

## La medicina en México

### I. INTRODUCCION

CARLOS MACGREGOR\*

La medicina en México encuentra su antecedente más preciso a partir de la Conquista, ya que a pesar de existir una medicina autóctona sus características de empirismo y el proceso mismo de la Conquista hacen que se incorpore sólo de una manera fragmentada a la medicina europea que aportan los españoles. Podríamos sin embargo afirmar sin temor a equivocarnos que el desarrollo de la medicina tradicional de los pueblos mexicanos indígenas se conserva como una medicina paralela.

La medicina de la Colonia toma algunos aspectos de herbolaria que incorpora de inmediato a la farmacopea en uso.

La influencia que en el desarrollo de la asistencia médica tienen la religión, el Estado y las universidades es importante para una medicina en la que en sus inicios predomina fundamentalmente el concepto de la caridad como acto de gran humanismo, hasta alcanzar una estructura social que reconoce el derecho a la salud como un precepto constitucional.

El predominio de la Escuela Médica Española a fines del siglo XIX y principios del siglo XX se ve francamente influenciado por la Escuela Francesa hasta 1930, cuando el desarrollo de la Escuela Médica Norteamericana y la influencia sociopolítica de este país sobre el nuestro hace que tanto las escuelas de medicina en su planes de estudio como la organización y el desarrollo de los centros de salud, tomen el modelo norteamericano que de una manera o de otra conservamos hasta la fecha.

El cambio fundamental en la asistencia médica radica en que originalmente el eje de la misma lo constituía el médico general, de gran influencia en el medio social por su ascendiente moral y su capacidad de penetración en los problemas sociales, mismo que se va perdiendo hasta ser sustituido por el médico especialista de gran profundidad científica con un desarrollo tecnológico impresionante pero que ejerce la medicina de una manera fragmentaria y que pierde en un buen grado el contenido humano de su ejercicio profesional.

Como consecuencia de estos cambios, a partir de la década de los 30 en que los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el Distrito Federal y algunos hospitales civiles en los diferentes Estados de la República, incorporan la organización médica por especialidades, adoptan tecnología más avanzada, desarrollan procedimientos quirúrgicos y se convierten de una manera formal en hospitales de enseñanza de las escuelas o facultades correspondientes sirviendo de retroalimentación a los criterios con que se imparten las cátedras y se orientan los planes de estudio en dichas escuelas.

Más adelante y de gran trascendencia, en la estructura actual de la medicina, es la aparición en la década de los 40, de las instituciones de seguridad social, se crean grandes sistemas hospitalarios a lo largo de toda la República y progresivamente se va ampliando el criterio de atención por niveles.

Más recientemente establecen las bases para coordinar los esfuerzos diferentes instituciones de salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pero dentro de una responsabilidad bien definida en relación al marco jurídico de cada una de las instituciones de salud.

Se organizan comités interinstitucionales que abordan algunos de los problemas básicos con objeto de establecer normas y encontrar soluciones comunes que permitan una atención armónica a la población.

\*Académico titular. Subdirector General Médico. Instituto Mexicano del Seguro Social.

La medicina institucional tomándola como un todo tiene una cobertura que puede llegar hasta el 60 por ciento de la población; la medicina privada con una organización en la que predomina la formación de los médicos en base a especialidades abarca el 40 por ciento de la población restante, sin embargo, debe señalarse que de este 40 por ciento un porcentaje no despreciable es población rural o urbana marginada, económicamente débil, que no tiene acceso ni a la medicina institucional ni a la medicina privada organizada y que recurre como en el caso del medio rural fundamentalmente a la medicina tradicional herbolaria o bien, como en el caso del medio suburbano y urbano a medicinas representadas fundamentalmente por empíricos.

Qué esperamos de la medicina en el futuro en México. Destaca como una de las preocupaciones fundamentales, la ampliación de la cobertura procurando delimitar aquellos grupos a los que por alguna razón geográfica o socioeconómica el acceso a la medicina se dificulta más, es evidente que para incrementar la cobertura de servicios médicos juegan un papel fundamental las instituciones de salud y que dentro del proceso que incluye costo-beneficio se tenderá a propiciar una muy buena atención médica contando con la organización de equipos de salud y personal paramédico que permitan implementar acciones bien definidas de medicina preventiva, la planificación familiar, salud materno infantil, así como de otros programas relacionados con padecimientos crónicos degenerativos.

Aún tendiendo a impulsar la medicina familiar no podrán perderse de vista ni en la medicina institucional ni en la privada la necesidad de mantener vigente el acceso a otros niveles de atención médica con alta tecnología y recursos humanos debidamente actualizados.

## II. HISTORIA Y APORTACIONES

FERNANDO QUIJANO-PITMAN

La medicina mexicana comienza, como el país y la nacionalidad, después de la Conquista; México forma parte de la cultura y de la civilización occidental, pero no somos Anahuac, tampoco Nueva España, somos México; así nuestra medicina es occidental teñida de un matiz aborigen. De esta medicina autóctona conocemos de ella debido a la Obra de Sahagún, Motolina, Julián de Garcés y otros insignes frailes que se ocuparon en salvar sus restos ya que mucho se perdió por la destrucción; ¿cuanto? no lo sabemos, pues hay que tomar en cuenta que en los tiempos de Itzcoatl (1427-1440) fueron destruidos deliberadamente por Tlacaelel, todos los códices, documentos y testimonios históricos del pasado no solo azteca sino de los nahuatl, para, construir la poderosa y temible organización teocrático militar que fue el imperio Azteca, sustentado en el culto a Huitzilopochtli.

Tlacaelel llevó a cabo esta destrucción después del triunfo de los aztecas sobre los Tepanecas de Atzacapozalco en 1429 y se continuó la limpieza durante los años

subsecuentes; esto quiere decir que lo destruido por la Conquista fué lo elaborado en los últimos 80 ó 90 años, desde la caída de los tepanecas en 1429 hasta la toma de Tenochtitlan en 1521, como se ve, la lamentable destrucción postcortésiana ha sido considerablemente exagerada.

Fueron la medicina y la farmacología de las primeras actividades recogidas durante y después de la acción bélica; ya que los cronistas de la Conquista abundan en menciones sobre medicina, curaciones y medicamentos.

Isabel Rodríguez fue la primera enfermera y Diego Pedraza, y Francisco Soto, "zurujano" los primeros médicos a quienes el Ayuntamiento permitió ejercer, en 1523. En 1526, el ayuntamiento nombró a Pedro López el primer protomédico de la ciudad y en 1529, autorizó a Cristóbal Ojeda para vigilar e inspeccionar boticas. Estos pueden considerarse los primeros actos iniciales de autoridad sanitaria.

El protomedicato extiende sus raíces hasta el Imperio Romano; Castilla lo heredó y Juan I, Enrique II y sobre todo Juan II reglamentaron sus funciones como autoridad médico sanitaria. Los Reyes Católicos en 1477 dispusieron: "Mandamos que los protomédicos, alcaldes y examinadores que de nos tuvieren poder, lo sean en todos nuestros reinos". Sus facultades y deberes eran: examinar candidatos, vigilar la práctica médica, sancionar fallas, visitar boticas, vigilar alimentos y bebidas; inspeccionar hospitales y lazaretos, combatir epidemias, buscar y hospitalizar leprosos; manda que se recete en lengua romance; vigila que la enseñanza médica sólo se imparta en las Universidades, señala textos y la forma de impartir la cátedra, ordena que los exámenes debe hacerlos la Universidad, pero que para poder ejercer los protomédicos deberán examinar de nueva cuenta.

Esta autoridad rigió en Hispanoamérica durante 3 siglos, muchas de sus ordenanzas aún persisten, no solo en las antiguas posesiones españolas sino también en la América anglosajona.

Sus funciones comprendían dos áreas una educativa, otra sanitaria propiamente dicha y de vigilancia de la rectitud y calidad de la práctica médica. Pedro Ramos observa: "No podemos imaginar los efectos que se hubiesen producido si no hubiese existido un claro ordenamiento, durante una época en que en el Nuevo Mundo abundaban los indeseables, los pícaros y los aventureros".

Sufrió cambios, el personal aumentó y sus funciones se incrementaron. En 1626 el Virrey se apoderó de la facultad de nombrar al protomedicato; fueron sus miembros los más eminentes médicos de todo el Virreinato y sobrevivió hasta 1831, cuando Lucas Alamán al transformar la educación y la práctica médica, lo substituyó por la Facultad Médica del Distrito Federal; pero sus labores se vieron muy constreñidas con el decreto de las Cortes de Cádiz de 1820, acatado aquí, que entregó a la débil y dudosa autoridad de los ayuntamientos, la labor sanitaria, y el control de los hospitales, lo que originó el caos que reinó durante el siglo XIX en materia médica y sanitaria.

La gran calidad de la medicina Azteca se encuentra en las elevadas opiniones que de los médicos y cirujanos expresaron Cortés y sus cronistas, al grado que Cortés recomendó a Carlos V no enviase "Zurujanos" porque los nativos eran de muy grande calidad, y expresiones aún más elogiosas fueron emitidas por Sahagún y Motolinia.

Después de la Conquista, las primeras enseñanzas se dieron en el Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco y su fruto más notable fué el Códice de Martín de la Cruz-Badiano que muestra lo mucho que en el célebre plantel se enseñaba. La Universidad, Real y Pontificia, con los mismos privilegios y prerrogativas que la Universidad de Salamanca, abrió sus puertas en 1553, pero las cátedras de medicina empezaron 27 años más tarde.

Fué Juan de la Fuente el primer catedrático de Prima de Medicina (1579) y la de Vísperas, la ganó por oposición Juan de Placencia en 1598. Se estudiaba en la primera al organismo sano (anatomía y fisiología), en la segunda el organismo enfermo (patología), y en la de Método Menendi, la terapéutica. Se agregó latín y filosofía y poco después el nahuatl y el otomí. El plan de estudios varió con los años.

Fray Juan de Zumárraga trajo la primera imprenta al Continente en 1539 y pronto otras se establecieron. Las obras médicas impresas en el siglo XVI en México fueron: *Opera Medicinalia* de Francisco Bravo 1570. *Suma y Recopilación de Cirugía* de Alonso López de Hinojosa 1578 y 1595. *Tractado Breve de Chirurgia* de Fray Agustín García de Farfán, 1579. *Problemas y Secretos Maravillosos de las Indias*, Juan de Cárdenas, 1591. *Tractado Breve de Medicina y de todas las enfermedades de Fray Agustín Farfán*, en 1592. La Tesis (primera impresa en México) de Fernando Rangel en 1598.

El maravilloso libro de Fray Bernardino de Sahagún, es un tratado de antropología y la principal fuente de información acerca de la medicina autóctona. (1569).

