

## Una visión crítica sobre la salud pública en México\*

Roberto Tapia-Conyer

Director del Instituto Carlos Slim de la Salud, Ciudad de México, México

La salud pública se encuentra en un momento crucial, el cual tenemos que aprovechar para devolver a México el liderazgo que lo distinguió a nivel regional y mundial. Para ello, quienes hemos dedicado esfuerzos profesionales al fortalecimiento de la salud pública mexicana debemos entender el estado que guardan la ciencia, las nuevas tecnologías y los nuevos desarrollos para no solamente evitar el rezago, sino situarnos en la vanguardia, como corresponde a la acreditada tradición médica de nuestro país.

Una mirada retrospectiva nos permitirá tener un punto de partida, por lo que los invito a recordar algunos hitos en la historia de nuestra salud pública, hitos que representan logros alcanzados, muchos de los cuales fueron impulsados por distinguidos miembros de esta Academia. Volver la vista atrás no es exclusivamente una exigencia académica, sino que la historia es una advertencia del porvenir.

Si bien la historia de esta disciplina en nuestro país abarca varios siglos, no es realmente hasta el porfirato con la instauración del Consejo Superior de Salubridad y la promulgación del primer Código Sanitario cuando inicia la salud pública moderna en México<sup>1,2</sup>.

Al triunfo revolucionario y su consagración institucional con la expedición de la Constitución de 1917<sup>1</sup> se reconoció la importancia de la salud pública al establecer el Consejo de Salubridad General como un organismo constitucional que subsiste hasta nuestros días, y del cual esta Academia forma parte<sup>3</sup>.

En 1922, cuando empezaron a surgir las instituciones que conformarían el nuevo Estado Mexicano, se fundó la Escuela de Salud Pública de México<sup>4</sup>, una de

las más antiguas del continente, junto a las de Johns Hopkins, Harvard y Sao Paulo<sup>5</sup>. Desde entonces en sus aulas se han formado profesionales que han sido actores en muchos de los logros de esta disciplina en el país. Asimismo, fue la base para la creación del Instituto Nacional de Salud Pública en 1987<sup>6</sup>.

Actualmente México cuenta con alrededor de 30 escuelas de salud pública<sup>7</sup>, entre las que destaca, por su papel central en la formación de capital humano y en el desarrollo de investigaciones, el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), de la cual, como muchos miembros de esta Academia, soy orgulloso egresado.

En la década de 1940 se sentaron las bases del sistema de salud como actualmente lo conocemos, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social; el Departamento de Salubridad se convirtió en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y surgieron los primeros Institutos Nacionales de Salud<sup>8</sup>.

En 1974, México marcó un hito al darle a la libre decisión reproductiva el carácter de derecho constitucional<sup>II</sup>. Fuimos el segundo país a nivel mundial y el primero en América en hacerlo<sup>9</sup>.

En 1983, después de 66 años de haberse promulgado la Constitución, se incorporó en ella el derecho a la protección de la salud<sup>III</sup>. Para garantizar que se cumpliera este derecho, al año siguiente se expidió la Ley General de Salud<sup>IV</sup>.

Estos logros jurídicos se obtuvieron gracias a la visión y liderazgo del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, ex presidente de nuestra Academia, a quien correspondió

### Correspondencia:

\*Roberto Tapia Conyer

Académico Titular

Director del Instituto Carlos Slim de la Salud

Av. Paseo del Río, 186, Edificio A.

Del. Álvaro Obregón, C.P. 01050, Ciudad de México, México

E-mail: tapiaconyer@gmail.com

\*Conferencia «Ignacio Chávez» de inicio del año académico 2015

I. Promulgada el 5 de febrero de 1917.

II. Reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de diciembre de 1974.

III. Reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de febrero de 1983.

IV. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 7 de febrero de 1984.

impulsar el cambio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la Secretaría de Salud, conforme al principio conceptual consignado en el derecho a la protección de la salud<sup>V</sup> 10.

En los últimos años del siglo XX continuaron las reformas en materia de salud pública. En 1996, durante la gestión del secretario de Salud, el Dr. Juan Ramón de la Fuente, destacado ex presidente de la Academia, se firmó el Acuerdo Integral para la Descentralización de los Servicios de Salud<sup>VI</sup>. Bajo ese mismo liderazgo y con la complicidad del Dr. José Narro Robles, distinguido académico que ocupaba en ese momento la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y quien es hoy rector de la UNAM, se creó la subsecretaría que se ocuparía de los programas de salud pública a nivel federal, en la cual tuve el honor de servir como su primer titular<sup>VII</sup>.

