

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume 137

Número
Number 3

Mayo-Junio
May-June 2001

Artículo:

La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*

Julio Frenk, ** Octavio Gómez-Dantés***

Cuenta Rubén Bonifaz Nuño que en alguna ocasión alguien se le acercó al Maestro Ignacio Chávez para preguntarle sobre las palabras que escogería pronunciar si supiera que en ese instante habría de morir. El, sin titubear, respondió: "Lástima, había tantas cosas por hacer."¹

Pocas anécdotas pintan mejor a ese espíritu inquieto, cuyo impulso íntimo, según Octavio Paz, hizo del poeta un médico, del médico un investigador y del investigador un fundador.²

Son incontables las páginas que ha inspirado el Maestro Chávez como cardiólogo, como humanista, como rector. Hoy, en la conferencia que honra su memoria y que da inicio a las actividades del año 138 de la Academia Nacional de Medicina, quisieramos traer a colación la figura del Maestro Chávez como ciudadano: hombre escrupuloso de sus deberes y derechos, respetuoso siempre de las opiniones de los demás, sumador incansable de voluntades.³

No es casualidad que hagamos referencia a la imagen de este ilustre mexicano en su calidad de ciudadano. Lo hacemos con toda intención para hablar de lo que nos parece el tema central de las políticas de salud en la aurora del nuevo siglo: la democratización de la atención a la salud. Al igual que en otras áreas de la vida pública mexicana, el futuro de la salud de nuestro pueblo depende en buena medida de la construcción de reglas, vehículos y espacios que propicien la responsabilidad explícita de los funcionarios y estimulen la participación ciudadana. El mensaje central de esta Conferencia es que existe un vínculo profundo entre la salud y el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos

¿Por qué hablamos de "democratización" como la idea fuerza para articular una visión del futuro en materia de salud? Las elecciones del pasado 2 de julio definen el momento histórico que vive México. Ese día nuestro país entró a una nueva era de su desarrollo. El sistema de salud debe estar a la altura de este cambio histórico.

¿Qué significa el concepto de democratización? Según O'Donnell y Schmitter, implica aplicar las normas y los procedimientos de la ciudadanía a instituciones que estaban regidas por otros principios, como el control coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas.⁴ La democratización también supone aplicar estas normas y procedimientos a individuos que antes no gozaban de tales derechos y obligaciones, como las mujeres, los jóvenes o las minorías étnicas.

Así, pues, la esencia de la democratización radica en la aplicación del principio de ciudadanía. Como bien señala Fernández Santillán, este principio postula así mismo la primacía de la persona a través del ejercicio de sus derechos humanos.⁵

Pero ¿cuáles son esas normas y procedimientos de la ciudadanía, cuáles los derechos y obligaciones ciudadanos?

Según Aristóteles, lo que define al ciudadano, más que la residencia en un determinado lugar, es la posibilidad de ocupar un cargo público.⁶ En este mismo sentido, la Real Academia Española define al ciudadano como aquel "habitante de las ciudades antiguas o (los) Estados modernos (que es) sujeto de derechos políticos y que interviene, ejercitándolos, en el gobierno del país".⁷ En otras

* Conferencia Magistral "Ignacio Chávez", presentado en la Academia Nacional de Medicina de México, en la Sesión Inaugural del 7 de febrero del 2001

** Académico Numerario. Secretario de Salud, México.

*** Director General Adjunto de Evaluación del Desempeño. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Lieja 7, 1er. Piso. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F. C.P. 06696, Tel.: 55531353.

fuentes, el término ciudadano se asocia al ejercicio de ciertos derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución, pero estos derechos y obligaciones no son exclusivamente políticos.⁸ En su obra seminal sobre *Clase, ciudadanía y desarrollo social*, Marshall reconoce tres tipos de derechos constitutivos de la ciudadanía: los derechos civiles, los derechos políticos y los derechos sociales, que en la sociedad inglesa se consolidaron en los siglos XVIII, XIX y XX, respectivamente.⁹

Los derechos civiles son aquellos que definen las libertades individuales de las personas: la libertad de expresión, pensamiento y culto; el derecho a la propiedad; el derecho a establecer contratos válidos, y el derecho a la justicia. Este último derecho, según Marshall, es de naturaleza especial, pues supone la posibilidad de “defender y alegar en términos igualitarios con los otros miembros de la sociedad todos los derechos en cuestión”, en el marco de un proceso legal debidamente establecido.¹⁰ Las instituciones más directamente ligadas a los derechos civiles son los tribunales de justicia.

