

SIMPOSIO

ATENCION MEDICA Y SALUD PUBLICA

I INTRODUCCION

CARLOS ZAMARRIPA TORRES *

Se harán en esta presentación algunas consideraciones acerca de este importante asunto para todos los sectores sociales y en especial los médicos, que cada día muestra nuevas facetas, y que conviene revisar aunque sea en forma somera.

Es un campo de estudio tan viejo como el hombre, puesto que desde que existe ha estado expuesto a riesgos de la naturaleza que afectan su salud, unos externos y otros surgidos de su propio ser. Para enfrentarse a ellos y reparar los daños que le causan, actúa sólo a veces, pero las más su acción es compartida con sus semejantes. El éxito de esta actuación ha descansado en el caudal de sus conocimientos, en su conciencia sobre el valor de la salud y

en su sentido de solidaridad para ayudar a sus semejantes.

Con el correr del tiempo el cuidado de la salud rebasó la atención individual, para cubrir a la familia y a la comunidad. De aquí la necesidad de aplicar medidas sanitario-asistenciales que sirvan a todos por igual, y de contar con apoyos normativos y recursos humanos, materiales y económicos.

El concepto actual de salud pública es considerarla como la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.

La medicina preventiva y las acciones de promoción de la salud han tenido un impresionante desarrollo. Pero "esta revolución sanitaria", al decir de René Du-

* Académico numerario, Dirección General de Asistencia Médica, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

bos,¹ "que tanto ha hecho por eliminar los males microbianos más comunes, no tiene equivalente que combata las dolencias que aquejan al hombre en la edad adulta y en la senectud".

De aquí que la solución de numerosos problemas de salud se encuentre en el campo de la atención médica, definida por la Organización Mundial de la Salud, como el "conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno, completo y restaurador, y de la observación subsecuente. Además, directa e individualmente, colabora en las acciones de protección y promoción de la salud, dentro de programas sistemáticos, coordinados y coherentes. Así mismo, contribuye a la educación y a la investigación. Todo con recursos dispensados a través de la medicina institucional o privada."^{2, 3}

Más aún, en este medio se ha efectuado buena parte del progreso de la medicina. Numerosos adelantos, sólidos logros y acciones trascendentes han tenido origen en hombres y mujeres, inspirados y laboriosos, que trabajan en hospitales y otros establecimientos médico-asistenciales. Es aquí donde se conjugan el avance científico y tecnológico con el trato humano más íntimo; donde se advierten mejor las influencias socioeconómicas sobre la salud y sus formas de cuidarla. Terreno fértil para la educación de los médicos y otro personal para la salud, así como para la investigación médica y biosocial. Por esto, la atención médica constituye uno de los programas fundamentales de todo plan integrado de salud.⁴

En nuestro país, la atención médica no cubre, por ahora, las necesidades de toda la población. A mediados de 1975 se esti-

maba⁵ que el 31 por ciento estaba protegida por instituciones de seguridad social, 4 por ciento por otras instituciones, 15 por ciento por el sector privado y el 50 por ciento queda a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esta dependencia del Poder Ejecutivo Federal sólo alcanzó a servir en 1975 al 66.66 por ciento de la población que le corresponde.

La falta de recursos, su inadecuada distribución y la multiplicación de instituciones que proporcionan atención médica sin adecuada coordinación y poca colaboración entre ellas, pesan más en los grupos de población con bajos niveles de vida y por esto expuestos a mayores peligros. Además, no toda la asistencia médica que se imparte cumple los requisitos deseables.

Sabemos que existen limitaciones no fáciles de sobrepasar que impiden resolver los problemas en corto tiempo. Más cuando está en juego la salud, el bienestar y la vida misma del hombre, no debe uno pararse a ver pasar la caravana de enfermos resignados, que como dice Vicente Leñero: "cabeza gacha, se aguantan o se violentan en silencio, llenos de amargura".

Hay que encarar la situación y encontrar vías de solución al alcance de nuestras capacidades. Precisa estimular el ánimo de todo mexicano para despertar iniciativas y avivar ingenios, que contribuyan a extender la cobertura de la atención médica en grado satisfactorio.

En este propósito, los médicos y las agrupaciones que forman, más allá de sus finalidades y logros de perfeccionamiento científico, tienen la responsabilidad primaria y moral de participar activamente en la formulación de planes y programas de servicios para la salud.

Entendemos que esta empresa es ardua y de realización paulatina, pero no impo-

sible, si servimos en ella con la fe orgullosa de que se necesita el tributo de nuestro talento y la fuerza de nuestro trabajo.

REFERENCIAS

1. Dubos, R.: *El espejismo de la salud*. Fondo de Cultura Económica (Ed.). México, 1975.
2. Abel Smith, B.: *El precio de los servicios sanitarios*. Cuad. Salud Púb. OMS, No. 17. Ginebra, Suiza, 1964.
3. Of. Sanit. Panam.: *Administración de los servicios de atención médica*. Pub. Científica No. 129. OPS-OMS, Washington, 1966, p. 74.
4. *Plan Nacional de Salud*. Rev. Salud Pública de México. Ep. V. Vol. 16, 1974, p. 887.
5. Pineda, C.: *Los programas de salud rural en México*. Rev. Salud Púb. 1975, p. 411.

II ANTECEDENTES GENERALES DE LA ATENCION MEDICA EN MEXICO

CARLOS VÉJAR LACAVE *

Tradicionalmente la medicina es la actividad que se ocupa de cuidar la salud del hombre. Las definiciones de salud en la Organización Mundial de la Salud, aceptada por todas las instituciones, como bienestar físico, mental y social, son recientes; en el pasado la salud se entendía como ausencia de enfermedad; por eso el médico era definido en sus funciones como aquel que curaba a los enfermos, a pesar de saber que el triunfo definitivo no sería suyo jamás, porque la enfermedad está presente en todo ser humano, siendo un proceso sin explicación. Es maldición o castigo, no lo sabemos, pero permanece desde el principio de la aventura del hombre como acompañante obligado de la Humanidad.

"Somos felices porque somos desgraciados", afirma Anatole France. Nosotros diríamos glosando esta sentencia: "que hay salud porque hay enfermedad". La naturaleza ha dispuesto sabiamente que el hombre se enferme para que aprecie cla-

ramente lo que la salud significa, y la enfermedad no se ha batido en retirada a pesar del avance científico de nuestro tiempo. Sabemos bien que no se podrá nunca extirpar la enfermedad por muchos que sean los logros de la medicina. Nuestros hospitales y nuestras clínicas nunca estarán vacíos, y los médicos y la medicina subsistirán mientras el mundo sea.

Tenemos sin duda triunfos magníficos contra lo que eran azotes inmisericordes de la humanidad, como el cólera y la peste, la sífilis y la tuberculosis. Nos sabemos victoriosos frente a las enfermedades infecciosas, que con mucha frecuencia prevenimos más que curamos. Pero a pesar de todo esto no logramos disminuir el número de solicitantes de atención médica en nuestras instituciones. Queda aún en pie el tenebroso desafío del cáncer, nuestras dolencias cardiovasculares siguen cobrando víctimas; crece el grupo de las neurosis y psicosis, y las ruedas de la civilización también fracturan y matan a un número inconmensurable de politraumatizados, consecuencia del progreso. Por

* Académico titular.

último, también producimos con nuestros medios terapéuticos enfermedades yatrogénicas, a veces obligadamente, otras por descuido.

Si no podemos eliminar la enfermedad, hay que enfrentarla. Esta compañera fiel y constante del hombre nos desafía permanentemente, por eso hemos de ver en esta ojeada histórica de la atención médica, qué es lo que se ha hecho para combatirla. Historia a la vez triste y alegre, porque muestra al lado del dolor, la satisfacción que da el éxito, aunque sea momentáneo, y la contemplación de una tarea noble, que constituye para la humanidad un aliento de esperanza y un consuelo permanente.

La atención médica en la historia

La medicina y la hechicería primero y luego la medicina y la religión estuvieron en los tiempos primitivos prácticamente unidas. La enfermedad se consideraba cosa divina y fue necesario que apareciera Hipócrates para que se impusiera la observación imparcial, que logró importantes conocimientos sobre el mecanismo de la enfermedad, humanizando los procedimientos curativos y logrando establecer bases científicas que explicarían muchos misterios sin recurrir al conjuro religioso. Esto produjo muchos éxitos en la curación y normas útiles en el procedimiento. Desgraciadamente sus enseñanzas se fueron perdiendo, y por muchos años no se pudo liberar la ciencia de la magia, pues era más cómodo atribuir la enfermedad a espíritus malignos, que observar cuidadosamente, evaluar los síntomas, experimentar tratamientos y llegar a conclusiones justas.