En el año 2000 se expidió la Ley de los Institutos Nacionales de Salud<sup>VIII</sup> y en 2003 se llevó a cabo una reforma financiera a la Ley General de Salud, que encabezó otro académico, el Dr. Julio Frenk, durante cuya gestión como secretario de Salud se creó el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como seguro popular, con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo y evitar los gastos catastróficos a la población más pobre y vulnerable<sup>11</sup>.

Uno pensaría que, con estas reformas y otras que por razones de tiempo no mencionaré, el Estado Mexicano ya tenía una conceptualización definida de lo que abarca la salud pública. Lo cierto es que el único texto que enlista los servicios de salud pública en México es el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, expedido en 2004<sup>12</sup>.

Es decir, aunque podemos hablar de que en el México moderno se hace salud pública desde hace casi 150 años, para el Estado Mexicano no existió un concepto definido de la misma hasta hace apenas un decenio.

¿Cómo pudo México entonces convertirse en una referencia regional y mundial en materia de salud pública?

La respuesta, como muchas otras en este país, es gracias a las personas que se ocuparon de estas tareas, porque finalmente el valor colectivo de cualquier

institución está determinado por el valor individual de cada uno de los que aportan su trabajo, talento, conocimientos y experiencia.

Esto no se dio porque existiera una abundancia de recursos financieros; por el contrario, éstos eran escasos. Se logró a base de pasión, corazón, esfuerzo y compromiso de las mujeres y los hombres que estuvieron y están todos los días en las distintas trincheras, buscando que México sea un país con salud. Su legado es impresionante y vale la pena recordar algunos hitos.

A principios del siglo XX, más de la mitad de la población moría antes de los 15 años por enfermedades infecciosas; todavía en 1940 había dos millones de enfermos de paludismo y 5,000 niños morían antes de llegar a los cinco años por sarampión, tosferina, tétanos, difteria y diarreas<sup>13</sup>.

Si bien las acciones de inmunización en nuestro país tienen su origen en 1804, cuando el Dr. Francisco Balmis introdujo la vacuna antivariolosa<sup>14</sup>, no fue hasta 1973 que se organizó la vacunación mediante el Programa Nacional de Inmunizaciones<sup>15</sup>.

Y fue en 1991 cuando con el liderazgo y entrega personal del secretario de Salud, el Dr. Jesús Kumate, también ex presidente de esta Academia, se creó el Programa Universal de Vacunación, que redujo notablemente la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles y ha llevado a la eliminación de padecimientos como la poliomielitis, el sarampión, el síndrome de rubéola congénita y la rabia humana por mordedura de perro, así como el control del tétanos neonatal<sup>16</sup>.

Esto se logró gracias a estrategias proactivas como los Días Nacionales de Vacunación, que evolucionaron para convertirse en las Semanas Nacionales de Salud<sup>17</sup>. Los profesionales de la salud pública lograron con estas jornadas dejar un sello en millones de mexicanos que reconocen los esfuerzos de los salubristas como lo más preciado del sentido social de la función pública.

México alcanzó el liderazgo regional y mundial en materia de vacunación con uno de los esquemas de inmunizaciones más completos del mundo. En 1973 se tenía un esquema básico de seis inmunógenos.

V. El 21 de enero de 1985 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud.

VI. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de septiembre de 1996.

VII. El 6 de agosto de 1997 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* un nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, mediante el cual desaparecía la Subsecretaría de Planeación y se creaba la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.

VIII. El 26 de mayo de 2000 se publicó la ley en el *Diario Oficial de la Federación*.

Veinticinco años después, entre 1998 y 2006, se introdujeron varias vacunas innovadoras, llegando a integrar un total de 13 inmunógenos. A la fecha, con la inclusión de la vacuna contra el papiloma virus, el esquema sirve para prevenir 14 enfermedades<sup>18</sup>.

Como pueden ver, con la vacunación logramos muchísimo, pero no ha sido todo.

El paludismo fue, durante mucho tiempo, la primera causa de muerte infantil en varios estados. Desde 1982 nadie ha muerto en México por esta enfermedad<sup>19</sup>. Fue precisamente en la década de 1980 cuando el esfuerzo para darle la puntilla al paludismo se consolidó gracias a un liderazgo firme a nivel federal y al compromiso del personal operativo en los servicios estatales de salud.