La obra cumbre de Francisco Hernández (1577), protomédico de Felipe II, cuya expedición recorrió el Virreinato, descubrió y clasificó más de 1500 especies de la flora autóctona. Se envió a España, parte se incendió en El Escorial y sufrió mil vicisitudes, se publicaron dos ediciones reducidas hasta que finalmente gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, a Efrén C. del Pozo y a Germán Somolinos se hizo una edición ejemplar. Esas dos obras, Sahagún y Hernández, honran la más alta de las literaturas científicas de todos los tiempos.

Dos libros impresos en España, tienen como base experiencias vividas en nuestro país: *Libro del Ejercicio Corporal y de sus Provechos* de Cristóbal Méndez 1553. En él relata sus experiencias en México y refiere una talla vesical por un cálculo del tamaño de un huevo de paloma. Se considera este libro de Méndez el primer tratado de kinetoterapia. El otro es *Secretos de Chirurgia*, especial de las enfermedades de Morbo gálico y Laparones por Pedrarías de Benavides 1567.

La obra hospitalaria del virreinato fué grandiosa, debida a la tradición española fué impulsada por los decretos de los Reyes Católicos en 1502 y 1509. Carlos V

en 1534 y 1541 ordena: "Con especial cuidado prevean que en todos los pueblos de españoles e indios se funden hospitales".

Felipe II autorizó que los indios trabajasen en las minas bajo ciertas condiciones protectoras y justicieras entre ellas que tengan hospitales a donde sean curados y asistidos los que enfermaren, esta ordenanza puede tomarse como la iniciación de la Medicina del Trabajo en el país. El 14 de febrero de 1541 mandó que se ponga en cada parroquia un hospital, disposición que Vasco de Quiroga cumplió en la Diócesis de Michoacán.

Hernán Cortés fundó los dos primeros hospitales: el de la Limpia Concepción, (de Jesús) y el Hospital de la Tlaxpana para Leprosos, en 1524, que pronto fué incautado en provecho propio por el rapaz Nuño de Guzmán. El hospital de Jesús el más antiguo del Continente que aún perdura y funciona, fue teatro de muchos acontecimientos trascendentales, estuvo a punto de desaparecer en 1833 cuando Gómez Farias quiso cerrarlo atropello que no llegó a consumarse.

Aquí, Juan Correa en 1626 hizo la primera "Anatomía" oficial frente al protomedicato y las autoridades Universitarias. Se ha insinuado que fué la primera autopsia hecha en Nueva España, es falso, mucho antes se hicieron: Cristóbal Méndez que vivió aquí entre 1531 y 1536 refiere en su libro la autopsia del niño Villaseñor que él presenció, Pedro López, Juan de la Fuente y Francisco Hernández realizaron necropsias durante la epidemia de cocoliztli en 1575; más aún, el Virrey y arzobispo Fray García Guerra fué autopsiado en febrero de 1611 y el relato de los hallazgos lo hizo Mateo Alemán secretario del personaje.

Otro arzobispo Don Juan José Escalona y Calatayud fué autopsiado en 1737 y los hallazgos descritos por Fray Matias de Escobar. Don Carlos de Sigüenza y Góngora dispuso en su testamento, que se hiciera necropsia a su cadáver, lo que fué realizado en 1699. Estas fechas son importantes, ya que en Leyden se inauguró el anfiteatro en 1579 y el de París en 1604. Más aún se sabe de las autopsias de cinco de los siete Virreyes que fallecieron aquí durante su mandato: el Marqués de las Amarillas; Don Pedro Nuño Colón de Portugal, El Conde de la Coruña, el Marqués de Casafuerte y Fray García Guerra.

Contrariamente a los infundios propalados acerca de que estaban prohibidas las necropsias por la Inquisición, estas se realizaban con frecuencia en Nueva España, como lo mandaba el Canon 146 de la Constitución de la Universidad.

Volviendo a los Hospitales: durante el siglo XVI se fundaron 150 hospitales, 11 en el Distrito Federal. Además de los ya mencionados, figuran el del Amor a Dios ó de la bubas, fundado por Zumárraga, especializado en enfermedades venéreas; el de Santa Fe, fundado por Vasco de Quiroga en 1531, una utopía hecha realidad, este era una granja colectiva, una comuna con su hospital, fué la primera institución de Seguridad Social en el Continente. El hospital de San Cosme y San Damián destinado a forasteros, también obra de Fray Juan de Zumárraga. Hospital Real de los Naturales en 1553, fundado por Fray Pedro de Gante destinado a la po-

blación nativa, era obligatorio que los médicos hablaran Nahuatl y Otomí, fué un notable hospital, alojó al Real Colegio de Cirugía, contaba con una sala especial de convalecientes; fue suprimido en 1821 y demolido en 1936. El Hospital de San Hipólito fundado por Fray Bernardino Alvarez en 1567, tuvo doble función: Psiquiátrico y de convalescientes; fue el primero en este rubro en todo el Continente y uno de los primeros en el mundo. El visitador Galves en el siglo XVIII lo calificó así: "El nuevo edificio no tiene igual con ninguno de los hospitales de esta clase que he visitado en Europa". Desapareció en 1910.

Hospital de San Lázaro para leprosos, fundado por Pedro López en 1572. Hospital de la Santísima Trinidad 1526; Hospital de Monserrat en 1580 solo para atender infecciosos (cocoliztle). Hospital de los desamparados con una sección de niños expósitos, cambió de nombre varias veces y aún trabaja con el nombre de Hospital Jesús Alemán Pérez.

Es interesante observar que en el Siglo XVI varios de esos hospitales eran centros de especialización: Venereos, Psiquiátricos, Leprosos, Infecciosos y en uno de ellos Bernardino Alvarez se adelanta en cinco siglos al concepto de cuidados sucesivos al hacer del San Hipólito un centro de convalecientes; igual idea se encuentra en el Hospital Real de Naturales que contaba con dos salas especializadas una para convalecientes y otra para hidrófobos.

Los hospitales especializados también se fundaron el interior. En Guadalajara el Hospital de la Santa Veracruz fundado en 1567 para Venereos y en Puebla el Hospital San Roque para psiquiátricos.

El movimiento hospitalario se extendió por todo el país logrando su apogeo en Michoacán con la obra incomparable del Obispo Vasco de Quiroga "Tata Vasco" quien fundo 71 hospitales en su provincia; nada similar se encontrará en los siguientes tres siglos, hasta la década de los cuarenta del presente.

Setenta y un hospitales con su granja colectiva, artesanas y obras sociales, que han maravillado a quienes se han adentrado en la obra de este ilustre Obispo.

Fray Bernardino Alvarez no solo fundó la Orden de los Hermanos de la Caridad, conocidos por los Hipólitos, sino también una serie de hospitales para viajeros y caminantes, de Veracruz a Acapulco y en las principales rutas novohispanas. Acudió en auxilio de Oaxtepec en donde el Jardín Botánico de Moctezuma Xocoyotzin, cuidadosamente conservado, fué residencia de Francisco Hernández y del venerable Gregorio López varón de Dios, quien escribió ahí su Tesoro de San Roque en 1592, desaparecido en el siglo XIX.

El país fué asolado por terribles epidemias de viruela, tifo, sarampión, gripa, paperas y sífilis. La viruela fué traída por un negro; Juan Guía que vino con la expedición de Pánfilo de Narvaez; ocasionó gran mortandad entre los nativos carentes totalmente de inmunidad y defensas frente al azote; causó estragos horribles durante el sitio de Tenochtitlán al grado que se piensa que la conquista militar hubiese sido imposible a no ser por la viruela que diezmo a los aztecas. Las epidemias se sucedieron periódicamente: 1521, 1532, 1545, 1564,

1576, 1585, 1595, y 1596; en estas dos últimas atacaron simultáneamente tifo, sarampión y paperas. Estos flagelos fueron los que diezmaron cruelmente la población aborigen; la sífilis y la lepra también contribuyeron.

Las medidas sanitarias practicadas fueron las correctas, de acuerdo al conocimiento de la época, pues se desconocían los agentes etiológicos: cuarentena, aislamiento y limpieza eran las únicas armas disponibles y de ellas se echaba mano desde las ordenanzas de Cortés en Coahuacán.

El siglo XVI fué crucial para nuestra medicina, fué de transculturación revelada en las obras de Monardes, Martín de la Cruz y Sahagún; el espíritu, el celo misionero y caritativo la iluminaba y la inspiraba; ya existían desde entonces las especialidades en hospitales dedicados a psiquiatría, lepra e infectología, surgió la reglamentación de la enseñanza, aumentó la publicación de libros médicos y la práctica de necropsias, había un movimiento vigoroso y pujante que ha sido ignorado y distorsionado.

Durante el siglo XVII se consolidaron y expandieron las instituciones fundadas en el XVI: se amplió el Protomedicato a cinco miembros; las cátedras se cubrieron por oposición se crearon las de anatomía, cirugía y disecciones en 1621, así como la de método y práctica de medicina; el Virrey y Arzobispo Palafox decretó las Constituciones de la Universidad que rigieron por espacio de dos siglos.

Se continuó la publicación de obras médicas: Juan de Barrios 1607, Verdadera Medicina, Cirugía y Astrología, en tres libros. Diego Cisneros 1618 Sitio y Naturaleza, propiedades de la Ciudad de México, Aguas y Vientos a los que está sujeta, la primera obra de geografía y climatología de México.

"Repertorio de los Tiempos e Historia Natural de Nueva España," de Enrico Martínez 1606." Tratado sobre las Propiedades del Chocolate" 1609, de León Pinelo.

Jiménez editó una edición reducida a 4 tomos de la monumental obra de Francisco Hernández en 1615 y se realizaron dos reimpressiones de los libros de Farfán, así como de El tesoro de Medicinas del venerable Gregorio López en 1672 y el "Tratado de medicina" de Osorio y Peralta, que fué el primer libro de texto editado en el Nuevo Mundo.

Era popular el libro de Anatomía de Juan Valverde, editado en España y que tuvo mucha difusión aquí; tenía una fuerte influencia vesalina, lo que indica la sed de renovación y de conocimientos existente en la Universidad. Sigüenza y Góngora se interesó en Medicina y publicó varios opúsculos sobre temas médicos.

Continuó el desarrollo hospitalario aunque a paso menos febril, pero no por ello menos importante. Fueron 25 hospitales, 6 en el Distrito Federal, en el norte se extendieron las fundaciones hasta Chihuahua. Dos nuevas órdenes religiosas tuvieron gran auge: los Juaninos, fundación española y los Betlemitas, guatemalteca, ambas dedicadas al cuidado de enfermos. Los juaninos fundaron 15 hospitales, los betlemitas tres y otros tantos los Hipólitos. Se fundó otro hospital psiquiátrico: el del Divino Salvador. Y en los hospitales

portuarios de Campeche y Veracruz, desde 1631, se estableció un Seguro Social de las organizaciones marítimas y de las Guarniciones, similar al ya existente en los hospitales de indios en Michoacán.