La superstición como infraestructura no ha podido ser desterrada; aún a la fecha,

en la plena luminosidad del siglo xx, hay numerosos casos en los que los pacientes reciben algo de magia unida a las drogas; y sorprende encontrar, no sólo en las personas ingenuas e incultas sino en las de más elevada cultura y sabiduría, la creencia de que algunos procedimientos terapéuticos tienen cierta dosis de misterio. La psicoterapia, la sugestión, son ahora obligadas medidas de tratamiento. La antigua confesión es antecedente del psicoanálisis. Se toleran aún los exorcismos y la parapsicología gana cada día más adeptos. Brujos y curanderos no han desaparecido.

Y es que el hombre en cuanto enferma se vuelve niño, y se deja llevar, por convencimiento, por obediencia o por fe, hacia una curación a menudo calificada de milagrosa. Se ve pues que este ingrediente, oculto y sutil, es el hilo de la magia que une nuestra atávica tendencia hacia la superstición, con la constante elevación del progreso contemporáneo.

La medicina precortesiana es bien conocida por su notable adelanto en las ramas médica y quirúrgica. Los conquistadores no querían médicos de España, sentían que los autóctonos eran superiores. Nuestros jardines botánicos de hierbas medicinales, contaban con más de 2 600 plantas, agrupadas por sus propiedades terapéuticas, por su morfología y aun por su belleza. En el Códice Mendocino existen señaladas 460 localidades designadas con nombres de plantas; y también se hace constar en él las diversas propiedades de las raíces, los tallos, las hojas, las flores y los frutos. La botica europea estuvo dominada varios siglos por la botánica de la Nueva España y del resto de América.

La higiene urbana era, por así decirlo, bastante buena entre los aztecas; el México precolombino, al decir de la crónica de

Los conquistadores, era una ciudad limpia con un hombre sano, tal como la describen los hispanos, refiriéndose a las medidas sanitarias usadas por los indígenas, que vienen inclusive ilustradas con dibujos. Vemos ahí que ellos alejaban las inmundicias, para evitar que se contaminara el agua de sus lagos. Hablaban del agua potable y eran meticulosos en la preparación de sus alimentos.

La época de la Colonia trajo a México sus milites, sus frailes y sus sabios. En 1580 se inauguró en la Real y Pontificia Universidad de México, la primera cátedra de medicina. Diez años antes se había impreso la *Opera Medicinalia* del doctor Juan Cárdenas donde se publicaba la primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias.

Los franciscanos, dominicos y las órdenes religiosas femeninas, consagraron sus esfuerzos para la atención de los enfermos, abriendo los primeros hospitales de México. Para fortuna nuestra, todavía el primero, el Hospital de Jesús, sigue activo después de cuatro siglos de fundado. Aunque se había creado el Protomedicato, que otorgaba el título de médico y cuidaba del funcionamiento de lo relacionado a la enfermedad, tal como los medicamentos y las boticas, los egresados sabían a veces más de metafísica y de latín, que de anatomía y fisiología.

Por fin, la medicina obtuvo un triunfo cuando el doctor Luis José Montañón en el Hospital de San Andrés, fundó la primera cátedra de clínica en el año de 1805, y Casimiro Liceaga, Río de la Loza y otros estudiaron en Europa la medicina francesa y alemana, e impulsaron el conocimiento médico. En 1833 el Presidente Gómez Farfías abre el Establecimiento de Ciencias Médicas en el Convento de Belén, con 87

alumnos que resultaron fundadores; antecedente de nuestra Escuela Nacional de Medicina, fundada el 23 de octubre de ese año, lo que constituye ahora la celebración anual del "día del médico".

Poco a poco se habían ido integrando en nuestra ciudad y en nuestra patria, hospitales para pobres y ejercicio médico privado para ricos. Médicos y enfermos tenían ya la relación que demanda no solamente afectividad y paciencia, sino conocimiento, experiencia y atinada interpretación. Poco después vino el avance en la etiología de las enfermedades, cuando el sabio Pasteur, con amplitud insospechada, abrió horizontes al conocimiento de las causas que provocan la enfermedad.

Los descubrimientos microbianos a fines del siglo pasado y al principio del actual, hicieron nacer sabios médicos en todo el orbe. Uno tras otro fueron cayendo en manos de la ciencia médica los problemas y las soluciones, que constituyen la infraestructura en que se asienta la medicina actual. Microscopios, rayos X, laboratorios, procedimientos quirúrgicos, anestesia, enfermería y esterilización, trabajo social y dietología, fueron adicionándose a la medicina puramente clínica del pasado.

Las guerras internacionales, ya en el México independiente, obligaron transitoriamente a enfocar los problemas médicos desde el punto de vista estatal. Se tuvo que atender a los heridos, acondicionar hospitales en conventos y en diversas instituciones, y hacerse cargo después, de la atención médica de los ciudadanos. Estos hospitales eran primitivos en su organización y en ellos había fundamentalmente pacientes, enfermeras y médicos; y también como importante e indispensable auxiliar, una botica, depósito de drogas.

La enseñanza de la medicina seguía avanzando. En los viejos hospitales había siempre, aun sin percibir honorarios, médicos profesores que enseñaban y alumnos que aprendían, y el paciente era el campo de práctica.

La obligación, muchas veces autoimpuesta, de atender a los enfermos pobres con fines caritativos, conservó la importante colaboración de la iniciativa privada, a pesar de que la Reforma, en 1857, hizo desaparecer los bienes del clero, incorporándolos al patrimonio nacional.

Hace poco más de un siglo, en 1847, el Hospital Juárez abre sus puertas, con cierta especialización quirúrgica, para atender a los defensores de nuestro suelo, cuando caían heridos en las goteras de la ciudad de México, durante la invasión extranjera de ese año. El Hospital de San Andrés ya se ocupaba principalmente de los casos médicos, funcionando como hospital general; desaparece, cuando se inaugura en febrero de 1905, el que es ahora nuestro Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el cual fue construido con asesoría extranjera, pero que vino a significar considerable adelanto en la impartición de la medicina asistencial. Después se construye el Manicomio, en Mixcoac, inaugurado en 1910; y otros más.

El gobierno de la Revolución fusionó varias de estas instituciones en la llamada Beneficiencia Pública, que funcionaba bajo el mando de un consejo directivo, un director general, y directores y administradores de cada dependencia. Por otra parte se reglamentó la Beneficiencia Privada, que reunió a todas las fundaciones creadas y sostenidas por particulares.

Los avances científicos que nos hicieron conocer las enfermedades a veces más que

a los enfermos, orientaron los esfuerzos de nuestros antepasados hacia la medicina preventiva. Impulsados por la necesidad de combatir grandes epidemias y males endémicos, crearon una dependencia gubernamental que más tarde fue el Departamento de Salubridad.

La situación actual

La vida es azarosa y el hombre siente urgencia de estar protegido contra los avatares de su destino, entre los cuales ninguno es más importante que la enfermedad, la vejez y la muerte. Cualquiera que sea nuestra misión tiene en común que se cumple a base de sacrificio y de pena, por eso nuestra filosofía debe estar basada en el deseo de ayuda al desvalido, de beneficio al necesitado. El nombre de beneficencia responde a esta concepción.

Pero ya la tendencia en el segundo tercio de este siglo, era en el sentido de no permitir seguir considerando este servicio como medida de beneficencia. La atención del paciente no debía ser producto de la caridad. Un hombre, por el solo hecho de serlo, tiene que ser atendido en sus enfermedades y en sus accidentes, como obligada consecuencia de una solidaridad social, que debe ser independiente de situaciones económicas, credos, razas o filiaciones políticas. La vieja beneficencia se transformó en Secretaría de Asistencia Pública, y a nosotros nos correspondió en parte, propiciar esta transformación.

Esta secretaría, ya como dependencia oficial del gobierno, pudo expandir su red hospitalaria y creó también el servicio de consulta externa para aquellas enfermedades que no demandaran hospitalización. Se hizo cargo de asilos y casas de cuna y tuvo un importante Departamento

de Atención Materno-Infantil. Con objeto de no dar la impresión de caridad, se cobraron cuotas simbólicas de recuperación.

Asistencia y salubridad marcharon paralelas por algún tiempo, organizando cada una sus servicios; la Facultad de Medicina aprovechó estas dos instituciones para la preparación de sus educandos, y tomó como profesores a muchos jefes de servicio en los hospitales del Distrito Federal, pues los tiempos nuevos obligaban a la medicina a extender su campo de acción, tomando contacto íntimo con las otras divisiones de la ciencia. Los rayos X la acercan a la física, el microscopio nos enseña a detectar los cuerpos microbianos; la química nos da sus explicaciones para problemas de inmunología, hormonas y enzimas; la bioquímica está en la base de todos los fenómenos y mecanismos provocados por los órganos durante su funcionamiento.