Continuando con las enfermedades infecciosas, debemos hablar de lo ocurrido a mediados de la década de 1980, cuando la epidemia del VIH empezó a afectar al mundo<sup>20</sup>.

México adoptó, gracias a la visión de un destacado académico, el Dr. Jaime Sepúlveda, medidas urgentes de contención que incluyeron la prohibición del comercio de la sangre y el plasma<sup>X</sup>.

En paralelo, se establecieron los Centros Nacional y Estatales de Transfusión Sanguínea para mantener el control sanitario de la sangre y sus derivados. Asimismo, se lanzó una agresiva campaña para fomentar el uso del condón<sup>21</sup>.

Son dichas medidas y posteriormente la cobertura universal gratuita del tratamiento antirretroviral, fruto en gran parte de la lucha de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH y SIDA, muchas de las cuales están integradas por personas que viven con este virus, las que han permitido reducir la mortalidad por SIDA y, a la vez, mantener la epidemia de VIH controlada<sup>22</sup>.

Digna de mencionarse es también la reducción de las enfermedades diarreicas, incluido el cólera. Desde la década de 1990 la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas ha mostrado un comportamiento descendente. En 1995 la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años era de 15.4 por 100,000. En 1999 esta tasa había descendido ya a 9 por 100,000 niños menores de cinco años.

Esta reducción se logró gracias a intervenciones de alto impacto, como la terapia de rehidratación conocida como «vida suero oral», en cuyo desarrollo tuvieron una destacada participación los académicos Gonzalo Gutiérrez Trujillo y Felipe Mota Hernández; la vacunación contra rotavirus; la estrategia de piso firme en las viviendas, y el suministro de micronutrientes y antiparasitarios en las Semanas Nacionales de Salud<sup>23-25</sup>.

El cólera llegó a México en junio de 1991 en la pequeña comunidad rural de San Miguel Totolmaloya, en el Estado de México, y estuvo presente hasta el año 2001, cuando se notificó el último caso<sup>26</sup>. Casi 10 años después, en 2010 y en 2011, se identificaron respectivamente dos casos en el estado de Sinaloa<sup>X 27</sup> y en 2014 se presentó un brote en Hidalgo<sup>28</sup>. Esto demuestra que nunca hay que bajar la guardia, y quien diga lo contrario podría visitar Disneylandia, origen del importante brote de sarampión en el país vecino<sup>29</sup>.

Con las acciones que he descrito se logró reducir la mortalidad en los menores de cinco años, permitiendo que nuestro país alcanzara oportunamente la meta fijada en los Objetivos del Desarrollo del Milenio<sup>30</sup>.

Un componente central en el quehacer de la salud pública es la salud sexual y reproductiva. Como ya comentaba, en la década de 1970 la libre decisión reproductiva se convirtió en derecho constitucional y se acompañó del acceso a información, servicios, insumos y tecnología.

A partir de entonces, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos mantiene un comportamiento ascendente hasta nuestros días, aunque los incrementos son cada vez menores<sup>31</sup>. En 1976, sólo tres de cada 10 mujeres en edad fértil unidas regulaban su fecundidad mediante el uso de algún anticonceptivo. En 1987 esta proporción aumentó a cinco de cada 10 y en 2009 a poco más de siete de cada 10. El día de hoy, la mayoría de las mujeres mexicanas tienen dos hijos en promedio, aunque la tasa global de fecundidad en indígenas está por encima de tres hijos<sup>32</sup>, mientras que el 31.2% de las mujeres adolescentes, de entre 15 y 19 años de edad, tienen una vida sexual activa y el 56% de ellas ya han estado embarazadas<sup>33</sup>.

En 2004, se modificó la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar para poner a

IX. La reforma a la Ley General de Salud mediante la cual se adoptaron jurídicamente estas medidas se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de mayo de 1987.

X. En el año 2010 el SiNaVE identificó un caso nuevo en Navolato, Sinaloa, y en 2011, otro caso más en Otatillos, municipio de Badiraguato, Sinaloa.

disposición de mujeres y hombres todos los métodos eficaces y seguros, destacando, por la controversia que causó su inclusión en la lista, la anticoncepción de emergencia o pastilla del día siguiente<sup>XI</sup>.

