



Iniquidad en la organización de la atención de la salud

OCTAVIO RIVERO SERRANO

Coordinador del seminario El Ejercicio de la Medicina,

Facultad de Medicina, UNAM.

El acto médico se ha modificado por el gran crecimiento de los conocimientos que son base de la medicina y por el desarrollo continuo de recursos tecnológicos para diagnosticar y tratar las enfermedades. El gran impulso que la medicina ha tenido en las últimas décadas se ha traducido en mayor bienestar del ser humano; en nuestro medio son indudables estos efectos en el aumento del promedio de la vida en los adultos y en aspectos tan importantes como el de la disminución de la mortalidad infantil. El programa de vacunación universal para los niños mexicanos logra que sus enfermedades y su mortalidad sean comparables con las de países más desarrollados.

Este avance ha tenido otras repercusiones. El aumento en el promedio de la vida explica el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas propias de la edad avanzada. El gran crecimiento de los recursos tecnológicos aplicados a la medicina ha ocasionado la tendencia al ejercicio, quizás excesivo, de la medicina especializada, ya que el uso de estos recursos son más propios de este nivel de medicina y el público conocedor de la existencia de estos avances tiende a que todas sus afecciones, así sean sencillas, sean atendidas de esta forma.

Quizás el cambio más importante es el que esta nueva medicina, con modernos y en ocasiones sofisticados recursos, sea cada vez más costosa. Por ello debería atender sólo casos que por su característica de gravedad o la naturaleza de la enfermedad justificaran su utilización.

El encarecimiento ha ocasionado que para resolver el problema del costo, los países hayan tenido que recurrir a esquemas de financiamiento del acto médico. La organización de la medicina ha tenido que evolucionar a un esquema que permita a un posible usuario, a un potencial enfermo necesitado de la atención de una problema de salud, acceder a alguna forma de financiamiento que le evite enfrentarse a un gasto en ocasiones grande.

Los países han enfrentado en forma distinta este reto. En Estados Unidos la organización de la atención de la salud que ha predominado es el aseguramiento a través de diversos esquemas de seguros privados; ya sea pagados en parte por el Estado, o por el posible paciente, o por una combinación de una responsabilidad compartida entre el empleado y el empleador. Estos diversos tipos de aseguramiento de atención de la salud sólo han solucionado parcialmente el problema, porque con estos esquemas una quinta parte de la población de ese país no tiene asegurada la atención a su salud.

Si esta iniquidad acontece en un país rico que invierte cerca de 15% de su PIB en la atención a la salud, parece por lo menos insensato considerar que un esquema de seguros médicos privados sea la solución para una país en el que más de la mitad de su población sufre algún nivel de pobreza y en el que el Estado invierte sólo 3% de su PIB en la atención a la salud por organismos públicos.

En nuestro medio se reconoció a mediados del siglo pasado que la salud debería ser proporcionada por el Estado como una de sus obligaciones indudables, y así se promovió la creación de las instituciones que han procurado atender la salud de los mexicanos; un sistema que ha funcionado parcialmente, con insuficiente inversión pública y con iniquidad en la atención de la salud de los mexicanos.

Las obligaciones del Estado con la sociedad

La razón de existir del Estado y de sus autoridades en una sociedad es proteger la integridad de sus habitantes. Por ello es tan lacerante la inquietud de ésta, cuando se conoce que la integridad física se encuentra en peligro por la existencia de una sociedad amenazada por el crimen en sus diversas formas; pero no sólo es responsabilidad del Estado la integridad física de los habitantes. El proveer salud y educación son



satisfactores indispensables para la vida cotidiana ya sea en lo individual o en lo colectivo.

Por ello las políticas de salud y educación, aun en un mundo globalizado, son responsabilidad irrenunciable del Estado. La interpretación de estas responsabilidades en una sociedad donde la mayoría vive en una situación de pobreza tienen que ser inteligentemente interpretadas a la luz del enunciado que hiciera Naciones Unidas en 2004 en la reunión "Por una Globalización Justa"; ahí se recomendó que la globalización no podría ser interpretada por igual en todos los países; que aquellos que mostraran carencias en su estructura tendrían que considerar la situación social de sus habitantes para moderar las medidas que la globalización ha impuesto como tendencia general, es decir hacia la privatización de los servicios.

Caer en la tendencia de responsabilizar a la iniciativa privada de suplir las deficiencias que el Estado ha mantenido en la estructura de los servicios públicos de salud y educación sólo puede explicarse por una gran torpeza o por la coincidencia con los interesados en hacer crecer la infraestructura educativa y de salud de origen privado con fines lucrativos.

La tendencia a trasladar la responsabilidad estatal a la iniciativa privada supliendo las deficiencias de aquél en salud y educación es una muestra de que de hecho no existen políticas de Estado reales en estos dos rubros, no obstante el enunciado retórico ante estos dos temas a que los mexicanos nos hemos visto sometidos en una propaganda intensa, continua y repetitiva durante los últimos años, principalmente en éste que afortunadamente pronto terminará.