Los viejos maestros tuvieron que modificar sus programas y darle cabida a la tecnología sin olvidar la clínica. Los más recalcitrantes se vieron vencidos por la variedad y exactitud de procedimientos tecnológicos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Las nuevas generaciones menospreciaron un tanto la vieja propedéutica, y atendieron a los rayos X, electrocardiogramas, gammagramas, electroencefalogramas y tantos procedimientos más, que fueron cambiando lentamente nuestras enseñanzas y nuestros hospitales, para instalar una medicina más moderna pero, por desgracia, en cierto modo deshumanizada. Se atienden a veces más los aparatos e instrumentos, se aplaude la operación brillante, el procedimiento exactísimo de nuestros laboratorios y rayos X, pero menos se contempla al hombre, al

enfermo, que como objeto pasa de gabinete en gabinete, de unas manos a otras manos; manos de médicos a quienes interesa en muchas ocasiones más el padecimiento que el enfermo. Nació pues, bajo el signo de los tiempos, una medicina nueva que tiene como características, además de su ciencia y su técnica, su exactitud; comprobada a veces con ironía y satisfacción, por los patólogos que sabiamente señalan al clínico sus errores.

Al principiar el decenio de los 40, se decidió unificar los instrumentos del Estado encargados de proporcionar la atención médica asistencial y la sanitaria, habiéndose logrado tal propósito en 1943, cuando el Departamento de Salubridad se fusionó con la Secretaría de Asistencia Pública, para integrar así nuestra actual Secretaría de Salubridad y Asistencia, siendo el primer secretario del ramo el doctor Gustavo Baz.

Las ventajas de esta fusión fueron múltiples y la labor de coordinación en las diversas campañas sanitarias y en la promoción de servicios asistenciales pudo mejorarse. El mexicano advirtió cómo fueron erradicándose azotes como la viruela; después, el tifo exantemático y el paludismo, que casi ha desaparecido; las enfermedades venéreas y la tuberculosis que sufrieron fuertes bajas. Virosis tan desoladoras como la polio, se controlan por la vacunación y ahora se prosiguen campañas contra el sarampión, la tos ferina, el tétanos, la difteria y la tifoidea. Todo esto porque la asistencia y la salubridad, hacen crecer en cantidad y en calidad sus servicios al coordinarse. Se practicaron operaciones insospechadas hasta no hace muchos años, como trasplantes y cirugía de corazón abierto y cerebral, se crearon prótesis de diversa índole. En fin, nació esta era dorada de la

medicina que opera corazones con seguridad y con éxito, extirpa pulmones y sustituye arterias, riñones, córneas y otros órganos.

Lo que debe venir

Alberto Einstein ha escrito: "El hombre está aquí por el bien de otros hombres, sobre todo por aquellos de cuya sonrisa y bienestar depende nuestra felicidad, y también por incontables almas desconocidas a cuya suerte estamos ligados por un lazo de simpatía. Muchas veces por día comprendo cómo mi propia vida, exterior o interior, se construye sobre la obra de mis semejantes, muertos o vivos, y cuán empeñosamente debo esforzarme por dar en cambio tanto como he recibido. Mi tranquilidad de espíritu se ve turbada a menudo por la deprimente sensación de que he aprovechado en exceso el trabajo de otros hombres".

Estas palabras definen, en estilo magistral, lo que debe entenderse por solidaridad social. En nuestro medio y en nuestro tiempo, contribuíamos con interés creciente a la debida comprensión de estas premisas y en un trabajo presentado a esta Academia de Medicina, *Individualismo y colectivismo*, hace más de veinte años, afirmamos lo siguiente: "La medicina se ve alcanzada por este nuevo concepto del vivir y necesita por tanto, revisar tradiciones, evadir prejuicios, considerar hechos, multiplicar sus recursos y ensanchar sus posiciones".

Ninguna profesión ha tenido un perfil más individualista que la del médico; obligado al singular coloquio con el paciente, su actividad se desliza habitualmente dentro de la mayor intimidad y lejos del pueblo y de la sociedad misma.

De ahí que el médico resulte permanentemente ser recalcitrante individualista, de ahí que coloque los valores individuales por encima de los valores sociales y sea conservador y reacio para adaptarse a las modernas tendencias socializantes. Pero la proyección del médico hacia los fenómenos sociales cobra cada día mayor fuerza y la atención de los enfermos no es ahora un fenómeno privado e íntimo, sino una obligación y un derecho.

El objeto de la medicina, ya lo hemos dicho, es la persona humana; las medidas derivadas de las tendencias sociales se encaminan a proteger al individuo en su medio ambiente. Lo que se dirige a la colectividad aprovecha al sujeto. El derecho a la salud, al alimento, al vestido, a la habitación y al conocimiento, es inherente a la categoría de hombre; así lo expresa la Organización de Naciones Unidas, ya que para un humano la vida exige un mínimo de dignidad y decoro. A nosotros los médicos, igual que al Estado, nos corresponde hacer realidad la primera de estas premisas: la salud.

En este breve mensaje tendremos que decir que ahora, por fortuna, la salud del mexicano ha recibido importante contribución al crearse los servicios de atención médica en las instituciones de seguridad social. Muchos millones de habitantes están ahora protegidos por toda esta red de servicios, organizados con aportaciones del Gobierno, empresas privadas y los trabajadores.

El panorama de la evolución científico-médica a lo largo de los años, ampliado enormemente en los últimos decenios, no ha logrado, sin embargo, hacer avanzar la atención médica de manera uniforme, coordinada y proporcional a toda la población. Mientras en los grandes hospita-

les de las capitales y centros urbanos de importancia se encuentra todo lo necesario, para aplicar tratamientos a veces muy costosos a pacientes seleccionados más con criterio de investigación que con afanes asistenciales, en el campo hay notoria escasez de recursos para atender la salud del campesino.

Ahora, por primera vez, el esfuerzo conjunto de nuestras autoridades e instituciones encargadas de impartir atención médica logran la formulación de un Plan Nacional de Salud, haciendo posible lo que parecía imposible, dada la inercia y la rutina de una situación que hemos venido arrastrando por siglos. Ahora podemos confiar, y nos empeñamos en lograrlo, que el futuro nos encontrará llevando la antorcha de la salud que pueda iluminar mejor todos los rincones de nuestra patria.

Para terminar esta disertación, diré, que si se tuviera que encerrar en una sola palabra los defectos de nuestra labor asistencial pasada, esta palabra sería "incoor-

dinación". Muchos esfuerzos se han perdido entre los hilos de instituciones que consagran sus tareas al mismo objetivo, bien sea desde las filas del Estado o desde las múltiples de la iniciativa privada, las empresas descentralizadas y los seguros sociales. Por eso es ya justo, absolutamente necesario, que esta incoordinación se termine, que las gentes que manejan estos programas lo entiendan así, y luchen porque en un futuro próximo sea una realidad el Plan Nacional de Salud.

Termina aquí esta intervención que ha tratado de señalar a grandes rasgos la evolución de la asistencia médica en México. Somos nosotros los médicos, el factor principal de ella; por eso pienso que la misión que la vida nos fija es la obsesiva tarea de curar al paciente, de aliviar su dolor; cosa que por lo demás es muy grata, ya que de acuerdo a nuestra filosofía del vivir, nos ayuda y nos alienta, al recordar que quien sabe de dolor lo sabe todo.

III ATENCION MEDICA Y SALUD PUBLICA. ESTADO ACTUAL

JULIO RÍOS GALINDO *

La salud pública es la resultante de un conjunto de procesos que crean y coordinan acciones que conducen no solamente a la restitución de la salud perdida, sino también a prevenir la enfermedad y promover la educación; educación que propicia a la población a identificar sus problemas y conocer el camino adecuado para

resolverlos en beneficio individual y colectivo.

Las acciones de atención médica en nuestro país han ido cambiando de acuerdo con las épocas y etapas que forman nuestra historia. Los cambios socioeconómicos de un país afectan positiva o negativamente la salud de la población.

Definitivamente, la salud del hombre está ligada a la complejidad de los pro-

* Director General de Asistencia Médica. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

blemas socioeconómicos que enmarcan su propia existencia. La organización de servicios de salud debe estar basada en los principios doctrinarios de justicia social. El área de aplicación de dichos servicios es tan amplia y compleja que no es posible localizarla como responsabilidad de un solo sector de la administración pública; debe realizarse como lo que en verdad es, responsabilidad social compartida por organismos oficiales, descentralizados, privados y con la participación activa y permanente de la comunidad.