No obstante, cuestiones que van desde lo ideológico hasta lo simplemente burocrático han impedido que en los últimos años pueda darse el acceso oportuno a insumos de planificación familiar<sup>34</sup>. La demanda anticonceptiva insatisfecha ha impactado especialmente en las y los adolescentes, como ya se mencionó antes.

Esos embarazos son, por definición, de riesgo, y la falta de una atención adecuada ocasiona que aporten a las todavía alarmantes cifras de mortalidad materna en México<sup>35,36</sup>, algo que como médicos y como mexicanos no podemos permitir, y más cuando sabemos la causa y la solución del problema: las intervenciones en salud pública deben basarse en evidencia científica, nunca en dogmas o en posiciones ideológicas de los líderes políticos.

En la salud pública sabemos que la información es la esencia de la prevención; por ello, reconociendo la importancia de tener información confiable para la toma de decisiones basada en evidencia, se crearon el Sistema de Información Epidemiológica y el Sistema de Encuestas Nacionales.

En 1986 se puso en marcha el Sistema Nacional de Encuestas de Salud, el cual ha permitido la evaluación de los programas al documentar su cobertura e impacto, así como las condiciones de salud y nutrición de la población<sup>37</sup>.

En 1995 se implantó el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), herramienta capaz de identificar los daños y riesgos para la salud, que recibe información de todas las instituciones para cumplir su propósito<sup>38</sup>.

Otro tema en el cual México ha avanzado mucho es en el del control del tabaco. Cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso sobre la mesa el Convenio Marco para el Control del Tabaco, primer convenio internacional de salud pública orientado a que los países adoptaran un compromiso global y establecieran medidas mínimas para combatir al tabaquismo y sus consecuencias, México fue el primer país de Latinoamérica en suscribirlo<sup>XII</sup>. Unos

años más tarde, los compromisos adoptados en el ámbito internacional se tradujeron en la Ley General para el Control del Tabaco, que contempla medidas que han permitido reducir un número elevado de muertes prematuras<sup>39</sup>.

Quiero concluir este recuento histórico recordando lo realizado en materia de bioterrorismo y planes de contención. Después del ataque a las Torres Gemelas del 11 de septiembre de 2001, el mundo se enfrentó a un nuevo tipo de amenaza: el uso de agentes biológicos con propósitos terroristas. En EE.UU. se registraron varios ataques con ántrax y México no estaba exento de un ataque similar. Por ello, se diseñaron y desplegaron una serie de estrategias de respuesta oportuna y contención que incluyeron la integración de una reserva estratégica de insumos, así como la creación en 2003 del Comité Nacional para la Seguridad en Salud<sup>XIII</sup> 40.

México ha desarrollado también diversos planes para afrontar amenazas originadas en la naturaleza o por enfermedades emergentes como el síndrome respiratorio agudo severo, que puso en jaque al mundo a principios del siglo XXI<sup>41</sup>.

En 2005 con la amenaza mundial de una pandemia de influenza y con la experiencia acumulada se elaboró el Plan Nacional de Preparación ante una Pandemia de Influenza, cuatro años antes de que se iniciara en nuestro país la pandemia por AH1N1. Gracias a la existencia de dicho plan, a los simulacros realizados y a la reserva estratégica de vacunas, medicamentos e insumos que se integró, se pudo enfrentar con éxito el embate de la pandemia<sup>42,43</sup>.

El objetivo de enumerar todos estos hechos y cifras es el de demostrar que en México sí tuvimos y aún tenemos la capacidad de hacer salud pública de primer nivel.

También teníamos y tenemos el activo más valioso: nuestro equipo humano. Personas preparadas y comprometidas que tienen una mística con los que se pueden alcanzar grandes objetivos, siempre y cuando se les dote de las herramientas necesarias para hacer su trabajo y se reconozca su esfuerzo.

Entonces ¿por qué estamos hoy como estamos? ¿En qué momento empezó lo que se asemeja a una crisis?

XI. La resolución por la que se modificaba la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de enero de 2004.

XII. México firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco el 12 de agosto de 2003. Fue ratificado por el Senado de la República el 14 de abril de 2004 y publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de 2004.

XIII. El acuerdo por el que se creó el Comité Nacional para la Seguridad en Salud se publicó el 22 de septiembre de 2003 en el *Diario Oficial de la Federación*.

