

El control de calidad del ejercicio de la medicina

I. Un marco teórico

LEONARDO VINIEGRA-VELÁZQUEZ*

Iniciaré esta presentación formulando un cuestionamiento al propio encabezado de la sesión de hoy. El control de calidad lleva implícita la idea de comprobación, inspección o fiscalización de objetos o acciones,¹ con el propósito de evitar desviaciones con respecto a un determinado patrón de referencia. Esta noción de control de calidad proviene de los procesos industriales y se aplica, casi con exclusividad, a los productos, es decir, a las cosas. El sello de garantía de calidad significa que se ha alcanzado un cierto estándar, y hace al producto apto para su comercialización en condiciones competitivas.

En la industria: el control de calidad ha tenido un impacto decisivo, claramente favorable, en la elaboración de los productos, lo que ha servido de base para suponer que sus efectos serían similares en otras esferas de actividad.

Cuando nos ubicamos en el ámbito de las relaciones sociales, donde interactúan diversos grupos -tal es el caso de la práctica de la medicina- la índole de los productos, es decir, la prestación de servicios, tiene cualidades esencialmente distintas a las de los objetos producidos por la industria. Y todavía más, a diferencia de otros oficios: la prestación de servicios en el ejercicio de la medicina tiene como mediación precisamente una relación interpersonal peculiar, lo cual acentúa su diferencia con respecto a la fabricación de cosas.

Los procesos sociales no son susceptibles de control a la manera de un proceso productivo industrial en el que se pueden hacer correcciones casi instantáneas. Las formas de manifestación de un proceso, como por ejemplo la baja calidad de la atención médica, son realmente

modificables, a condición de que el proceso que las determina cambie. De lo anterior se deriva que aun en el supuesto caso de que contáramos con criterios adecuados para valorar la calidad, su aplicación tendría implicaciones exploratorias y no inquisitoriales, ya que el meollo del asunto radica en la transformación del proceso subyacente que le da origen. Con frecuencia se escucha que las instituciones -que expresan la cristalización de ciertas relaciones sociales- son apropiadas y que "lo que falla son los hombres", los individuos desviantes que por razones intrínsecas a su persona se apartan del camino correcto. Nada más discutible. Un sistema que hace posible numerosas y diversas desviaciones más allá de lo deseable es un sistema inadecuado, degradado, que hay que transformar. En tales condiciones ningún procedimiento de control de calidad será suficiente.

La preocupación relativamente reciente en nuestro medio por la calidad de la atención médica es, a mi juicio, un indicador profundo de que la situación prevalente es ya insostenible y reclama acciones urgentes y concertadas. Muchos de nosotros estamos en la búsqueda de estrategias que permitan incrementar consistentemente la calidad del ejercicio de la medicina; sin embargo, los esfuerzos realizados han encontrado, en general, poco eco en la comunidad médica. De la misma manera, las aportaciones más significativas de la investigación en este campo,² no pasan de ser una curiosidad en ambientes poco receptivos.

Práctica de la medicina en México

La situación actual de la práctica médica es expresión de un proceso de desgaste paulatino que, a su vez, traduce el grave deterioro de la vida social en su conjunto. Por lo tanto, esbozar un marco teórico de análisis de la

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 3 de mayo de 1989.

* División de Estudios de Posgrado e Investigación. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

calidad del ejercicio de la medicina requiere examinar previamente, así sea de una manera sumaria y esquemática, las condiciones prevalecientes en la práctica de la medicina en el México de hoy. Destacaré lo que a mi juicio es más representativo y pertinente a nuestro tema.

1. La práctica médica, como cualquier práctica social, se ha diversificado enormemente.

La división del trabajo dominada por la especialización tiene en el ejercicio de la medicina una de sus expresiones más acabadas. El quehacer médico se ha fragmentado de manera tal que resulta una tarea ardua, las más de las veces insuficiente, alcanzar una visión de conjunto del organismo humano. La especialización progresiva dentro de la práctica médica propicia, cada vez más, que los enfoques parciales y fragmentarios del organismo ganen terreno y aceptación, lo cual dificulta progresivamente la comprensión del hombre como integridad y se pierde en forma gradual la capacidad para jerarquizar las intervenciones médicas de acuerdo al paciente como una totalidad y sus circunstancias.

La tendencia avasallante hacia la especialización, que es característica de nuestro tiempo y rasgo distintivo de la medicina actual, ha puesto a nuestro alcance el dominio de numerosas técnicas y ha permitido profundizar en algunos sectores del conocimiento médico, que hoy día hacen posibles ciertos procedimientos, sin los cuales muchos pacientes carecerían de alternativa para sobrevivir, por ejemplo, los trasplantes de órganos. No obstante, la especialización tiene consecuencias e implicaciones diferentes de acuerdo al grado de industrialización de los países. Baste mencionar aquí que en un país como el nuestro la pretendida solución para la atención a la salud ha dificultado el logro de estrategias de atención a la población marginada y empieza a contribuir al subempleo y desempleo médicos.

2. Otro aspecto a considerar se relaciona con las características prevalecientes de la práctica médica en las instituciones de atención a la salud en particular las dependientes del Gobierno.

Es un clamor general que la práctica médica institucional se ha burocratizado, con el consecuente trato impersonal a los usuarios, la lentitud con la que se realizan los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, la multiplicación de los trámites y errores administrativos y el incremento de los errores del equipo de salud, algunos de los cuales tienen consecuencias fatales. A lo anterior se suma toda una serie de obstáculos crecientes para que los médicos intercambien sus expe-

riencias profesionales, para que consulten sistemáticamente la información disponible que haría verdaderamente fructífero su quehacer y para que puedan reflexionar de una manera crítica acerca de su práctica, de sus necesidades y expectativas de superación comunes. En suma, se desarrolla una inercia poderosa hacia el aislamiento de los trabajadores de atención a la salud, que fragmenta y debilita sus esfuerzos en la defensa de sus intereses, lo cual, como veremos más adelante, entraña consecuencias graves para la calidad del ejercicio de la medicina.

3. Otra situación a considerar la constituye el grave rezago de las instituciones de salud, en cuanto a la cobertura de múltiples comunidades dispersas y apartadas.

Los diversos programas instrumentados por el Estado no han alcanzado los objetivos perseguidos. Es una dolorosa realidad que los llamados niveles de atención a la salud (primario, secundario y terciario) sean más una expresión de la calidad diferencial de los servicios, que de una verdadera racionalidad de la cobertura asistencial de la población, con sistemas eficaces de referencia y contrarreferencia de los usuarios.

4. Una característica que en nuestro medio tiene la práctica médica en su conjunto, es la escasez y aun la ausencia de mecanismos de superación y control.