El siglo XVIII y la primera parte del XIX forman una unidad. La paz de Utrecht finalizó la guerra de Sucesión de España; impuso a los Borbones en la Península, despojó a España de sus posesiones europeas, le arrebató Gibraltar y tuvo grandes repercusiones en Hispanoamérica en todos los órdenes.

Surgió un movimiento de intercambio de ideas y nacieron las Academias, así en 1732, un grupo de médicos solicitó del Marqués de Casafuerte la aprobación de los Estatutos de una Academia que hacia cuatro años se reunía en casa del catedrático Nicolás de Torres, se les concedió la aprobación. Bartolache, fundó una Academia de Ciencias Naturales que trabajó algún tiempo. La tercera Academia se fundó en el Jardín Botánico, previo permiso virreinal, por el cirujano Daniel O'Sullivan, en mayo de 1790; asiduo concurrente a ella fue Montaña. Este notable médico fundó una cátedra de clínica en el Hospital San Andrés que fue autorizada como Academia. El virrey Iturrigaray hizo obligatoria, para los alumnos, la asistencia al curso de clínica de Montaña. En el hospital de Jesús se fundó la Academia Pro Regia. Los cirujanos fundaron una Academia de Cirugía en Puebla, encabezada por el doctor José Palafox y Soria; y en 1825 el cirujano José Ruiz fundó otra de cirugía, de la cual fue secretario el ilustre Pedro Escobedo. Todas estas instituciones, estaban debidamente autorizadas por los virreyes y se reunían libremente.

En 1732 se abrió la Universidad de Guanajuato, en 1792 la Escuela de Medicina de Guadalajara.

El virrey Marqués de Valero exigió un internado obligatorio de dos años en el hospital de Jesús, como requisito indispensable para sustentar el examen profesional de médico ó de cirujano; he ahí el germen del internado de pregrado que Ocaranza instituyó en 1926 y de la residencia hospitalaria implantada por Baz y Aquilino Villanueva en 1942. Ese mismo virrey dispuso en 1719 la creación de las cátedras de clínicas, lo que mejoró la enseñanza.

El movimiento conocido como la Ilustración, lo encabezaron los Jesuitas secundados por hombres notables, polígrafos, sabios, eruditos, aventureros y viajeros que renovaron y refrescaron la vida intelectual, científica y literaria de Nueva España: Campoy, Landivar, el padre Alzate, Francisco Javier Alegre, Clavijero, Gamarra, Gorriño y Andrés Cavo, Andrés del Río, Fausto de Elhuyar, Rivera, Gamboa, Rotea, Toisá, Echeverría, Villaseñor y Sánchez, Cuevas y otros muchos.

La medicina entró al proceso de renovación al fundarse las academias, Bartolache editó el primer periódico médico del Continente: El "Mercurio Volante"; Alzate publicó la "Gaceta de México" surgió el "Diario de México" en todas ellas se publicaron profusamente artículos médico científicos.

Los más importantes actores de la renovación médica fueron: Bartolache, Bachiller en Artes, Doctor en

Medicina, doctor en Leyes, doctor en Teología; Luis Montaña, campeón de la observación clínica, Mociño, Martín Sessé, Raudón, Marcos José Salgado, autor del primer libro de fisiología editado en el continente, O'Sullivan, Balmis que en su primera estancia en México fue director del Real Hospital de Chiapas, graduado en San Carlos de Guatemala, que llegó a ser Protomédico y Médico de Cámara de Carlos IV.

Además de las Academias, se fundó el Real Colegio de Cirugía por D. Antonio Velazquez y Domingo Russó, que fue un impulso benéfico en la medicina novahispana; de ahí salieron la mayor parte de los médicos que constituyeron el Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833.

Se abrió también el Real Colegio de Minería en donde Elhuyar descubrió el tungsteno y Andrés del Río el Vanadio; se abrió la Academia de San Carlos; El Jardín Botánico que tan benéfica influencia ejerció en nuestra medicina, se implantó la cátedra de botánica, obligatoria para los médicos y farmacéuticos, destacaron Mociño, Sessé, Larrátegui y Maldonado. Se reanudaron los viajes y expediciones científicas, Constanzó y Fray Junípero Serra; la expedición de Malaspina, la de Alcalá Galeno y Valdez que reconocieron todo el litoral del Pacífico del continente, de Tierra de Fuego hasta el Estrecho de Behring; Lafora, Martín Sessé y Mociño que clasificaron más de cuatro mil plantas; La de Humboldt que fue impulsada, ayudada y sostenida por la Corona y por el Virrey y que culminó con el ensayo político sobre Nueva España en donde expresa su asombro y su respeto por el adelanto observado y finalmente la expedición científico sanitaria de la vacuna de Francisco Javier Balmis.

Todo esto echa por tierra las afirmaciones falsas y dolosas sobre el inmovilismo de la medicina del virreinato, falsa afirmación que sirvió de pretexto para la comisión ulterior de atropellos de lesa cultura.

Se fundaron 18 hospitales, pese a que el país estaba bien provisto por las fundaciones de siglos anteriores; también influyó en el progreso la secularización de ellos bajo los Borbones.

El Hospital de San Andrés fundado por el Arzobispo Nuñez de Haro a raíz de la terrible epidemia de viruela de 1779; tenía 400 camas, fue secularizado en 1859 y demolido en 1905 al fundarse el Hospital General.

El hospicio de pobres y el departamento de partos ocultos, fue transformado en 1865 en la Casa de Maternidad e Infancia por la emperatriz Carlota. En 1933 se cambió a Coyoacán con el nombre de Casa de Cuna y fue la semilla de donde brotó el actual Hospital Infantil.

Se fundaron los hospitales militares; ante el temor de levantamientos y la amenaza de invasión inglesa, y rusa al Continente, lo que obligó al mantenimiento de tropas regulares, de ahí la necesidad de fundar hospitales militares en Veracruz, Campeche, Nayarit, San Luis Potosí y Toluca.

El Mercurio Volante, la Gaceta de México y el Diario de México fueron los primeros periódicos científico médicos del Continente y publicaban regularmente artículos sobre medicina.

Sobresalen: El relato de una talla vesical por cálculosis, hecha en Veracruz en 1790 por el doctor Arbanel Arjavo; el cirujano militar Sebastian Barceló en la Gaceta de México publica un caso de trepanación con éxito, operado en Chihuahua; el mismo Barceló en 1802 publica dos casos más de trepanación, operados en Querétaro, uno con éxito. El doctor Barceló es un precursor de la neurocirugía en México. En el Mercurio se describe el termómetro clínico.

Continuarán las publicaciones médicas Marcos José Salgado publicó el primer libro de fisiología en el continente, en 1727; El Compendio Medicinal de Francisco Capello en 1737. El peregrinus Protomedicus de Pérez Cabeza de Fierro en 1737; el Alexifármaco de la salud por Francisco Malpica Diosdado en 1751, tratado de hidroterapia e higiene. Se editaron muchos estudios sobre las aguas medicinales, de Cuitzeo, Atotonilco, Atlixco, el Peñon y otros muchos lugares. Venegas, Rodríguez y Segura publicaron sobre temas de Obstetricia y el Protomedicato publicó una cartilla para instrucción de matronas y parteras. Juan Esteyneffer publicó su Florilegio Medicinal de todas las Enfermedades.

El médico potosino Joaquín Pio Eguía y Muro, catedrático de Vísperas de Medicina y Manuel Moreno, cirujano del Hospital Real de Naturales, publicaron separadamente, sendas monografías sobre Abceso Hepático, las dos primeras que se publican en el mundo sobre este mal, haciendo observaciones originales muy valiosas. Alzate, Bartolache y Montaña publicaron instructivos sobre la vacunación antivariolosa por el método turco

Los libros extranjeros tuvieron gran difusión; Montaña tradujo el de Brown; De Micheli revisó la ciencia de la Ilustración en la Biblioteca de la Universidad y concluye: "La época de la Ilustración estaba honrosamente representada en la Biblioteca de la Universidad en los albores de la Independencia.

En Santa Clara California se hizo la primera cesárea postmortem que Bucareli ordenó se hiciese, bajo severas penas a los infractores. En Veracruz en el año 1784 Franciso Hernández hizo la primera sinfisiotomía con éxito, en el Continente.

Francisco Javier Balmis arribó a México en 1803 encabezando la expedición de la vacuna, la primera expedición sanitaria de la historia, le asitía, Isabel de Cendala, primera enfermera sanitaria de la historia. Balmis difundió la vacuna en todo el mundo y su grandiosa obra tuvo su colofón en 1952 cuando se declaró oficialmente extinguida la vacuna en México. Esa expedición es una de las más elevadas empresas en los anales de la Humanidad. Graves acontecimientos políticos, la expulsión de los jesuitas, la secularización iniciada por los borbones, el despotismo ilustrado, las revoluciones norteamericana y francesa, la invasión napoleónica a España, las guerras de independencia, las Cortes de Cadiz de 1812 y 1820 etc. tuvieron profundas repercusiones en el hemisferio. El concepto religioso-caritativo de la atención médica fue substituido por la acción individual primero y estatal después. El decreto

de las Cortes de Cadiz en 1820 suprimió de un plumazo las órdenes religiosas que manejaban el 90 por ciento de los hospitales, secularizó sus bienes y encargó a débiles e ineptos ayuntamientos el manejo de ellos, lo que explica la total parálisis hospitalaria en México durante el siglo XIX; contribuyeron al caos y al desorden causados por estas medidas, los cuartelazos, revueltas y asonadas, invasiones y sobre todo leyes inadecuadas sin atender a la realidad histórica, política, social y geográfica.

De 1829 a 1832 hubo un movimiento de renovación médica: se fusionaron ambas carreras de médico y cirujano, se suprimió el Protomedicato y se substituyó por la Facultad Médica del D.F.; se expidió el reglamento de Sanidad Militar; se expidió el primer Código Sanitario que originó el Consejo superior de Salubridad y se dieron las bases para el primer Reglamento de Hospitales Generales. Fué una obra de renovación inspirada por Lucas Alamán.