Para tratar de responder a estas preguntas, hablemos de un ejemplo muy concreto y reciente, el de la ya referida reforma para la creación del seguro popular en 2003, la cual generó un incremento sin precedentes en el financiamiento de los servicios de salud. Y la idea detrás de ello era que si históricamente se había logrado tanto con tan poco, con mayores recursos podríamos hacer mucho más. Ésa era la teoría, pero no se tradujo a la realidad.

Antes del seguro popular, el gasto anual en salud de un individuo o de una familia equivalía al 52%, es decir, de su bolsillo pagaban más de la mitad de sus necesidades clínicas y de medicamentos. Con la llegada del seguro popular, ese gasto se redujo al 49%, es decir, un impacto de apenas el 3%, el cual, para la cantidad de recursos invertidos, no representa absolutamente nada. Al contrario, estamos obteniendo muchos menos resultados por nuestro dinero<sup>44</sup>.

De hecho, cifras publicadas por la OMS como parte de las cuentas nacionales demuestran que el incremento del gasto público en salud se logró elevar en 2012 al equivalente al 6.1% del producto interior bruto (PIB), pero no impactó en el gasto de bolsillo, el cual se incrementó prácticamente en la misma proporción que el público<sup>45</sup>.

Si se tenían los recursos financieros, ¿por qué la teoría no se encontró con la realidad? Las respuestas son muchas, destaco sólo algunas:

- La falta de perspectiva del derecho humano. Al Estado Mexicano todavía no le queda clara su obligación de hacer todo lo necesario para garantizar el acceso real a los servicios necesarios para materializar el derecho a la protección de la salud<sup>46</sup>. Por otra parte, las personas están acostumbradas al mal servicio que se les provee, no asumen que el Estado debe proteger su salud por obligación<sup>47</sup> y, por lo tanto, toman lo que les den, sin exigir calidad y oportunidad.
- Se olvidó que cuando se invierten recursos, es necesario aplicar mecanismos estrictos de control financiero y operativo<sup>48</sup>. Esto hubiese permitido vigilar el rastro de cada peso. Los problemas sociales no se resuelven solamente con dinero. Permitir o fomentar la falta de transparencia y rendición de cuentas es igual a corrupción, la cual puede ser tácita o activa, y es una de las

razones principales del nulo impacto del seguro popular porque, como no se tomaron las medidas elementales para conocer el uso y destino de los recursos, éstos no llegaron a donde tenían que ir, dándose un desvío que trastocó el sistema de salud operativo, en concreto, a nivel de los gobiernos estatales<sup>49</sup>.

- No se tomó en cuenta que en la actualidad enfrentamos los retos propios de un perfil de riesgos y enfermedad más complejo<sup>50</sup>. Antes la prioridad era controlar diarreas e infecciones; hoy, las enfermedades crónicas, el cáncer, las adicciones y la salud mental hacen necesario colocar en el centro del quehacer a la prevención proactiva, a la corresponsabilidad de los individuos, a la detección oportuna y al seguimiento para institucionalizar el continuo de la atención. Además, se vuelve indispensable funcionar con una mayor eficiencia de los sistemas locales de salud, sistematizando procesos que aseguren el impacto, usando esquemas de reembolso sustentados en resultados, con instituciones de calidad, con una ética a toda prueba y evaluando el desempeño.
- Se soslayó la relevancia de una política de recursos humanos acorde con la demanda<sup>51</sup>. Aquí quiero enfatizar la importancia de impulsar la formación de personal de calidad para operar el primer nivel de atención, es decir, la base del sistema de salud, la cual ha permanecido limitada; por otro lado, no se aprovecha la vasta oferta de capital humano egresado de las escuelas de salud pública del país. Además, en los últimos años se ha perdido la mística, legitimidad y pasión, en gran parte porque se ha relegado a los verdaderos salubristas y la salud pública comenzó entonces a responder a intereses políticos, y no a la búsqueda del bienestar de la población. En las estructuras operativas, técnicos y profesionales formados y con experiencia fueron sustituidos por oportunistas políticos<sup>XIV</sup> y, aún hoy, se utilizan los puestos para llenar cuotas de compromiso de las autoridades estatales y federales. Convendría buscar que se legisle para asegurar que dichos puestos, vitales para el desarrollo de México, estén ocupados por quienes demuestren

XIV. Véase, por ejemplo, «Fiscalía aprehende a ex director del Seguro Popular Jalisco», en: <http://www.informador.com.mx/jalisco/2015/575983/6/fiscalia-aprehende-a-ex-director-del-seguro-popular-jalisco.htm>.

tener los méritos, y no sólo los contactos o relaciones.