En nuestro país, la atención médica sanitario-asistencial en la época actual es el resultado de las acciones de organismos que ha sido necesario crear en determinados momentos de nuestro desarrollo y de acuerdo con la realidad vigente. En 1933 se creó la Secretaría de Asistencia cuya fusión posterior con el Departamento de Salubridad dio lugar a la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia, que de acuerdo con su reglamentación, complementaba los servicios de salud que ya otorgaban los estados y territorios a sus respectivas poblaciones.

La creciente insuficiencia de recursos en las entidades federativas y de la propia Secretaría y la duplicidad de acciones, propició que en 1933 principiara la integración de los servicios mediante convenios y se estableciera la coparticipación económica y la centralización técnica.

Fue el nacimiento de los servicios coordinados en salud pública que indudablemente ha acelerado el desarrollo de los programas de prevención de enfermedades transmisibles, de atención médica y la ampliación de la cobertura de acciones sanitario-asistenciales.

Con el inicio del desarrollo industrial e incremento de los sectores de servicios,

llegó la necesidad de otorgar beneficios de seguridad social a grupos de trabajadores asalariados.

Nace así, el Instituto Mexicano del Seguro Social y años después el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, que han ido incorporando a grupos cada vez más numerosos a los que otorgan prestaciones económicas y sociales, pero en las que la atención a la salud es elemento fundamental en sus programas.

En la misma época desarrollaron sus servicios médicos la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina y aparecieron como conquistas sindicales los servicios de atención médica asegurada en los contratos de trabajo de las industrias del petróleo, ferroviaria y de energía eléctrica.

La situación epidemiológica prevalente en el país, determinó proteger a los grupos infantiles y con este fin se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, actualmente Instituto Nacional para la Infancia y la Familia, y en fecha reciente la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.

Para complementar los beneficios de la salud pública a regiones marginadas, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional Indigenista, el Programa de Desarrollo de las Zonas Áridas y otros programas regionales, organizaron sus misiones culturales.

Se han ido formando de acuerdo con los requerimientos y con las épocas, una diversidad de organismos integrantes del sector salud que han provocado multiplicidad de funciones, interferencia en las áreas de trabajo y dispendio de recursos.

Con el fin de intercambiar experiencias y facilitar el establecimiento de nor-

mas y criterios uniformes, respetando los objetivos y funciones de cada institución y sus estructuras jurídica y administrativa, se creó por decreto presidencial en el año de 1965 la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, que quedó integrada por representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Era necesario también establecer el marco jurídico que expresara las bases legales para desarrollar las acciones de salud pública en el país. Se elaboró para este fin el nuevo Código Sanitario que está vigente desde el año de 1973. Marca, en su contenido, las responsabilidades del sector público, del sector privado y de la población frente a los problemas de salud. En ese ordenamiento se plantean las atribuciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en lo que se refiere a actividades relativas a la prevención, restauración y mejoramiento de la salud y la colocan como organismo promotor, normativo y ejecutor en el campo sanitario-asistencial.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en la última revisión de su Ley Constitutiva, estableció las disposiciones necesarias para incorporar a grupos de población económicamente débiles y otorgarles servicios médicos mínimos en base a un programa de solidaridad social que es verdadero ejemplo de proyección a la comunidad.

La infraestructura con la que cuenta nuestro país para cumplir con la responsabilidad de cuidar de la salud del mexicano enfermo y del mexicano sano está integrada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del

Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado como organismos fundamentales, así como los de otras secretarías de Estado, organismos descentralizados, privados y con la participación activa de la comunidad.

Todos estos recursos de cuantiosas inversiones iniciales y de operación subsecuente requerían para su mejor coordinación y aprovechamiento de un instrumento normativo general que propusiera una doctrina de servicio social permanente de instituciones, de grupos y de personas, para la aplicación de programas en todas las áreas relacionadas con la salud.

Por ello, surgió el Plan Nacional de Salud, concebido para el decenio que termina en 1983.

Representa la expresión de la política del Gobierno Federal, de los Gobiernos de los Estados, de las instituciones descentralizadas, de los sectores sociales y del pueblo en general para orientar y promover el mejoramiento del ambiente, para preservar y restaurar la salud, para mejorar la nutrición y ampliar los beneficios de la asistencia médica y seguridad social.

Dicho Plan consta de 20 programas:

1. Servicio social voluntario en el desarrollo de la comunidad.
2. Higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente.
3. Educación para la salud.
4. Nutrición.
5. Salud materno-infantil y planificación familiar.
6. Salud bucal.
7. Salud mental.
8. Salud ocupacional.
9. Higiene del deporte y la recreación.

10. Producción de biológicos y control de medicamentos.
11. Prevención y control de las enfermedades transmisibles.
12. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
13. Prevención de accidentes.
14. Asistencia médica.
15. Rehabilitación.
16. Asistencia social.
17. Seguridad social.
18. Investigación.
19. Formación y desarrollo de recursos humanos para la salud.
20. Servicio social de estudiantes y profesionales de las disciplinas para la salud.

Es un documento que norma la coordinación de todos los sectores para la resolución de los problemas de salud en nuestro país, de conformidad con las metas propuestas en él y que tiene la flexibilidad suficiente para poder efectuar cambios en la medida que transcurra el tiempo y se presenten nuevas circunstancias en el panorama de la salud pública.

En lo que se refiere a atención médica el programa correspondiente enfatiza la necesidad de ampliar la cobertura y eficiencia de la atención médica a través de los cinco niveles que señala y que van desde la atención mínima por personal auxiliar hasta la atención especializada de alto nivel en los institutos nacionales.

Otra meta fundamental es la creación del sistema federal de hospitales integrado por los hospitales civiles y hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los que se construyan para totalizar 25 000 camas.

Crear el sistema nacional de hospitales es otra de sus metas. Este sistema estará

integrado por el sistema federal, los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado. Colateralmente, construir el número suficiente de casas de salud como unidades mínimas de atención sanitario-asistencial en zonas rurales y suburbanas.

Señalo estas metas, en forma especial, por su importancia para el logro de una cobertura más amplia y más eficaz de atención médica con la jerarquización de servicios que permita la coordinación adecuada aprovechando para tal fin las capacidades instaladas de las tres principales instituciones.

En el mes de septiembre del año próximo pasado se celebró la IV Reunión Nacional de Salud Pública que tuvo como objetivo fundamental el análisis cuantitativo y cualitativo de los programas de salud en desarrollo, los ajustes a los que han estado sujetos y la sugerencia de las alternativas de acción que habrán de impulsarlos.

En la evaluación que se hizo del programa de asistencia médica y en lo que se refiere a cobertura, se expusieron cifras que revelan en forma importante el incremento de ella durante el lapso comprendido entre 1974 y 1975.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia atendió en 1974 el 58.96 por ciento de la población bajo su ámbito y en 1975 el 66.66 por ciento. Aumento real y muy significativo si se toma en cuenta el alto índice de crecimiento demográfico en nuestro país. Esta acción se ha dirigido fundamentalmente hacia el medio rural.

El Instituto Mexicano del Seguro Social aumentó el número de derechohabientes y beneficiarios durante el mismo lapso de

14 778 040 a 15 883 000. Para fines de este año serán 17 millones de personas protegidas por el régimen, más cerca de tres millones cubiertos por el programa de solidaridad social.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado tenía en 1973 2 088 824 derechohabientes y a la fecha cuenta con 3 008 777.

Por lo que se refiere al sistema federal de hospitales, meta que le corresponde exclusivamente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre 1974 y 1975 se han incorporado a este sistema 11 hospitales con un total de 1 196 camas. Para este año se aumentarán 15 hospitales con 1 951 camas y se espera, para fines del presente, alcanzar la cifra de 21 000 camas de hospital en este sistema.

Otra de las metas ya logradas de este programa fue la organización de un sistema cuyo fin es la donación voluntaria de sangre.

La calidad de la atención médica ha sido también motivo de permanente preocupación. Las tres instituciones han incrementado en forma muy importante la educación médica de postgrado, preparación y capacitación de personal de enfermería, técnicos y auxiliares diversos, subdirectores administrativos, administradores de unidades médicas, jefes de departamento y oficina, estadígrafos, así como personal administrativo de otras categorías y trabajadores de los servicios generales.

Se inició también la preparación de médicos comunitarios que laboren en el medio rural en zonas específicas, en las que atenderá cada uno en promedio 3 000 habitantes. La meta señalada para esta acción ha tenido que ajustarse por insuficiencia de recursos económicos.