Los derechos políticos, por su parte, incluyen la participación en el ejercicio del poder, ya sea como miembro de un cuerpo investido de autoridad política o como miembro de un cuerpo de electores. Dentro de los procedimientos que encarnan el principio de ciudadanía y que garantizan el ejercicio de los derechos políticos se cuentan, entre otros, el voto secreto, el sufragio universal, la competencia libre de partidos, la rendición de cuentas y el acceso a la información pública. Las instituciones más involucradas con este conjunto de derechos son las legislaturas y las entidades encargadas del gobierno en los ámbitos nacional y local.

Finalmente, los derechos sociales incluyen aquéllos que proporcionan un mínimo de bienestar y seguridad, y que garantizan la participación en la herencia social. Las definiciones modernas de ciudadanía parten del supuesto de que la libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos son nociones vacías a menos de que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel decoroso de vida. Marshall incluso afirma que el desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales, los cuales se hacen realidad a través de las actividades de instituciones tales como el sistema educativo y los servicios de salud.

Cabe señalar que con frecuencia la implantación de los derechos sociales va precedida del ejercicio de los derechos individuales y políticos. Los mejores ejemplos son las democracias de Europa occidental. En la primera mitad del siglo XX, los ciudadanos de estos países exigieron con éxito a sus autoridades un mayor acceso a los servicios de salud, la educación y la seguridad social. Pero éste no ha sido siempre el caso. Los regímenes autoritarios de Europa oriental del siglo pasado, por ejemplo, pudieron garantizar un acceso equitativo a una cantidad razonable de servicios sociales, pero en ausencia del respeto a los derechos individuales y políticos básicos. Este último modelo, como todos sabemos, resultó insostenible. En realidad lo que se requiere es el refuerzo mutuo de estos derechos.

Los cambios históricos que nuestro país está viviendo nos ofrecen oportunidades para avanzar en ambos sentidos. Podemos aprovechar los nuevos espacios de participación ciudadana para hacer de México un país más próspero y equitativo. Pero al ampliar los ámbitos de prosperidad y reducir las brechas sociales, podremos a la vez contribuir a consolidar nuestra democracia. En el caso específico de nuestro campo de interés, podemos afirmar que al democratizar la atención de la salud, los mexicanos elevaremos nuestros niveles de bienestar y al mismo tiempo estaremos contribuyendo a mejorar la salud de nuestra democracia.

El pasado 2 de julio los ciudadanos de México dieron un gran paso adelante en la maduración de sus derechos políticos, y al darlo abrieron también, irremediablemente, una nueva agenda para la vida pública del país: el ejercicio pleno de los derechos sociales. Así, al proponer una revisión integral de la Constitución, el Presidente Fox afirmó: “La democracia futura no habrá de agotarse en el acto de sufragar. Tienen que ampliarse las formas en que los ciudadanos pueden ejercer el poder, y al mismo tiempo dotar a las decisiones fundamentales de amplia legitimidad.”¹¹ Esta ampliación de la democracia incluye, de manera fundamental, el desarrollo de una verdadera ciudadanía social.

Para hacerla realidad, debemos llevar el concepto de democratización al corazón mismo de la salud, lo cual significa contar en México con un sistema de atención cercano a la gente; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y

expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección; que proteja a toda la población contra gastos médicos excesivos; que cuente con instancias sensibles y eficientes para la presentación de quejas, y que implante mecanismos efectivos para que los mexicanos puedan participar en todas las decisiones que afectan su salud. Democratizar es, en suma, construir un sistema de, por y para la gente.

