confronta con un agudo dilema:

¿Es todavía la enfermedad una necesidad que reclama servicio?, o ¿es ahora una forma de hacer negocio?

Iniciaré tomando como antecedente el hecho de que en 1992 la Academia Nacional de Medicina pidió a su "COMISION MEXICANA DE INVESTIGACIONES EN SALUD" que estudiara acerca del impacto que tendría el TLC en los servicios de atención médica en México. En cumplimiento a esa petición se editó un documento informativo del que aquí transcribo un párrafo de su capítulo tercero:

... "Sin duda la intensificación de la apertura comercial a través del TLC presentará oportunidades y riesgos para México, los cuales deberán tenerse presentes en el proceso de negociación a fin de aprovechar cabalmente los primeros y anticipar los problemas que pudieran resultar de los segundos... El TLC creará la posibilidad de expandir el mercado del complejo médico-industrial del país y fomentará la inversión nacional y extranjera creando fuentes de empleo y mejorando la tecno-

logía, la competitividad, accesividad, calidad y productividad de los servicios de salud.

Los riesgos que se pueden prever se relacionan con el fortalecimiento de la hegemonía del modelo médico curativo, la desprotección del consumidor ante proveedores no calificados, la fuga de divisas y de cerebros, el surgimiento de la medicina defensiva, el aumento de los costos de la atención, el recrudecimiento de la inequidad y la sub-utilización de la infraestructura médica mexicana”...

Es decir: dicho informe nos señaló muy claro cuáles serían las oportunidades y cuáles los riesgos que afrontaríamos.

Y sucedió que apenas acabábamos de firmar el TLC, cuando la prensa y la televisión nacional orquestaron una campaña de desprestigio en contra de la profesión médica y lograron un triple efecto:

1. Desconfianza de la ciudadanía en relación a la auténtica vocación social del médico.
2. Promovieron una cultura de demanda judicial ante cualquier sospecha de mala práctica o negligencia médica.
3. Indujeron en los médicos una actitud profesional que denominamos “Medicina Defensiva”.

En paralelo a aquella campaña de los medios, la Secretaría de Salud en nombre de la ciudadanía, impuso una instancia que denominó: “Comisión Nacional de Arbitraje Médico” con la función de vigilar que la medicina mexicana se ejerza con eficiencia, calidad y humanismo.

A partir de que inició sus funciones dicha Comisión, se acentuó la práctica de la “Medicina Defensiva”, y a pesar de ello, a la fecha se llevan alrededor de 4,000 demandas por inconformidad con la atención de médicos mexicanos.

También a partir de que optamos por el paradigma neoliberal, vimos aparecer una vorágine privatizadora que intenta englobar a todos los hospitales del área metropolitana.

Algunos grupos empresariales han adquirido los principales hospitales y mediante un discurso muy trillado de “productividad y excelencia” pretenden crear una engañosa imagen que sólo encubre

una realidad: Que la inversión en hospitales privados es de alta rentabilidad y de recuperación garantizada.

Sabemos que quien se apropie la red de hospitales tendrá cautivo un mercado de gran demanda de servicios. Y que podrá imponer sus reglas y sus precios a discreción.

Desde que iniciamos esta política privatizadora, las tarifas de los servicios hospitalarios se han elevado muy por arriba de las tasas de inflación general. Y una parte de la clientela privada quedó sin capacidad económica para acceder a los hospitales, así que tuvo que protegerse mediante la adquisición de “Seguros Médicos Privados”.

Pero la demanda de este tipo de pólizas, aunada al elevado costo de los servicios hospitalarios, generaron también un aumento desproporcionado en el precio de esos seguros.

Consecuentemente caímos en un círculo vicioso; cada vez es más costosa la atención hospitalaria. Por consiguiente, cada vez son más costosas las pólizas de los seguros para gastos médicos. Por consiguiente, cada vez menos personas tienen acceso a la atención hospitalaria, cada vez se marca más la inequidad y cada vez se siente más la tolerancia de las autoridades sanitarias y de comercio.

A finales del sexenio pasado se flexibilizó el procedimiento para “ajustar” los precios de los medicamentos e insumos para la salud, apoyados en el argumento de que era una “medida necesaria” para prevenir cualquier “desabasto”. Y como consecuencia, los medicamentos, los materiales de curación y todos los insumos médicos en general, duplicaron y hasta triplicaron sus precios.

El tiempo se ha encargado de exhibir que aquel procedimiento, más que una estrategia económica, fue un contubernio de intereses. Porque hoy estamos viendo que los medicamentos “similares” se venden al público al 30% del precio máximo autorizado a los mismos fármacos pero de los grandes laboratorios.

Existe una inconformidad general en la población que ha sido atendida en hospitales particulares, porque los precios que han pagado por los medicamentos, materiales de curación, jeringas, sondas, equipos de venoclisis, prótesis, etc. etc. son

del 200 al 400% por arriba del precio máximo autorizado.

La sociedad civil tiene muy claro que los hospitales no cumplen con el Artículo 31 de la Ley General de Salud ni con el 39 de la Ley Reglamentaria en Materia de Servicios de Atención Médica en cuanto a precios máximos autorizados para medicamentos e insumos para la salud.

Sabemos que varios hospitales incumplen con el Artículo 41 de la Ley General de Salud y con el 43 Reglamentario que se refieren a la vigilancia en la aplicación de las tarifas autorizadas para la atención hospitalaria. Ni con el 43 Reglamentario que exige que las tarifas de precios se exhiban al público en todos los hospitales.

Los médicos cada vez asumimos más la actitud que en el medio llamamos "medicina defensiva" y que consiste en solicitar estudios no necesarios para la correcta atención del enfermo, pero que se realizan como protección ante una posible demanda legal. En algunos hospitales esta práctica se exagera y se encubre bajo el pomposo calificativo de "Medicina de Excelencia" porque habrá que justificársela al paciente, que es quien finalmente la paga.

Hasta aquí queda muy claro que la falta de visión y de control gubernamental ha hecho cara e inaccesible la atención médica privada. Ahora percibimos una relación no muy clara que se está gestando entre la descentralización de los servicios de emergencia del D.F., la reciente imposición del SUVA y la implementación de los departamentos de urgencias de los hospitales privados. Porque quizá el motivo principal de ese proyecto no sean razones de eficiencia, sino los \$250,000.00 que potencialmente representarán las personas lesionadas en accidentes de tránsito.

También buscamos un cuerpo ciudadano que pueda vigilar la forma en que llegarán los fondos de la seguridad social hacia los hospitales privados por las vías de "la subrogación" y de la "reversión de cuotas". Pues deseamos evitar que se pudieran convertir en botín de nuevos "Cabales", "Lankeauses" o "Divinos" que de seguro han de estar arribando al negocio de salud.

En síntesis, a los médicos nos resulta vergonzoso aceptar que en el transcurso de nuestra ruta por el TLC, ni hemos expandido nuestro mercado médico-industrial, ni hemos importado divisas, ni creamos suficiente empleo, ni elevamos la productividad, competitividad ni calidad de los servicios de atención médica, cuando estas fueron las oportunidades, que supuestamente el tratado comercial nos ofrecía.

Por el contrario, sí se elevó exageradamente el costo de la atención hospitalaria, de los medicamentos y de los insumos para la salud, también hay fuga de divisas, marcada inequidad, asumimos el pecado de la medicina defensiva y hemos visto aparecer amenazantes monopolios hospitalarios.

Con este alarmante panorama, los médicos que aún ejercemos con visión social y de futuro, ante este foro hacemos uso del derecho que nos concede el Artículo 57 fracción V y fracción VI de la Ley General de Salud. Y alertamos a las autoridades sanitarias y de comercio. Y presentamos a esta H. Legislatura las dos siguientes propuestas:

1. Que se autorice la creación de comisiones integradas por ciudadanos distinguidos y honorables, para que ejerzan la función de participar en los procedimientos de autorización de precios y tarifas para insumos y servicios de salud, así como de vigilar el cumplimiento de la reglamentación sanitaria, especialmente en lo relativo al cobro correcto de las tarifas autorizadas para hospitales y para que den curso a las quejas que se deriven por abusos o por una deficiente atención hospitalaria.
2. Que se revise la legislación actual en cuanto a prohibición de monopolios y se analice la situación de los hospitales metropolitanos en ese sentido. Y evitar que se disfracen organizaciones hospitalarias monopólicas a través de una ley que exija que un porcentaje de las acciones del capital de cada hospital obligatoriamente deban ser adquiridas por los médicos activos de cada establecimiento hospitalario.

Características de un Sistema Único de Salud para Población Abierta que Garantice el Derecho a la Protección de la Salud

Dra. Irma Torres Matus

“La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece las garantías de las que goza todo individuo sin distinción y éstas no podrán restringirse ni suspenderse, salvo en los casos que establece la Ley”.

Garantías Individuales

Bajo la premisa anterior, la vida social de todos los mexicanos se regirá en un marco de legitimidad y equidad; por lo que la indiferencia que en ocasiones vislumbramos ante la necesidad y la carencia es mitigada por acciones en pro de nuestros conciudadanos.

Es por esto, que en un país con amplias expectativas de desarrollo y el innato valor por la libertad, se vislumbra limitado por los factores económicos, sociales, demográficos y físicos de un entorno, que ante el impacto de la modernidad, trata de sobrevivir mejorando, aunque de manera parcial, las carencias de las que ha sido objeto durante años.

Las condiciones de salud de la mayoría de las comunidades rurales de México, acusan deficiencias en relación con el promedio general del país, que existe y ha existido en ellas por décadas. Lo que ahora se desea, es insistir sobre ello, buscando un mejor conocimiento de la situación y una mayor constancia, profundidad e interés de las acciones de salud como obligación social y con la participa-

ción de todos los que tienen que ver y hacer por un problema tan complejo.

Cabe reiterar que la salud y la enfermedad se estima como un proceso continuo e interrelacionado, influido por factores genéticos, económicos, sociales, culturales y ambientales históricamente determinados.