Tras el cuartelazo que colocó en el poder a Santa Ana y a su vicepresidente Gómez Farias. En octubre de 1833 se perpetró el cierre de la Universidad se suprimió la Facultad Médica y se creó un Establecimiento de Ciencias Médicas, cuyo profesorado salió en la mayor parte del real Colegio de cirugía; su director fué Casimiro Liceaga. La Universidad requería renovación y orden, pero lo que en ella pasaba era reflejo de lo que en todo el país ocurría. el desorden y el caos reinaban.

De Micheli en un estudio concluyó: Los libros científicos y médicos usados por los universitarios, y presentes en la biblioteca en el momento de la clausura (1833) estaban lo suficientemente al día respecto al avance de la ciencia internacional. Este atrabilario cierre de la Universidad fue una imitación servil al acto de la Asamblea Legislativa Francesa, en 1799, no tuvo ningún respeto a la tradición histórica.

Arrancada de su raíz, la escuela inició una lamentable y penosa odisea, "la escuela peregrina y trashumante" de local en local, cierres temporales, los profesores sin estipendios, sin presupuesto, odisea terrible de la que sobrevivió gracias al heroico espíritu de los profesores inspirados por Casimiro Liceaga, Pedro Escobedo y Manuel Carpio.

Por fin, tras veintiún años de penoso peregrinar se adquirió el antiguo Palacio de la Inquisición en 1854, en parte con los sueldos no devengados de los profesores y con la ayuda del Benemérito José Urbano Fonseca. Se inicio la influencia francesa, la enseñanza en los hospitales iniciada desde el siglo XVIII se consolidó. La fundación de Sociedades y Academias siguió su curso. En 1836 se fundó una Academia que nos ha legado seis tomos de trabajos; se crea la Sociedad de Emulación Médica, la Filoiátrica, la Academia de 1851; con Río de la Loza como Presidente y Gabino Barreda como secretario.

En 1864, durante la ocupación francesa, se fundó la actual Academia que lleva 120 años de trabajar ininterrumpidamente, su primer presidente fué don Carlos Ehrmann y su secretario Don Miguel Jiménez. el plan de estudios sufrió muchas modificaciones de acuerdo con los acelerados progresos de la época; en Monterrey se

inauguró el laboratorio de fisiología por Don Ignacio Alvarado, y José Eleuterio González "Gonzalitos" inauguró la escuela en 1860.

El pensamiento positivista apadrinado por Gabino Barreda y Porfirio Parra, pobre y limitado en sus perspectivas filosóficas, históricas, sociales, artísticas y religiosas, fué en cambio, benéfico para el desarrollo de la biología, y las que llamó Comptes, "las ciencias positivas", fué determinante el progreso médico durante el porfirismo. El positivismo murió con él, ante los embates de Vasconcelos y Antonio Caso.

En el siglo XIX hubo un franco retroceso en el movimiento hospitalario, no construyó el Gobierno un solo hospital; contribuyeron muchos factores: Secularización de los hospitales, supresión de las órdenes religiosas secularización y despojo de los bienes de los hospitales, deficiente administración por parte de los ayuntamientos, cuartelazos, asonadas, invasiones etc. Ni siquiera durante los años estables de la paz porfiriana, se construyeron hospitales.

Se fundaron hospitales debido a sociedades filantrópicas privadas, Hospital Beistegui en 1886. González Echeverría 1888, de efímera vida. Ferrocarriles en 1892, el Español 1874 y el Francés en 1877. Instituto Oftalmológico Valdivieso (1876) actualmente Hospital de la Luz. Tres de ellos fueron fundaciones extranjeras pues ferrocarriles era empresa anglo-americana.

En la primera década del siglo XX a las postrimerias del Porfirismo se fundó el Hospital General (1905) y la Castañeda y se reabrió la Universidad por influencia de Don Justo Sierra.

Los progresos fueron en consonancia en los del resto del mundo. Se introdujo la asepsia, la transfusión, la anestesia, la anatomía patológica, la bacteriología, la campaña contra la fiebre amarilla fue un modelo. Desde entonces se fundaron varios Institutos: el Instituto Médico Nacional, el de Anatomía Patológica, el de Bacteriología, el Antirrábico, el Oftalmológico Valdivieso. Se celebraron a fines del siglo los Congresos Médico Nacionales con participación de todo el cuerpo médico nacional.

Las publicaciones fueron numerosas; por su originalidad se menciona "La vida en las grandes altitudes" de Vergara Lope y Herrera, "La fiebre Amarilla en Veracruz de Ignacio Alvarado; la "Geografía Médica de México" de Domingo Orvañanos; las contribuciones de Miguel Jiménez sobre absceso hepático. la "Historia de la Medicina en México" de Flores, valiosa a pesar de sus múltiples errores.

Surgieron numerosos textos didácticos "Obstetricia" de Juan María Rodríguez, "La Medicina Legal" de Hidalgo Carpio; la "Propedeútica Médica" de José Terrés, las "Lecciones de Clínica" de Carmona y Valle, etc.

En el campo de las revistas sobresalen La Gaceta Médica de México, órgano de la Academia, la Escuela de Medicina. Crónica Médica Mexicana; la Revista de Anatomía Patológica, etc.; se implantaron los cursos de propedeútica y semiología; la situación la resumió Pruneda en 1908: "La carrera se hace en cinco años". La enseñanza tiene lugar en Santo Domingo y en los hos-

pitales de Beneficencia sobre todo el General; en los Institutos nacionales: Patológico y Bacteriológico; están bien estructurados los cursos de perfeccionamiento o especialización en Ginecología, Oftalmología, Psiquiatría, Pediatría Médica y Quirúrgica, anatomía Patológica y Bacteriología; la Biblioteca de la Escuela cuenta con siete mil volúmenes".

El estallido de la revolución paralizó todo progreso; hubo dos hechos memorables: en 1917 se concedió autonomía al Departamento de Salubridad y ese mismo año se fundó la Escuela Médico Militar. En 1920 la medicina había sido arrasada por el huracán revolucionario; su reconstrucción fué llevada a cabo por un grupo de hombres y entusiastas: Fernando Ocaranza, Rosendo Amor; Manuel Gea González, Gastón Melo, Francisco de P. Miranda, Gonzalo Castañeda, Dario Fernández, Genaro Escalona y otros ilustres maestros que formaron generosamente una legión de distinguidos alumnos que en las dos décadas siguientes continuaron su labor: Gustavo Baz, Aquilino Villanueva, Ignacio Chávez, Salvador Zubirán, Ayala González, Zuckerman, Palacios Macedo, Cosío Villegas, Raúl Fournier, Eliseo Ramírez, Guevara Oropeza, Clemente Robles, etc.

En el interior ocurrió un fenómeno semejante; la época de los veinte fué de reconstrucción, se cimentaron nuevas especialidades, Ocaranza dió una orientación fisiológica a la clínica e implantó el internado obligatorio de pregrado en 1926.

Espinosa de los Reyes en 1920 fundó el Centro Materno Infantil y celebró el Primer Congreso Nacional del Niño.

Aquilino Villanueva, al frente del Departamento de Salubridad en 1929, dió principio al Servicio de Higiene Infantil, fundó la Asociación de Protección a la Infancia y las campañas contra la Tuberculosis, el mal del pinto y la oncocercosis; redobló la intensidad de la campaña contra el paludismo. En 1922 se inauguró la Escuela de Salubridad e Higiene, transformada hoy en la Escuela de Salud Pública.

En 1933 Ignacio Chávez dotó de modernos laboratorios a la Facultad de Medicina en ese mismo año se fundó la Academia Mexicana de Cirugía. El distanciamiento entre la Universidad y el gobierno durante esos años, tuvo serias repercusiones: en 1934 hubo tres directores de la Facultad, pero afortunadamente en 1935 Gustavo Baz se hizo cargo de la dirección reestableciendo la disciplina, implantó el ingreso por promedios, mejoró los planes de estudio e ideó el Servicio Social de los pasantes que tan benéficas repercusiones ha tenido en el campo; esa medida fué el comienzo de la Medicina Social institucionalizada.

El maestro Baz, desde la Secretaría de Asistencia (1940) inició un ejemplar movimiento renovador que transformó totalmente la medicina nacional en todos sus aspectos. Construyó una red de 250 hospitales de todos niveles, desde institutos como Nutrición, Cardiología, el Hospital Infantil, hasta hospitales rurales. Envío becados a un gran grupo de personas al extranjero, a estudios de posgrado y especialización en: ciencias básicas,

fisiología, bioquímica, medicina interna, cirugía y diversas especialidades.

Esta legión ha tenido una profunda y radical influencia en el desarrollo ulterior de la medicina nacional; a partir de entonces se hizo ya en forma sistematizada, congruente y ordenada la investigación biomédica que antes era esporádica y por brotes; la investigación empezó a rendir frutos en los últimos años de la década de los cuarenta y en la década de los cincuenta.

La orientación de la medicina cambió radicalmente la influencia norteamericana desplazó a la europea. Baz fusionó instituciones e inició la integración del Sistema de Salud. Al crear las Residencias Hospitalarias de postgrado. En el Hospital General en 1942, se inició racionalmente la carrera hospitalaria y se establecieron en forma permanente los cursos de postgrado. Se fundó en 1944 una institución clave en el progreso médico, el Instituto Mexicano del Seguro Social. En 1938 se fundó la escuela de medicina del Politécnico Nacional.

En la siguiente década se fundó el ISSSTE; se cambió la escuela de medicina a la Ciudad Universitaria.

Resumiendo México tuvo el honor de ser el primero en fundar establecimientos de enseñanza médica, hospitales generales y de especialidades, editar los primeros libros de medicina, cirugía y fisiología, etc. y las primeras revistas médicas científicas del continente.

Todo lo citado y más son las principales aportaciones primarias de México y sus hombres de ciencia al desarrollo de la medicina actual, altamente evolucionada en nuestro país a partir de la tercera década de nuestro siglo donde se practica la medicina y la investigación a niveles de primera línea.

### III. ORGANIZACION ACTUAL DE LA MEDICINA EN MEXICO

ERNESTO DIAZ DEL CASTILLO\*

Es indudable que el hecho más relevante de la etapa actual de la organización de la medicina ha sido la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud. Es evidente que las acciones de este organismo permitieron establecer un diagnóstico situacional a partir de la identificación de cada una de las instancias participantes en los servicios de salud, precisar su campo de acción, sus bases estructurales, jurídicas, administrativas y laborales, sus recursos físicos, materiales y presupuestarios, así como sus planes y programas de reordenamiento de los servicios de atención médica para integrarlos en sus aspectos administrativo, funcional u orgánico en forma progresiva y según las posibilidades.

Terminando el trabajo de la coordinación de salud, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha incorporado toda la experiencia a su quehacer, dándole unidad y continuidad al proceso.