Permítanme para finalizar, hacer un breve comentario. Si bien es cierto que se han logrado cubrir algunas metas en forma total y otras en forma parcial en lo que se refiere al programa de asistencia médica, es necesario insistir en el hecho de que ya nuestro país cuenta con un documento de valor extraordinario como lo es el Plan Nacional de Salud, que debe ser nuestra plataforma para continuar en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud de México y que se necesita que todos los sectores de la población participen con profundo sentido de solidaridad social, para hacer llegar a los más pequeños núcleos de población, las acciones sanitario-asistenciales y fundamentalmente para crear conciencia de salud, para lograr un cambio en la conducta y en los hábitos que conduzcan a un mejor estado físico, mental y social de los mexicanos. Puede considerarse esto como una frase demagógica, quizás como una utopía; pero sentimos honestamente que esta meta es realizable al existir en todos y cada uno de los mexicanos que en alguna forma laboran dentro o están relacionados con el sector salud, un auténtico sentido de servicio social y colaboren con sus conocimientos, con su técnica y con filosofía humanística.

Es por ello, que sin dejar de reconocer que los problemas de Salud Pública están estrechamente ligados a los problemas socioeconómicos del país, el profesional de la medicina desde su preparación en las aulas hasta en el ejercicio de sus labores diarias, debe estar plenamente convencido de que su objetivo no es exclusivamente el hacer diagnósticos brillantes y establecer terapéuticas eficaces, sino intervenir también, como elemento indispensable, para ayudar a encontrar la solución de los problemas de salud de nuestro país.

Debe haber mayor comunicación entre los grupos médicos organizados y las instituciones de salud. Urge en México una mayor coordinación para aprovechar, en

beneficio de la población, en forma conjunta, los esfuerzos de quienes por sus conocimientos y experiencia pueden señalar mejores caminos.

IV PROYECCIONES DE LA ATENCION MEDICA

CARLOS ZAMARRIPA TORRES

Es natural que se tropiece con riesgos de imprecisión cuando pretendemos apuntar qué sesgo tomarán mañana las cosas que vivimos hoy. Peligro que aumenta al referirnos a la atención médica, porque su evolución se modula por múltiples influencias que se ejercen sobre ella.

Sin embargo, siempre será preferible prever que marchar a tientas. Sobre todo si ahora disponemos, por primera vez en nuestra historia sanitaria, de un Plan Nacional de Salud, con metas señaladas hasta el año de 1983. Con este marco técnico se favorece la posibilidad de materializar viejas aspiraciones y nuevas ideas, para extender la cobertura de la atención médica integral a núcleos de población que no la reciben.

Pero el camino a seguir es desigual y sinuoso, como pudo advertirse al analizar el desarrollo que han tenido los principales programas del Plan Nacional de Salud, durante los dos primeros años de su aplicación, en la IV Reunión Nacional de Salud Pública,¹ que tuvo lugar en septiembre de 1975. No todas las metas se alcanzaron, tuvieron que hacerse ajustes y faltaron algunos apoyos. Esto no sorprende, porque cualquier proyecto amerita reajustes cuando se implanta; empero,

inclina el ánimo a suponer que, en el futuro, ante posibles cambios políticos sociales, inherentes al desenvolvimiento general de nuestro país, habrá nuevas adecuaciones y, tal vez, cambios de mayor hondura.

Desde luego reconocemos que la atención médica tiene aún deficiencias en su expresión multifacética, no obstante sus adelantos y los beneficios palpables para algunos sectores de la comunidad.

Faltan recursos humanos, materiales y económicos. Aunque no existe información estadística precisa al respecto, podemos hacer algunas consideraciones interesantes, con datos que dan idea de esas carencias, por ejemplo: si aceptamos en forma tentativa que existen 45 000 médicos² para 60 millones de habitantes al iniciarse el año 1976, obtenemos una proporción de un médico por cada 1 500 habitantes, o un promedio de 6.6 médicos por 10 000.

Una recomendación del Plan Decenal de Salud para las Américas,³ periodo 1971-1980, es alcanzar un promedio de 8 médicos por 10 000 habitantes y mejorar su distribución geográfica e institucional. Es decir, el déficit actual de médicos es de 3 000 facultativos. Además, para

satisfacer las necesidades de nuestra población se requerirán cada año entre 1 600 y 2 400 profesionales más.

Las tendencias actuales en la formación de médicos parecen que, en números globales, podrán cubrir los requerimientos señalados para 1983. Menos fácil será hacer una equilibrada distribución de ellos en el territorio nacional y en las instituciones donde son necesarios. Actualmente las instituciones de asistencia, que deben atender al 50 por ciento de la población, disponen sólo del 21.5 por ciento de los médicos; las instituciones de seguridad social que cubren el 31 por ciento de la población, cuentan con el 51.4 por ciento de los médicos.⁴ Más aún, los médicos se concentran en las grandes ciudades, porque las determinantes generales de la distribución de todos los profesionales, son las fuerzas y las corrientes demográficas, económicas y sociales.

Es por eso que la solución a estos problemas necesita estudios cuidadosos, nuevos enfoques y una planificación formulada con la participación de los Consejos Estatales de Salud Pública, los Comités Municipales y los locales, en estrecha coordinación con otros sectores que intervienen en el desarrollo económico y social regional. Tal vez este proceder sea más fructífero que la introducción temporal y forzada de profesionales en núcleos de población pequeños, dispersos y de escasos recursos.

Así mismo, tendrá que encararse con nueva visión la enseñanza de la medicina y disciplinas paramédicas. Motivar temprano a los estudiantes para que conozcan las necesidades de atención médica de la población, para que actúen dentro de las modalidades nuevas de sus servicios, así como para abatir las tendencias predomi-

nantemente lucrativas, o las de mantener modelos inapropiados para nuestros requerimientos y posibilidades.

Hace poco el doctor Silvestre Frenk,⁵ Presidente de esta Academia Nacional de Medicina, en declaraciones a la prensa, dijo que "la mayoría de los futuros médicos está llamada a cubrir necesidades de la medicina comunitaria y de primer contacto con la población, para hacer llegar los recursos de la ciencia a las clases desprotegidas, aisladas o dispersas en el territorio nacional".

Ya se intentan nuevas formas de acción en tal sentido, como las que realizan las Universidades de Tamaulipas y Guadalajara, como la proyección a la comunidad del Instituto Politécnico Nacional y la formación de médicos generales, comunitarios o familiares, que llevan a buen término la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Labor docente que abarca la formación en igual sentido de enfermeras, dietistas, trabajadores sociales, farmacéuticos, archivistas clínicos, administradores calificados en diversas ramas, contadores y auditores, ingenieros de mantenimiento, esa rica gama de técnicos y tantos más que encuentran empleo dentro de la atención médica.

También hay un descubierto en recursos materiales. Tomemos como ejemplo las camas de hospital. Se dice que existen 100 000 camas para 60 millones de habitantes. La proporción que resulta es de 1.66 camas por millar de personas, considerada como peligrosamente baja. Situación que se agrava porque esas cifras incluyen todo tipo de cama de hospital: de estancia corta o prolongada, generales o de especialidades; públicas, de seguridad social y privadas. Más aún, se estima que

aproximadamente la tercera parte de esas camas, no satisfacen los requisitos mínimos que la técnica hospitalaria moderna exige para considerarlas aceptables: unas porque son prácticamente camas de tránsito, en pequeño número, seis a doce, sin apoyo profesional suficiente, carentes de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y con servicios paramédicos de baja calidad; otras por el deterioro que han sufrido a través del tiempo y sin mantenimiento adecuado; algunas por pobreza económica para su utilización apropiada y las hay que desde su origen tienen defectos.

Si aceptamos como mínimo razonable dos camas de hospital general por cada millar de habitantes, para 60 millones deberían existir 120 000 camas, en lugar de las 100 000 que se mencionan. Además, si continúa creciendo la población con la tasa actual, tendrán que habilitarse cada año de 4 000 a 5 000 camas, sobre las anotadas anteriormente. Para lograr eso habría que hacer fuertes inversiones de capital. Si el costo actual para construir y dotar de equipo un hospital, representa 450 000 pesos de hoy por cama, las 20 000 que faltan requerirían 9 000 millones de pesos, y las 4 000 ó 5 000 que cubrirían el aumento de la población, harían necesario erogar de 1 800 a 2 250 millones de pesos cada año.