De ahí lo inusitado del simposio que hoy nos congrega. Es decir, que ni la sociedad civil ni el Estado han desarrollado procedimientos suficientemente eficaces que garanticen, a escala social, un grado satisfactorio de competencia técnica de los médicos, de comportamiento ético, de responsabilidad profesional.

Las instituciones públicas de atención a la salud han puesto en marcha mecanismos de control administrativo del ejercicio médico, cuyos efectos son contraproducentes sobre la calidad de la atención médica.

Las agrupaciones médicas -sociedades y consejos- han ido surgiendo para cada una de las especialidades, intentando ejercer cierto control sobre sus agremiados. Aunque esto representa un avance en la materia, su verdadero impacto en el ejercicio de la medicina es desconocido y probablemente insignificante, en virtud de la inexistencia de procedimientos apropiados que en forma permanente promuevan la superación y el control del ejercicio liberal e institucional de la práctica médica.

La situación descrita propicia, por una parte, que los usuarios se encuentren prácticamente en la indefensión ante los abusos y errores potenciales de los prestadores

de servicio; y por otra, que se soslaye el papel protagónico que deben jugar los pacientes organizados ante la urgente necesidad de reorientar al ejercicio de la medicina.

5. El último aspecto que quiero destacar se refiere al debilitamiento y deterioro de la práctica clínica dentro del ejercicio médico.

En forma creciente, el médico dirige su atención a las diversas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, ya sea como un anhelo inalcanzable por sus costos, como factor de frustración por no corresponder con el nivel de atención en el que labora, y de ahí su carencia; o bien, como un recurso cuya posesión automáticamente confiere prestigio y legitimidad a su práctica.

Por otra parte, la intensa promoción de la tecnología como ingrediente indispensable de "la buena medicina" y de "la modernidad" provoca su adquisición, casi compulsiva, en menoscabo de los recursos que se designan para otros rubros de la atención médica (salarios). Como resultado de la situación descrita, cada vez es más notorio que la acción del médico se lleva a cabo como si el uso de la tecnología constituyera la parte medular de su quehacer, en detrimento de la calidad y cantidad de tiempo que dedica a su paciente. Esto se ve agravado por el hecho de que se suele aceptar de manera acrítica a la tecnología como un beneficio de utilidad incuestionable, y frecuentemente se le utiliza de manera indiscriminada, lo que contribuye sustancialmente al encarecimiento de la atención médica.

Es así que, al disminuir su interés, el médico pierde gradualmente sus capacidades para la obtención acuciosa e interpretación apropiada de los datos clínicos que el paciente pueda aportar. Su participación en esta etapa inicial del quehacer médico que es la historia clínica, se hace superficial, incompleta y rutinaria, sentando las bases de una práctica médica ineficiente, costosa y depauperada de conocimientos y de humanismo. Si además de lo anterior nos percatamos de que las instituciones de atención a la salud son los escenarios habituales donde los alumnos aprenden a ser médicos, se comprenderá la grave repercusión que tiene el deterioro de la práctica clínica para el futuro de la medicina. Las capacidades clínicas del médico, en cuanto a la obtención confiable de los datos clínicos importantes, la formulación de hipótesis diagnósticas apropiadas, el uso racional e individualizado de los estudios diagnósticos de laboratorio y gabinete, la toma de decisiones oportunas y apropiadas, la ejecución eficiente y oportuna de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sufren

en la actualidad un grave debilitamiento que puede llegar a ser un proceso irreversible, al menos durante largo tiempo, debido a que se trasmite a las nuevas generaciones de médicos.

Hasta aquí la descripción sumaria del panorama actual de la práctica de la medicina que ilustra, a mi entender, su grave deterioro. Ahora me propongo analizar los procesos que subyacen a la situación imperante que constituye propiamente el marco teórico.

Condicionantes de la práctica actual de la medicina en México

Intentar profundizar en la comprensión de las características de la práctica de la medicina en México en los tiempos actuales plantea, de entrada, la necesidad de distinguir diversos niveles de análisis, sin los cuales sería parcial y fragmentario nuestro entendimiento de un proceso altamente complejo como es la práctica de la medicina.

El devenir histórico de una sociedad como la nuestra es el punto de partida necesario de este breve y compactado análisis.

Las relaciones entre los países en su configuración actual, tanto en lo que corresponde a lo económico como a lo cultural y a lo político, no pueden comprenderse si no nos remontamos en el tiempo a la época en que surge la industrialización. A riesgo de sobresimplificar, puede afirmarse que el momento histórico en que se desarrolla la industrialización es lo que marca la diferencia fundamental entre los países del mundo moderno.

Al exportar sus productos hacia las colonias, las naciones que iniciaron tempranamente su industrialización gradualmente originaron el mercado mundial y sentaron las bases del intercambio desigual merced a la división internacional del trabajo, de manera tal que en la actualidad, existe una clara diferenciación con respecto a los demás países. En efecto, se trata de sociedades altamente industrializadas, exportadoras de tecnología, grandes inversionistas con tasas de ganancia altas, y que son los principales acreedores.

En una relación desigual de grave desventaja se encuentran los países que iniciaron tardíamente su industrialización, o que apenas la inician. Estas sociedades se caracterizan por su escasa o nula industrialización y por ser exportadoras de materias primas, compradoras de tecnología, receptoras de capitales y deudoras de manera desproporcionada a sus posibilidades reales

de pago.

La división esquemática entre los países apuntada arriba tiene muchos matices y variantes. Sin embargo, es suficiente para comprender la relación de dominio-subordinación que existe entre las naciones y que a su vez influye decisivamente al interior de cada país. La innovación tecnológica es el ariete de la dominación al acrecentar el poder económico (financiero-comercial) y el político-militar. Es, además, el vehículo privilegiado de las ideologías dominantes en todos los ámbitos del saber y el quehacer, incluida, por supuesto, la práctica médica.³ La forma en que se satisfacen las diversas necesidades de las sociedades hegemónicas está condicionada, y tiene lugar, en función de los objetivos de poder y dominación. Su expresión como una enorme disponibilidad de bienes y servicios para el consumo y aun el desperdicio material, intelectual, estético y recreativo, contribuye a construir la imagen paradigmática que los países dominantes transfieren a los dominados.

Las sociedades dominadas son compelidas por las relaciones desiguales a una dinámica que perpetúa y acrecienta su sometimiento. Lo anterior significa que la vida social de los países dominados se reorganiza en función de las exigencias de la dominación: imitación acrítica de modelos de organización de los países hegemónicos, incluidas la educación y la atención a la salud, compras onerosas de tecnologías extranjeras acrecentando la dependencia, endeudamiento progresivo para "financiar el desarrollo" que reduce al mínimo el escaso capital excedente para inversiones productivas.