De ahí que para elevar la salud de la población abierta, sea necesaria la participación coordinada de los otros sectores del desarrollo, de los tres niveles de gobierno y de la misma comunidad en asuntos prioritarios como las comunicaciones, la seguridad social, la atención del saneamiento básico, por señalar lo que ahora amerita su desarrollo.

Por supuesto, es indispensable que todas las instituciones que forman el Sistema Nacional de Salud, las demás instituciones oficiales, las organizaciones privadas incluidas las religiosas y los médicos particulares, realicen sus actividades en forma coordinada con el único fin de evitar duplicaciones reforzando y complementando las acciones.

Lo anterior conduce a señalar que la elevación de los niveles de salud de la población abierta tendrán que irse dando en forma paulatina y de manera parcial por lo que toca a espacios y contenidos, puesto que el desarrollo del país no es ni podrá ser uniforme en todo su ámbito, al menos en las próximas décadas

Cabe hacer mención, que lo anterior no deberá interpretarse como pesimismo, sino como entendimiento de la realidad nacional, hecho que no se debe eludir, pero un mejor y más claro acercamiento a ella favorecerá las acciones que la modifique en beneficio de la salud y el bienestar general.

Es por esto, que con el propósito de hacer funcional la operación se establece la siguiente organización:

- Creación, consolidación y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, que congruentes con el modelo de atención a la salud de población abierta, fomente la mayor participación de los ayuntamientos, procurando que las autoridades municipales conozcan la problemática de salud de su ambiente territorial y poblaciones y que mediante el apoyo del personal del sistema local de salud, coadyuven a impulsar la participación comunitaria. Actividades que se verán reflejadas en el mejoramiento de la salud de sus pobladores; así como la capacitación continua de la gente de la comunidad en cursos teórico-prácticos de programas prioritarios de salud.

- Promoción de unidades médicas de Primer Nivel de Atención con apoyo de Autoridades Municipales en el acondicionamiento de las instalaciones, con el mínimo indispensable para realizar actividades con carácter de urgencia, al igual que la dotación de recursos materiales y humanos (contratación de médicos especialistas de las cuatro áreas básicas con rotación semanal a dichas unidades de Primer Nivel de Atención con permanencia de 24 horas).

- Abasto mensual de medicamentos acorde con un inventario de existencia-consumo; al igual que hacer partícipe a la comunidad con el apoyo de medicamentos de poco uso pero con vigencia en la fecha de caducidad, para consumo por parte de la población solicitante.

- Participación de Instituciones Gubernamentales para la elaboración de un mapa socioeconómico de las regiones por medio de encuestas casa por casa para la determinación de la situación familiar de manera particular, y así estimar la demanda de asistencia y por lo consiguiente el comunitario de costo de servicios.

- Actualizar un estudio poblacional comunitario, determinando la morbilidad y mortalidad de la zona; con lo que las estrategias de cobertura se verán modificadas acorde a los datos obtenidos y por ende, una disminución significativa de los índices analizados.

- El mejoramiento nutricional de la población y de manera prioritaria la población de la primera década de la vida y las mujeres gestantes, con base en el seguimiento de los casos, con pleno conocimiento de esta población, la cual será obtenida por medio del estudio poblacional; al igual que el estudio de los casos graves manejados por el personal capacitado en la comunidad.

- El aporte de alimentos de la canasta básica a precios accesibles complementada con alimentos propios de la región, los cuales serán aportados por Instituciones Gubernamentales y Autoridades Locales, para las familias de bajos recursos.

- Capacitación de recursos humanos de manera continua y coordinada con personal calificado en temas prioritarios en salud; y la evaluación de dichos recursos humanos de manera semestral por personal de área de enseñanza y normatividad.

- La mano de obra de la comunidad, al igual que la movilización de los líderes, son factores imprescindibles en la operación satisfactoria de los programas, ya que la utilización de los recursos financieros de la comunidad se verán reflejados en la misma.

A corto plazo las experiencias con la participación de la comunidad en los programas ofrecidos han sido favorables; sin embargo, esos son éxitos pasajeros que surgen en la fase inicial de un proyecto, cuando las expectativas de la comunidad todavía son elevadas.

Aún en esta fase los resultados de la participación son desfavorables, cuando se trata de comunidades desorganizadas, socialmente desunidas, individualistas o sin líderes tradicionales o cuando el personal de salud no tiene la facilidad ni el interés de presentar los programas de manera adecuada y aceptable para la población.

En lo referente a la participación financiera de la comunidad en los programas de salud son contradictorios. Parece ser que una regla de organización

y calidad de los servicios prestados debe ser muy buena para que la comunidad aporte dinero para su financiamiento. La moral de pago, depende sólo de la autoridad y confiabilidad de los líderes.

El integrar a la comunidad al proceso de diagnóstico-programación-implantación-evaluación - dependerá de las características de dicha población, la cual a partir del conocimiento propio, se deberá evaluar el control sobre la atención primaria de salud.

La participación de la comunidad en la calidad de los servicios de salud, es compromiso en cada uno de nosotros como prestadores de servicios, que ante la necesidad imperiosa de mejorar la salud y por ende la calidad de vida, requerimos de conocer las carencias de nuestro entorno social y eso sólo ocurrirá, cuando como comunidad establezcamos y hagamos del conocimiento de los tres niveles gubernamentales lo que requerimos.

La existencia de rezago social y el incremento de las necesidades médico asistenciales, han ocasionado encuadrar a la salud de los mexicanos en un apartado especial, para el cual el desvío de recursos es importante pero aún insuficiente, dadas las condiciones económicas del país y mundiales. Es necesario crear en la población abierta, la conciencia de que los insumos destinados a la salud están destina-

dos a apoyar la prevención, sin desdeñar los ámbitos curativos y rehabilitatorios.

Es por esta gran contradicción el entender lo que somos y lo que queremos ser; sin una percepción clara y certera de nosotros mismos como nación. Contemplado desde las corrientes ideológicas que dieron sentido a este país, hasta las connotaciones sociales de finales de siglo.

Es por lo que para proteger a la población desprotegida, requerimos de una vocación humanística, solidaria y benefactora, por lo que la definición constitucional del derecho a la protección de la salud como garantía individual, permitió establecer las bases de un nuevo federalismo plasmado en la Ley General de Salud.

En el marco de los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del Sector Salud, se establece la importancia en la capacidad de respuesta en materia de salud acorde a las necesidades regionales; compromiso prioritario en el ámbito de la salud.

Nuestra responsabilidad histórica incluye atender lo urgente y lo prioritario; porque en el presente refrendamos nuestro compromiso social pero no olvidamos nuestra necesaria colaboración para allanar el camino de la generación que nos habrá de suceder.

Condiciones Necesarias para dar Vigencia a la Garantía del Derecho a la Protección de la Salud

Enrique M. Barrientos Hernández*

Conforme a la Convocatoria a este foro nacional y de acuerdo al tema de esta mesa de trabajo, la Institución que me honro en presidir y que tiene la responsabilidad de emitir la opinión de la "Farmacia Comunitaria", se permite exponer las siguientes:

Consideraciones

La farmacia comunitaria es la que atiende a la mayoría de la población en todo el país, respecto al suministro de medicamentos, ha notado cómo día a día en la referida ha disminuido su poder adquisitivo en la compra de sus medicamentos, con el consecuente deterioro a la protección de su salud.

La razón del incremento en los precios de los medicamentos, jamás ha tenido una explicación lógica y sustentada en las leyes vigentes.

Nuestra Institución ha denunciado este fenómeno de inflación en los precios, y ha estudiado a fondo el esquema de comercialización, comportamientos de márgenes de operación y condiciones comerciales y ha llegado a la conclusión que uno de los factores que encarecen los medicamentos son los "viciados y anacrónicos" esquemas de comercialización que operan actualmente.

Hemos llegado a esta conclusión por lo siguiente:

* Presidente de la Unión de Propietarios de Farmacias de la República Mexicana.

Comercialización de Medicamentos

	25%		20%		18%		venta pub
precio máx	\$ 175.40	precio máx	\$ 175.40	precio máx	\$ 175.40	precio máx	\$ 175.40
margen 25%	\$ 43.85	margen 25%	\$ 36.83	margen 25%	\$ 31.57	30 % desc	\$ 52.62
precio costo	\$ 131.55	precio costo	\$ 138.57	precio costo	\$ 143.83	p. venta pub	\$ 122.78
desc dist 12 %	\$ 15.79	desc dist 12 %	\$ 16.63	desc dist 12 %	\$ 17.26		
precio final	\$ 115.76	precio final	\$ 121.94	precio final	\$ 126.57	precio final	\$ 126.57
							\$ (3.79)
precio costo	\$ 131.55	precio costo	\$ 131.55	precio costo	\$ 131.55		
desc fab a dist	\$ 31.57	desc fab a dist	\$ 31.57	desc fab a dist	\$ 31.57		
precio final dist	\$ 99.98	precio final dist	\$ 99.98	precio final dist	\$ 99.98		
						promedio	
						25+20+18	\$ 526.20
						suma margen	\$ 112.26
						precio costo	\$ 413.94
						desc. dist 12 %	\$ 49.67
						precio final	\$ 364.27
							\$ 526.20
							\$ 364.27
							\$ 161.93
							30.77%

Glosario

precio máx. Precio máximo al público autorizado
 margen %. Diferencia entre precio máximo al público y "precio costo" o "precio farmacia"
 precio costo. Precio que define el fabricante, para establecer un precio costo o de farmacia
 desc. dist. Descuento por escala que otorga el distribuidor a la farmacia a partir del precio de costo o farmacia
 precio final. Precio final al que compra la farmacia después de aplicado el descuento por escala pactado con el distribuidor.
 desc. fab a dist. Descuento que otorga el fabricante al distribuidor a partir del "precio costo"
 precio final dist. Precio final al que compra el distribuidor.