Aún más inquietante se entrevé el futuro, porque sabemos que son indispensables gastos para rehabilitar la capacidad instalada y por encima de todo para que funcionen de manera aceptable. Se estima en general, que el costo de operación anual de un hospital significa la tercera parte de la inversión hecha en construirlo y equiparlo. Gasto permanente y necesario, que sube las cifras a muchos miles de

millones de pesos anuales. Pueden agregarse, aun sin números, las inversiones para construir, equipar y mantener en servicio otros tipos de unidades de atención médica, como las casas de salud, los centros de salud, locales de consulta externa, unidades móviles y otros.

De manera parecida la disponibilidad de los recursos económicos muestra tendencias no favorables. Los costos de la atención médica crecen al influjo de diversos factores, como el avance de la ciencia y la tecnología, el costo general de la vida y los cambios político sociales de un país en pleno desarrollo. Los índices de precios van en ascenso; para 1976 se estima que aumentarán del 14 al 15 por ciento, con relación a los de 1975, según declaraciones recientes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Se elevan los emolumentos al personal y el monto de las becas de pre y postgrado; se duplican servicios y algunos establecimientos tienen pobres asignaciones presupuestales que los hacen carecer de lo estricto.

Aunque no es consuelo, conviene apuntar que estas condiciones no son privativas de México. Algo pasa en todo el mundo que compromete la atención médica, por ejemplo: los hospitales municipales de la ciudad de Nueva York, en los Estados Unidos de América, atraviesan por una crisis económica seria,⁶ en virtud de que el gobierno local no puede cubrir los gastos de su operación regular. Los salarios del personal aumentan entre el 10 y el 20 por ciento anual, los artículos de consumo habitual suben de precio a razón del 12 por ciento cada año, según registros de 1974-1975. Problemas similares, en otros lugares, han obligado a cerrar hospitales, como el St. James Hospital, de Butte, Montana, que lo estuvo durante

cuatro semanas entre agosto y septiembre de 1975, el Chicago's Cook County Hospital, que sirve 4.5 millones de habitantes del condado, con 1 500 camas, cerró temporalmente su consulta externa y abatió su ocupación hasta el 44 por ciento de su ocupación normal.

Inclusive organizaciones de proyección mundial como la Cruz Roja Internacional⁷ tienen trastornos por falta de fondos y pobre planificación, según el estudio ordenado por el Comité Internacional y la Liga de Sociedades de Cruz Roja.

La gravedad de los problemas económicos repercute directamente en la calidad y eficacia de la atención médica, causando sufrimientos y muertes en la población, sufrimientos y muertes que es precisamente lo que aspiramos a evitar. Más aún, la falta de recursos incide en la vida profesional de los médicos y otros trabajadores de la salud y es obstáculo serio para su formación y desarrollo.

Bien dice H. E. Sigerist⁸ que "el mejor esquema económico anula su propósito si sólo suministra fondos para un pobre tipo de servicios. . . y que todo plan debe tener en cuenta las realidades básicas económicas de la medicina".

No se puede permanecer indiferente ante lo que costará alcanzar las metas del Programa Nacional de Asistencia Médica en los años por venir. Estimaciones con cifras de 1973 indicaron que en ese año los recursos económicos totales para la asistencia médica en nuestro país fueron 21 015 millones de pesos, que representaban el 3.7 por ciento del producto interno bruto. El incremento de esos recursos económicos se estimó que podría alcanzar el 4.3 por ciento del producto interno bruto para el año 1976, si éste mantenía el aumento anual de 8.9 por ciento registrado

entre 1962 y 1972. Esta proporción es conservadora y apropiada a nuestra realidad. Otros países la tienen más alta, por ejemplo: en los Estados Unidos de América se destinó para atención médica el 6.7 por ciento de su producto nacional bruto en 1969,⁹ relación que en 1975 alcanzó el 8.3 por ciento.¹⁰ Los incrementos de recursos para 1977-1983, no pueden estimarse por el momento, dadas las variantes imprevisibles que afectan los costos.

Obtener fondos para la asistencia médica no es fácil, ni existe por ahora organismo alguno que por sí solo pueda costearlo. Tendremos que poner en juego fuentes de financiamiento multilaterales. Pueden mencionarse las del sector federal, de instituciones de seguridad social y otras descentralizadas; organismos semiprivados, privados y de beneficencia; instituciones de enseñanza superior, aportación de los profesionales del ejercicio privado de la medicina y actividades conexas y, naturalmente, la comunidad en general en todos sus sectores.

Es tan importante el monto de los recursos materiales necesarios para proporcionar atención médica integral y aumentar progresivamente su cobertura y eficacia, que justifica pensar en reformas administrativas. Reformas que contemplan la conveniencia de un órgano rector de los procesos generales, que dicte normas de unificación y coordinación efectivas, vigilante del resultado de las medidas adaptadas y facultado para tomar decisiones de proyección nacional.

Según los preceptos legales vigentes, entre los que pueden mencionarse la Ley de Secretarías de Estado, el Código Sanitario, el Reglamento para Servicios de Salud en Materia de Atención Médica y

otras, corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia tomar ese papel rector. Pero dadas las circunstancias actuales derivadas del Plan Nacional de Salud y del desarrollo del país, su estructura y funciones tendrán que adecuarse a las condiciones prevalentes.

Los trabajos de revisión administrativa tienen que encargarse a personal técnico calificado en materia sanitario-asistencial, que gane tiempo, aumente los rendimientos y reduzca los costos con el mínimo esfuerzo. Todo desperdicio de cualquier naturaleza puede resultar, como apunta D. G. Khatkhate¹¹ "desastroso para un país que, como el nuestro, se enfrenta al crecimiento de la población y de sus esperanzas".

Entre los ajustes técnico administrativos tendrá que lograrse una más coherente distribución regional de los servicios, con participación de todas las instituciones, y bajo el sistema de atención escalonada y progresiva de los pacientes. En esta planificación tienen un importante papel los Consejos de Salud Estatales y los Comités Municipales y Locales.

Para este propósito, una alternativa viable es desbordar los tradicionales niveles de la atención médica y adoptar los cinco propuestos en el Programa Nacional de Asistencia Médica.¹² Con ellos, bien enlazados y apoyándose unos a otros, podrá facilitarse la penetración gradual de la atención médica a las 91 178 localidades con menos de 1 000 habitantes, donde viven el 28 por ciento de la población, es decir, cerca de 17 millones de mexicanos, que tienen derecho a la atención médica.

Para lograr ese objetivo tendrán que recibir mayor impulso las acciones del primer nivel y la formación del personal no profesional que las realice como son

los auxiliares paramédicos, empíricos adiestrados formalmente, promotores voluntarios de la comunidad e impulsar así mismo la motivación de los dirigentes políticos y sociales para que colabore, con toda su capacidad y relaciones, en la implementación de este sistema sanitario-asistencial.

Otro paso necesario será intensificar la atención ambulatoria general, con médicos bien preparados y con sensibilidad para actuar cerca de las comunidades rurales o suburbanas. Bien sea el médico comunitario que ya trabaja en centros de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el médico familiar de las instituciones de seguridad social, o el médico general de otras organizaciones.

Resulta obvio que los servicios incluidos en los demás niveles tienen que recibir el impulso y proyección que merecen, porque todos se necesitan unos a otros, en la cadena de interdependencia que forman. Deben combinarse entre sí, porque son misión de la gran tarea de ampliar la cobertura de la atención médica integral y eficiente a toda la población, con preferencia inmediata a la rural.

Fortalecer esa estructura funcional que puede llevar atención médica a cerca de 17 millones de personas que la necesitan, no es lo ideal en teoría, pero sí lo que está en nuestra capacidad y dentro de las posibilidades concretas del país para dar algo positivo y, en verdad, mucho más que permanecer desalentados o indiferentes.

Política de atención médica recomendada, además, en varias reuniones internacionales de Salud Pública como la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Santiago de Chile el año de 1972.

Algunos países que han organizado sus servicios de atención médica, rompiendo los modelos tradicionales, nos dan la pauta de que esto es posible. Uno de ellos es Australia, según relato del doctor J. A. Fernández Sauri y Emmanuel Velázquez,¹³ quienes aseguran "que gracias a la gran coordinación que existe entre el gobierno y las instituciones privadas y descentralizadas, utilizan al máximo sus recursos, evitan desperdicios y dan servicio en una extensa zona territorial".

Sistema de atención médica organizado con una red de unidades cuyo eje es el Departamento Central de Salud Pública, con funciones normativas, de supervisión y control. Se despliega hacia la periferia por medio de unidades regionales de las que dependen las misiones, los puestos agregados, los centros de salud y los puestos de auxilio. Estos tres últimos atendidos por personal subprofesional asistente, auxiliares médicos o trabajadores simplemente adiestrados en actividades menores de medicina preventiva, curaciones y promoción de la salud. Este sistema se coordina y se intercomunica por radio, por teléfono, por vía terrestre y por aire con el *Royal Flying Doctor Service*.