Los sistemas de salud en México

No obstante, existen en el mundo ejemplos de sistemas universales de atención a la salud, no sólo en Europa, sino en varios países de Latinoamérica. En México lo que ha privado desde hace años es la multiplicidad de subsistemas:

Veamos cuántos son: 1) las unidades de la Secretaría de Salud; 2) el Instituto Mexicano del Seguro Social; 3) el ISSSTE; 4) los servicios médicos del Distrito Federal; 5) los servicios médicos de Pemex; 6) los servicios médicos de Sedena (por cierto de los mejores según pude constatar cuando organicé el Programa de Certificación de Hospitales); 7) los servicios médicos de las secretarías de Salud de los estados; 8) los servicios médicos de la Armada; 9) los de los empleados bancarios; 10) los seguros médicos privados; 11)

los de la Cruz Roja (que es quizás el único país del mundo que tiene servicios médicos); 12) los servicios médicos privados, en donde pueden distinguirse claramente varios segmentos: los que tienen una buena infraestructura, están bien equipados y tienen personal bien preparado y diversos niveles en que esto no es así, y 13) el Seguro Médico Popular.

...Trece subsistemas...

Sólo en un país sin una política de Estado en relación con la salud se concibe la grotesca existencia de un sistema como el preconizado por el doctor Simi.

Las características de estos variados sistemas es la heterogeneidad y diferencias en la accesibilidad, en la infraestructura para la atención, en la comodidad de las instalaciones, en la provisión de insumos, y en la calidad y calidez de la atención. Quizá la uniformidad existe sólo en la sobreadministración, la terrible burocracia que pone en peligro la economía y la existencia de las instituciones de seguridad social, por recursos destinados para algo distinto a la atención de la salud.

La resultante a nivel nacional es la iniquidad en la organización de la atención a la salud, que es uno de los cuatro principios que hoy se aceptan como fundamentales de una medicina ética.

Unas palabras sobre el Seguro Popular: se han invertido muchos recursos en promoverlo por televisión ¿cuánta mayor infraestructura se hubiera podido instalar con el dinero empleado en estos anuncios que han repetido diariamente al pueblo que la salud está resuelta?

La idea de un seguro universal es espléndida. El Seguro Popular lo será realmente cuando todos los mexicanos puedan acceder a servicios de salud iguales en infraestructura, en instalaciones dignas, con recursos al día en equipos de diagnóstico, en personal preparado, en instalaciones del mismo nivel. Hoy existen varios niveles fácilmente reconocibles.

Los pobres que necesitaban atención a su salud accedían hace diez años a los mismos hospitales a los que acceden hoy los derechohabientes del Seguro Popular. Hospitales que frecuentemente tienen carencias.

¿Acceden a instalaciones semejantes todos los mexicanos?

En la medicina del servicio público, ¿reciben lo mismo quienes acceden a las instalaciones de los Institutos Nacionales de Salud o al IMSS en el Siglo XXI o la Raza o al Hospital de Sedena, que quienes buscan atención en un hospital general? De éstos hay mu-



chos en el país, que no cuentan ni con las instalaciones ni con los insumos necesarios.

¿Tienen lo mismo quienes acceden a un servicio privado de primer nivel o quienes tienen que atenderse en los pequeños hospitalitos dispersos en la República que no han podido certificarse?

Una atención de la salud igualitaria lo será cuando quienes buscan atención reciban lo mismo en los buenos servicios públicos y en los buenos privados.

El que haya servicios iguales para todos no es una exigencia ilusa. Muchos países del mundo lo han logrado; para ello se necesita que la inversión en salud del Estado se acerque a 8% ideal del PIB y no a 3% que hoy existe. Ésta es la inversión que hoy hace el Estado en servicios públicos de atención a la salud. Para demostrar con hechos que hay una política de Estado en materia de salud, debería incrementarse en varios puntos esta inversión. Por ello es urgente que las Cámaras logren una mejoría de las condiciones

económicas del país. Un Estado más rico y la fuerza de la iniciativa privada mexicana, que apoyando, no sufriendo al sector público, pueda impulsar el crecimiento económico y la productividad del país. Salud y educación pública son motores del desarrollo; incrementadas éstas por una mejor inversión pública pueden crear un círculo virtuoso.

Los postulados de Alma Ata a casi 20 años no se han cumplido en México. Aún así las condiciones de salud de los mexicanos han mejorado en los últimos cincuenta años (mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, vacunación universal, etc.). Esto se debe menos a los esfuerzos de una política definida por el Estado y en mayor proporción al maravilloso crecimiento de las ciencias médicas.

Invertir en salud y educación pública serán, sin duda, inversiones que promoverán el desarrollo de México.



El desarrollo de la política de salud mental en América Latina

R. D. ALARCÓN

Profesor y vicedirector del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina, Emory University, Atlanta, Estados Unidos.

S. A. AGUILAR-GAXIOLA

Profesor, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Naturales, California State University.

Introducción

América Latina está integrada por 22 países –los dos más poblados de los cuales son Brasil y México– que ocupan la zona andina, el Cono Sur, Centroamérica y el área conocida como Caribe latinoamericano. Los organismos internacionales políticos y de salud consideran también que otros países caribeños, como Barbados, forman parte de la región. La mayoría de estos países son políticamente independientes desde hace menos de doscientos años; sólo unos cuantos llegaron a ser naciones

soberanas en las primeras décadas del siglo xx. En 1999 la población total de todos estos países era de casi 600 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento de cerca de 40% en los últimos 30 años.^{1, 2} Casi tres cuartas partes de la población se han instalado en áreas urbanas, mientras que los grupos indígenas se han reducido a menos de 10% del total. En términos nominales 90% de la población es católica, si bien resulta notable el vigoroso crecimiento de otras denominaciones cristianas. La región está compuesta por un mosaico multiétnico y multirracial, con características