Conforme a este esquema presentado anteriormente, podemos observar que el medicamento que tiene un costo de fabricación de \$100.00, para llegar al consumidor sufre un incremento del 75.40%.

Donde resulta un precio al consumidor de \$175.40 precio máximo que es simbólico ya que por lo expresado anteriormente, se ha prestado para manipulación de los precios y es del conocimiento público que existen descuentos del 20, 25 ó 30% en la mayoría de las farmacias, y también es del conocimiento público que los incrementos en precios se operan diariamente en pequeños porcentajes,

con el objeto de matizar el impacto en la economía del consumidor.

En este marco de referencia, el cuarto párrafo del artículo 4o. constitucional, deja de cumplirse por parte de las autoridades correspondientes, cuando menos en lo referente al mercado privado de medicamentos, que en el año de 1997 tuvo un consumo de ochenta millones de piezas.

El cuarto párrafo establece que como toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

Assumiendo por la lectura del párrafo anterior, el precepto constitucional hace referencia específica a que es la Ley General de Salud la que definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

La Ley General de Salud precisa en el artículo 31, que es la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud, la que asegurará la adecuada distribución y comercialización y fijará los precios máximos de venta al público de los medicamentos e insumos.

Vale la pena reflexionar acerca de una aparente contradicción, en nuestra opinión, en el cumplimiento del precepto constitucional de referencia y lo que se da en el mercado privado de medicamentos.

En virtud de que la Secretaría de Salud no tiene la posibilidad de dar cumplimiento al párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional para garantizar el derecho a la protección de la salud de millones de mexicanos, que no pueden acceder a la compra de medicamentos e insumos para la salud, ante la intervención de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, de quien en última instancia depende la política económica y de comercialización de los medicamentos e insumos.

Y un aparente incumplimiento de esta última, que se encuentra ante la disyuntiva de poner orden en la distribución y comercialización de medicamentos e insumos, y permitir el acceso a la mayoría de la población a tener medicamentos para la salud a precios accesibles, de acuerdo a un bajo poder adquisitivo y pocas esperanzas de recuperación a corto o mediano plazo.

O por otro lado dar preferencia a un grupo privilegiado de empresas comercializadoras o fabricantes de medicamentos, para su desarrollo económico en detrimento de la salud de millones de mexicanos, y en violación o incumplimiento del precepto constitucional que nos ocupa del derecho a la protección de la salud.

La reflexión en este punto es evaluar qué representa **mayor peso jurídico, moral, social y político, si el privilegio a un sector de la cadena productiva, o el cumplimiento del precepto constitucional para garantizar el derecho a la protección de la salud a millones de mexicanos, en la modalidad de adquirir medicamentos de alta calidad en forma oportuna y a precios reales a la economía de la mayoría de los mexicanos.**

Siendo responsabilidad de la mencionada dependencia de "asegurar la adecuada distribución y comercialización", admitimos que en teoría sí cumple con fijar los "precios máximos" a los medicamentos, o cuando menos los oficializa a petición de los fabricantes, sin embargo, la distribución y comercialización de los mismos sufre en la actualidad esquemas viciados que sólo fomentan la manipulación e incremento de los precios en los medicamentos en perjuicio de la mayoría de los mexicanos.

Lo anterior es manifiesto, al autorizarse precios máximos al público con una mecánica que permite al fabricante subir gradualmente el precio en la mayoría de los casos, supuestamente para que no impacten en la economía del consumidor o para maquillar el incremento de los precios. Pero el impacto es dramático a la economía y salud de la población, ya que su poder adquisitivo no se recupera al ritmo del incremento de las medicinas.

Es pertinente señalar la importancia de cada uno de los sectores que conformamos esta cadena de producción, distribución y suministro de medicamentos al detalle.

Sabemos y entendemos la importancia de la inversión y gastos de producción, financiamiento y comercialización de la Industria Farmacéutica, así como la importancia de la distribución a nivel nacional y a nivel regional por su eficiencia y complejidad y la importancia de la farmacia en la vida comunitaria, como lo veremos más adelante, esto

nos debe animar a buscar armonizar nuestros intereses para que la cadena sea fuerte, eficiente y rentable en todos los eslabones y esto permita armonizar con un mejor estilo de vida para aquellos que lamentablemente tienen necesidad de tomar medicamentos a causa de padecimientos crónico-degenerativos a quien en última instancia servimos, a la población mexicana.

Pero queremos advertir que el daño a la salud de la población, se agravará si no se toman las medidas necesarias, por lo siguiente:

La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial al establecer la política comercial, si es que la hay, en lo que respecta a distribución y comercialización de medicamentos y la fijación de precios, soslaya la importancia de la delicada responsabilidad en términos de protección de la salud, que recae sobre la "farmacia comunitaria", de acuerdo a la definición de la Ley General de Salud en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, suplemento para droguerías, farmacias y boticas y que a continuación exponemos:

Farmacia Comunitaria:

"Establecimiento a cuyo cargo se encuentran la recepción, guarda, control y dispensación de los medicamentos prescritos por los médicos en condiciones de eficacia, para garantizar el tratamiento farmacológico que requieren los pacientes de la comunidad".

Una definición concreta pero amplia en el desarrollo de cada una de sus responsabilidades, dentro de las cuales me referiré solo a la denominada como **"dispensación de los medicamentos"**, cuya definición es la siguiente:

"Es el acto profesional de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente (generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado) informando y orientando al paciente sobre el uso adecuado de dicho medicamento. Son elementos importantes de esta orientación, entre otros, el énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, la influencia de los alimentos, la interacción con otros medicamentos, el reconocimiento de reacciones adversas potenciales y las condiciones de conservación del producto".

Como se desprende del texto expuesto, la dispensación de medicamentos no es el acto comercial de un simple trueque, entre un producto farmacéutico a cambio de dinero. La Ley establece una serie de obligaciones en este acto profesional, para garantizar la eficacia del tratamiento prescrito por el profesional autorizado, tampoco depende del respeto a una marca de un medicamento, esto sólo no garantiza el éxito del tratamiento, sino que además de esto, una serie de elementos que al cumplirse, permitirán el cumplimiento del cuarto párrafo del Art. 4o. Constitucional en la modalidad de adquirir medicamentos a precios adecuados a la economía de la mayoría de la población, con la orientación profesional que marca la ley para garantizar el derecho a la protección de la salud.

La dispensación de los medicamentos se cumple en forma parcial en la República Mexicana, sin embargo, se cumple cabalmente en los diferentes países con los que hemos firmado un tratado de libre comercio.

Los pasos para la profesionalización gradual de las farmacias en México están dados en el aspecto técnico y científico.

Ya que está terminada la "Norma Técnica para la Certificación basada en la Competencia Laboral" en la "Dispensación de medicamentos en farmacias", y está terminada la "Norma Oficial Mexicana para la Instalación y Operación Profesional de droguerías, farmacias y boticas".

Pero faltan los aspectos normativos para establecer un nuevo esquema de comercialización, que permita las condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud, en la modalidad de la adquisición de medicamentos en el sector privado.

Por lo que podemos concluir que para que se establezcan las condiciones necesarias para dar cumplimiento al cuarto párrafo del Art. 4o. Constitucional, en lo que se refiere a la comercialización de medicamentos en el sector privado, es necesario adecuar la Ley de tal manera que las disposiciones de la autoridad sanitaria sean obedecidas por las autoridades administrativas y no se supedita el derecho a la protección de la salud, a una autoridad que no entiende la importancia de una comercialización que asegure una adecuada distribución y comercialización de los medicamentos, en los

términos que establece el Art. 73 fracción XVI inciso 3o. y son “La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país”.

Propuestas

Para esto consideramos necesario que en materia de derecho a la protección de la salud, se debe adecuar para precisar en el Art. 4o. Constitucional,

que este derecho esté por encima de decisiones de política comercial o económica.

Y consideramos que el texto del Art. 31 de la Ley General de Salud, debe modificarse en el mismo sentido, para que sea prioritario el derecho a la salud, por encima de otro criterio comercial o económico.

El Derecho a la Protección de la Salud

Dr. Antonio Sánchez Arriaga.

El fracaso del Proyecto Neoliberal a través de la globalización impuesta por el Fondo Monetario Internacional inicia en 1982. En lo relativo al derecho a la Salud contemplado en el artículo 4o. Constitucional con el derecho a la Salud para todos los mexicanos. Es sabido que con el modelo de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y la Aprobación de la Nueva Ley del Seguro Social por la LVI Legislatura del Congreso de la Unión, es la Privatización de la Salud y la concesión de servicios a la Iniciativa Privada, siendo cada vez más lejos el acceso a la salud para la población de escasos recursos económicos y bajos salarios.

A pesar de que el gobierno del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, en el decreto de Descentralización del 20 de agosto de 1996 conservaría la gratuidad y alta especialización, se viola tal decreto, porque se incrementan costos en lo relativo a cuotas de recuperación y costos de exámenes a Laboratorios, Cirugías, Tratamientos Oncológicos, etc. hasta en un 300%, por lo que obligan a la población de escasos recursos a volver a la medicina tradicional como son los curanderos, comadronas, parteras empíricas, herbolaria, etc.

Por otro lado la Nueva Ley del IMSS aprobada por la LVI Legislatura en 1997, es la privatización del

Seguro Social y Subrogación de Servicios de la iniciativa privada a pesar del discurso oficial del Lic. Genaro Borrego.

Proponemos:

- La descentralización sea revisada, ya que no ha beneficiado en nada a la población abierta y a los trabajadores de la Salud, reglamentando por medio de la Cámara de Diputados las Cuotas de Recuperación y Estudio, así como Cirugías y Tratamientos prolongados.

- Elaboración de una Contra-Reforma de la actual Ley del IMSS.

- a) La no revisión de cuotas a los patrones para afiliarse a un servicio médico privado. ¿Con qué pagarían las pensiones y servicios?