Otro ejemplo es la República Popular China, donde según el doctor C. Campillo Sáinz y col.¹⁴ "han logrado grandes y rápidos avances en el campo de la salud, con modalidades de la asistencia médica que se ajustan a las necesidades y recursos que tienen, con gran sentido realista". Además, dice Jerry L. Petit,¹⁵ del Congreso de los Estados Unidos de América, que "la clave de la salud pública, los elementos esenciales, son los sencillos, no sofisticados, trabajadores paramédicos llamados médicos descalzos y los higienistas, que se pueden encontrar por todo el país,

actuando en una comunidad organizada, con un programa integrado de salud y con la participación entusiasta y coordinada de los organismos oficiales y la comunidad".

Otra muestra de que compartir beneficia, nos la da la decisión de ocho hospitales de Hartford, Conn., E.U.A.,¹⁶ que en 1974 resolvieron intercambiar personal, equipo especializado y procedimientos de trabajo, formando un órgano coordinador: el *Capital Area Health Consortium*. Con ello han mejorado la eficiencia de sus servicios, aprovechan mejor los recursos y reducen los costos.

Todo trabajo de planificación local, regional o nacional, requiere información estadística completa, veraz y comparable. Antes de actuar, o casi simultáneamente según la urgencia de los proyectos, hay que hacer acopio de datos, analizarlos metódicamente y aprovecharlos como elemento de juicio para tomar las decisiones más apropiadas.

Por ahora la estadística de la atención médica es sectorial, no obstante el esfuerzo de concentrarla que hace la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio; no se difunde y algunas instituciones emplean sistemas primitivos, pobres y expuestos a múltiples errores, que hacen que resulten poco provechosas.

Una proyección inmediata, de realización urgente será modernizar los sistemas de información con equipos mecanizados o electrónicos, contar con instalaciones adecuadas y personal especializado en programación, diseño, estudios de viabilidad, y otros. Organizar con razonable uniformidad los sistemas de estadística institucionales y ampliar la responsabilidad y autoridad del órgano de dominio nacional que se determine.

En otro sentido, la atención médica es un terreno fértil para trabajos de investigaciones clínica, de salud pública y socio-médica. En la Reunión Nacional de Ciencia y Tecnología,¹⁷ cuando se habló sobre la investigación médica, pudo señalarse la urgencia de "definir la estrategia de la acción, dando impulso a programas asociados de investigación, bajo la responsabilidad conjunta de las instituciones de enseñanza superior (universidades, tecnológicos, etc.), y los organismos responsables de los programas de atención médica".

Como puede apreciarse, el camino a recorrer es complicado y presenta pequeñas y grandes barreras. Para superar los estorbos y las dificultades precisa la participación de todos los mexicanos, sin distinción alguna y como voluntarios en esta tarea de salud que satisface a la vez una imperiosa necesidad humana y un requisito fundamental para dar viveza y eficacia al desarrollo nacional.

Generalmente, cuando se habla de voluntarios en el campo de la atención médica, viene a la mente la imagen de los grupos auxiliares de los hospitales o de aquellas personas motivadas y adiestradas para realizar acciones mínimas sanitario-asistenciales. Todas, sin duda, de gran utilidad.

Sin embargo, consideramos que, de ahora en adelante, el concepto de voluntarios de la atención médica tendrá que ser más amplio. Si el cuidado de la salud es una responsabilidad humana y social común a todo ser humano, tendrán que participar en esta empresa todos los sectores de la comunidad. Unos con trabajo personal, otros con sus conocimientos técnicos y profesionales, algunos con aportaciones económicas o como donadores de

órganos para trasplantes, pero todos con algo que nazca de su espontánea voluntad y no de la obligación de cumplir con preceptos legales.

Prueban la posibilidad de lograr esa aportación los donativos personales o de organizaciones nacionales y extranjeras, para mejorar hospitales privados y oficiales, e institutos de investigación.

En materia de salud todos tenemos comunidad e interdependencia de intereses, sentimientos y aspiraciones. Pero los médicos y sus agrupaciones son, por herencia y tradición, los que encabezan toda empresa en bien de la salud.

Ahora, frente a las necesidades sanitarias ingentes de nuestra población, habrá que desbordar más los límites científicos de la medicina, ir a la comunidad, al campo, a la escuela y al taller; conocer los requerimientos de atención médica de todos los sectores sociales y poner a su servicio los conocimientos técnicos de una medicina aplicada con sentido humano.

Recae sobre los médicos mexicanos la responsabilidad de forjar nuestro desarrollo médico social. Esta obligación no puede ni transferirse a otros profesionales, ni sustraerse a ella. Nadie puede lograrla con mayor precisión y sentido de realidad por su cuenta. La tarea es suya.

Será indispensable que las agrupaciones médicas participen con mayor amplitud y profundidad en la realización del Plan Nacional de Salud. No sólo por las aportaciones científicas y sus juicios de alto valor para la medicina, sino porque son elementos de extraordinario valor para motivar a sus asociados, al médico en general, a otros sectores de la comunidad y al gobierno mismo, para que participen con más decidida y permanente actitud de colaboración.

Desde hace tiempo se ha podido advertir que la ineficacia de algunos programas y servicios en materia de atención médica se debe a lo que algunos llaman "debilidad legal"; porque falta legislación actualizada y existen disposiciones que no se cumplen de manera efectiva y completa, por ejemplo: por decreto del Ejecutivo Federal, del 9 de marzo de 1954, se creó la Comisión Nacional de Hospitales, que obliga a todos quienes planeen la construcción, la ampliación o la renovación de un hospital a someter sus planos a la aprobación de esa Comisión, no permitiéndose proceder a la obra sin el cumplimiento de este requisito previo. Desde entonces, sólo durante algún tiempo algunas instituciones y personas cumplieron con este decreto. Hace algunos años prácticamente no funciona esa Comisión, al parecer sin haberse derogado el decreto correspondiente.

El Plan Nacional de Salud, con los cambios que se le hagan, necesitará el apoyo de una legislación clara, definida y adecuada a las necesidades de la población y a los recursos realmente disponibles, que fundamenten y apoyen el desarrollo de la atención médica en todo el territorio nacional.

En la búsqueda de soluciones nacionales habrá que acrecentar el espíritu de solidaridad mexicana, disminuir posturas personalistas y preocuparnos por el interés general. Si no podemos llegar a la unificación inmediata, por lo menos dispongamos el ánimo y hagamos efectiva una estrecha coordinación. Coordinación que tendrá que ir más allá del terreno estricto y tradicional médico, mediante obligado

enlace con otras actividades profesionales y aprovechar casi todas las disciplinas que ejerce el hombre, dentro de un marco de ética depurada y elevado sentido humano.

REFERENCIAS

1. IV Reunión Nacional de Salud: *Relato general*. Versión mimeográfica. México, Sept. 1975.
2. Campillo Sáinz, C.; Alvarez-Tostado, J. y González, C.: *La situación de la salud en el país y sus tendencias*. Pub. Subsecretaría de Asistencia. S.S.A. México, 1975, p. 48.
3. Organización Panamericana de la Salud: *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Of. Sanit. Panam.-OMS. Doc. Of. No. 118, enero 1973.
4. *Ibid.* No. 2. Campillo Sáinz, C., p. 51.
5. Frenk, S.: *Aun los países ricos tendrán que recurrir a la medicina socializada*. Versión Diario Excélsior. Sáb. 14 Feb. 1976, p. 23-A.
6. American Medical News: *New York hospitals face fiscal crisis*. J.A.M.A. p. 1, 29 Sept. 1975.
7. American Medical News: *Troubles in International Red Cross*. Am. Med. As. p. 2, 20 Oct. 1975.
8. Sigerist, H. E.: *An introduction to economics in medicine. Sociology of medicine*. MD. Pub. Inc. Nueva York, 1960, p. 55.
9. Kissick, W. L.: *Health policy directions for the 1970's*. The New Engl. Jour. of Med. 282: 1343, 1970.
10. American Medical News: *Medicine's week*. National. Am. Med. As. p. 2, Dic. 1975.
11. Khatkhate, D. G.: *La deficiente preparación de dirigentes frena el desarrollo económico*. Rev. USEM. No. 30, marzo 1975, p. 24.
12. Plan Nacional de Salud: *Programa Nacional de Asistencia Médica*. Pub. S.S.A. México, 1974.
13. Fernández-Sauri, J. A. y Velázquez, E.: *Servicio médico rural. Informe de un viaje a Australia, Papua y Nueva Guinea*. Doc. trab. México, 1970, p. 1.
14. Campillo Sáinz, C. y col.: *Misión médica social a la República Popular China*. Pub. Subsecretaría de Asistencia, S.S.A. México, 1972.
15. Petit, J. L.: *Health problems: American and Chinese perspectives*. Bull. Am. Coll. of Surg. 58, No. 12, 1973, p. 20.
16. Steel, M.: *Hospitals sharing program, includes interchangeable privileges for MDS*. Am. Med. News AMA. p. 11, 20 Oct. 1975.
17. Reunión Nacional de Ciencia y Tecnología: *La investigación médica*. Versión Diario Novedades. 31 Dic. 1975, p. 8.