Hasta aquí algunas de mis impresiones del porqué la teoría no se encontró con la realidad.

Al principio de mi intervención dije que les iba a hablar también del futuro porque es ahí donde veo una gran oportunidad para que la salud pública comience a salir adelante, encare los retos, venza la falta de transparencia y retome el liderazgo.

La tendencia en el mundo es generar reformas orientadas a contar con un Sistema Universal de Salud<sup>52</sup>. El sumarse a dicha tendencia, de manera real y no sólo en papel, representa una oportunidad de cambio.

Si vamos a aprovechar esa oportunidad, que es en realidad una obligación como mexicanos comprometidos con su país, no debemos esperar más. Hay que tomar cuanto antes las medidas necesarias para que nuestro proyectado Sistema Universal de Salud funcione como un sistema de salud «comprobable»<sup>53,54</sup>, a través de una reingeniería sustentada en los ejes siguientes:

- Población: definir y cuantificar la población en la que se quiere incidir, tanto por vulnerabilidad como por derechos adquiridos. Y hay que generar conciencia de que esos derechos llevan aparejadas obligaciones, es decir, que existe corresponsabilidad del individuo y de la comunidad.
- Atención continua: ante los nuevos perfiles epidemiológicos, se requiere garantizar continuidad en la atención. Ya no basta con que las personas acudan a una clínica u hospital, hay que trascender esos espacios físicos para que los servicios de salud, aprovechando las plataformas tecnológicas disponibles, alcancen de manera eficiente las comunidades y los hogares.
- Métrica del impacto: establecer indicadores de mejora tanto a nivel poblacional como en la persona misma, en especial en aquellas intervenciones que más benefician a la gente. En este rubro hay que incluir indicadores que midan la utilización de los recursos y la mejora en el desempeño.
- Información: contar con un sistema de información único que capte los datos desde la misma fuente del flujo de las acciones en los diferentes niveles de atención, que pueda ser consultado en tiempo real por múltiples proveedores y usuarios,

que sirva para tomar decisiones informadas y correctas y, si es necesario, reaccionar modificando el curso. Esto ya es viable gracias a las herramientas que nos ofrece la tecnología, como la conectividad y la capacidad de almacenar y compartir grandes cantidades de información.

- Capacitación: invertir en el personal de salud para fortalecerlo, tanto en su capacidad técnica como en su desarrollo humano.
- Incentivos: introducir un esquema de incentivos no económicos basado en el desempeño, así como en metas poblacionales e individuales, en beneficio de los sistemas estatales de salud y del personal.
- Liderazgo: recuperar los espacios de liderazgo definiendo perfiles adecuados, para que sean cubiertos por personas que tengan formación en salud pública. No podemos dejar de lado la importancia de una remuneración digna para el trabajo bien hecho.
- Innovación: aprovechar el enorme potencial de la generación y difusión del conocimiento científico, así como de las innovaciones tecnológicas disponibles en el mundo.

Existe un enorme potencial derivado de disciplinas como la genómica, la proteómica y la nanotecnología, por mencionar algunas, gracias a las cuales es posible algo que hace poco tiempo era inconcebible e incluso sonaba como una contradicción de términos: la salud pública personalizada, en la cual se mantiene el enfoque de abarcar a poblaciones, y la vez se puede intervenir en cada persona según su patrón de riesgo.

Ante la posibilidad de la creación de un Sistema Universal de Salud, tenemos la oportunidad de cambio más trascendente de nuestra historia. No podemos permitir que, una vez más, la teoría se aleje de la realidad. Hay que demostrar compromiso y congruencia.

Concluyo con las sabias palabras de Mahatma Gandhi e invitándolos a tenerlas presentes en el trabajo que diariamente realizan en beneficio de la salud pública de México: «Recuerda la cara de la persona más pobre y más débil que hayas visto y pregúntate si el paso que estás considerando dar le será de alguna utilidad»<sup>XV</sup>.

Aprecio la cortesía de su atención. Muchas gracias.

XV. Esta frase es parte del discurso denominado *Un talismán*, que Gandhi escribió y pronunció en agosto de 1947, año en que la India logró su independencia.