- b) No subrogación de servicios a particulares, sólo en casos externos conforme a la Ley, sería una justificación de despidos masivos de trabajadores del Sector Salud.

- c) Cancelación al Consejo Técnico a decidir subrogaciones, que conforme a derecho en nuestra Constitución sólo lo puede hacer el Presidente de la República mexicana responsable de la salud de los mexicanos.

Proyecto de la Nueva Ley de Salud para el Distrito Federal

Dr. Rodolfo Cruz Mejía*

Los trabajadores de la salud del Distrito Federal y área metropolitana, ven en esta alternativa una revisión de los sistemas de salud en lo relativo a la descentralización pronunciada por el Ejecutivo Federal el pasado 20 de agosto de 1996, la cual ha tenido vicios de origen por la forma en que mediante un macro-convenio se sigue solapando al Sindicato de Salud en el manejo de los trabajadores.

Los trabajadores basados en la jurisprudencia del 1o. de 1996 de libre sindicalización y con la descentralización del Hospital General de México el 11 de mayo de 1995 y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal el 3 de julio de 1997, incorporándose al Departamento del Distrito Federal pero sin las prestaciones laborales como trabajadores de éste.

Tales ejemplos hacen que se solicite a la Cámara de Diputados la revisión de la descentralización de los servicios de salud.

Para lograr la integración de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, es necesaria la creación de un sistema metropolitano de salud para el Distrito Federal y áreas conurbadas del Estado de México, a través de la aprobación de la Cámara de Representantes.

Esta propuesta de integración de los servicios de salud, será para beneficio de todos los habitantes

* Grupo Médico de la Nueva Democracia del Hospital General de México.

de la Ciudad de México y áreas conurbadas de bajos recursos, que les permita sufragar su problema de salud y a la vez se logrará optimizar los recursos humanos, materiales y financieros.

Para poder organizar esta infraestructura se debe empezar por reconocer los niveles de atención médica que cada centro otorga, considerando los hospitales descentralizados de segundo y tercer nivel como el Hospital General de México, Hospital Juárez 2000, Hospital Infantil de México, Hospital Manuel Gea González y Hospital de la Mujer.

De esta manera tendremos atención médica de primero, segundo y tercer nivel dentro de los servicios de salud en el Distrito Federal con un sistema integral de referencia y contrarreferencia de pacientes, con eficiente operatividad y sin duplicidad de funciones.

En el rubro de urgencias médicas, se consideran los Hospitales de Xoco, La Villa, Balbuena y Rubén Leñero, restituyéndoseles su función y reforzándola.

El primer nivel de atención se integrará con los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (integrado por 262 Centros de Salud).

En el segundo nivel de atención estarán el Hospital Manuel Gea González, Hospital de la Mujer y el Hospital General de Ticomán.

El Hospital Juárez 2000 pertenecerá al segundo y tercer nivel de atención y el Hospital General de México impartirá atención de los tres niveles.

Este planteamiento es con la finalidad de lograr un sistema integral de salud, que beneficie a la población de más bajos recursos, así como a aquélla que no tiene acceso a instituciones como el IMSS, ISSSTE y otras, surgiendo de esta manera el Sistema Metropolitano de Salud para el Distrito Federal y Areas Conurbadas del Estado de México

en el que participará la población, los trabajadores y los directivos con la creación de un comité de salud que como responsabilidad tendrá que vigilar el adecuado funcionamiento de estos servicios.

El Hospital General de México, al cubrir los tres niveles de atención sería el mejor Hospital Escuela y Centro de Investigación con tecnología de punta como lo exige el derecho a la protección de la salud.

Hospital Amigo del Niño y de la Madre, Modelo de Atención a Población Abierta

Dra. Luz María Ramírez Salgado

En 1974, la 27 Asamblea Mundial de la Salud advierte el descenso de la lactancia natural entre otros factores por los alimentos infantiles. En 1978, la 31 Asamblea Mundial insiste en regular la promoción de alimentos infantiles. En 1979, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se reúnen para revisar la alimentación del niño. En 1988, la 33 Asamblea Mundial adopta la recomendación de establecer un código internacional de comercialización de los sucedáneos y en 1981 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), presentan a la 67 Reunión del Consejo Consultivo de la Organización Mundial de la Salud, una propuesta de código y la 34 Asamblea Mundial de la Salud lo adopta el 21 de mayo. La declaración conjunta OMS/UNICEF en 1989, inicia un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna. A partir de esta iniciativa México inicia una serie de acciones bajo un marco legal.

- El derecho a la salud lo establece el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección (artículo antes mencionado), que tiene toda persona con el solo hecho de residir en el territorio mexicano.

- El artículo 64 indica que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materna e infantil, el sistema de salud establece el fomento a la "Lactancia materna".

- La norma para la prestación de los servicios de atención médica, norma técnica Núm. 37 para la atención del recién nacido, publicados el 14 de mayo y el 8 de julio de 1986 respectivamente, en el Diario Oficial de la Federación, son para regular los artículos antes mencionados.

En 1989 la OMS y el UNICEF redactan pautas de conducta aplicables a los hospitales (Diez Pasos Hacia una Lactancia Exitosa).

En 1991 México implementa la iniciativa del "Hospital Amigo", con una variante denominada "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", este modelo incorpora en sus acciones, además del eje central que en el cumplimiento de los "Diez Pasos Hacia una Lactancia Exitosa" otros 18 complementarios tendientes a asegurar y procurar el mejoramiento de la salud materna infantil.

28 pasos que integran el programa "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" que permiten ofrecer servicios de calidad al binomio (madre e hijo)

1. Normas y procedimientos escritos
2. Capacitación nominal de personal
3. Difusión de la lactancia a embarazadas y puerperas
4. Juicio de la lactancia dentro de los primeros 30 minutos posteriores del nacimiento
5. Enseñar a la madre cómo amamantar y cómo mantener la lactancia

6. Lactancia materna exclusiva
7. Alojamiento conjunto
8. Apoyo a la lactancia cada vez que se solicita
9. Erradicación de la lactancia artificial
10. Formación de grupos de apoyo a la lactancia materna después de su egreso
11. Control prenatal con enfoque de riesgo
12. Atención sustitucional del parto
13. Atención del puerperio durante el alojamiento
14. Reanimación del recién nacido
15. Hipotiroidismo congénito
16. Esquema de vacunación
17. Vigilancia de crecimiento y desarrollo del menor de cinco años
18. Detección de cáncer uterino y mamario
19. Atención a la salud integral del adolescente
20. Orientación nutricional
21. Prevención y manejo de enfermedad
22. Prevención y manejo de enfermedad respiratoria aguda
23. Promoción de la Planificación Familiar
24. Capacitación (100% del personal)
25. Estudio de la mortalidad materna y perinatal
26. Sistematización de la experiencia
27. Identificación y aprovechamiento de oportunidades perdidas
28. Justificación operativa

El Estado de México en igualdad al resto del país y del mundo, ha sufrido la influencia de modernización y a principios del siglo XX en los países industrializados se percibe la disminución de la lactancia materna que posteriormente se adopta por las naciones pobres, y así, a inicios de este siglo en estos países influenciados de modernización, llevan a la mujer a realizar trabajos remunerados fuera del hogar, esto hace propicio la separación de las madres y los hijos sobre todo después del nacimiento y la etapa de la lactancia. Esta situación propicia buscar alternativas de otro tipo de alimentación y guarderías infantiles, así industrialmente se propicia otro alimento que fuera semejante a la leche materna, esto llegó a ser idóneo en las clases sociales altas y así como toda modernización se diseminó hasta lugares recónditos rurales ocasionando consigo esta alimentación con fórmula (condiciones higiénicas deficientes) patológicas como: diarreicas, otras digestivas, desnutrición, enfermedades concomitantes y muertes.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud podrán salvarse en el mundo más de UN MILLON de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida. En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados ARTIFICIALMENTE es de tres a cinco veces mayor que para los bebés alimentados del seno materno.

El Instituto de Salud del Estado de México ante el compromiso de coadyuvar a cumplir con los compromisos asumidos ante la Cumbre Mundial de la Infancia, se da a la tarea de otorgar en cada unidad hospitalaria este modelo de atención integral a POBLACION ABIERTA, ofreciéndola con humanismo y calidad, así dentro de los hospitales del Instituto de Salud, 18 han recibido certificación como hospitales amigos del niño y de la madre, avalados por la Secretaría de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y así poder sumar esfuerzos para disminuir cifras en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Una de las ventajas más importantes para el bebé es la protección inmunológica debido a la presencia de inmunoglobulinas: la IgA, IgG e IgM, así también dentro de las ventajas en:

- Beneficios nutricionales, está en una mejor digestibilidad, absorción y la presencia de un aminoácido, la taurina, importante para el desarrollo del sistema nervioso central y neuromodulador en el cerebro y retina.
- Ventajas protectoras contra enfermedades infecciosas, importante es la protección inmunológica contra enfermedades respiratorias, el broncoespasmo, bronquitis, bronquiolitis, neumonías, otitis media, meningitis por haemophilus influenzae, enterocolitis necrosantes y caries dentales.
- Ventajas protectoras en enfermedades no infecciosas, está la disminución en frecuencia de la diabetes juvenil, linfoma y mal oclusión.
- Ventajas para la madre en el puerperio inmediato, disminuye el riesgo de hemorragia estimulando la contracción e involución uterina, algunos estudios también han demostrado que disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario.

- Dentro de los factores económicos es importante el ahorro económico por concepto de utensilios, gastos en la agricultura e industrialización de la leche. En el plano doméstico suprime la necesidad de comprar leche en fórmula, biberones, aparatos esterilizadores, etc.

- Dada la importancia por sus beneficios y bondades de la lactancia materna esperamos dar continuidad a la difusión, fortalecimiento, protección y apoyo a la lactancia materna en todos los ámbitos donde se brinde atención al binomio (madre e hijo), incidiendo en sanatorios y clínicas particulares.