Ello implica, como señalamos antes, hacer valer el principio de ciudadanía para definir las reglas de acceso de la población a los beneficios de la atención a la salud. Este principio indica que los servicios de salud no deben ser considerados como una mercancía, como un objeto de caridad o como un privilegio, sino como un derecho social. El acceso, por lo tanto, debe ser universal, con criterios explícitos para determinar prioridades, que deberán establecerse únicamente en base a las necesidades de las personas y a la efectividad de las intervenciones.

¿De qué manera podemos traducir esta visión en un proyecto específico para el desarrollo de nuestro sistema de salud durante los próximos años?

El primer paso consiste en identificar los retos principales que es menester superar. Sin duda, es mucho lo que se ha avanzado en materia de salud durante las últimas décadas. Ello no obstante, persisten tres grandes retos: la equidad, la calidad y la protección financiera. En seguida se analizarán brevemente cada uno de ellos.

En años recientes ha habido en el país un aumento de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que refleja el incremento de los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. Por su parte, las infecciones comunes y los padecimientos relacionados con la mala nutrición y la reproducción, aunque han disminuido, siguen representando una carga inaceptable para un país de ingresos medios como México. Este rezago en salud se concentra en las poblaciones más pobres y es el principal responsable de uno de los rasgos distintivos de nuestra transición epidemiológica: la desigualdad. Los daños a la salud en México siguen siendo mayores en el medio rural que en las zonas urbanas, en las entidades del sur del país que en los estados del norte y en las familias de menores ingresos que en los hogares con mayores recursos. La tasa de mortalidad infantil en San

Bartolo Tutotepec, Hidalgo, por ejemplo, es de 71 por 1000 nacidos vivos, mientras que en San Nicolás de los Garza García, Nuevo León es de sólo 11.¹² Esta diferencia es similar a la que existe entre Ghana y Polonia.

La calidad de la atención es otro de nuestros desafíos. Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado entre 1997 y 1999 en más de 1,900 centros de salud y 214 hospitales generales de la Secretaría de Salud son muy ilustrativos. En las unidades de primer nivel hay graves problemas de abastecimiento de medicamentos, mientras que en los hospitales el equipamiento es insuficiente y obsoleto. En ambos tipos de unidades hay además un uso deficiente de los expedientes clínicos y un serio problema de apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades.

Otro indicador que nos habla de la existencia de problemas de calidad en el sistema es la falta de certificación de las unidades de salud. De los casi 4,000 hospitales públicos y privados que existen en México, a la fecha sólo han sido certificados 321. Esto significa que en 92 por ciento de los hospitales mexicanos el usuario carece de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una buena calidad en la atención.

Finalmente, los problemas financieros relacionados con la atención de la salud no han tenido hasta ahora una presencia prominente en el debate público, pero representan una seria carga para la población. Este complejo reto se origina en el hecho de que 52 por ciento del gasto total en salud es realizado directamente del bolsillo de las familias en el momento mismo de utilizar los servicios de salud. Como contraste, señalemos que en Colombia esa cifra es la mitad que en México y en Gran Bretaña sólo 3 por ciento de la inversión en salud es gasto de bolsillo.

Dado que siempre existe un elemento irreductible de incertidumbre en la pérdida de la salud, la falta de previsión representada por el alto pago de bolsillo deja a las familias mexicanas expuestas al riesgo de enfrentar gastos catastróficos por atender su salud. Las cifras disponibles más conservadoras nos indican que cada año alrededor de dos millones de hogares mexicanos se ven obligados a utilizar más del 30 por ciento de su ingreso disponible en la atención de sus necesidades de salud.

Estos gastos catastróficos, de hecho, son una causa frecuente de empobrecimiento de nuestras familias.

Aunque este grave problema no ha permeado la discusión pública sobre la salud, sí está presente en la conciencia de los ciudadanos. Así, la Segunda Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo de 2000, indica que el principal problema de los servicios, según la población mexicana, es su elevado costo. No es de sorprender, por lo mismo, que 25 por ciento de los mexicanos posterguen la atención de su salud por razones financieras y que 10 por ciento renuncien a ella por los mismos motivos.