Es afortunado que en el seno de la Academia Nacional de Medicina, en diversas ocasiones desde 1982, los más altos funcionarios de los dos organismos mencionados, la Coordinación de los Servicios de Salud y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hayan expuesto una información amplia sobre la organización del Sector Salud y de los programas de acciones del mismo. Los académicos, por tanto, conocen con toda precisión la situación y sentimos que esta vez lo propio es limitarnos a destacar algunos hechos particulares que son relevantes en el concepto de organización actual de la medicina en México y aportar algunos aspectos institucionales sobre la estructura y operación de los servicios médicos.

De acuerdo con la Ley de Planeación del país y como parte del Plan Nacional de Desarrollo se ha producido el Plan Nacional de Salud, integrado en un Sistema Nacional de Salud cuyo propósito está planteado en dos grandes vertientes:

- a) ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población del país;
- b) elevar la calidad de los servicios que se prestan.

Son sustento fundamental de este sistema e instrumentos de su desarrollo: la incorporación a la Constitución de la Ley General de Salud, la existencia del Gabinete y del Sector Salud, el reforzamiento y vigorización del Consejo de Salubridad General y la consolidación de los grupos de trabajo interinstitucionales.

El Gabinete de Salud creado en 1978 es una instancia presidencial de coordinación de las políticas y programas de salud del Gobierno Federal presidido por el propio Presidente de la República en su carácter de autoridad sanitaria e integrado con los Secretarios de Salubridad y Asistencia, Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación; los directores generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, el ISSSTE, el DIF y una secretaria del Secretariado Técnico de Gabinetes.

El Sector Salud coordinado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia involucra todos los organismos de asistencia pública y atención médica y social del país como son el Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE, el Subdirector de los Institutos Nacionales de Salud integrado por los nueve institutos de Cardiología, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Nutrición, Neurología, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría y el Hospital Infantil de México; un Subsector de Asistencia que integran el DIF, el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil y dos organismos con funciones variadas como el Hospital General doctor Manuel Gea González y el Patronato de la Asistencia Privada.

Así mismo, se ha vigorizado y renovado el Consejo de Salubridad General que por mandato constitucional existe bajo la dependencia directa del Presidente de la República, como autoridad sanitaria. Está integrado por el Secretario de Salubridad y Asistencia, quien lo preside; un secretario ejecutivo, doce vocales titulares representantes del Sector Salud, IMSS, ISSSTE, DIF, DDF, SDN; de instituciones educativas, de ciencia y

\*Académico numerario. Jefe de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Instituto Mexicano del Seguro Social.

tecnología, UNAM, IPN, CONACYT y dos planteles universitarios de provincia, el Presidente de la Academia Nacional de Medicina y un especialista en materia ambiental.

En relación al Sistema Nacional de Salud, las funciones del Consejo son: opinar sobre los programas y proyectos de investigación científica y formación de recursos humanos para la salud; opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios técnicos auxiliares y especialidades que se requieran para el desarrollo nacional en materia de salud; elaborar el cuadro básico de insumos del Sector Salud; participar en el ámbito de su competencia en el funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud; rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes a la mejoría de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y el mejor cumplimiento del Sistema Sectorial de Salud y finalmente analizar las disposiciones legales en materia de salud.

Los grupos interinstitucionales comenzaron a trabajar en 1977 con el propósito de integrar el esfuerzo sectorial y discutir en profundidad los asuntos de mayor importancia en el ámbito de la salud que lleven a la acción conjunta de las instituciones involucradas.

En ellos están representadas la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el sistema de Desarrollo Integral de la Familia e instituciones educativas.

En este marco de la ley y con los órganos de apoyo señalados, el sistema Nacional de Salud bajo la coordinación de la secretaría de Salubridad y Asistencia pretende reordenar y articular los elementos que la forman, así como poner en marcha y fortalecer los mecanismos de coordinación y concentración de acciones con los Gobiernos de los Estados y con los Sectores Social y Privado, buscando racionalizar el uso de los recursos disponibles y cumplir a plenitud el propósito de hacer llegar a la totalidad de los mexicanos. servicios médicos de un nivel satisfactorio.

De acuerdo con la Ley de salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984, los servicios para la salud según su naturaleza son: atención médica, salud pública y asistencia social. En razón del origen y dependencia de los organismos prestatarios, los servicios médicos pueden clasificarse en: estatales o federales, como los que proporciona la Secretaría de Salubridad y Asistencia y las entidades federativas a través de sus servicios coordinados de salud; paraestatales en los que se comprenden particularmente los de la seguridad social representadas por el IMSS, el ISSSTE y algunas organizaciones como la de PEMEX, Secretarías de la Defensa Nacional, de Marina etc., sociales y privadas.

Para el cumplimiento de los objetivos: cobertura total, alta calidad de servicios, prevención primaria, participación comunitaria del Sistema Nacional de Salud se han planteado como estrategias:

- a) La coordinación sectorial e intersectorial.
- b) La descentralización, que significa el deslinde de la responsabilidad entre la Federación y las Entidades

Federativas en esta materia, impulsando el establecimiento y funcionamiento de Sistemas Estatales de Salud.

c) La atención médica por niveles que implica la racionalización y el uso adecuado y óptimo de los recursos para la atención de los problemas de salud.

d) La educación de la comunidad para la salud.

En cuanto al universo de población que atiende los sistemas de servicios médicos pueden considerarse: cerrados, como el que aplican las instituciones de seguridad social que atienden sólo a su población derechohabiente, abiertos, como los de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y establecimientos que atienden a cualquier individuo que los requiere. En el reordenamiento de los recursos de que se dispone para atender las demandas de atención, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto la estructuración de servicios por niveles de atención, modelo que se ha adoptado en varias instituciones en nuestro medio con diferente grado de desarrollo.

Por su origen, su organización, su estructura, la emergencia de sus instalaciones físicas y demás, los niveles de atención médica son diferentes en el ISSSTE que en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las necesidades directas y las circunstancias han determinado la ubicación, el tamaño y las características generales de las unidades y hasta la nomenclatura de las mismas.

En la organización se ordenan agrupadas por instituciones de origen, las unidades médicas y centros hospitalarios según el nivel de los servicios médicos que prestan.

Puede verse que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que atiende a la población abierta, tiene su primer nivel en 91 Centros de salud A y 43 B de localización urbana y suburbana y en 2,243 Centros de Salud C en las localidades rurales cuya cobertura se extiende a pequeñas poblaciones a través de 364 Centros Comunitarios. Todo lo cual significan 10,897 consultorios rurales y 242 suburbanos.

El segundo nivel lo ofrece fundamentalmente en 105 Hospitales Generales y en 32 Centros B que tienen hospitales de 30 a 60 camas.

El tercer nivel de atención lo otorga a través de los nueve Institutos Nacionales de Salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social con una población derechohabiente de 27 millones de personas, la puerta de entrada al sistema de atención es la red de las 1,352 Unidades de Medicina Familiar que se localizan en las 38 Delegaciones Regionales y Estatales de la Institución en el país. En ellas se cuenta con áreas de consulta externa y servicios de urgencias, archivo clínico y farmacia, laboratorio y gabinete radiológico.

La atención médica se presta mediante módulos integrados por diez médicos familiares coordinados por un jefe de departamento clínico, apoyados por un auxiliar de consultorio y una trabajadora social.

El eje de la atención médica es el facultativo especializado en medicina familiar; quien debe atender 2,400 derechohabientes que constituyen aproximadamente 500 a 600 familias a las que deberá proporcionar una

atención continuada e idealmente promotora de la salud a través de programas sustancialmente de carácter preventivo en los que la educación de la población para la salud constituye acción fundamental.

Este grupo médico familiar está capacitado para resolver el 85 por ciento de las demandas de atención de su población, cuenta con el criterio profesional que le permite precisar el diagnóstico y el manejo de sus pacientes, solicitar la colaboración de otros médicos especialistas en interconsulta o transferir temporalmente los pacientes para su atención en Hospitales Generales de segundo nivel.

Estos hospitales en el Instituto Mexicano del Seguro Social se clasifican en cinco modelos o unidades según el número de camas que tienen y las especialidades que proporcionan, a saber: a) de 12, camas b) de 34, llamados de subzona, c) de 72, d) de 144, conocidos como "de zona", e) de 216 ó de región. Todos cuentan con una a cuatro de las especialidades troncales: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia. Cirugía General y Pediatría y un número de especialidades de rama variado, 3 en el módulo de 34 camas, 7 en el de 72 a 144 y 12 en el 216 camas, que fundamentalmente incluye las de traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, cardiología, neurología y dermatología.

El tercer nivel lo constituyen 27 hospitales de especialidad o especialidades, algunos integrantes de los centros Médicos Nacional, de la Raza y de Occidente.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que ampara alrededor de cinco millones de derechohabientes y que representa el 7.2 por ciento de la población nacional, tiene también una estructura de servicios de salud organizados por módulos e integrado por niveles de atención. En el área metropolitana el primer nivel lo constituyen clínicas de medicina familiar y general; el segundo nivel una clínica de consulta externa de especialidades y un hospital general de concentración que atiende segundo y tercer niveles.

Cada una de las clínicas de medicina general y familiar da servicios a 54,000 derechohabiente en forma continúa e íntegral.

Las clínicas de especialidades están diseñadas para atender a 162,000 derechohabientes en las cuatro especialidades troncales y en servicios de otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, traumatología y ortopedia.

Los hospitales de referencia están planeados para atender a 162,000 derechohabientes cada uno.

En los Estados, el esquema es parecido pero existen además puestos periféricos como unidades subrogadas de el primer nivel para atender a un máximo de 2,000 derechohabientes y consultorios de medicina general para poblaciones de tamaño similar.

Las clínicas de especialidades del segundo nivel en el área foránea brindan atención a poblaciones de 9,000 a 35,000 habitantes igual que las clínicas hospital. En esta área foránea el tercer nivel lo representan hospitales ubicados en Guadalajara y Monterrey. Algunos hospitales de segundo nivel tienen ciertos servicios de alta especialidad.

Los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal ofrecen un primer nivel de atención en 30 consultorios de centro sociales, culturales y deportivos y en 109 consultorios de atención de urgencias a la comunidad, así como tres unidades móviles; el segundo nivel de atención se proporciona en doce hospitales infantiles, 12 hospitales de atención de urgencias de los cuales siete son hospitales generales; cuatro unidades de traumatología, una unidad de psiquiatría y una unidad de urgencias obstétricas con 36 camas. Debe agregarse el sistema médico penitenciario con cinco unidades de especialización para especialidades troncales. En todo cuenta con 2,281 camas en las 30 unidades de hospitalización.

El segundo nivel cuenta con 250 consultorios para consulta externa.