“Participación de Voluntarios en la Atención a Pacientes Picados por Alacrán”

Dra. María Guadalupe Arce de León
MVZ. Imelda Medina Torres
Dr. Hugo David Luna Sandoval
Dr. Miguel Angel Martínez Pérez*

Introducción

El sector salud se organiza para ofrecer medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias, los recursos de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de las enfermedades.

Para cumplir con estos propósitos, existen niveles de atención, que podemos definir como la división funcional de los problemas de salud de los grupos humanos, teniendo en cuenta la frecuencia y gravedad de los padecimientos, orientación de los servicios, tipo de servicios y accesibilidad del público.

Los niveles de atención reconocidos en México, son tres:

- El primer nivel de atención (centro de salud).
- El segundo nivel de atención (hospitales).
- El tercer nivel de atención (hospitales de especialidades).

Atención primaria en la comunidad

La atención primaria de salud es el conjunto de acciones que se ponen al alcance del individuo,

* Del Instituto de Salud del Estado de México.

familia y comunidad para satisfacer sus necesidades básicas de salud, tanto en aspectos de promoción y conservación de la misma como de reparación y prevención de la enfermedad. Forma parte de los servicios de salud y generalmente es la puerta de acceso del usuario a niveles de atención más complejos y costosos. Debe llegar a constituir una verdadera red de servicios primarios, cuyas características en cada situación local requieren ser identificadas y desarrolladas apropiadamente.

Los recursos humanos para prestar atención primaria de salud varían en función de su disponibilidad y las características propias de cada comunidad.

Otros modelos de atención

La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud.

El que las comunidades pueden participar en la organización y operación de su propia atención de la salud, podría parecer una afirmación más intuitiva de lo que es en realidad. Durante los últimos 50 años la salud se ha considerado un asunto individual que sólo compete al paciente y al proveedor de los servicios, sin embargo en la mayoría de los países del tercer mundo gran parte de la responsabilidad del suministro de servicios de salud para el

grueso de la población ha venido recayendo de manera creciente en las instituciones gubernamentales, y es aún más reciente el fenómeno de que las propias comunidades estén optando por un mayor control de sus servicios de salud.

La comunidad es un grupo reunido o disperso, de morada fija o migratoria que presenta diversos grados y formas de organización y cohesión sociales, sus miembros comparten intereses, aspiraciones y problemas comunes, incluidos los de la salud.

La participación local significa que la comunidad ha priorizado los problemas de salud organizándose espontáneamente, al principio, para realizar las actividades y posteriormente con la intervención de instituciones de salud se ha logrado una mayor coordinación. La atención autosuficiente a la salud también resulta atractiva debido a que reduce la dependencia de las áreas locales con respecto a los presupuestos del Gobierno Federal, estatal o municipal.

Los individuos que contribuyen al proceso de desarrollo comunitario son fundamentales para el éxito o fracaso de la empresa.

El principio de equidad de la atención primaria a la salud, sostiene que la población de pocos recursos, por ser los más necesitados de una mejor atención a la salud, son los que deben organizarse para conseguirla.

En el estado de México existen los modelos de atención a la salud dentro de las instituciones de seguridad social y los modelos de atención a población abierta.

El modelo de atención que tiene el Instituto de Salud del Estado de México se apoya en la micro-regionalización que permite estratificar áreas geográficas de una o más localidades, cuyo total sea aproximadamente de 3,000 habitantes, que correspondería aproximadamente a 500 familias.

Cada microrregión idealmente debe tener una unidad de salud con médico pasante en servicio social, y enfermera de campo, quienes ofrecen atención médica de primer nivel preventiva y curativa.

La gran dispersión de localidades asentadas en la parte suroeste del estado de México, lo accidentado del terreno y las limitantes en vías de comuni-

cación y transporte, producen la existencia de microrregiones cuya unidad médica es de difícil acceso para todos sus habitantes, estimando la posibilidad de recibir atención médica, de hasta 4-6 horas de transporte o desplazamiento.

El evento de una agresión por picadura de alacrán de especie tóxica, requiere de la administración del suero antialacrán polivalente, preferentemente antes de la instalación del cuadro clínico de intoxicación grave, pues el suero antialacrán es el único recurso "específico" para contrarrestar este tóxico.

La gravedad del cuadro clínico de la intoxicación por veneno de alacrán, depende de la susceptibilidad del paciente, de la especie agresora y el tiempo transcurrido entre la picadura y la administración del tratamiento específico.

Por lo anterior, se decide la incorporación activa del personal de la comunidad, seleccionándolo, capacitándolo y asesorándolo, con el fin de dotarlo de suero antialacrán para su disponibilidad en todo momento.

El alacranismo como problema de salud pública

La República mexicana, presenta los más altos índices de morbilidad por picadura de alacrán en el mundo, existiendo más de 200,000 casos de picadura al año.

El género centruroides, es el más tóxico, distribuyéndose en una extensa área comprendida entre la Sierra Madre Occidental y el Océano Pacífico, desde Sinaloa hasta Oaxaca, con dos prolongaciones interiores, una hacia Zacatecas y Durango y la otra hacia Morelos, Puebla y México, (Alvarez 1998).

En cuanto a mortalidad, la intoxicación por veneno de alacrán, continúa siendo causa de un número importante de defunciones, principalmente en niños y ancianos, que son más vulnerables al veneno. (Nájera 1975).

En el estado de México, los alacranes que existen son en su gran mayoría, del género centruroides, de la especie *limpidus-limpidus*, reconocida como una de las más venenosas. (Passani 1979, Ismail 1988).

Existen en el estado, tres jurisdicciones afectadas por la picadura de alacrán, las cuales comprenden 23 municipios con más de 500 localidades positivas, algunas de ellas hasta con más de 100 casos al año.

Respecto a la morbilidad, de 1991 a 1994, presentó un promedio anual de 1,500 casos, en defunciones, registró las más altas tasas de mortalidad en el país, ocupando en 1994, el primer lugar para tasa de letalidad.

En la entidad, existe un gran número de localidades afectadas (541), la mayoría de ellas del área rural, que no cuentan con centros de salud, lo cual dificulta que los pacientes reciban atención médica oportuna, ocasionando que la mayoría presente síntomas graves, siendo los niños menores de tres años, los de mayor riesgo de morir antes de llegar a la unidad de salud a recibir la atención médica adecuada.

Justificación

La presentación de casos y el número elevado de defunciones debido a la intoxicación por veneno de alacrán, hace necesario implementar una estrategia que permita a las personas agredidas por alacrán, tener acceso oportuno a los primeros auxilios y aplicación de suero antialacrán, con el propósito de disminuir el riesgo de presentación de cuadros de intoxicación grave y dar tiempo para que el paciente acuda a la unidad de salud a completar el tratamiento, si fuera necesario, evitando así las defunciones.

Objetivos

General:

Disminuir la mortalidad por intoxicación por veneno de alacrán.

Específicos:

1. Aplicar oportunamente los primeros auxilios y el suero antialacrán a los pacientes intoxicados, canalizándolos a la unidad de salud más cercana.
2. Promover la notificación de casos de picadura de alacrán.
3. Incrementar la solicitud de tratamiento contra la intoxicación por picadura de alacrán.

Límite de espacio

La estrategia, basada en la creación de puestos de atención comunitaria, como coadyuvante en la atención de primer nivel, en los casos de intoxicación por picadura de alacrán, se está aplicando en 268 localidades rurales que no cuentan con unidad médica, distribuidas en 26 municipios, que presentan históricamente una alta incidencia de casos y defunciones.

Límite de tiempo

A partir de 1995.

Método

Como resultado del análisis de la morbilidad y mortalidad, se identificaron y seleccionaron localidades donde se presentaron estos eventos, asimismo, se consideraron aquéllas que no tuvieran personal de salud específico.

El personal a participar fue elegido en función a ciertas características:

- Conocido en la comunidad
- Domicilio de fácil acceso
- Alfabeta
- Diestro en la aplicación de inyecciones intramusculares.

Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones regionales para impartirles capacitación acerca de primeros auxilios y aplicación de suero antialacrán.

Concluida esta etapa de la capacitación, fueron distribuidos frascos de suero antialacrán, jeringas y formatos para el registro de las personas atendidas y frascos utilizados.

La dotación de frascos de suero, se realiza en función a la demanda y utilización del insumo.

Además de brindar los primeros auxilios y aplicar el suero antialacrán, el personal voluntario imparte pláticas para el saneamiento básico de la vivienda y para promover la demanda de atención por parte de la población.

Resultados

- De 541 localidades positivas, existen voluntarios en 268 (49.5%).
- A partir de la incorporación de personal voluntario en 1995, en los últimos tres años, en promedio, se ha incrementado la notificación de personas agredidas en un 12.27%.
- En el mismo periodo, se ha incrementado el uso de suero antialacrán en 88.42%.
- El personal voluntario ha captado y atendido el 22.2% del total de casos registrados.
- El personal voluntario ha aplicado el 29% de los frascos de suero utilizados en los últimos tres años.
- El año de 1994, fue el que presentó mayor número de defunciones con 35; en 1997, se registraron 11, logrando una reducción del 68.6%.

• En 1994, el estado de México ocupó el primer lugar nacional en letalidad por este padecimiento, con tasa de 1.8 por 100 habitantes, en 1997, se redujo a 0.4.

Perspectivas

- Mantener la estrategia en las localidades en que se ha logrado la incorporación de estos recursos, con énfasis en capacitación, supervisión y el análisis de los resultados.
 - Fortalecer la red de distribución y almacenamiento del suero antialacrán.
 - Identificar e incorporar personal voluntario en aquellas localidades descubiertas.
-

Trascendencia de la Participación Social en los Programas de Salud*

Dra. María Guadalupe Arce de León

Uno de los aspectos fundamentales en el esfuerzo nacional y estatal para alcanzar un óptimo desarrollo, es sin lugar a dudas, la promoción, la preservación y la conservación de la salud de la población.