Si extrapolamos lo anterior al ámbito de la práctica médica de nuestro país, en el que la organización del quehacer médico se desarrolló con modelos de atención a la salud basados en centros de concentración de alta especialidad que requieren de equipo tecnológico de elevado costo de adquisición y mantenimiento, reconoceremos la reproducción matizada de modelos extranjeros. En otras palabras, los modelos de atención a la salud generados en los países hegemónicos (condición y efecto de su dominación al ser reproducidos por los países subordinados), se erigieron como transmisores eficaces de la dominación, desplazando y encubriendo necesidades no satisfechas propias de la sociedad receptora, y dando lugar al surgimiento de necesidades desarticuladas del contexto cultural y a la emergencia de una especie de subcultura tecnológica, sin raíces, que es el caldo de cultivo del consumismo, de la imitación de lo extranjero y de una convicción creciente de que la

disponibilidad de tecnología es la solución de los problemas sociales. Resulta una cruel paradoja que por un lado se disponga de los más recientes aportes tecnológicos para el diagnóstico o para el tratamiento -como son la resonancia magnética nuclear y el litotriptor extracorpóreo- y que, por el otro, numerosas comunidades carezcan de los servicios de atención a la salud más elementales.

Otra característica distintiva de los países que iniciaron tardíamente su industrialización es que sus respectivos Estados se vieron obligados a asumir toda una serie de funciones sociales en un intento por acelerar el paso en busca del ansiado desarrollo cuya imagen provenía de los países dominantes. El intervencionismo estatal se consideró como la palanca más poderosa, de cara al desarrollo, para los países dependientes que buscaban una verdadera emancipación. Nuestra historia y la de otros países muestra cómo un Estado intervencionista se constituye en una fuerza desmovilizadora, incontestable, cuando se despliega frente a una sociedad civil disgregada y heterogénea, que dista mucho de haberse constituido en gestora de la vida social y en necesario contrapeso del poder estatal.

El efecto desmovilizador de un Estado intervencionista facilita el avance de la tendencia pasivo-receptiva de la sociedad civil y penetra en todos los ámbitos de acción. Dicha tendencia se expresa en el desarrollo o reforzamiento de conductas enmarcadas por la actitud de constante expectativa, de estar "en espera" de que otros sean los que hagan, opinen, critiquen o dirijan. Tal actitud pasivo-receptiva es el terreno abonado para que la dominación y la desmovilización se perpetúen.

No olvidemos otro efecto del intervencionismo estatal en nuestro país. Se trata del centralismo como estructura político-económica, que en aras de un férreo control social ha originado el empobrecimiento económico y cultural de la "periferia", la degradación ecológica y el surgimiento de urbes gigantescas que parecen dirigirse a su propio aniquilamiento. Este centralismo es la razón fundamental por la cual dista mucho de alcanzarse un nivel adecuado de cobertura de la población dispersa y menesterosa.

Dado que en nuestro país el intervencionismo del Estado es una poderosa tendencia desmovilizadora, puede comprenderse por qué la práctica de la medicina institucional, que es en gran medida efecto de la expansión estatal, habrá de responder, por encima de cualquier otro interés, a los propios del Estado y, más específicamente, del gobierno. En cualquier país, una institución

estatal debe responder a los propósitos de legitimación y control del régimen político con respecto a la sociedad en su conjunto. La diferencia es que en presencia de una sociedad civil escasamente participativa, la enorme mayoría de las iniciativas y acciones emanan del Estado, lo que ahoga los de por sí escasos intentos de la comunidad. El resultado es que la tendencia estatal se acrecienta y se profundiza, lo cual significa la reproducción ampliada del burocratismo puesto al servicio del control social.

La escasa resistencia al avance del burocratismo en las instituciones de atención a la salud expresa el debilitamiento de las organizaciones médicas, que son incapaces de llevar a un primer plano los intereses académicos y de superación profesional de los médicos en las instituciones donde laboran, y de influir y reorientar las decisiones que se toman en la cúspide de la pirámide político-administrativa.

Lo anterior permite entender porque el ejercicio de la medicina en tales instituciones adquiere cada vez más la fisonomía de un procedimiento administrativo que poco tiene que ver con los intereses de los usuarios (pacientes) y transforma al médico en un empleado burocratizado que ha perdido la orientación humanista de su quehacer y su actitud inquisitiva hacia el conocimiento.⁴

Todo esto se propicia merced a los mecanismos de control del ejercicio de la medicina que se ponen en marcha en las diversas instituciones, que son los mismos que se utilizan en el control y la gestión administrativa de los aparatos de Estado.

He aquí algunos indicadores: las exigencias giran en torno a la entrada y salida de los médicos, al número de notas que se deben transcribir en el expediente de cada paciente, a dar de alta determinado número de pacientes internados, a cumplir con un cierto número de consultas por día, a no prescribir fuera del Cuadro Básico de Medicamentos, a llenar la documentación apropiada relativa a traslados, interconsultas, prescripciones, exámenes de laboratorio y gabinete, y tantas otras actividades.

Como se puede comprender de lo antedicho, el buen médico, desde la óptica de los indicadores empleados, es el que cumple con las exigencias administrativas de control. Poco importan los aspectos cualitativos de sus actividades (el cómo), específicamente el trato que dispensa a los pacientes, el tiempo efectivo que les dedica, la pertinencia de sus prescripciones, la oportunidad de sus decisiones, el uso que hace de la tecnología

diagnóstica, sus relaciones con el resto del equipo de salud, su participación en actividades académicas, su dedicación como formador de nuevas generaciones de médicos, sus aportaciones al conocimiento de su especialidad.

El avance del burocratismo es condición y efecto de que en años recientes se haya deteriorado la imagen y el prestigio de la profesión médica -me refiero a nuestro país- y, como se mencionó arriba, que se haya degradado la organización de los médicos como para oponer resistencia a la hegemonía administrativa que ocurre en el interior de las instituciones de atención a la salud. En las condiciones actuales del ejercicio de la medicina, los intereses académicos y de superación personal de los médicos tienen escasa prioridad, si es que tienen alguna.

Por otra parte, los usuarios se encuentran aún en mayor desventaja que los prestadores directos de los servicios. Su organización como grupo que comparte ciertos intereses y necesidades es prácticamente inexistente y, por lo mismo, están incapacitados para influir en el derrotero que hoy se le imprime a la práctica de la medicina.

Perspectivas de la práctica médica en México

El análisis de los procesos histórico-sociales que dan forma y contenido a la práctica de la medicina en nuestro país y configuran el "momento actual" permite comprender que cualquier cambio que aspire a la superación de la práctica médica no puede ser el resultado de acciones aisladas o concertadas entre ciertos grupos, sino de modificaciones profundas que se enmarquen en la dinámica social global.

No debe perderse de vista que uno de los determinantes de la situación actual es el papel de dominado que tiene nuestro país en la constelación de las relaciones internacionales.