En el Distrito Federal, además, la Secretaría de Salubridad y Asistencia presta atención médica en 91 unidades de atención primaria de la salud y en siete hospitales a los que se pretende integrar en 1985 en un organismo descentralizado administrado por las autoridades del Departamento del Distrito Federal bajo las normas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En conjunto, considerando todas las entidades federativas, se ha informado que cuenta con 7,372 unidades del primer nivel de atención con 14,528 consultorios. Los Estados con cifras menores son los de Baja California Sur con 43, Baja California Norte con 51, Colima con 54 y Quintana Roo con 55; la mayor concentración se da en cuanto a unidades médicas en Chiapas con 505 y en cuanto a consultorios en el Distrito Federal con 2,492.

Para el segundo nivel de atención que se encuentra también en cada uno de los Estados de la República se cuenta con 314 unidades en las que se incorporan 48,388 camas censables. Aguascalientes, Quintana Roo, Tabasco y Tlaxcala son los que tienen menos unidades; el Distrito Federal con 31, Michoacán con 22 y Oaxaca con 19 son los estados que tiene más unidades de este nivel. El mayor número de camas se encuentran en el Distrito Federal con 12,636; Jalisco con 3,823 y Veracruz con 3,418.

El tercer nivel de atención se encuentra fundamentalmente en el Distrito Federal, Jalisco, México y Michoacán en donde se registran 28 unidades en el Distrito Federal y cuatro en cada uno de los otros tres mencionados. en total se reportan 72 unidades de este nivel con 9,838 camas, más de la tercera parte en el Distrito Federal y más de la mitad reuniendo el Distrito Federal, Jalisco y el Estado de México. En 16 Estados no hay unidades de este nivel y en otros cuatro sólo hay una.

El aspecto más importante de la operación del sistema de servicios médicos por niveles de atención es que trabajen vinculados y regionalizados de manera que la capacidad resolutive del conjunto abarque el cien por ciento de la demanda. Esta organización no se da en la práctica de una manera precisa y completa; en algunos casos los servicios están juntos en una unidad, por ejemplo: consulta externa de primer nivel en hospital del segundo y tercer nivel; servicios muy especializa-

dos, pero incompletos o únicos en hospitales generales del segundo nivel, etcétera, pero en la mayoría no se ha logrado identificar plenamente cada nivel, dotarlo de recursos adecuados y menos que se relacionen funcionalmente con las unidades de otros niveles de modo de servir a una población amplia de manera eficiente e idónea. Por ello el propósito de identificar cada vez mejor el tipo de servicios y los recursos que requiere su atención y establecer mecanismos fluidos de apoyo operativo, de transferencia de pacientes, de servicio continuado es vigente y debe ser permanente para que adquiera mayor realidad y eficiencia cada día.

### La Medicina Privada.

Definida como el sistema de interacción entre paciente-médico y sus mecanismos administrativos de apoyo, en el que el paciente puede escoger libremente su médico puede atender a cualquier paciente o dejarlo de atender y la relación económica es directa entre el médico y el paciente, es la más antigua forma de atención a la necesidad de salud de los individuos. Presente en nuestro medio indígena a través de personajes parcial o exclusivamente dedicados y remunerados por ello, a la aplicación de recursos de la herbolaria, elementos empíricos, mágicos, medios físicos y de cirugía y obstetricia primitivos tiene su antecedente de concepción europea hacia el primer cuarto del siglo XVI, cuando se identificaron los primeros individuos reconocidos con capacidades de oficio médico, quienes al propio tiempo que atendían en los primeros hospitales de la Nueva España a los indigentes como expresión de caridad, prestaban servicio en su propia casa a los que contaban con recursos económicos y recibían por ello remuneración.

Al evolucionar la organización del país y crearse sus instituciones, apareció la necesidad de vigilar el ejercicio de la medicina, la cirugía, la obstetricia, de preparar a sus ejercitantes y de sancionar su capacidad y comportamiento.

Hacia mediados del siglo XIX se agregaron a los hospitales de caridad los servicios proporcionados por asociaciones de beneficencia de colonias extranjeras como la Sociedad de Beneficencia Española, la Asociación Francesa, Suiza y Belga de Beneficencia y años después el Hospital, primero Americano y en la época actual Americano-Británico.

En este siglo XX cuando la aparición del Estado como responsable de la salud de la población le obligó a establecer servicios médicos de amplio alcance y mejores recursos y al surgir hacia 1940 la seguridad social y los hospitales descentralizados de corte norteamericano de atención especializada, hizo cambiar la relación médico-paciente y la medicina privada dejó de ser el único sistema de atención médica.

Arraigada pues de manera natural y profunda como una necesidad de nuestra sociedad, la medicina privada sigue vigente en nuestro medio y se ocupa de la atención de un amplio sector de la población que no tiene o no acude a servicios estatales o paraestatales y que cuenta con recursos para buscar un servicio a su elección y preferencia.

No existen estadísticas precisa, pero se acepta que en esta década la medicina privada atiende alrededor de un 15 por ciento de las solicitudes de servicios médicos de la población y que cuenta para ello con el 20 por ciento de las camas censables registradas en el país.

Ha de reconocerse que la organización de sus servicios es de una gran diversidad, ya que cuenta lo mismo con unidades menores, carentes de los elementos fundamentales de la asistencia médica actual, que con grandes hospitales con organización institucional regidas por principios médicos y administrativos rigurosos y eficientes.

De manera que no es posible hablar de una organización "tipo" pero tampoco se debe desconocer la existencia e importancia de esta forma de medicina en nuestro medio que en sus diversas formas de ejercicio desde las primitivas hasta las sofisticadas en el recurso de auxilio médico al que acuden varios millones de mexicanos y de la que hay excelentes expresiones en unidades o servicios que gozan de merecido prestigio.

### Atención Médica en el Area Rural

A través del programa conocido como IMSS-COPLAMAR que financia el Gobierno Federal y administra y realiza en su totalidad el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha desarrollado una estructura de atención médica en el campo que busca aprovechar el recurso natural que constituyen la propia comunidad interesada en la conservación y recuperación de su salud, la medicina tradicional y herbolaria y las personas de la propia comunidad capacitadas como promotoras de salud, asistentes rurales de salud, o auxiliares de Unidad Médica Rural.

Estos elementos se enlazan, coordinan e impulsan por médicos pasantes, se ha recurrido a la formación de técnicos rurales de salud escogidos entre los auxiliares de área médica distinguidos por su mayor escolaridad y su dedicación e interés en los problemas de salud expresados en la práctica de medicina tradicional o de labores auxiliares. Se les capacita en un curso intensivo de seis meses para que sepan identificar enfermedades comunes, aplicar primeros auxilios, enlazar y mantener a los pacientes en los programas de las unidades médicas.

Esta estructura atiende en la Unidad Médica Rural a las poblaciones menores de 2,500 habitantes y a sus áreas de influencia constituídas por localidades de 500 ó menos pobladores. Las poblaciones de más de 2,500 habitantes son atendidas en términos generales por médicos titulados.

El Sistema IMMSS-COPLAMAR cuenta a la fecha con 3, 025 unidades rurales a las que se están agregando progresivamente otras 402 que funcionaban como unidades de medicina familiar del régimen de seguridad social.

Se apoyan estos servicios en 64 hospitales rurales de solidaridad (HR "S"), unidad que otorga primero y segundo niveles de atención médica a poblaciones que fluctúan entre 15,000 y 30,000 habitantes, y el segun-

do nivel a la población de su área de influencia que varía de 150,000 a 205,000 habitantes

Opera con: a) personal de confianza: el director médico y cirujano de la unidad, el administrador, la jefe de enfermeras, un técnico de anestesia y el residente de conservación; b) personal de base: de 4 a 6 médicos familiares, un técnico radiólogo, un técnico de laboratorio, de 20 a 25 auxiliares de área médica, 8 a 12 auxiliares de servicios generales, de 5 a 7 auxiliares de servicios administrativos y c) personal becario: 4 pasantes de medicina, de 7 a 9 pasantes de enfermería, 2 pasantes de odontología, 2 pasantes de trabajo social, 1 ó 2 pasantes de químico farmacobiólogo y de 4 a 6 internos de pregrado, 4 residentes de las especiales troncales: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía General.

Este hospital de campo cuenta con módulos de atención al paciente ambulatorio, al paciente hospitalizado y de servicios clínicos generales de apoyo, con sus respectivos consultorios y servicios; por ejemplo, el módulo de hospitalización está formado por 40 a 60 camas, una sala de cuneros e incubadoras, áreas de trabajo de parto y expulsión, quirófano y central de equipos de esterilización.

En estas unidades se identifican tres tipos de actividades:

a) Promoción de la salud a través de programas de orientación nutricional, educación para la salud, planificación familiar voluntaria, capacitación de la comunidad y promoción del saneamiento.

b) Protección a la salud con el programa de atención materno infantil.

c) Recuperación de la salud en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.

Se emplea un Cuadro Básico de Medicamentos que evita los innecesarios o de uso poco común y proporciona los que responden al perfil epidemiológico regional. hasta la fecha se presta atención a 12 millones de solidariohabitantes y se tiene capacidad para aumentar dicha cobertura a 18 millones.

### **Actividades Docentes en la Organización Médica.**

El reconocimiento de la bondad del sistema de aprendizaje bajo el concepto de aprender-haciendo ha llevado a establecer como elemento fundamental de la formación de recursos humanos la integración docente asistencial.

Exite la convicción de que es necesario el personal en formación para la ampliación de la cobertura de servicios en que se requieren acciones conjuntas con pensamiento nacionalista integrador para que se aprovechen los recursos del país de manera óptima, por ejemplo, que instituciones educativas e institucionales asistenciales de salud se asocien cada vez más estrechamente para cumplir sus programas, lo que da a las acciones docentes importancia en la organización de los servicios de salud. Por ello se cuenta con un comité interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud, en el que diversas facultades de medicina y las instituciones de atención médica vuelcan todos los asun-

tos relacionados con esta área, analizan con detalle sus distintos aspectos y proponen alternativas de solución, siempre con el propósito de trabajo conjunto y del establecimiento de criterios, normas y procedimientos comunes.

El personal en formación en su totalidad se integra en los campos clínicos de las instituciones de salud, a veces desde el inicio mismo de sus estudios profesionales como sucede en los programas modulares del A-36 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, de las ENEPS de Ixtacala y Zaragoza y de la Escuela de Nayarit a partir del tercer año de sus estudios con los planes tradicionales que en las otras escuelas existen.

El quinto año del programa tradicional, conocido como internado de pregrado, que cuenta ya en algunas instituciones con un programa específico organizado en seis módulos de duración bimensual y con sistemas de evaluación pre, trans y postcurso significa la incorporación de alrededor de 8,000 estudiantes en tres ciclos cada año.