Por ello, al constituirse el derecho a la salud en una garantía de todos los individuos a rango constitucional, las instituciones que conforman el sector salud estatal contando con la voluntad política para darle cumplimiento, se han dado a la tarea de instrumentar y asimismo, intensificar estrategias que favorezcan el mejoramiento y elevación de los niveles de bienestar del individuo, la familia y la comunidad, destacando entre ellas, la participación social, con el propósito de incentivar en la población una nueva cultura en salud, basada en el autocuidado de la misma, así como del entorno que la rodea.

La estrategia de la participación social en acciones en favor de la salud, no es un concepto reciente, sino más bien constituye una aspiración de la sociedad desde la más remota antigüedad, en virtud de que las experiencias por las que ha pasado la humanidad, hacen evidente que la unión entre los individuos para afrontar con éxito los retos cotidianos, representa la esencia misma de la organización social; sin ella, se dificulta significativamente la lucha que el hombre apoya en forma colateral en la participación individual y colectiva de las comunidades que integran el contexto social, que ha pasado de la indiferencia a la participación crítica, analítica, es decir, trabaja, gestiona, y se organiza.

Considerándose que esta intervención adquiere particular relevancia en la promoción y educación para la salud, en la prevención general y específica, en la detección oportuna y en el control de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas, vinculada estrechamente a los servicios de salud de índole curativo; de ahí que se reitera la necesidad e importancia de fortalecer la participación social.

Las organizaciones vecinales, la organización civil, los comités locales y municipales de salud, deben ser los actores principales en el proceso generador de la nueva cultura de salud, hecho que se hace más evidente con la estrategia actual de **"municipios saludables"**

En este foro reiteramos que en materia de salud pública, no es posible alcanzar el éxito en las acciones que se emprendan si no se cuenta con el apoyo firme, decidido, solidario y concertado de la participación de la comunidad orientada, informada y organizada, por lo que el sector salud estatal, promueve y estimula fehacientemente que tal participación se dé como componente cotidiano en el desarrollo de programas de salud.

Es un hecho que la participación social propicia mejores formas de organización de la población; favorece que los individuos adquieran mayor conciencia del beneficio que ella implica, impulsando en forma paralela los niveles de educación y promoción y fomento de la salud; también para mantenerlos informados de las acciones y servicios de salud que desarrollan las instituciones del ramo.

La participación social también incide en la racionalización y optimización de los servicios de salud; auspicia el mejoramiento del medio ambiente, la conservación y mantenimiento de la infraestructura en salud, y asimismo, haciéndola partícipe en la supervisión y control de los servicios que se otorgan para su beneficio.

Destacamos que la participación social en aspectos de salud, ha sido determinante en la modificación de los indicadores de morbilidad y mortalidad; claros ejemplos han sido la colaboración de la comunidad en la erradicación del tifo y de la viruela; y en los últimos años, en la reducción de la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, a través de la movilización social y apoyo solidario y concertado en las semanas nacionales de salud, en favor de la niñez mexiquense.

Otros ejemplos, son la participación de las madres de familia en la prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas; control de las zoonosis, especialmente la rabia; enfermedades transmitidas por vector como dengue y paludismo; mejoramiento del saneamiento básico, etc.

Hoy, la sociedad se agrupa para atender y prevenir las adicciones como el alcoholismo y la farmacodependencia; para la solución de problemas ecológicos; para mejoramiento y mantenimiento de unidades de salud y de escuelas; para dignificar los espacios recreativos.

Hoy, la sociedad se organiza y participa por todo y para todos y, en base a ello, las instituciones de salud la adoptan y perfilan hacia los programas de salud, a través de los comités locales de salud, participando en los comités municipales inherentes.

Paquete Básico de Servicios de Salud: Estrategia Fundamental

Dra. María Guadalupe Arce de León

Tomando en consideración el principio de justicia social y equidad, que en aspectos de salud está plasmado en el artículo 4o. constitucional, durante la presente década se han registrado avances importantes para lograr impactos epidemiológicos trascendentes en la población.

Uno de ellos, sin lugar a dudas, ha sido la instrumentación y aplicación del paquete básico de servicios de salud, el programa de ampliación de cobertura y la definición de las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades.

Respecto del paquete básico de servicios de salud, para los prestadores de servicios de salud, constituye la estrategia idónea para la ampliación de cobertura, en razón que representa el conjunto de intervenciones en salud que deben ser otorgadas como mínimo, y asimismo, como una respuesta a las necesidades más sentidas de salud y de acuerdo al seguimiento de los estudios de morbilidad y mortalidad.

Las intervenciones en salud, 12 iniciales y una más de reciente incorporación, están perfiladas para la atención de grupos poblacionales específicos, como es el niño, el hombre y la mujer en etapa reproductiva y los adultos mayores; apoyadas por otras intervenciones como es el saneamiento básico del medio, la prevención de accidentes y la participación social.

En este sentido, comentamos que se da prioridad a las actividades de promoción y educación para la salud, a la medicina preventiva, a la nutrición y a la

salud reproductiva; que están sustentadas en las reformas al modelo de atención a la salud para población abierta; que es factible de llevar a efecto y que permite de manera sistemática la horizontalización de los programas de salud, reiterando que con ello se fortalece la descentralización de los servicios de salud.

En consideración a las características propias del paquete, y de acuerdo a las experiencias en el estado de México, los servicios de salud institucionales han incluido también como actividades prioritarias las concernientes a las zoonosis, particularmente la prevención de la rabia; y las de carácter regional, representadas por la prevención y control de enfermedades transmitidas por vector como son el dengue, paludismo, alacranismo y pediculosis.

Asimismo, en relación a la prestación de la atención en salud que conlleva la aplicación del paquete básico de servicios de salud, debemos mencionar que es un proceso factible de desarrollar; que asegura la eficiencia de los servicios; que amplía la cobertura; que es dinámico en virtud de que responde a las demandas y condiciones cambiantes de la situación epidemiológica; y que ha sido producto del consenso de los servicios estatales de salud.

Finalmente, comentamos que las 13 intervenciones del paquete básico que incluye la promoción del saneamiento básico; el manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar; el otorgamiento de

antiparasitarios a las familias; la identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; la prevención y control de la tuberculosis pulmonar; la prevención y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus; la vacunación universal; la vigilancia de la nutrición de servicios de planificación familiar; la atención prenatal, del parto y del puerperio; la prevención de accidentes

y manejo inicial de lesiones; la participación social; y la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino; constituyen actividades prioritarias para beneficio de la comunidad, con el fin único de mejorar sus niveles de salud, que representan además una alternativa viable para la modificación de los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población del estado de México.

Salud Reproductiva de la Mujer

Dra. Elvitz Verónica Reyes Rodríguez
Dra. Ma. Cristina Pérez Hernández
Dra. Yolanda González Albarrán

El bienestar de los niños y las madres es una antigua preocupación del Estado mexicano. En épocas recientes las acciones gubernamentales relacionadas con el tema se han caracterizado por una nueva orientación y priorización de las políticas sociales, enmarcadas en las estrategias nacionales de modernización económica y solidaridad social, así como en reuniones y compromisos internacionales en los que México ha desempeñado un destacado papel de promoción, organización y liderazgo como en el caso de la CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA, realizada en la sede de las Naciones Unidas, en septiembre de 1990.

En la misma se adoptó la Declaración de la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño. Así como un plan de acción para aplicarlo en el decenio de los noventas, documentos que constituyen una propuesta programática integral que conlleva la realización de programas nacionales de acción para resolver los problemas de bienestar y desarrollo de la niñez.

Los programas y acciones dirigidos a cualquiera de los compromisos de la cumbre son el reconocimiento de las sociedades y gobiernos de todo el mundo, de que la infancia no es el tiempo ni la edad para morir o para padecer enfermedades prevenibles.

Nunca como ahora las acciones de gobierno van encaminadas a modelar el futuro de nuestra patria.

Al promover, cuidar y proteger la salud del binomio mujer-niño, se trae el futuro al presente y se realizan las acciones más rentables a corto, mediano y largo plazo en salud.

Las principales metas de supervivencia, desarrollo y protección del niño aprobadas en la CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA, son:

- Reducción de un tercio de la tasa de mortalidad infantil.
 - Reducción del 50 por ciento de la tasa de mortalidad materna.
 - Reducción del 50 por ciento de la tasa de mal nutrición grave y moderada de los niños menores de cinco años.
 - Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.
 - Acceso universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria para el 80 por ciento al menos, de los niños en edad escolar.
 - Reducción de la tasa de analfabetismo en adultos por lo menos al 50 por ciento del nivel registrado en 1990, con especial interés en la alfabetización de las mujeres.
 - Acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excretas.
-

Estos compromisos prioritarios se relacionan estrechamente entre sí de manera que el cumplimiento de uno, incide necesariamente en los otros.

El Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia tiene como objetivo central promover mayor supervivencia, protección y desarrollo infantil mediante acciones encaminadas a evitar la enfermedad aguda y la muerte, así como acciones preventivas y de control y aquéllas que estimulen el despliegue de las potencialidades y permitan un auténtico desarrollo.

El carácter preventivo integral de las acciones sólo es posible con el acceso a mayor información, orientación, educación para la salud física y mental, organización y participación de la sociedad en su conjunto, y por la promoción de un entorno físico más sano.

La supervivencia, la protección y el desarrollo del niño están supeditados a una serie de circunstancias propias del entorno en el que vive, en el cual un elemento de suma importancia es la madre, ya que ella es la principal promotora de la salud; así, se establecen acciones que también garanticen su supervivencia, protección y desarrollo.

Los objetivos y metas del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia da lugar a cuatro áreas prioritarias:

Area de Salud.