Es así que la incorporación de los modelos de organización extranjeros, la dependencia tecnológica que lleva aparejado el encarecimiento de los servicios, la asimilación de la tendencia creciente del quehacer médico hacia la especialización y sus consecuencias desfavorables, son algunas de las razones del porqué se perpetúan ciertas situaciones adversas cuya raíz es la subordinación y la dependencia a los países dominantes.

El otro determinante que hemos analizado es el intervencionismo estatal cuyo fortalecimiento ha burocratizado el quehacer médico. A este respecto es perti-

nente mencionar que en tanto la participación real y efectiva de la comunidad en la gestión de la vida social no alcance mayor nivel en nuestro país, no será posible el surgimiento y consolidación de instancias de la sociedad civil organizada, con poder suficiente para contrarrestar los efectos de la tendencia estatal y para permitir que diversas prácticas sociales, como la atención a la salud, cambien de derrotero y satisfagan eficazmente las verdaderas necesidades de los usuarios y los prestadores directos de los servicios.

En los tiempos que corren, los intentos de participación de la sociedad civil topan con una especie de cerrojo que frena y desmoviliza las iniciativas. Se ha llegado a una situación límite que reclama una definición radical por parte del sistema político en donde se pudiera optar por impedir a toda costa que la participación real de la comunidad tenga plena presencia y control de la escena político-electoral, con lo cual el consenso social llegaría a su nivel más bajo (mínima credibilidad en las instituciones gubernamentales) y los mecanismos de coerción administrativa, jurídica y policiaca se tendrían que fortalecer para mantener el control, estrechando aún más los reducidos espacios de acción.

La otra opción consiste en propiciar la presencia creciente de la sociedad civil como verdadera protagonista en el juego político, lo que elevaría el consenso social (mayor respeto y credibilidad hacia las instituciones que respetan a los ciudadanos) y éste pasaría a ser la base auténtica de sustentación del control social, con el consecuente debilitamiento de los mecanismos de coerción.

Si la segunda opción fuera la que prevaleciera en el país, sería factible que los médicos avanzaran en su organización como grupo que comparte intereses de superación profesional, en donde las condiciones de trabajo desempeñan un papel decisivo. Lo anterior haría retroceder el burocratismo y seguramente daría lugar a nuevas manifestaciones de la iniciativa y la creatividad que es propia de los grupos humanos en situación favorable.

Por otro lado, los pacientes avanzarían en su organización hasta constituir instancias que serían garantía para la defensa de sus intereses, necesidades y expectativas, capaces de aportar su propia visión y conceptualización de la salud, de la enfermedad, de lo que debe ser una institución de atención a la salud, respondiendo así a su papel de protagonistas de los servicios de atención a la salud.

No se trata de que se enfrenten los grupos sociales en una contienda por la supremacía. Se trata de que el burocratismo se repliegue, y de aprender a vivir con la diversidad y la discrepancia, y de aceptar la existencia de otros intereses y puntos de vista, que no por ser ajenos, deben ser aplastados o dejados de lado.

Sólo con la presencia organizada y efectiva de usuarios y prestadores directos de los servicios que hagan respetar sus intereses, se pueden sentar las bases para la superación, a escala social, de la práctica de la medicina. En esas condiciones, los procedimientos de control de calidad encontrarían un marco de referencia apropiado, una ubicación sólida. Seguramente despertarían el interés de los médicos y los usuarios, y tendrían efectos benéficos en la calidad del ejercicio médico.

Los médicos deben estar conscientes de que las asociaciones médicas tienen su razón de ser en la medida en que, efectivamente, procuren la superación de la práctica médica, lo cual requiere no sólo incrementar las exigencias en torno al desempeño profesional, sino también, y sobre todo, lograr condiciones de trabajo adecuadas para mantener y acrecentar la calidad del quehacer médico.

Aquello que los médicos logren por sí mismos será insuficiente si los pacientes no actúan como grupos organizados para constituirse en el necesario contrapeso a los excesos administrativos, a la irresponsabilidad, a los errores, al trato desconsiderado, al uso innecesario de procedimientos de diagnóstico o tratamiento y al abuso en el cobro de honorarios, todo lo cual parece ir en aumento en la práctica institucional de la medicina en el México de hoy. Las exigencias de los pacientes tendrían un efecto sinérgico con las de los médicos al hacer evidente que el exceso de medidas de control administrativo que degradan las condiciones de trabajo es, en gran medida, el enemigo a vencer para lograr una mejor relación médico-paciente, para propiciar acciones médicas eficaces y en superación constante, y para facilitar la organización de los médicos y de los usuarios.

Con cuanto queda dicho no es de extrañar que la calidad de la atención médica esté muy lejos de constituirse en el verdadero *desideratum* del ejercicio de la medicina. Como objeto de estudio despierta escaso interés, cuando no el rechazo por parte de las instituciones de atención a la salud. Los intentos para evaluar la calidad de los servicios médicos suscitan el recelo y aún la oposición de los médicos inmersos en una maraña burocrático-administrativa que los agobia con sus requerimientos de control.

Si algún día las instituciones de atención a la salud son las principales interesadas en conocerse a sí mismas, en criticarse y avanzar en la superación de su quehacer, será porque los médicos y los pacientes han avanzado en su organización. Lo anterior significaría que las instituciones han abierto ampliamente sus puertas como para que la información de lo que ocurre en su seno fluya sin cortapisas, facilitando que la calidad de la atención médica se ubique con un objeto prominente de investigación y contribuya a reorientar la práctica médica hacia un derrotero en el que los intereses y necesidades de los usuarios y de los prestadores directos de los servicios encuentren su satisfacción.

Referencias

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española: 20a ed. Madrid: Espasa-Calpe. 1984; Tomo 1: 397.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
3. Viniegra L. La innovación tecnológica y el desarrollo de la medicina. En: Revolución tecnológica, universidad y desarrollo. México: Dirección General de Intercambio Académico, UNAM. 1988: 130.
4. Guisacfré H, Muñoz O, Padilla G y col. Evaluación de una estrategia dirigida a los médicos familiares para incrementar el uso de la hidratación oral y disminuir el de antimicrobianos y dietas restrictivas. Arch Inves Méd Méx 1988; 19: 405.

II. La vigilancia de la medicina por parte de los médicos

JORGE CORVERA-BERNARDELLI*

El control de calidad de bienes materiales, inclusive de uso médico, es siempre factible. Los expertos pueden siempre determinar su utilidad real; los legisladores pueden prohibir los peligrosos o los inútiles, así como establecer normas apropiadas para su manufactura y uso, y se puede inspeccionarlos para desechar los defectuosos.