El servicio social lo prestan alrededor de 11,400 pasantes mayoritariamente en poblaciones rurales o en servicios suburbanos.

Seleccionados mediante un examen de conocimientos médicos que se practica cada año por el Comité de Selección de Aspirantes a Residencias Médicas a cuyo cargo está la elaboración de los reactivos y el control total del procedimiento de examen hasta la emisión de la carta de seleccionado, ingresan a los cursos de especialización médica de las diversas instituciones un promedio de 3,000 médicos lo que hace que en conjunto la población de médicos residentes alcance diez mil ochocientos sesenta y seis médicos en especializaciones que duran de dos a tres años.

La presencia y actividades de este numeroso grupo de médicos en formación y especialización al que se suman otros grupos de profesionales y técnicos en enfermería odontología, anestesia, laboratorio clínico y radiología, dan un claro sustento a la organización de los servicios médicos. Evidentemente son programas de beneficio recíproco múltiple interrelacionado en el que educandos y educadores, instituciones de salud e instituciones educativas y población en general, particularmente los habitantes de áreas rurales atendidos en el Programa IMSS-COPLAMAR obtienen servicios, conocimientos, estímulos, colaboración y apoyo mediante el trabajo médico grupal interrelacionado y compartido bajo normas institucionales eficaces.

### **La Investigación en la Organización Médica.**

Constituye con la asistencia y la docencia el trípode en que sustenta toda la actividad médica. Su menor desarrollo específico e identificación por todos los elementos participantes en la atención médica se debe a diversos factores. Sin embargo, cada vez es más clara la necesidad de investigación organizada y de investigadores profesionales que difundan las bondades de esta actividad y sumen a través de proyectos de investigación las ca-

pacidades de todos los participantes en la atención médica.

A la fecha existe un vigoroso movimiento que tiene sus vertientes en instituciones educativas, muy particularmente en la Universidad Nacional Autónoma de México y en instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se ha creado la Comisión de Investigación en Salud en la que participan estas y otras Instituciones; se cuenta con grupos bien constituidos de investigadores médicos profesionales exclusivamente dedicados a la investigación como el del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se tiende a subsanar la insuficiencia presupuestaria de esta actividad dedicándole cada vez más recursos; están en desarrollo programas de maestrías y doctorados en investigación en la organización actual de los servicios médicos en México y la importancia que se da a su función en el progreso de la ciencia y de la atención médicas.

## REFERENCIAS

1. ANONIMO: *Cronología de la salud*. México, S.S.A. 1984.
2. ANONIMO: *Síntesis estadísticas*. Regimen Seguridad Social. México, I.M.S.S. 1984.
3. ANONIMO: *Programa 1984. Jefatura de Servicios de Centros Médicos y Hospitales de Alta Especialidad* México, I.M.S.S. 1984.
4. COMISION DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD: *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. México, UNAM, 1983.
5. MOLINA-MONTES, A.: *Concepto y realidades actuales de la medicina privada*. En: Seminario sobre problemas de la medicina en México. Sepúlveda, B. (ed.). México, El Colegio Nacional. 1983. p. 509.

## IV. ¿QUE SE ESPERA DE LA MEDICINA EN MEXICO?

JORGE CORVERA-BERNADELLI\*

¿Que se espera de la medicina en México? La contestación a esa pregunta se antoja fácil: Se espera todo. De la medicina preventiva, la erradicación de las enfermedades transmisibles y por factores ambientales; de la medicina curativa, óptima eficiencia y cobertura universal en todos sus niveles técnicos. Se espera que la medicina académica logre la mejor educación de los trabajadores de la salud y que la investigación biomé-

dica llegue a la meta expresada por Ruy Pérez Tama-  
yo: "Que todos los humanos mueran jóvenes y sanos,  
de muy avanzada edad".

Evidentemente éste no es el sentido de la pregunta del título del tema que se me ha asignado. En realidad, he de hablar no de lo que deseamos ocurra, sino de lo que creemos que va a ocurrir; se está pidiendo un pronóstico.

Pronosticar no es adivinar, sino razonar basándose en hechos establecidos para describir una circunstancia futura que podrá semejarse más o menos a la descripción elaborada. Quiero puntualizar claramente que sí creo que la Medicina, y en particular la Medicina Mexicana, se dirija a largo plazo hacia la meta expresada en los primeros renglones, y creo que marcha más rápido de lo que suponemos, si bien menos rápido de lo que deseamos. Bajo éstas bases, abordaré aspectos limitados de lo que pienso ocurrirá en un futuro cercano con la medicina en México.

En su más amplio sentido, la medicina se refiere a los conocimientos que mediante una tecnología apropiada, se emplean para mejorar la salud de una población. Ya aquí se advierten dos componentes: los medios y su aplicación. El futuro de la ciencia y de la tecnología médica se observa particularmente favorable. No creo oportuno en ésta ocasión referirme a éstos aspectos que bastante se tratan ya en el ámbito de ésta Academia. Pero, ¿será factible en un futuro próximo su aplicación y especialmente, su aplicación universal? ¿Llegarán oportunamente a quienes los necesitan?

En forma esquemática, la aplicación de la tecnología médica se puede concebir como un triángulo en el cual un lado representa el objeto de la aplicación o usuario, que puede ser, desde un sólo paciente hasta toda la humanidad. El segundo lado se refiere a quienes aplican la tecnología, o proveedor, entendiéndose como tal un individuo aislado o toda la comunidad de los trabajadores de la salud. El tercer lado es de igual importancia y significa las circunstancias que permiten la realización del acto médico, e incluyen aspectos de producción, distribución y administrativos. Sin duda, entre éstos, el financiamiento constituye el principal requisito. Todo esfuerzo realizado en el seno de la sociedad debe ser pagado por la sociedad misma, pero varían los mecanismos de pago y el origen de los recursos. Los costos médicos pueden ser sufragados por el Estado, con impuestos aportados en forma obligatoria por todos los miembros de la sociedad, o en forma individual por el enfermo o su familia.

En las consideraciones sobre el futuro de la medicina mexicana, es necesario tener en cuenta que un cambio en uno de los lados de nuestro triángulo influye necesariamente en los otros, y que en el mundo actual, se advierten cambios por todos lados.

En primer lugar, en forma amenazante, aparece el problema de los elevados costos de la tecnología médica moderna; cuando se intenta hacerla accesible a toda la población se hacen insostenibles aún para los países más ricos. Esto matizará las formas que la práctica de la medicina adopte en cada circunstancia y para cada

\*Académico titular.

uno de los diferentes componentes de la población de nuestro país.

Otro factor que modificará la medicina mexicana es el cambio en la expectativa por parte de la sociedad ante el cambio de costumbres y como consecuencia, de los valores sociales y de las normas éticas. Basta considerar como ejemplo los observados respecto a la sexualidad, la reproducción, el suicidio y la eutanasia, que habrán de modificar, queramos o no, muchas de las características de la práctica de la medicina.

Por otro lado, la difusión de la enseñanza médica, mala o buena, ha creado demasiados médicos que tendrán que comportarse en forma diferente a la tradicionalmente observada.

Mis intentos de hacer un pronóstico se referían a estos tres aspectos de la medicina, en el futuro inmediato.

### Costos

La mayoría de los estados modernos proclaman el derecho universal a la salud, y asignan para ello parte considerable de sus presupuestos. Como consecuencia la sociedad espera una atención médica universal, en todos sus niveles técnicos.

Sin embargo, ésto no es posible. El control de las enfermedades infecciosas es poco costoso y responde a las medidas de salud pública; sin embargo, los costos de la atención médica aumentan sin límite al enfrentarse al problema de una población de mayor edad donde predominan enfermedades neoplásicas y degenerativas.

Esto se manifiesta por las cifras de costos de salud. Alemania, Holanda, Suecia y los Estados Unidos destinan a los servicios de salud más del 10% de su producto nacional bruto. En 1978, los Estados Unidos gastaron 1000 dólares anuales por habitante. Esto contrasta con los gastos de la medicina institucional en México. Las organizaciones paraestatales gastan, en promedio, 47 dólares anuales por derechohabiente y el estado, en forma directa, 14 dólares por cada habitante no cubierto por instituciones de seguridad social. Por supuesto, ésto no constituye el total del gasto médico nacional, pero no hay estadísticas confiables respecto al gasto que la sociedad hace por intermedio de la medicina privada.

Todas las sociedades están envejeciendo, debido al descenso de la tasa de natalidad y la prolongación de la expectativa de vida. En 1920, en los Estados Unidos, un hombre de 50 años de edad tenía una sobrevivida promedio de 22.5 años; en 1983 se había incrementado a 28.3 años. Esto hace que la carga financiera para el cuidado de la salud, más pesada a medida que avanza la edad, recaiga en una porción cada vez menor de la sociedad.

Nuestro país tendrá necesariamente que limitar la atención médica en función de costos. El gasto que se realiza por cuenta del estado, tendrá que destinarse primordialmente a la atención médica del primer nivel, a las urgencias y a la medicina preventiva, incluyendo en éste capítulo a la anticoncepción. El mantenimiento de

establecimientos de niveles superiores de atención médica tendrá que orientarse primordialmente hacia objetivos de enseñanza y de investigación, pero con pocas esperanzas de poder asistir a un sector más amplio de la población.

Las instituciones de seguridad social experimentan la necesidad de ampliar la cobertura en los niveles superiores como respuesta a la expectativa, implícita o declarada, de sus derechohabientes. Esto sólo podrá lograrse si la nación experimenta una mejoría sustancial de sus condiciones económicas y, por tanto de los ingresos de las instituciones. de otra manera, sóloamente queda el aumento de la proporción del salario que se destine a la atención médica, directamente o por intermedio de los impuestos, si quiere evitar el peligro de disminuir la calidad de la atención para poder aumentar la cobertura.

Es bien conocido que muchos derechohabientes se quejan de la calidad de la atención de la medicina institucional, a la que dicen acudir sólo por no poder pagar la medicina privada. Esto es demasiado generalizado para poderlo considerar meramente circunstancial, sino que obedece, pienso yo, a la diferencia percibida entre los hechos y una expectativa fuera de toda posibilidad real. Y sin embargo, para mejorar la calidad de la atención, se requeriría también incrementar la carga económica del usuario, directa o indirectamente, lo cual causaría un malestar aún mayor.

Los limitantes económicas del estado obligarán a que parte del costo de la atención médica se cubra por el camino de la medicina privada. Los pacientes desamparados y los descontentos tenderán a acudir a ella, que por supuesto tampoco podrá resolver el problema, ya que depende de la capacidad personal de financiamiento, bien sea directamente o por intermedio de seguros individuales, que se pagan también directamente o como parte del salario contratado. Esta capacidad estará limitada al segmento económicamente privilegiado de la población, la clase media y la alta burguesía.