La supervivencia del niño sólo es posible si se le garantizan condiciones mínimas de salud desde la concepción, la vida intrauterina y la de los cinco primeros años posnatales; para ello resulta decisivo cuidar, a su vez, la salud de la madre durante las etapas de gestación y lactancia. Además, resulta necesario proteger al infante del riesgo de enfermar y morir durante ese lapso.

Area de educación.

Con el Programa para la Modernización Educativa se pretende ofrecer una educación suficiente, pertinente y útil para todos los niños y jóvenes, así como brindar atención preferencial a los grupos sociales y regionales con mayores carencias, a los niños indígenas, a los que habitan en las zonas rurales, y urbano marginadas. Se busca, también, otorgar los mínimos de conocimientos y capacidades a los adultos para incorporarlos adecuadamente al desarrollo del país.

Ello implica abatir el analfabetismo a su mínima expresión, multiplicar opciones de capacitación y cancelar rezagos que en ocasiones lesionan la justicia social.

Area vinculada al saneamiento básico.

El Gobierno Federal puso en marcha el Programa de Agua Potable y Alcantarillado. El objetivo del mismo es posibilitar el acceso de la población a estos servicios. Los mayores rezagos se concentran en las zonas rurales y las colonias populares de las zonas urbanas.

Area vinculada a la asistencia de menores en circunstancias especialmente difíciles.

Bajo el rubro de menores en circunstancias especialmente difíciles se encuentra un grupo de niños víctimas de complejas manifestaciones sociales.

A excepción de niños refugiados cuya existencia está determinada por conflictos bélicos y/o políticos que condicionan la necesidad de abandonar su país de origen, todos los demás sufren las consecuencias de una patología social y económica, cuyas manifestaciones son peculiares y abarcan no sólo el ámbito de lo social, sino también, el familiar y el individual, en la persona de los padres y otros adultos de los que se esperaría actitudes positivas para la vida y el desarrollo de los menores que supuestamente están bajo su custodia.

Adolescencia

El término adolescencia varía de una cultura a otra, en la mayoría de las culturas la adolescencia generalmente comienza con la pubertad pero la edad en que las personas son consideradas adultas varía, de acuerdo al desarrollo del proceso biológico, psicológico y social de la maduración, sujeto a las modalidades del tiempo y del ambiente que en continua interacción con los factores genéticos, son los promotores del crecimiento y desarrollo del adolescente.

La adolescencia abarca tanto los cambios físicos, en la esfera del crecimiento físico, como los de maduración sexual que tienen estrecha relación con el medio socioeconómico, con la cultura de los padres y con la sociedad en que se vive, un ejemplo es la menarquía que ocurre más tempranamente cuando las condiciones económicas son mejores,

en contrapartida la carencia de nutrientes ocasiona desaceleración del proceso de crecimiento y desarrollo. Un punto importante a considerar en esta etapa es la experiencia del impulso sexual como un nuevo fenómeno dentro del complejo proceso de maduración, iniciando cada vez a más temprana edad las relaciones sexuales coitales, las cuales se dan independientemente de las necesidades de reproducción y orientadas fundamentalmente hacia las sensaciones de placer y erotismo, a las cuales tienen derecho al igual que los adultos como seres humanos, contando con elementos como:

- Disfrutar de una actividad sexual equilibrando una ética personal y social.
- Ejercer una sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias.
- Libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

Los adolescentes necesitan tener un acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva, tener derecho a la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones, al abuso sexual, la violencia, la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas. Esto puede reducir drásticamente las oportunidades de educación, empleo y, por tanto, de calidad de vida.

Riesgo reproductivo y actividad laboral

Se considera importante evaluar la toxicidad de compuestos químicos que implican un peligro potencial para la salud reproductiva, como las sustancias genotóxicas por su especial gravedad, ya que la exposición continua a ellas puede ser origen

del cáncer, así como la aparición de mutaciones y trastornos hereditarios. El estudio de riesgo reproductivo debe abordarse en las diversas etapas de evolución e iniciar modificaciones substanciales en nuestra legislación, así como propiciar la acción correctiva y preventiva de los factores de riesgo. Existen diversos estudios que tratan de identificar los factores ocupacionales del riesgo reproductivo como la exposición a sonidos de gran magnitud con alta incidencia de aborto, aborto espontáneo y productos con malformaciones. Lo que asocian los factores ergonómicos tales como trabajo pesado, destajo, postura incómoda y esfuerzo físico intenso, obteniendo una tasa de riesgo aumentada para abortos espontáneos; los que analizan la alta incidencia de trastornos menstruales en personal aeronavegante; los estudios para la determinación de asociaciones entre peligros potenciales para el embarazo y su actividad específica considerando abortos espontáneos, muertes perinatales, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas. La exposición a uranio en trabajadoras gestantes determina que a mayor contaminación de uranio en el pelo existen mayor número de abortos espontáneos, malformaciones congénitas y productos muertos. Los estudios sobre el plomo y dibromocloruro, propano, cloruro de vinilo, plaguicidas, órganos clorados y fosforados, es menester que se inicien en nuestro medio con respecto a riesgo reproductivo con un enfoque integral. Así como la incorporación de sistemas de control de riesgo reproductivo en relación a la exposición a agentes físicos, químicos, etc., en los centros de trabajo con potencialidad de efecto en la unidad familiar de los estados de preconcepción, desarrollo intrauterino y periodo perinatal, a fin de introducirlos paulatinamente en programas de vigilancia epidemiológica; apoyo y asesorías en los comités de salud a la mujer trabajadora en relación con la exposición a sustancias químicas en los centros de trabajo. Por lo que en 1983 una nueva modificación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4o. consigna el derecho a la salud: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las vías y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las autoridades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

La Ley General de Salud define la atención materna infantil de carácter prioritario y en especial la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio como una de sus acciones.

En la actualidad y no obstante que la mujer ha logrado incorporarse en todos los ámbitos educativos y de trabajo, en la atención de la salud, la mujer

como siempre ha participado desde su hogar como proveedora de salud, vigilando el crecimiento de los hijos, proporcionándoles una alimentación adecuada dentro de sus posibilidades económicas, cuidando que reciban sus vacunas y atendiendo a los enfermos del hogar.

Propuestas para el Fortalecimiento y Mejoramiento de los Servicios de Salud Públicos y Privados del Distrito Federal

Dr. Carlos Manuel Morales Ocaña

La Ciudad de México es la urbe más poblada del mundo con aproximadamente 8.635,108 millones de personas (según datos estadísticos de 1996), dichos habitantes radican en el área metropolitana, distribuidos heterogéneamente en 16 delegaciones políticas del Gobierno del D.F., sin embargo, es importante mencionar que este número se ve incrementado hasta casi 20.000,000 de ciudadanos debido a la existencia de zonas conurbadas de la misma.

Este fenómeno demográfico no es un hecho espontáneo, pues tiene su origen en políticas de índole económico-centralistas que con el paso de los años han ido incrementando la afluencia poblacional de la provincia hacia la capital, con la vana esperanza, en muchos de los casos, de encontrar mejores oportunidades de vida en la misma.

Así pues, incrustado en el contexto de los problemas sociales derivados de la multiplicación exponencial de la población, el tema de la salud, aparece fuertemente controversial para su real solución.

Los esfuerzos hasta el momento se han encaminado básicamente a la creación de un organismo denominado: "Instituto de Servicios de Salud del D.F.". Dicho instituto nace de una desconcentración administrativa rápida y mal instrumentada de la entonces, Dirección General de Servicios de Salud del D.F. y de la descentralización de los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud en el

D.F.; la principal función del instituto es la de brindar atención médica a la población abierta, es decir, aquélla que no cuenta con servicios institucionales como ISSSTE o IMSS.

Para el año de 1996, se calculaba que la población atendida en unidades del actual instituto, ascendía aproximadamente a 4.373,065 de habitantes, dicho número de personas, rebasa a todas luces la capacidad física y económica del sistema de salud, debido principalmente a la carencia de insumos a unidades hospitalarias, centros de Salud y Servicios Delegacionales de atención médica, así como la insuficiencia de la plantilla de personal en cada una de las áreas descritas, lo cual motiva en parte, el crecimiento de las demandas medicolegales ante las Comisiones de Arbitraje Médico y la de Derechos Humanos.

En otro orden de ideas, he de mencionar que si bien la existencia de servicios médicos privados coadyuva a la atención de la población, en general, no existe en nuestro país un adecuado sistema de monitoreo epidemiológico que recoja datos de la consulta privada y por lo tanto, los registros de las tasas de natalidad, mortalidad y morbilidad se encuentran subestimados, y por otra parte, a pesar de existir normas oficiales para el correcto manejo de la atención médica y bucal, dichas normas, o bien se desconocen o se ignoran por dichos médicos.

Dentro de este panorama, considero que algunas propuestas para el mejoramiento global del problema pueden ser:

- 1) Aprobar el presupuesto del Gobierno del D.F., incrementando la partida presupuestal correspondiente hacia la Secretaría de Salud, Educación y Desarrollo Social, que permita subsanar las carencias de insumos y personal en las áreas correspondientes.
- 2) Acorde con el esquema de salud propuesto por Level y Clark, fortalecer las acciones de diagnóstico oportuno y protección específica de los padecimientos y fomentar la educación para la salud, ya que en un número elevado de pacientes carentes de la misma, favorecen que algunas enfermedades, siguiendo el curso de la Historia Natural de las mismas, se agraven y requieran de atención en unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel, lo cual eleva los costos económicos tanto institucionales como personales, además de las secuelas psicológicas y físicas que disminuyen la calidad de vida.
- 3) Capacitar al personal de salud de instituciones públicas y privadas en el conocimiento y manejo de las Normas Oficiales contempladas en la Ley General de Salud para la atención legalizada y adecuada de la población.
- 4) Involucrar a todos los sectores del ámbito de la salud delegacional tanto públicos como privados a participar en los Comités o Comisiones de Salud delegacional creados ex profeso, (Art. VII Ley de Salud para el D.F.).
- 5) Fortalecer las acciones de Fomento y Regulación Sanitaria correspondientes a las delegaciones políticas, según el Decreto de la Ley de Salud del D.F. aparecido en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 1987.
- 6) Homologación de criterios funcionales de las Unidades departamentales de atención médica delegacionales (papelería, hojas de referencia y contrarreferencia de pacientes, etc.).
- 7) Fomentar convenios entre instituciones públicas y privadas que permitan agilizar la atención de los pacientes.