Por el contrario, controlar la calidad de los servicios médicos, o sea del acto médico mismo, es prácticamente imposible. ¿Cómo impedir un diagnóstico equivocado, una prescripción incorrecta o una cirugía mal hecha? Vigilar a los médicos requeriría un médico detrás de cada médico, otro más detrás de éste y así sucesivamente.

Por otra parte, el control posterior lleva solamente al castigo del médico culpable, pero las consecuencias para el paciente no suelen ser reversibles.

Para solucionar este problema, desde tiempo inmemorial se ha intentado controlar la calidad del médico mismo, interviniendo en su formación técnica, valorando sus dotes morales y hasta juzgando sus costumbres personales. La reglamentación de la medicina se entrelaza en forma inseparable con la educación y el adiestramiento de los médicos.

En la medicina, los reglamentos surgen de dos orígenes principales. Por un lado, los impone el poder del estado como representante de la sociedad y por el otro, aparecen en el seno de la medicina misma, establecidos e implementados por los propios médicos, quienes siempre han mostrado deseos y capacidad de autorreglamentarse en beneficio de la sociedad.

Las instituciones organizadas por los médicos con esos fines han variado en la historia. Testimonio de ello son las escuelas de la antigüedad griega asentadas en la vecindad de los templos de Asclepio, los *collegia* de la Roma imperial, las sociedades médicas medievales y muchas otras.

Los sistemas contemporáneos surgen de las universidades y de las sociedades médicas. Las primeras imparten el adiestramiento del médico y se lo reconocen al otorgarle el diploma. Sin embargo, la proliferación de escuelas de medicina, muchas sin la calidad necesaria para garantizar la preparación del médico, hizo necesario el establecimiento de organizaciones, dependientes de sociedades médicas, que examinara a los médicos y les otorgara, a diferencia del diploma, una cédula que les permitiera ejercer la medicina.

Entre los países de tradición cultural europea, en los Estados Unidos de América, el control de calidad recae en la sociedad médica americana por intermedio de los consejos estatales de examinadores y de la confederación de los consejos de exámenes y licenciaturas médicas estatales. En el Reino Unido y en Francia, un sistema semejante es manejado por los colegios reales británicos y las academias francesas respectivamente.

En nuestro país, la reglamentación médica actual, tanto estatal como autorregulada, es inadecuada respecto al control de la calidad del médico. Respecto a la reglamentación estatal, la práctica de la medicina requiere únicamente de un título de una escuela reconocida y de un permiso del estado en forma de una cédula profesional que se otorga automáticamente ante la presentación de los documentos universitarios. No se

* Académico titular.

exige recertificación periódica. De hecho, el Estado acepta como adecuados los conocimientos médicos valorados en las mismas escuelas en que se imparten los estudios, al carecer de un mecanismo de reconocimiento independiente que pueda juzgar de su aprendizaje y de la calidad con que fue impartida su enseñanza. Esto debe compararse con lo que ocurre en la mayoría de los países de tradición europea, en que el diploma universitario sólo da derecho a presentar un examen que es independiente de las escuelas involucradas, uniforme para todos y diseñado y administrado por asociaciones médicas nacionales.

La reglamentación por parte de la medicina misma no existe en México, al no haber una sociedad médica nacional que pudiera juzgar, en forma parcial y desinteresada de la calidad del adiestramiento recibido por el médico y por ende, de la calidad de la institución que lo imparte.

El panorama es diferente, que no mejor, respecto a las especialidades médicas.

Las especialidades médicas se inician a mediados del siglo XIX y pronto aparecen las sociedades de especialidades. Las necesidades de adiestramiento de los especialistas hacen surgir las "residencias", periodos de adiestramiento intrahospitalario para médicos y diplomados.

El estado mexicano no regula la calidad de la formación de los especialistas y a veces pareciera que ni siquiera reconoce la existencia de las especialidades. Los estudios de especialización no son motivo de reglamentación general. Las instituciones de salud marcan sus propios lineamientos y reconocen sus propios diplomas. Por otra parte, aunque la Ley General de Salud, en su artículo 81 señala la obligación de registrar los certificados de especialización legalmente expedidos, la falta de un reglamento adecuado no ha permitido hasta hora que esta ley sea operante.

La medicina mexicana a través de los consejos de especialidades, ha establecido sistemas que intentan la reglamentación para garantizar la calidad del adiestramiento de los especialistas. Los consejos de especialidades establecen normas de adiestramiento de los especialistas y certifican como tales a quienes las cumplen. Por el procedimiento de recertificación periódica, vigilan la actualización de sus conocimientos y destrezas. El hecho de que los consejos estén integrados por los propios especialistas, les permite definir el perfil profesional necesario en sus agremiados y modificarlo oportunamente de acuerdo con los cambios tecnológicos

que aparecen cada vez más rápidamente.

A pesar de que los consejos no tienen, hasta la fecha, reconocimiento legal ni capacidad para ejercitar sanciones, han logrado desarrollar una fuerza moral considerable, justificada por su representatividad y por su imparcialidad, logradas porque agrupan a la mayoría de los especialistas calificados y porque se abstienen de efectuar ninguna acción de tipo gremial, educativo ni científico que le colocaría en situación de ser al mismo tiempo juez y parte. Sin embargo, los consejos no han logrado influir en la elaboración de los planes de estudio ni en las bases de selección de los médicos especialistas para los establecimientos médicos. Podemos aceptar que los consejos influyen en el mantenimiento de normas de calidad y en la regulación de la práctica médica, pero no en la formación, la educación continuada ni el perfeccionamiento técnico de los médicos.

La Academia Nacional de Medicina ha venido ejerciendo acciones que intentan superar las deficiencias anotadas, por medio de una mejor autoregulación por parte de la clase médica. Estas acciones se han desarrollado en tres direcciones:

En primer lugar, se ha promovido la labor de los Consejos de Especialidades, coordinando sus actividades y vigilando la idoneidad de sus procedimientos. Paralelamente ha intentado, de acuerdo con la Secretaría de Salud y con la Secretaría de Educación, instrumentar el artículo 81 de la Ley General de Salud, estableciendo la reglamentación necesaria. Por último, a través de la Secretaría de Salud, ha propuesto un cambio a la Ley que tienda a promover el adiestramiento continuado de los médicos, a reconocerles su capacidad y a informar al público de su competencia técnica.

Las bases y el texto de la propuesta se transcriben a continuación:

BASES PARA LA PROPUESTA DE UN CAMBIO A LA LEY GENERAL DE SALUD

La reglamentación actual en nuestra patria respecto del ejercicio de la medicina no es adecuada para proteger el ejercicio del derecho a la salud del pueblo mexicano, especialmente respecto de la atención médica privada, por las siguientes razones:

La práctica de la medicina requiere únicamente de un título de una escuela reconocida y de un permiso de la Secretaría de Educación Pública en forma de una cédula profesional, que se otorga automáticamente

ante la presentación de los documentos universitarios. No se exige requisito alguno para ostentarse como especialista.