Para enfrentar cada uno de los retos antes señalados, la presente administración se ha planteado tres objetivos principales: I) elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades; II) garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y III) ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos.

La politóloga Terry Karl asegura que las democracias que se desarrollan en contextos de desigualdad son inestables.¹³ "Es difícil formar o mantener instituciones democráticas," dice ella, "en una sociedad profundamente dividida". Por esta razón y por la obligación moral de toda administración pública de atender de manera prioritaria los extremos de sufrimiento, el combate al rezago y la reducción de las inequidades en salud ocuparán un papel central en el programa de gobierno de esta administración. Los grupos marginados podrán hacer así realidad de manera creciente el derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4º constitucional.

El trato adecuado, por su parte, implica ofrecer servicios efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. La responsabilidad de los prestadores de servicios de salud de atender de la mejor manera posible a los usuarios es la forma de rendición de cuentas con la que más familiarizados estamos los médicos.¹⁴ Este procedimiento democrático, inseparable de cualquier iniciativa de mejoría continua de la calidad, se verá complementado con la rendición de cuentas profesional y ética, que se concretará a través de tres

mecanismos: los procesos de certificación, la difusión de códigos de conducta para los profesionales de la salud y la medición de los niveles de satisfacción de la población. Además, los usuarios de los servicios contarán con instancias justas para presentar quejas y denuncias en caso de insatisfacción con los servicios recibidos. Así mismo, habrá que introducir fórmulas explícitas para reconocer y recompensar el buen desempeño.

Por lo que toca a la inseguridad financiera, la forma más adecuada de resolver este problema consiste en reducir al mínimo el pago del bolsillo en el momento de usar los servicios para privilegiar, en cambio, el pago por adelantado. Existen tres mecanismos fundamentales para lograr este propósito: los impuestos generales para financiar la atención a la salud –que pueden considerarse una forma de seguro público–, el seguro social y el seguro privado. Los tres se deben impulsar dentro de un marco regulatorio que refuerce los objetivos de equidad y calidad.

La participación ciudadana jugará, en todos los casos, un papel central. Para estimularla no solamente se hará uso de las consultas que establece la ley para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo. Además de estos mecanismos, se crearán instancias permanentes de participación ciudadana en todos los niveles del sistema.

El acceso a la información generada por el sector salud será particularmente útil en este último sentido. Los partidos políticos, las instituciones académicas y la sociedad civil en general contarán con todas las facilidades para acceder y utilizar la información que se genera en la operación de los servicios personales y de salud pública, con excepción, por supuesto, de aquella información que pudiera violar la privacidad de los pacientes individuales.

En resumen, en la consecución de estos objetivos se hará valer el principio de ciudadanía, que implica:⁴

Tanto el derecho de ser tratado por otros seres humanos como igual con respecto a la formulación de opciones colectivas, como la obligación de quienes instrumentan dichas opciones de ser accesibles y responder por igual frente a todos los miembros del sistema...A la inversa, este principio impone a los gobernados la

obligación de respetar la legitimidad de las opciones resultantes de la deliberación entre iguales, y a los gobernantes, el derecho de actuar con autoridad a fin de promover la eficacia de esas opciones.

Este proceso de democratización habrá de concretarse a través del Programa Nacional de Salud 2001-2006, el cual en principio contempla siete líneas estratégicas:

1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Alcanzar la federalización efectiva de la salud
5. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
6. Brindar protección financiera a toda la población
7. Ampliar la libertad de elección y la participación ciudadana

Existe una estrecha relación entre salud y desarrollo económico y social. Los niveles y los estilos de desarrollo tienen un efecto determinante sobre las condiciones de salud de la población. Por su parte, la inversión productiva en salud incrementa el capital humano, promueve la equidad y contribuye con ello a un desarrollo social justo.

Por estas razones, buscaremos que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implantación de políticas saludables. Especial atención recibirán las acciones multisectoriales sobre los determinantes de la salud, dentro de los que destacan el crecimiento y la distribución de la población, la educación –sobre todo de las mujeres–, la alimentación, el agua potable, el saneamiento, el ambiente y la seguridad.