## Bibliografía

- Carrillo AM. [Economics, politics, and public health in Porfirian Mexico (1876-1910)]. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002;9 Suppl:67-87.
- Secretaría de Gobernación. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. México: Imprenta de la Patria; 1891.
- Kershenovich Stalnikowit D. [General Health Council]. *Gac Med Mex*. 2012;148(6):598-600.
- Gudiño-Cejudo MR, Magaña-Valladares L, Hernández Ávila M. [The Mexican School of Public Health: its founding and first years: 1922-1945]. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):81-91.
- Fee E. *A History of Education in Public Health*. Oxford: Oxford University Press; 1991.
- Secretaría de Salud. Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Salud Pública. *Diario Oficial de la Federación*, 27 de enero de 1987.
- [Internet] Consultado el 10 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.educaedu.com.mx/salud-publica>
- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. [The health system of Mexico]. *Salud Publica Mex*. 2011;53 Suppl 2:s220-32.
- Chavkin W, Chesler E, eds. *Where Human Rights Begin: Health, Sexuality, and Women in the New Millennium*. Rutgers University; 2005.
- Soberón Acevedo G, comp. *Derecho constitucional a la protección de la salud*. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa; 1983.
- Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México: *Diario Oficial de la Federación*; 15 de mayo de 2003.
- Secretaría de Salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. México: *Diario Oficial de la Federación*; 2004.
- Kumate J, Isabasi A, Llausa A. *Perspectivas en la investigación de las enfermedades infecciosas y parasitarias*. En: Velázquez-Arellano A, ed. *La salud en México y la investigación clínica. Desafíos y oportunidades para el año 2000*. Ciudad de México: Coordinación de la Investigación Científica, Dirección General de Publicaciones, UNAM; 1985.
- De Micheli A, Izaquirre-Ávila R. [On the vaccination before and after Jenner]. *Rev Invest Clin*. 2011;63(1):84-9.
- Valdespino-Gómez JL, García-García ML. [Thirtieth anniversary of the National Measles Vaccination Program in Mexico. The great benefits and potential risks]. *Gac Med Mex*. 2004;140(6):639-41.
- Frenk J, Gómez-Dantés O. *Extending the right to health care and improving child survival in Mexico*. En: Selendy J, ed. *Water and Sanitation Related Diseases and the Environment: Challenges, Interventions and Preventive Measures*. John Wiley & Sons; 2011.
- Hurtado Ochoterenca C, Matías Juan NA. *Historia de la vacunación en México*. *Vac Hoy Rev Mex Puer Pediatr*. 2005;13(74):47-52.
- Santos JI. [Vaccination in Mexico in the context of the "vaccine decades": achievements and challenges]. *Gac Med Mex*. 2014;150(2):180-8.
- Kumate J. *A cien años del descubrimiento de Ross: el paludismo en México*. México: El Colegio Nacional; 1998.
- Sharp PM, Hahn BH. *Origins of HIV and the AIDS Pandemic*. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011;1(1):a006841.
- Soberón G. [AIDS: general characteristics of a public health problem]. *Salud Publica Mex*. 1988;30(4):504-12.
- Fundación México Vivo. *Treinta años del VIH-SIDA: perspectivas desde México*. México: Fundación México Vivo; 2011.
- Larracilla Alegre J. *A 50 años de iniciada la hidratación oral voluntaria en niños con diarreas*. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2011;78(2):85-90.
- Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, et al. *Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach*. *Lancet*. 2006;368(9551):2017-27.
- Esparza-Aguilar M, Bautista-Márquez A, González-Andrade Mdel C, Richardson-López-Collada VL. [Analysis of the mortality due to diarrhea in younger children, before and after the introduction of rotavirus vaccine]. *Salud Publica Mex*. 2009;51(4):285-90.
- Sepúlveda J, Valdespino JL, García-García L. *Cholera in Mexico: The paradoxical benefits of the last pandemic*. *Int J Infect Dis*. 2006;10(1):4-13.
- Secretaría de Salud. *Alerta DGE/2010/18/COLERA/18 agosto 2010 y Alerta DGE/2011/1/COLERA-A 19 abril 2011*.
- Moore SM, Shannon KL, Zelaya CE, Azman AS, Lessler J. *Epidemic risk from cholera introductions into Mexico*. *PLoS Curr*. 2014;6.
- Zipprich J, Winter K, Hacker J, Xia D, Watt J, Harriman L. *Measles outbreak—California, December 2014-February 2015*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(6):153-4.
- México, Gobierno de la República. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2013: Resumen Ejecutivo*. [Internet] Disponible en: <http://200.23.8.225/odm/doctos/ResInf-Mex2013.pdf>