Responsabilidad Civil, Institucional o Individual, en la Atención Médica, para la Reparación e Indemnización. Propuestas Alternativas para su Financiamiento

Dr. Jorge López Curto
Dr. Xavier Jesús Novales Castro
Dra. Genoveva Arista López*

La creación de la **CONAMED** ha sido un gran acierto de la sociedad mexicana, un gigantesco triunfo moral de aquellos médicos que la promovieron y su existencia coloca a nuestro país a la vanguardia mundial en la solución de estos conflictos que tienen carácter universal.

Sin embargo, frente a las propuestas y demandas de la sociedad, la **CONAMED** fue una respuesta tímida, incompleta, insuficiente y plagada de vicios de origen, entre los que destacan su falta de autonomía, su centralismo y la falta de presupuesto propio, vicios ausentes en la propuesta original.

La **CONAMED** es por tanto una instancia perfectible y piedra angular en la construcción de este edificio que será el **MODELO MEXICANO DE ATENCION A LA SALUD**.

Si los objetivos de la instancia son proporcionar imparcialidad y justicia y minimizar las demandas penales, debemos entonces evitar el modelo estadounidense por las siguientes razones, entre muchas:

1. Promueve las demandas por daños reales o hipotéticos con la promesa de un premio económico desproporcionado.
2. Encarece los servicios no sólo por el pago de seguros de mal práctica, sino por la necesidad de practicar una "medicina defensiva" con estudios que cubran el expediente.

* Del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos, A.C.

3. Produce un importante desgaste y desperdicio de recursos no sólo médicos, sino judiciales, periciales, etc., que pudieran tener un mejor destino.

Debemos por lo tanto, cerrar la válvula del dinero que pagan los seguros no permitiendo adjudicaciones monetarias por daños hipotéticos indemostrables, adjudicaciones económicas puramente discrecionales y los llamados "arreglos fuera de la corte".

La creación de un **modelo mexicano** requiere de una instancia específica de mediación, hoy representada por la **CONAMED**, sin embargo, para realmente servir a los intereses de la sociedad, esta instancia no sólo requiere ser plenamente autónoma, sino estar integrada por médicos, juristas, representantes de la sociedad y tal vez por representantes de la Secretaría de Salud, con amplias atribuciones específicas y reducida discrecionalidad.

En el aspecto medular de la propuesta específica que hoy presento, debemos considerar que en el curso de la práctica médica **es posible causar daños involuntarios a los pacientes** y que se amerite justificadamente el resarcimiento de los mismos y en ocasiones también de los perjuicios.

Resarcir los daños es un acto de justicia, sin embargo, **pretender que los médicos respondan con su patrimonio personal**, es decir, con el fruto de muchos años de trabajo profesional para resarcir daños involuntarios, frecuentemente impredecibles y a veces hipotéticos, **es un acto de injusticia**.

Es simplista reducir la compleja relación médico-paciente a sus dos actores polares, cuando en ella intervienen múltiples intermediarios activos, que así como participan de los beneficios deben ser corresponsables.

Es pueril suponer que leyendas tan simples como “consulte a su médico”, “este producto condiciona (sic) daño renal” o “no se administre a enfermos cardiacos”, puedan eximir de toda responsabilidad a los productores, como absurdo sería que antes de recetar Viagra se ordenara un cateterismo cardiaco porque el examen físico no reportó anomalía alguna, ejemplo extremo de la “medicina defensiva”, pero no distante de la práctica real, con su secuela de encarecimiento, desperdicio de recursos, complicaciones, etc.

La relación médico-paciente no es un binomio sino una cadena de múltiples eslabones, como son: hospitales, laboratorios clínicos, departamentos de imagen, servicios de terapias diversas, fabricantes de prótesis, de medicamentos y toda clase de insumos, compañías de seguros, etc., como actores empresariales; como individuos, además de los médicos y los pacientes, participan técnicos de toda índole (laboratorio, rayos x, etc.), terapeutas diversos, enfermeras, quiroprácticos y otros.

Los modelos que se pretenden ahora imitar dependen de terceros pagadores y aquí como en todas partes “el que paga manda”, y mandará en función de los intereses del dinero y no en función de la equidad, de la justicia o del bienestar de los afectados.

Debemos por lo tanto devolver esta función primordial a la soberanía del pueblo a través de su Congreso de la Unión, mediante la adjudicación de partidas presupuestarias específicas y directas a organismos descentralizados, independientes de los ejecutivos federal y estatales, es decir, verdaderamente autónomos.

En conclusión, para crear un **modelo mexicano** de solución de conflictos médico-paciente debemos:

1. Evitar el modelo estadounidense que hoy se quiere imitar.
2. Fortalecer a la **CONAMED** aumentando sus atribuciones, limitando su discrecionalidad y otorgándole verdadera autonomía.
3. Identificar a todos los actores de la llamada “relación médico-paciente” y establecer su corresponsabilidad en forma expresa y explícita.

4. Establecer un fondo o fondos para el sostenimiento de las instancias de mediación y la adjudicación de indemnizaciones, al que contribuirían todos los actores arriba mencionados y que protegería a la totalidad de los pacientes y a la totalidad de aquéllos que en su atención intervienen.

5. No se deben crear nuevos impuestos, sino marcar a los existentes en su origen un destino específico.

El Fondo

A) El fondo estaría integrado por aportaciones de los médicos, paramédicos, técnicos, instituciones públicas y privadas, proveedores de servicio, etc.

B) Las aportaciones serían determinadas en una proporción porcentual de sus ingresos o facturación y variable a la potencial responsabilidad.

C) Estas aportaciones serían deducibles de los ingresos tasables, no mediante la creación de nuevos impuestos, sino marcando en su origen el destino de los existentes.

D) Serían utilizadas no sólo para el resarcimiento de daños, sino también para el sustento de la comisión o cuerpo de mediación que se determine.

E) Serían controladas por la instancia de mediación autónoma, mediante la adjudicación directa del Congreso y serían capaces de producir los rendimientos del capital.

F) Constituirían adicionalmente un cuerpo de ahorro interno destinado específicamente a la inversión en servicios de salud.

G) Las aportaciones individuales serían infinitamente menores a los costos, individuales también, que la contratación de seguros comerciales representaría.

H) La totalidad de los médicos, técnicos, instituciones, proveedores de servicios, etc. y la totalidad de los pacientes estarían protegidos.

Considerando la magnitud del universo que aportaría a este fondo, las aportaciones individuales no excederían al décimo del 1.0% de la facturación de cada profesional o empresa, es decir, menos de \$1.00 por cada \$1,000.00 ingresados.

Esto representa una situación de **“todos ponen”** y **“todos ganan”**.

Sesión Plenaria

Clausura

Discurso de Clausura

Dip. Dr. Santiago Padilla Arriaga*

Dentro de nuestra cultura popular existe un refrán que dice: todo lo que empieza tiene que acabar; y al parecer tal sentencia se cumple una vez más este día de hoy.

Hoy, se terminan los trabajos del Foro Nacional, el Derecho a la Protección a la Salud, que con gran entusiasmo iniciamos el día de ayer, 30 de julio. En el transcurso de estos pocos días, de este par de días, pero muy productivos días, analizamos, reflexionamos y compartimos ideas, experiencias y aportaciones.

El bagaje cultural de cada uno de los que participamos fue sabiamente ilustrado con elocuencia de los conferencistas magistrales; y nuestra conciencia se sacudió con la crítica aguda y la propuesta vanguardista de los ponentes, en cada una de las ocho mesas de trabajo.

Pareciera ser que este formidable proceso concluyera aquí, pero no es así, para nosotros los representantes de la nación, los diputados federales, la jornada empieza el día de hoy, la construcción de las ideas apenas se va iniciando. Se inicia el periodo de meditación y el aporte constructivo a

partir de este valioso conocimiento, derramado por todos ustedes.

Corresponderá a nosotros, a los diputados de esta Comisión de Salud, concluir este gran esfuerzo, en un proyecto que responda claramente a la necesidad planteada. Que recoja la opinión expuesta, pero que a la vez concilie el interés ideológico y partidario de todos los grupos parlamentarios que coincidimos en la Comisión de Salud. Tarea que dista mucho de ser sencilla, pero que los integrantes de la Comisión de Salud, sabremos afrontar, como siempre lo hemos hecho, con la madurez que se requiere, la responsabilidad y el respeto que la investidura que como legisladores se nos impone.

De esta forma, les pido que se pongan de pie.

Siendo las quince horas con veintisiete minutos del día treinta y uno de julio del año de mil novecientos noventa y ocho, solemnemente doy formalmente por clausurados los trabajos de este Foro Nacional, el Derecho a la Protección de la Salud.

Por su asistencia y participación, muchas gracias.

* Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

**Para la celebración del foro y la elaboración
del material de esta publicación, colaboraron como
equipo de apoyo a la Comisión de Salud:**

Ing. C. Ernesto Gamboa Ramírez
SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN
DE SALUD

Dr. Miguel Ángel Sáenz Garza
ASESOR DE LA COMISIÓN DE SALUD

Lic. Miguel Rivera Lerma
ASESOR DE LA COMISIÓN
DE SALUD

C.D. Hugo Fernando Parker Moreno

Brenda González Blandón

Martha María Escamilla Enríquez

Esmeralda Hernández Sánchez

Genaro Eduardo García García

Balbina López Espinal

Jacinto Castro Cota

Erik Moreno Colín





COMISIÓN DE SALUD