Por otro lado, existen en nuestro país, como ya se señaló, rezagos importantes. Estos padecimientos se concentran en las comunidades rurales dispersas, sobre todo de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza y su solución definitiva depende de la posibilidad de incrementar el nivel

de bienestar general de estas poblaciones. Sin embargo, existe información que demuestra que aun en presencia de estas condiciones de pobreza es posible reducir considerablemente el peso de estos padecimientos a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero.

Para los problemas del rezago nos proponemos mejorar el acceso al paquete de servicios básicos, incrementar los beneficios de dicho paquete mediante la incorporación de nuevas intervenciones costo-efectivas y poner al alcance de las poblaciones vulnerables los medicamentos esenciales que requieren para atender sus necesidades de salud. Además, se pondrán en marcha diversas iniciativas para hacer llegar los frutos de la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones a los más pobres.

Junto al ataque frontal al rezago, atenderemos de manera decidida los problemas de salud emergentes. Salvo el SIDA, la diabetes y algunos tumores malignos, estos problemas de salud se distribuyen de manera homogénea en los medios rural y urbano. Para contender con ellos será necesario identificar prioridades para focalizar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano, y colaborar con otros sectores en el desarrollo de una nueva cultura vial, una cultura de seguridad pública más efectiva e iniciativas innovadoras para el combate a las adicciones.

Ahora bien, la gestión eficiente de los sistemas modernos de salud exige delegar la autoridad y llevar los recursos hasta donde ocurren las cosas. En este sentido, es indispensable culminar la federalización de la prestación de los servicios de salud para población abierta; diseñar y aplicar una fórmula para una asignación más equitativa de recursos entre las entidades federativas, y fortalecer la desconcentración de las unidades administrativas de las agencias de seguridad social.

Pero además de equitativos y eficientes, los servicios de salud deben proporcionarse con calidad. La calidad tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios con el menor riesgo posible y de acuerdo con las mejores normas de la práctica profesional. La dimensión interpersonal, por su parte, supone el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción plena.

Como ya se mencionó, uno de los principales retos de las organizaciones de atención a la salud y una de las principales preocupaciones de los usuarios de los servicios de salud en México es la calidad de la atención. En respuesta a este reto y a esta preocupación nos proponemos mejorar la capacidad de respuesta de los proveedores, sobre todo en el primer nivel, mediante la oferta de servicios que realmente resuelvan los problemas que motivan la búsqueda de atención. Nos proponemos también establecer incentivos para los prestadores y las organizaciones que vayan más allá de los estímulos a la puntualidad y la productividad. Se desarrollarán mecanismos integrales de evaluación que contemplen tanto la calidad técnica de los servicios como el trato adecuado a los pacientes. Se concluirá el desarrollo de los mecanismos de certificación de las escuelas y facultades de medicina, de los profesionales de la salud y de las unidades de atención, y se les extenderá a los proveedores de otros servicios, como los laboratorios, los gabinetes y las ambulancias. Además, simplificaremos e integraremos los sistemas de información existentes; mejoraremos los mecanismos de dotación de recursos, y racionalizaremos la compra y ubicación de nueva tecnología.

Más atrás señalábamos que otro de los serios problemas de nuestro sistema de salud es su injusticia financiera. Cerca de la mitad de la población no está protegida por ningún tipo de seguro y padece con frecuencia de gastos excesivos por motivos de salud. La presente administración tiene la intención de implantar un seguro universal en salud que ofrezca seguridad financiera y mayores niveles de salud para todos. Los hogares mexicanos no tendrán que enfrentarse más a la alternativa de empobrecerse o ver a sus seres queridos sufrir de una enfermedad o de un dolor intenso por falta de recursos.

Este seguro, además, podría constituirse en un subsidio a la demanda, que ampliaría la libertad de afiliación de los usuarios e incrementaría el nivel de competencia y la eficiencia del sistema. El proveedor seleccionado recibiría el pago por los servicios proporcionados de manos de la agencia financiera responsable de la protección de los usuarios atendidos, concretándose así la idea de que el “dinero debe seguir al paciente”. La libertad de afiliación, sin embargo, deberá darse dentro de cauces

gerenciales que aseguren eficiencia. Así, será necesario desarrollar modalidades específicas adaptadas a las realidades de las diferentes regiones del país.