- Tuirán R, Partida V, Mojarro O, Zúñiga E. *Fertility in Mexico: trends and forecasts*. En: *Completing the fertility transition*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2002.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres. *Mujeres y hombres en México 2010*. México: INEGI e INMUJERES; 2013.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. *Omisión e indiferencia: derechos reproductivos en México*. México: GIRE; 2013.
- Mensaje del Dr. Javier Domínguez del Olmo, Oficial Nacional de Programas del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México (UNFPA) en la Conmemoración del Día Nacional para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes. [Internet] Disponible en: [http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA\\_26\\_09-2011.pdf](http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA_26_09-2011.pdf)
- Observatorio Mexicano de Mortalidad Materna. *Indicadores 2012*. [Internet] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202012%20octubre%2029.pdf>
- Sepúlveda J, Tapia-Conyer R, et al. *Diseño y metodología de la Encuesta Nacional de Salud 2000*. *Salud Publica Mex*. 2007;49 Suppl 3.
- Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, González-Urbán L, Sarti E. *Evaluation and Reform of Mexican National Epidemiological Surveillance System*. *Am J Public Health*. 2001;91(11):1758-60.
- Medina Mora ME, coord. *Tabaquismo en México: ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año*. México: El Colegio Nacional; 2010.
- Comité Nacional para la Seguridad en Salud. *Plan Nacional de Protección de la Salud ante el Riesgo de Bioterrorismo*. México: Secretaría de Salud; 2004. [Internet] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Gen-planBioterrorismo.pdf>
- Kuri Morales P, Santos Preciado JI. [Severe acute respiratory syndrome and the organized response in Mexico: are we prepared?] *Salud Publica Mex*. 2003;45(3):157-8.
- Comité Nacional para la Seguridad en Salud. *Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante la Pandemia de Influenza*. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2005.
- Kuri Morales P, Betancourt Cravioto M, Velázquez Monroy O, Álvarez Lucas C, Tapia-Conyer R. [Influenza pandemic: Mexico's response]. *Salud Publica Mex*. 2006;48(1):72-9.
- CONEVAL. *Evaluación estratégica de protección social en México*. CONEVAL; 2013. [Internet] Disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion\\_Estrategica\\_de\\_Proteccion\\_Social\\_en\\_Mexico.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf)
- World Health Organization. *Global Health Expenditure Database*. [Internet] Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database>
- Tapia Conyer R, Motta Murguía ML. *El Derecho a la Protección de Salud Pública*. En: Brena Sesma I, comp. *Salud y derecho*. México: UNAM; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. *Resolución CE152/12 sobre Protección Social en Salud*. [Internet] Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9119:nueva-resolucion-organizacion-panamericana-salud-sobre-proteccion-social-salud-region-america&Itemid=2075&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9119:nueva-resolucion-organizacion-panamericana-salud-sobre-proteccion-social-salud-region-america&Itemid=2075&lang=es)
- Ruiz L, Arredondo O. *Transparencia presupuestaria y rendición de cuentas*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, AC; 2012.
- Auditoría Superior de la Federación. *Informe General de la Cuenta Pública 2013*. [Internet] Disponible en: [http://www.asf.gob.mx/uploads/55\\_Informes\\_de\\_auditoria/Informe\\_General\\_CP\\_2013.pdf](http://www.asf.gob.mx/uploads/55_Informes_de_auditoria/Informe_General_CP_2013.pdf)
- Kuri-Morales PA. [Impact of health transition on services demand]. *Gac Med Mex*. 2011;147(6):451-4.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud*. México, 23 de abril de 2009. [Internet] Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/Generales/REC\\_Gral\\_015.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/Generales/REC_Gral_015.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. *Universal Health Coverage (UHC)*. Fact sheet N° 395. Septiembre de 2014.
- Shortell SM, Casalino LP. *Health Care Reform Requires Accountable Care Systems*. *JAMA*. 2008;300(1):95-7.
- Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. *Primary care and accountable care—two essential elements of delivery-system reform*. *N Engl J Med*. 2009;361(24):2301-3.