Al no existir un mecanismo de reconocimiento independiente que pueda juzgar el aprendizaje y la calidad con que fue impartido el adiestramiento médico, el estado avala indiscriminadamente reconocimientos médicos valorados por las mismas instituciones que imparten los estudios, instituciones que pudieran carecer de la calidad necesaria para garantizar eficiencia por parte del médico en beneficio del pueblo mexicano.

La *Academia Nacional de Medicina* reconoce:

Que el ejercicio del derecho a la salud requiere de las especialidades médicas.

Que los pacientes y el público en general carecen de las bases para juzgar de la idoneidad de quien se ostenta como especialista.

Que la sociedad, a través del estado, tiene el derecho y la obligación de reglamentar el ejercicio de la medicina y de sus especialidades en beneficio de la población en general.

Que la profesión médica ha mostrado disposición y capacidad de autorreglamentarse en beneficio de la sociedad.

La *Academia Nacional de Medicina* considera:

Que el estado debe vigilar que sólo ejerzan las especialidades quienes estén calificados para ello y sancionar a quienes se ostenten como especialistas sin haber cumplido con los requisitos necesarios.

Que la *Academia Nacional de Medicina* debe determinar cuáles son las especialidades médicas que son válidas y necesarias, promover la creación de un Consejo de Especialidades para cada una de ellas, y vigilar la representatividad e imparcialidad de los propios consejos y de sus sistemas de valoración.

Que los Consejos de Especialidades deben valorar el adiestramiento de los especialistas y certificar como tales a quienes las cumplan. Asimismo, por el procedimiento de recertificación periódica, deben vigilar la actualización de sus conocimientos y destrezas.

Para lograr los propósitos expresados, la *Academia Nacional de Medicina* propone:

Modificar el Artículo 81 de la Ley General de Salud, como a continuación se expresa.

Redacción actual

Párrafo primero:

Las autoridades educativas registrarán los certificados de especialización en materia de salud que expiden las instituciones de enseñanza superior o las instituciones de salud reconocidas oficialmente.

Párrafo segundo:

Para el registro de certificados de especialización expedidos por academias, colegios, consejos o asociaciones de profesionales de las disciplinas para la salud, las autoridades educativas competentes solicitarán, en su caso, la opinión de la Secretaría de Salud y Asistencia y de la Academia Nacional de Medicina.

Redacción propuesta

Párrafo primero:

Las autoridades educativas registrarán los títulos de Médico Cirujano que expidan las instituciones de enseñanza superior autónomas por ley, o que cuenten con reconocimiento de validez oficial de estudios de la Secretaría de Educación Pública o de los gobiernos estatales, así como los diplomas o certificados de especialización que expidan las mismas, las instituciones de salud reconocidas oficialmente y los Consejos de Especialidad acreditados por la Secretaría de Salud y la Academia Nacional de Medicina.

Párrafo segundo:

Los Consejos de Especialidad certificarán la vigencia de los conocimientos y destrezas de los médicos generales y especialistas por periodos de siete años, contados a partir de la fecha en que fue expedida por la autoridad competente la autorización para el ejercicio profesional o de una especialidad determinada.

Párrafo tercero:

Para los efectos de los dos párrafos anteriores, la Secretaría de Salud y la Academia Nacional de Medicina emitirán las bases y lineamientos sobre los cuales será acreditada la idoneidad de los Consejos de Especialidad y de los procesos de certificación.

III. Posible papel de los usuarios de los servicios médicos

PEDRO ARROYO*

La práctica médica constituye un subconjunto de la práctica social; como tal, experimenta las influencias de todo proceso histórico. Estas influencias incluyen el desarrollo social representado por el grado de participación y de conciencia de los diferentes actores, la disponibilidad y accesibilidad de los conocimientos científicos y de los desarrollos tecnológicos, la abundancia o escasez de recursos económicos y el grado y tipo de acción regulatoria del Estado. Por lo tanto, cualquier análisis debiera, en principio, considerar los elementos mencionados. El propósito de esta presentación es hacer mención de una experiencia ocurrida recientemente en México acerca de una iniciativa para favorecer la participación de los usuarios en el control de calidad de la atención.

Antes de entrar en materia es conveniente hacer una aclaración: la exposición que sigue hace referencia a la prestación de los servicios de salud y no se restringe a la práctica médica exclusivamente. En este sentido, el concepto de servicio de salud se considera de mayor jerarquía que el de la práctica médica. De hecho lo engloba. Se concibe al servicio de salud como un conjunto de elementos interrelacionados dirigidos a promover y a mejorar el estado de salud de un individuo o de una población.¹

Además de las acciones preventivas, curativas o rehabilitatorias dirigidas a los individuos que constituyen el dominio tradicional de la medicina, la idea de servicio de salud incluye, también, las acciones de salubridad general destinadas a modificar o a eliminar los riesgos para la salud presentes en el ambiente, así como las acciones de regulación tendientes a modificar o suprimir prácticas nocivas para la salud.

Las desigualdades propias de nuestra sociedad, así como la diversidad de instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto estatales como privadas, hacen necesario el establecimiento de procedimientos que vigilen y aseguren su calidad. Estos procedimientos

contienen un grado considerable de dificultad, en la medida en que pueden afectar y de hecho lo hacen, los intereses de los diversos agentes involucrados. Esta dimensión de conflicto social es la que suele estar ausente de la mayoría de las propuestas que se hacen para mejorar la calidad de la atención.²

Un buen número de las estrategias para el control de calidad de los servicios de salud se centran en el análisis de lo que ha sido conceptualizado como estructura y como proceso de los mismos.^{3,4} Bajo estos dos términos suelen agruparse los fundamentos científicos de las acciones, el desarrollo y la adaptación de las tecnologías, la formación y capacitación de los prestadores de servicios, así como la disponibilidad de diferentes materiales y de equipos. Las formas de organización que adoptan estos diversos elementos y su aplicación a la solución de un problema dado es lo que constituye el proceso en cuestión.

En estos análisis, un peso explicativo importante de las diferencias de la calidad de la atención suele residir en elementos como la cantidad, calidad y adaptabilidad de la tecnología, en los análisis de la relación entre el costo de las acciones y sus resultados, así como en las formas de organización y de conducción que adoptan los servicios. En el caso de la tecnología, se señala que las variaciones de la calidad pueden ser explicadas por la diferencia existente entre lo que podría alcanzarse por medio de la aplicación de la tecnología óptima disponible y lo que sería el curso natural de los problemas de salud. Los servicios disponibles para distintos grupos sociales se ubicarían a lo largo de un *continuum* de calidad entre estos dos extremos. Las relaciones entre la tecnología y la calidad suelen ser analizadas en el marco de perspectivas económicas. Así, la terminología usual hace referencia a análisis de costo-beneficio, de costos de capital, de costos recurrentes, de calidad de la tecnología como componente de la oferta de servicios, de actuación de los proveedores de servicios y del papel de los consumidores de los mismos.

