

CONFERENCIA MAGISTRAL DE APERTURA DEL AÑO ACADÉMICO DE LA  
ANMM  
“IGNACIO CHÁVEZ”

*Una visión crítica sobre la Salud Pública en México*

Académico Dr. Roberto Tapia Conyer

Dra. Mercedes Juan López, Secretaria de Salud;

Miembros de la Mesa Directiva de la Academia Nacional de Medicina;

Integrantes del Presídium;

Académicos Honorarios;

Expresidentes de la Corporación;

Compañeras y compañeros académicos.

Muy buenas noches a todos.

Agradezco a la Academia y muy especialmente a su Presidente, el Dr. Enrique Graue, la invitación para estar con ustedes en el inicio del año

académico, bajo el amparo de la figura señera del Dr. Ignacio Chávez. Compartiré con ustedes algunas ideas sobre mi visión de la salud pública en nuestro país y lo que la sociedad mexicana debe esperar del futuro de tan relevante política social.

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 guarda 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, es realmente hasta el Porfiriato con la instauración del Consejo Superior de Salubridad y la promulgación del primer Código Sanitario cuando inicia la Salud Pública moderna en México.

Al triunfo revolucionario y su consagración institucional con la expedición de la Constitución de 1917, 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.

En 1922, cuando empezaron a surgir las instituciones que conformarían el nuevo Estado Mexicano, se fundó la Escuela de Salud Pública de México, siendo una de las más antiguas del continente junto a las de Johns Hopkins, Harvard y Sao Paulo. Desde entonces en sus aulas se han formado profesionales que han sido actores en muchos de los logros de esta disciplina en el país.

Actualmente México cuenta con alrededor de 30 escuelas de salud pública, 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 UNAM, de la cual, como muchos miembros de esta Academia, soy orgulloso egresado.

En los años cuarenta 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.

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

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

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

En los últimos años del Siglo XX continuaron las reformas en materia de Salud Pública. En 1996, durante la gestión del Secretario de Salud Dr. Juan Ramón de la Fuente, destacado expresidente de la Academia, se firmó el Acuerdo Integral para la Descentralización de los Servicios de Salud; 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.

En el 2000 se expidió la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y en 2003 se llevó a cabo una reforma financiera a la Ley General de Salud, que encabezó otro académico, el Dr. Julio Frenk, en 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.

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.

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 quince años por enfermedades infecciosas; todavía en 1940 había dos millones de enfermos de paludismo y cinco mil niños morían antes de llegar a los cinco años por sarampión, tosferina, tétanos, difteria y diarreas.

Si bien las acciones de inmunización en nuestro país tienen su origen en 1804, cuando el Dr. Francisco Balmis introdujo la vacuna antivariolosa, fue hasta 1973 que se organizó la vacunación mediante el Programa Nacional de Inmunizaciones.

Y fue en 1991, cuando con el liderazgo y entrega personal del Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate, también expresidente 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 poliomielitis, sarampión, síndrome de rubéola congénita y rabia humana por mordedura de perro, así como el control del tétanos neonatal.

Esto se logró gracias a estrategias proactivas como los Días Nacionales de Vacunación que evolucionaron para convertirse en las Semanas Nacionales de Salud. 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 máspreciado 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. 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.

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. Fue precisamente en la década de los 80 que 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 los 80, cuando la epidemia del VIH empezó a afectar al mundo.

México adoptó medidas urgentes de contención que incluyeron la prohibición del comercio de la sangre y el plasma.

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.

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.

Digna de mencionarse es también la reducción de las enfermedades diarreicas, incluido el cólera:

Desde la década de los 90 la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas ha mostrado un comportamiento descendente. En 1995 la tasa de mortalidad por EDAs en menores de cinco años era de 15.4 por 100 mil. Para 1999 esta tasa había descendido ya a 9 por 100 mil niños menores de 5 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 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.

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. Diez años después, en 2011, se identificó un caso en el estado de Sinaloa y en 2014 se presentó un brote en Hidalgo. 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.

Con las acciones que he descrito se logró reducir la mortalidad en menores de 5 años, permitiendo que nuestro país alcanzara oportunamente la meta fijada en los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

Un componente central en el quehacer de la Salud Pública es la Salud Sexual y Reproductiva.

Como ya comentaba, en los años 70 la libre decisión reproductiva se convirtió en derecho constitucional y se le 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. En 1976, sólo tres de cada diez mujeres en edad fértil unidas regulaban su fecundidad mediante el uso de algún anticonceptivo. En 1987 esta proporción aumentó a cinco de cada diez 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.

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

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. Esta situación ha impactado especialmente a las y los adolescentes. Hoy, como consecuencia de la demanda anticonceptiva insatisfecha, uno de cada cuatro embarazos se da en una menor de edad.

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, 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.

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.

Quiero concluir este recuento histórico recordando lo realizado en materia de bioterrorismo y planes de contención:

Después del ataque a las Torres Gemelas el 11 de septiembre de 2001, el mundo se enfrentó a un nuevo tipo de amenaza: el uso de agentes biológicos con propósitos terroristas. En los Estados Unidos de América 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.

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.

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.

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?

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.

Esa 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 a 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 a 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.

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 PIB, pero no impactó en el gasto de bolsillo, el cual se incrementó prácticamente en la misma proporción que el público.

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

1. 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. 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 y, por lo tanto, toman lo que les den, sin exigir calidad y oportunidad.

2. Se olvidó que cuando se invierten recursos, es necesario aplicar mecanismos estrictos de control financiero y operativo. 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.

3. No se tomó en cuenta que en la actualidad enfrentamos los retos propios de un perfil de riesgos y enfermedad más complejo. 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.

4. Se soslayó la relevancia de una política de recursos humanos acorde con la demanda. Aquí quiero enfatizar la relevancia 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 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 tener los méritos y no sólo los contactos o relaciones.

Hasta aquí algunas de mis impresiones del por qué 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. 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', 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”.

Aprecio la cortesía de su atención. Muchas gracias.