V CONCLUSIONES

CARLOS ZAMARRIPA TORRES

Para terminar estas exposiciones sobre la atención médica, su importancia actual en el campo de la salud pública de nuestro país y sus proyecciones posibles, haremos algunas consideraciones sucintas a manera de conclusiones.

Como la salud es un factor de primer orden para el bienestar humano y para el desarrollo nacional, cuidarla y reparar sus trastornos, debe ser tarea que obliga a todos. Un modo de realizar ese propósito está representado por la atención médica según el concepto de la Organización Mundial de la Salud.

No obstante el progreso y los beneficios logrados por la promoción de la salud y las medidas de prevención, la atención médica no desaparecerá, en virtud de que son riesgos eternos del hombre, las enfermedades, los accidentes y las contingencias derivadas de la maternidad, de la niñez y de la edad avanzada, que hacen indispensable sus servicios.

México tiene una vieja y rica tradición médico-asistencial. Pero su desarrollo des cansa más en soluciones por necesidad, que en una planificación coherente, cuya expresión actual es desarticulada, sectorial y falta de equilibrio en sus apoyos económicos.

La insuficiencia y multiplicación de sus servicios, la carencia de recursos y su mala distribución no permiten cubrir toda la población. Las deficiencias recaen particularmente en quienes viven con menos recursos económicos y más bajos niveles culturales, que son los más expuestos a deterioros de la salud.

Como ahora no existe institución alguna que por sí sola proporcione atención médica a toda la población, es urgente reforzar la colaboración positiva entre las organizaciones que existen, mediante procedimientos de coordinación, para aprovechar mejor los recursos existentes, evitar duplicaciones no necesarias y lograr mayor cobertura al menor costo compatible con su eficacia.

El Programa Nacional de Asistencia Médica del Plan Nacional de Salud enmarca esas aspiraciones y señala cauces atendibles para hacerlas realidad. Considerando que la atención médica siempre estará sujeta a diversas influencias, como las científicas y tecnológicas, las económicas y sociales, y las políticas y culturales, los programas de atención médica estarán expuestos a cambios necesarios, adecuación a nuevas circunstancias y a la búsqueda de otros derroteros.

Las acciones por venir deberán ser cuidadosas, poniendo en juego a todos los sectores interesados, planificadas con gran sentido de racionalización, ponderando la potencialidad de los recursos y con la celeridad que exige la solución de problemas realmente urgentes y vitales para nuestra población.

La planificación de la atención médica, para extender sus servicios y darle eficiencia, convendrá hacerla regional y por medio de los cinco niveles que apunta el Programa Nacional de Asistencia Médica. Para ese fin se cuenta con los Consejos de Salud de los Estados, así como con los Comités Municipales y Locales, integrados

por representantes de los sectores sociales y políticos de cada lugar.

Corresponde por ley a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la principal responsabilidad de coordinación sanitaria nacional. Para cumplir ese objetivo nos parece que tendrá que revisar su actual estructura funcional y orgánica, para adecuarla a las transformaciones de un país en pleno desarrollo.

La ampliación de cobertura de la atención médica a las localidades pequeñas, con menos de 1 000 habitantes y dispersas en el territorio nacional, podrá facilitarse impulsando el primer nivel médico-asistencial, a cargo de personal paramédico auxiliar, de empíricos adiestrados, promotores voluntarios de la comunidad, y dirigentes políticos y sociales convenientemente motivados.

Así mismo, deberán impulsarse los servicios ambulatorios del segundo nivel y reforzar, proporcionalmente a su utilidad, los correspondientes a los demás niveles de asistencia médica, para integrar una sólida red, jerarquizada y expedita, que permita la atención médica integral escalonada y progresiva de los pacientes.

El progreso tecnológico facilitará la comunicación en esa red nacional y regionalizada de servicios de atención médica, si utilizamos con sentido práctico el teléfono, la radio, el télex y el telégrafo, la televisión, los transportes terrestres, aéreos y marítimos, las carreteras y caminos nacionales, las realizaciones en materia de electrificación de las localidades, etc.

Con esos avances podrá instruirse al público, para que aprenda a utilizar bien los servicios, dónde obtenerlos y el alcance que tienen, y estimular a la comunidad para que colabore activamente en el desarrollo de los programas.

La implementación de cualquier programa de atención médica necesita recursos humanos, materiales y económicos.

Actualmente faltan médicos y personal paramédico para alcanzar los promedios recomendados en las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980, entre los que sobresalen los de ocho médicos, dos odontólogos, 2.2 auxiliares de odontología, 4.5 enfermeras y 14.5 auxiliares por 10 000 habitantes.

Hay carencia de recursos materiales, como camas de hospital. Para lograr una proporción mínima de dos camas por millar de habitantes, faltan actualmente 20 000 camas de hospital general, y tendrán que habilitarse 4 000 a 5 000 más cada año, con el propósito de cubrir el crecimiento de la población. La inversión para crear las 20 000 camas se eleva a 9 000 millones de pesos, más 1 800 a 2 250 millones de pesos, para las 4 000 ó 5 000 camas anuales, destinadas al crecimiento de la población. Y tendrán que agregarse las inversiones para otros tipos de unidades de atención médica, como casas de salud, unidades rurales y suburbanas, fijas y móviles, centros de alta docencia e investigación.

Además, deberán preverse las erogaciones permanentes para mantener en funcionamiento adecuado todas las instalaciones materiales, así como el máximo aprovechamiento de los recursos humanos. Baste recordar que el costo promedio actual de sostenimiento de cada cama de hospital, se estima conservadoramente, entre 350 y 400 pesos diarios. Esto significa gastos anuales de miles de millones de pesos para todas las camas de hospital que existen y las que se crearán.

Los recursos necesarios podrán obtenerse totalmente o en partes y de modo pro-

gresivo. Pero en todo caso precisa evitar la multiplicación indebida de servicios que ocasionan gastos. Estos recursos deben dirigirse con sentido unitario, sin derroches ni penurias, mediante una apropiada planificación regional en la que participen todos los sectores interesados de la colectividad.

Para ello se requiere una administración moderna, estricta y coherente, a cargo de personal calificado; evitar decisiones transitorias o caprichosas y poner en juego la estructura iniciada por el Plan Nacional de Salud.

Conviene recordar que las erogaciones para la atención médica integral son algo más que un gasto. Representan caudales destinados a fortalecer numerosas fuentes de producción diversa, necesarias para el desarrollo económico y social del país, y para el bienestar humano individual y colectivo.

Los médicos y sus agrupaciones formales son elementos de primera línea en la realización de una eficaz atención médica. Sin su participación activa médica y social, ningún esfuerzo fructificará con plenitud, ninguna reforma será sostenida y duradera.

Como la atención médica es indispensable para el cuidado de la salud de nuestra población y ésta es factor primario

para el desarrollo general del país, se encuentra supeditada a los intereses nacionales; por lo tanto íntimamente ligada a los designios políticos del Estado. Por ello todos estamos comprometidos a proporcionar elementos que faciliten y orienten las decisiones políticas para el desarrollo sanitario-asistencial del país. Pero también, quienes hacen política, tienen que cobrar conciencia plena del valor y necesidades de la buena atención médica, para darle su apoyo y los recursos que la hagan eficaz.

Los poderes gubernamentales han de proporcionar legislación apropiada, disposiciones institucionales y medios para hacer efectivo su cumplimiento. En todo caso escuchar oportunamente la opinión de los sectores interesados y hacerlos corresponsables solidarios en la importante empresa de cuidar la salud de la colectividad.

De este asunto tan amplio y trascendente, es seguro que algo debe haberse quedado perdido entre las teclas de la máquina de escribir o en el cuaderno de taquigrafía de la secretaria, o en medio de nuestras limitaciones personales. Sólo aspiramos a que nuestro trabajo haya contribuido a sembrar más preocupación e interés acerca de la atención médica, para buscar solución a sus problemas.