Los estudios sobre las organizaciones y su papel en la producción de servicios de calidad ha llevado a plantear distinciones entre formas de organizaciones más centralizadas y otras más descentralizadas, relacionando el grado de participación de los usuarios con unas y con otras: menor en las primeras y mayor en las segundas.⁴ Sin embargo, en estos planteamientos no queda claro cómo se relacionan procesos político-organizacionales complejos con eventos inmediatos, como puede ser la calidad de una acción en particular. Un concepto que se

* Departamento de Investigación. Instituto Nacional de Perinatología.

Menciona en este sentido es el de diseño de las organizaciones sociales. Tal parecería que el servicio de salud puede ser concebido como una abstracción tecnológica, susceptible de diseño e implantación, igualándolo a algunos de los elementos técnicos que lo componen. Esta perspectiva sugiere que, por la vía "diseño social", pueden introducirse grandes mejoras de la calidad. De hecho, la definición del diseño de las organizaciones comprende "el arreglo o rearreglo de la estructura de las organizaciones para mejorar su efectividad, eficiencia, adaptabilidad y supervivencia".⁴

Como fue mencionado con anterioridad, es por la vía del diseño de las organizaciones como vincula a los enfoques comentados, la participación de los usuarios en el proceso de control de la calidad de los servicios. Así, se señala que "mientras más centralizado es el diseño de la organización, o lo es la estrategia que se aplica, menor es la participación permitida"...y viceversa.⁴ Desde este punto de vista, tal parecería que el factor determinante del control de la calidad es el diseño de la organización, centralizada o no, y que la participación social fuera más un efecto que un determinante de la misma.

En los análisis de control de la calidad de los servicios referidos hasta aquí, las dimensiones política y económica, vistas en un sentido amplio, se ubican en el conjunto de las variables referidas como de contexto. En este mismo nivel se coloca al perfil epidemiológico de las poblaciones. Esta forma de enfocar el análisis no precisa de qué manera actúan o cómo influyen estas variables de contexto sobre la calidad de los servicios. Quizá lo más sobresaliente es que se omite un hecho fundamental: que en la presentación de servicios de salud, vista como un subconjunto de la práctica social, tal como fue señalado al inicio de esta exposición, el conflicto que existe entre los intereses de los diferentes factores sociales es un ingrediente esencial de su dinámica. Esta dinámica incluye la participación del estado, ya sea que a éste se le perciba como una instancia de conciliación y vigilancia de los intereses de la sociedad, o que se le identifique como representante de los intereses de las fracciones sociales dominantes.

De los distintos elementos de la calidad de los servicios comentados hasta ahora, es la participación de los usuarios, ya sea de manera individual u organizada, la que interesa destacar en esta prestación. Consideramos que sin la participación activa y deliberada de la población hacia cuyo cuidado se dirigen las acciones organizadas en forma de servicios, no es posible garantizar un nivel

óptimo de calidad. Esta participación de los usuarios puede revestir formas diversas: desde la más negativa de no aceptar los servicios que se ofrecen, hasta la injerencia organizada y sistemática de grupos de población en la dirección de los mismos. Las formas habituales de participación consisten en expresar inconformidad o satisfacción, a título individual, ante las autoridades correspondientes. Algunas instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social han establecido canales formales de comunicación para que la población asegurada pueda expresar formalmente su inconformidad. De hecho, se considera que esta capacidad de queja ejerce un efecto considerable sobre la actuación del personal que otorga los servicios. Sin embargo, no se conoce con precisión el efecto de esta conducta sobre la calidad misma del servicio. El punto de vista del usuario, expresado directamente a la propia autoridad, deja a ésta la facultad de evaluar la justeza o la distorsión de la denuncia y por lo tanto, la decisión de actuar en consecuencia. No es fácil documentar el entorno en el que se suele dar el incidente que motivó a la queja y por lo tanto considerar, además, posibles atenuantes derivadas de problemas de organización, de disponibilidad de recursos o de sobrecarga de trabajo por parte del personal. En otros países, como los Estados Unidos de América el usuario de los servicios de salud, tiene la capacidad de llevar su inconformidad al terreno jurídico, fincar responsabilidades en el prestador y eventualmente, recibir una compensación por el daño experimentado. Es posible que esta forma de participación, que reconoce los derechos del usuario en forma plena, tenga un efecto trascendente sobre la calidad del servicio prestado. Sin embargo, también es posible que incida de manera contraproducente sobre la calidad y el costo de la atención.

Una experiencia mexicana sobre el papel de los usuarios en el control de calidad de los servicios, motivo de esta comunicación, se refiere a la iniciativa que el Poder Ejecutivo de la Nación presentó ante el Poder Legislativo para crear la Comisión Nacional para la Protección de la Salud.⁶

El primer antecedente de esta iniciativa lo constituyó la demanda expresada por diferentes grupos de opinión durante los Foros de Consulta Popular que se celebraron en el curso de la campaña presidencial del licenciado Miguel de la Madrid. En acato de dicha demanda, el presidente de la República anunció la creación del cargo del Comisionado para la Protección de la Salud. Los diarios del 17 y 18 de septiembre de 1983 informaron que el Comisionado desempeñaría una función

trascendente para garantizar el derecho a la protección de la salud. Esta función consistiría en: "recoger las demandas que le fueran formuladas por el pueblo mexicano, y exigir que las instituciones que proporcionen servicios de salud den la atención debida, realizar los estudios y solicitar de toda autoridad la información que estime pertinente, y establecer los instrumentos que considere apropiados para llevar a cabo su misión".⁶

El modelo adoptado para la creación de la figura del Comisionado fue el del *ombudsman* sueco.⁷ La palabra *ombudsman* es de tal origen y significa representante. Constituye una institución concebida en dicho país y que ha sido difundida recientemente a muchos otros. Su definición consiste en "adoptar mecanismos que funcionen en paralelo con las instituciones tradicionales del Estado y que, sin vulnerar la autoridad ni interferir con las acciones de ésta, coadyuven en la promoción, protección y mejor ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de los ciudadanos".⁶