### Los Valores Sociales y la Moral Médica.

Testimonios históricos y estudios antropológicos señalan que los grupos humanos desarrollan normas de conducta basadas en principios morales en forma al parecer espontánea, mucho antes de que surjan quienes sienten la necesidad de explicarlos. Tan pronto se individualiza un grupo humano, en bases tan simples como el de un interés común, se desarrolla un cuerpo de restricciones y de prescripciones internas que podrían denominarse "la moral" del grupo. Esto ocurre aún en grupos en pugna con la sociedad en que viven, como las organizaciones revolucionarias y los grupos del hampa, como lo fuera el código de honor de aristocracia militarista prusiana.

Pareciera que el sentimiento moral fuera un órgano mental, como el lenguaje, y que las normas del comportamiento ético son las que cada sociedad desarrolla de acuerdo con sus necesidades, en cada uno de sus momentos históricos. De acuerdo con ésto, la moral es trascendente, pero no sus principios individuales que son

circunstanciales. La necesidad íntima de recibir la aprobación del grupo, aceptando sus usos y costumbres, resultaría universal, pero el objeto de cada prohibición estaría determinado de acuerdo con los tabús prevalentes del grupo en que se forman.

Históricamente, han sido los grandes líderes religiosos y políticos quienes han creado las organizaciones que acaban imponiendo sus principios éticos. Sin embargo, a partir del surgimiento de los estados modernos, los planteamientos morales son cuestionados por toda la sociedad y sustituidos a medida que la misma lo considera necesario.

La sociedad moderna como nunca en la historia, cambia a un ritmo vertiginoso. Los adelantos científicos traen como consecuencia desarrollos tecnológicos y éstos a su vez, nuevas maneras de vivir. En la acción médica se observa el impacto de la tecnología científica, cuyos beneficios condicionan circunstancias que obligan a replantear cuestiones morales.

Un campo en que la tecnología reciente ha cambiado fundamentalmente los valores éticos es el de la reproducción humana. La disminución y aún desaparición de muchas enfermedades infecciosas, la prolongación de la vida y el descenso de la mortalidad infantil fueron factores importantes en la explosión demográfica; ésta obligó a replantear cuestiones de conducta reproductiva: ya no es deseable la gran familia. En consecuencia, los tabús contra la anticoncepción han desaparecido, se desploman en las sociedades modernas los tabús contra el aborto y se cuestiona la importancia y aún la existencia misma de la familia como unidad social.

La ciencia ha desarrollado métodos y equipos para prolongar la vida inimaginados hace algunos años. Muchos seres humanos, han logrado una vida plena gracias a ellos, pero otros sólo han logrado una existencia limitada, soportando dolores, molestias y el aislamiento progresivo, cuando no el abandono, por parte de una sociedad en donde sólo hay lugar para los jóvenes. La medicina moderna es capaz de mantener vivos a ancianos encamados que ni siquiera pueden darse cuenta de que aún están en éste mundo.

En los Estados Unidos, el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud comunicó que en 1981 hubo 28.4 suicidios registrados en 100 000 hombres de 65 a 74 años de edad, 41.4 en hombres de 75 a 84 y 50.2 en mayores de 85. Las cifras correspondientes entre 15 y 24 años de edad son de 19.7. Se piensa que estas cifras no revelan datos reales. Muchos ancianos están bajo medicación que en sobredosis puede causar la muerte; cuando alguien, en condiciones precarias por algún tiempo aparece muerto en su cama, no se suele investigar la posibilidad de suicidio. Lo anterior parece señalar la resistencia por parte de la sociedad a soportar la prolongación de una vida que se advierte como inútil o dolorosa.

Los avances de los conocimientos de la fisiología y de la tecnología del sostenimiento de la vida han hecho que cada vez haya mayor posibilidad en mantener vivos a seres humanos que carecen de funciones que antes eran consideradas vitales. Esto se inició con la terapia sustitutiva en enfermedades endócrinas pero ha avan-

zado hasta el punto en que, gracias a equipos que logran realizar fuera del cuerpo humano las funciones circulatoria y respiratoria, se logra una semblanza de vida; si ésto es transitorio y el organismo se recupera es maravilloso, pero cuando el daño es irreversible únicamente prolongan un estado que si bien no es muerte, tampoco es vida.

Cada vez se advierte mayor malestar por parte de la sociedad ante éstas circunstancias. Las anécdotas dolorosas son motivo de publicaciones periodísticas más o menos sensacionalistas y en los países con jurisprudencia fundamentalmente consuetudinaria, jueces y jurados autorizan y en ocasiones hasta ordenan la suspensión de las medidas que soportan esa vida artificial.

En consecuencia, habrán de ser modificadas las normas éticas para el trato de los pacientes con soporte artificial de la vida, con enfermedades mortales a corto plazo y con sufrimientos constantes. No es posible continuar con las actitudes ancestrales que apreciaban cada minuto de vida por encima de cualquier consideración; cada vez importará más no sólo la duración, sino la calidad de la vida.

La medicina se verá también obligada a reconsiderar sus actitudes respecto al suicidio y, en general, sobre el final de la vida. Creo que hasta ahora, ha tomado la actitud proverbial del avestruz, negándose no sólo a reconocer el problema, sino ni siquiera a mirar lo que ocurre a su alrededor, y cuando se ha visto obligada a prestar atención, ha tomado la actitud de dejar "a la naturaleza" la acción, limitándose a no aplicar "medidas extraordinarias". La sociedad obligará en el futuro a que nuestra profesión acepte su responsabilidad de cuidar el bienestar de los pacientes hasta el último momento.

## La Enseñanza de la Medicina en México.

Es difícil poder determinar el número de médicos que necesita la sociedad. Estudiarlo en diversos países no ayuda mucho, ya que las circunstancias económicas, técnicas y de costumbres varían considerablemente. Sin embargo, bajo cualquier norma, resulta claro que en México se preparan demasiados médicos.

En los Estados Unidos había en 1979 un médico por cada 800 habitantes. Aún usando esa cifra generosa propia de países superdesarrollados, calculando una vida profesional promedio de 25 años, para 75 millones de habitantes necesitaríamos 3750 médicos anualmente, número por lo menos tres veces menor que el que se observa.

Es bien sabido que al sistema estatal de salud ingresan alrededor de 2000 médicos anualmente; es imposible saber cuantos más fueron adiestrados correctamente. Sin embargo, probablemente una gran parte de ellos trabajará en el ámbito médico; muchos serán médicos burócratas, otros, vendedores o propagandistas pero un número considerable intentará practicar la medicina. ¿Que medicina? La que pueda. Consultas inconsecuentes, cirugía pequeña, curaciones

y procedimientos médicos marginales.

En su ignorancia y su necesidad, serán presa fácil de la propagnada tendenciosa así como de esquemas descabellados para adquirir un adistramiento novedoso. Es bien conocido que muchos de los practicantes de sistemas charlatanescos, algunos muy elaborados, son médicos recibidos. ¿Porqué no, si en realidad sobran?

Por último, tenderán a gravitar hacia la medicina legal. El mejor ejemplo es el aborto. Si el gobierno hace eco de las expresiones de los líderes de la minoría comprometida ideológicamente y la continúa considerando ilegal; el aborto ocurrirá de todas maneras. Los menos en países en que es legal, los más, efectuados clandestinamente por médicos que de cualquier manera ya se encontraban marginados de la corriente principal de la medicina institucional, bien sea estatal o privada.

### Conclusiones

En fin, para contestar la pregunta inicial, dentro del marco de referencia a que me he limitado, expresaré lo que creo que va a ocurrir con la medicina en México en el futuro cercano.

Ocurrirán cambios importantes en la actitud, tanto de los médicos como de la población en general hacia la reproducción humana y el fin de la vida.

La medicina estatal y de seguridad social tenderán a aumentar la cobertura a los niveles preventivo, de primer contacto, de urgencias y de atención básica en establecimientos cada vez mejores. Probablemente aumentará la calidad de la atención en las instalaciones de investigación y de enseñanza, pero no habrá un incremento sustancial en la cobertura para la medicina de costo elevado.

La medicina privada aumentará sus actividades en la sociedad, debido al exceso de médicos que las universidades producen. La insatisfacción del usuario de los sistemas de seguridad social hará que se incremente la atención de primer contacto, excepto urgencias traumáticas o quirúrgicas, y el seguimiento de padecimientos de poca gravedad, con tendencia a la cronicidad y con elevado componente emocional. En los niveles de atención de tecnología compleja, tendrá un incremento moderado debido a su costo, que solo podrá ser cubierto por un sector reducido de la población, especialmente la clase media acomodada. La alta burguesía continuará acudiendo a los centros de desarrollo tecnológico fuera del País.

Por último habrá un incremento considerable en las medicinas "paralelas" de nueva aparición, de la charlatanería y de la atención médica ilegal por parte de la población de médicos que no tienen acceso a establecimientos estatales ni privados.

## V. CONCLUSIONES

CARLOS MAC GREGOR

Con el propósito de dar cumplimiento a una de las políticas del Gobierno actual de alcanzar salud para todos los mexicanos, es evidente que tanto en el proceso de atención médica institucional como en el de medicina privada, debe de estimularse la formación y la participación del médico general y/o familiar siempre apoyado por razones de eficiencia y costo en personal paramédico con responsabilidades específicas.

En virtud de la estructura socio política de algunos grupos de población y en base a sus valores históricos es evidente que en nuestra organización actual y acorde con los propósitos al futuro, debemos aprovechar los recursos en los que se apoya la evolución de nuestra medicina incluyendo para las áreas del país en que resulta congruente la utilización de la medicina tradicional y herbolaria.

Conviene tener particular cuidado en conservar sistemas institucionales y privados que aseguren el acceso a la atención médica de niveles de alta capacidad resolutiva para toda la población.

Mantener el concepto de coordinación de esfuerzos con objeto de evitar dispendios, duplicidad e inclusive discrepancias que se traducen en pérdida innecesaria de recursos.

Dentro de un marco de libertad que la Constitución del país garantiza debe de vigilarse que el ejercicio de la medicina privada mantenga un proceso de evolución acorde a las necesidades de la población que no resulte antagonista de la medicina institucional y sí por el contrario que ambas resulten complementarias, en función de sus propósitos.

Finalmente es indispensable que se consoliden las políticas que involucran a las instituciones de educación superior y a las de salud en las decisiones relacionadas con la formación de recursos humanos con objeto de que éstos sean acordes a las necesidades de salud del país.