El segundo antecedente de la Comisión fue la comparecencia del entonces Secretario de Salubridad y Asistencia ante la H. Cámara de Senadores el 19 de diciembre de 1983. En dicha comparecencia el Secretario destacó los aspectos más relevantes de la iniciativa de Ley General de Salud que había sido enviada al Congreso de la Unión.⁸ La iniciativa de la Ley General de Salud, incluía, en su artículo 54, la creación de la Comisión Nacional para la Protección de la Salud. La H. Cámara de Diputados, tomando como base la opinión de los miembros de la Comisión de Salubridad y Asistencia de dicho cuerpo legislativo, resolvió eliminar el artículo de la Ley, por considerar que las funciones que se le atribuían al Comisionado correspondían a la autoridad sanitaria y que de crearse, las duplicaría y aumentaría el burocratismo. En su lugar, aprobó un nuevo texto que dispone que las autoridades sanitarias e instituciones de salud, establezcan procedimientos de orientación y de asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios, así como mecanismos para que presenten sus quejas y sugerencias. La decisión de la Cámara de Diputados refleja las realidades políticas de aquel momento y los límites del poder en nuestro contexto político. Para desentrañar la trama de intereses puestos en juego para tomar esta decisión, se requeriría un análisis politológico formal, lo cual trasciende los propósitos de esta comunicación. Lo que parece claro, sin embargo, es que en este hecho de nuestra historia política no prevalecieron los mejores intereses de los usuarios y sí, probablemente, los de las instituciones prestadoras de servicios

y de los proveedores de insumos. Para poder apreciar mejor este fenómeno se presentan, a continuación, las síntesis del programa que proponía la iniciativa de ley.⁶

"Objetivos de la Comisión para la Protección de la Salud":⁶

- I. Disminuir el grado de indefensión de los habitantes respecto de los servicios de salud, promoviendo el ejercicio de ese derecho (el derecho social a la protección de la salud) entre los particulares, las formas de organización que los agrupen y los núcleos de población;
- II. Analizar el efecto desfavorable que puedan tener en la salud las condiciones ambientales;
- III. Promover ante las autoridades la atención expedita de las quejas y sugerencias que presenten los particulares, y las acciones que mejoren la situación de salud;
- IV. Cerciorarse de que las instituciones y entidades de salud pública, mejoren sus procedimientos cuando éstos hayan sido solicitados para una prestación de servicios más adecuada;
- V. Evaluar las condiciones en que se prestan los servicios y en que se dispone de medicamentos, materiales de curación, instrumentos y equipos médicos;
- VI. Contribuir al estudio de los problemas de salud prioritarios;
- VII. Difundir entre la población los servicios que puede solicitar de la Comisión.

Se propone que la competencia de la Comisión sea:

- I. Fungir como representante de la población ante las instituciones públicas, sociales y privadas, prestadoras de servicios de salud, los médicos particulares, y los fabricantes y proveedores de medicamentos, materiales de curación, instrumentos y equipos de salud;
- II. Conocer, prevenir, conciliar y arbitrar los conflictos que puedan suscitarse entre:
 - la población y las autoridades sanitarias;
 - los particulares por una parte, y las personas e instituciones y entidades públicas, privadas y sociales prestadoras de servicios de salud, por otra.
 - los particulares e instituciones públicas, privadas o sociales que presten servicios de salud por un lado, y por otro los fabricantes o proveedores de insumos, respecto de deficiencias en los medicamentos y defectos en la calidad o funcionamiento de materiales de curación, instrumentos y equipos médicos.
- III. Proponer las medidas que procedan para mejorar las situaciones observadas respecto de deficiencias en la prestación de servicios y en la disponibilidad de insumos;
- IV. Realizar los estudios, investigaciones y actuaciones que considere adecuados para la promoción de la salud, solicitando a las institu-

ciones y organismos públicos, sociales y privados del sector salud, u otros, que tengan relación con ella, la información y colaboración que estime pertinente;

V, Establecer los mecanismos de coordinación con dependencias y entidades públicas, sociales o privadas y con organismos internacionales, que resulten oportunos para el logro de sus fines;

VI. Promover, ante las autoridades competentes:

- la regulación y control del ejercicio médico profesional y paramédico, y del suministro de insumos para la salud, con el objeto de resolver las deficiencias o irregularidades de que tengan conocimiento;
- la modificación posible de las situaciones ambientales para propiciar un medio más favorable al desarrollo de salud;

VII. Proponer las modificaciones que convengan a la legislación y procedimientos en uso.

Además de que debe ser un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, dependiente del Presidente de la República, que goce de autonomía técnica, administrativa y en su caso, financiera. Como ya quedó indicado, la Comisión debe actuar por sí, o a instancia de particulares, y ejercer sus acciones en todo el territorio nacional sin menoscabo de la soberanía de las entidades federativas, pudiendo establecer delegaciones o representaciones en ellas.

La Comisión mantendrá estrecha relación con el Presidente del Consejo de Salubridad General.

Constituirá un mecanismo sencillo, eficaz, gratuito y rápido que proteja y fomente el ejercicio del derecho de los particulares a la protección de su salud, cuidando de no entorpecer ni duplicar las competencias de otras dependencias y entidades públicas."

La situación política que prevalece en México en 1989 es muy diferente de la que existía en 1983. El deterioro económico y social se ha acentuado. La proporción del gasto social ha seguido siendo reducida, con el efecto negativo consiguiente sobre la calidad de los servicios. El grado de movilización y de participación política de

la población es mayor. Es posible que una iniciativa de Ley que fue considerada como poco viable en 1983, no lo sea tanto en la actualidad. Existen otros organismos de defensa del consumidor y del trabajador que han mostrado su bondad. La iniciativa pudiera ser revalorada y adecuada a las circunstancias actuales. Muchos países han encontrado en la figura del *ombudsman* un medio eficaz de protección a la población en contra de abusos y de ineficiencias. Para concluir, es conveniente reiterar el punto que se ha intentado fundamentar a lo largo de esta exposición: sin considerar los derechos y la participación de los usuarios en los programas de control de calidad, estos serán necesariamente parciales y limitados en sus efectos.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece al doctor Guillermo Soberón y al contador público Carlos Isoard sus comentarios y al doctor Julio Frenk la consulta de materiales inéditos.

Referencias

1. Llerena C. Documento mecanografiado. México 1989.
2. Viniegra L. Comunicación personal. México 1989.
3. Frenk J, Peña J. Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención a la salud. *Salud Pùb Mex* 1988; 30: 405-415.
4. Ruelas E, Frenk J. A framework for the analysis of quality assurance in transition: the case of Mexico. Preparado para el Sixth International Symposium for Quality Assurance in Health Care. Melbourne, 1989.
5. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
6. Isoard AC. Comisión Nacional para la Protección de la Salud. Documento mecanografiado. Enero 9, 1984.
7. Fix-Zamudio H. Reflexiones comparativas sobre el *ombudsman*. México, Memoria de El Colegio Nacional 1983; 99-149.
8. Soberón G. La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes. México: Miguel Ángel Porrúa, 1987: 51-62.