Finalmente, el complemento de la libertad de afiliación del usuario son los espacios para plantear propuestas y las instancias para presentar quejas. A diferencia de otro tipo de organizaciones, en las organizaciones de salud los usuarios son al mismo tiempo los clientes que pagan directa o indirectamente por los servicios, “la materia prima” con la que trabajan los prestadores y los socios en cuyas manos recae, tanto como en las manos de los prestadores, la responsabilidad por su propia salud.

Por estas razones, es indispensable reconocer y estimular el papel protagónico de la población dentro del sistema de salud. Por esto mismo haremos pública y fácilmente accesible toda la información en salud, incluyendo los resultados de las evaluaciones de programas y servicios; fortaleceremos las actividades y la autonomía de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y de sus contrapartes estatales, y crearemos consejos ciudadanos de salud en los niveles municipal, estatal y federal que le permitan a los usuarios participar en la toma de decisiones.

Las siete estrategias descritas son la forma de llevar a la práctica la visión de la democratización como fórmula para colocar al ciudadano en el centro de la acción colectiva. En el ejercicio de sus derechos y obligaciones, el ciudadano desempeña cuatro papeles: como usuario, como contribuyente, como elector y también como servidor público. El proceso de la democratización aspira a la armonía entre esos cuatro papeles.

Alcanzar este ideal exige de un ejercicio equilibrado de nuestras responsabilidades como médicos. El Maestro Ignacio Chávez supo anticipar la necesidad de dicho equilibrio. Hace más de 30 años escribió:¹⁵

Sin amenguar en nada nuestra responsabilidad ante el enfermo, que es el deber primero y la razón misma de nuestra profesión, a cada día se dibuja con mayor importancia nuestra responsabilidad social. Ya no es sólo un hombre el que importa, son todos los hombres. Ya mi problema no es sólo mío, es el de todos. Y

el de todos, también es mío. Esto suspende al médico entre dos universos: el de su conciencia, al formarse un juicio y al tomar una decisión en busca del bien individual de su enfermo, y el de su deber como ciudadano, como funcionario del Estado, como célula de un grupo social, obligado a acatar sus leyes y cuidar sus intereses. Ese es nuestro drama y ésa es nuestra corona. La solicitud permanente de dos deberes, el acatamiento de dos responsabilidades: una invisible, silenciosa, pero suprema, de nuestra conciencia, que busca el bien de nuestro enfermo, y la otra visible, implacable, pero contingente, de nuestro deber frente al mundo en que vivimos.

Si logramos atender estos dos deberes a los que nos convoca el Maestro Chávez, los médicos mexicanos seremos, sin duda, protagonistas de la democratización de la salud. Con ello, estaremos haciendo una aportación esencial al cambio histórico que hoy está abriendo una nueva ventana de esperanza para México.

Referencias

1. **Bonifaz Nuño R.** Lecciones del maestro. En: Chávez Rivera I, Valdés Olmedo C, editores. Ignacio Chávez. Testimonios. México, D.F.: El Colegio Nacional, 1997:737-740.
2. **Paz O.** Ignacio Chávez, fundador. En: Chávez Rivera I, Valdés Olmedo C, editores. Ignacio Chávez. Testimonios. México, D.F.: El Colegio Nacional, 1997:805-809.
3. **Bustamante ME.** Ignacio Chávez. En: Bustamante ME. Cinco personajes de la salud en México. México, D.F.: Miguel Angel Porrúa, 1986:159-195.
4. **O'Donnell G, Schmitter P.** Transiciones desde un gobierno autoritario. Buenos Aires: Paidos, 1991:22-23.
5. **Fernández Santillán J.** Sociedad civil y derechos ciudadanos. Letras Libres 2001;3(26):12-14.
6. **Aristotle.** The politics. Chicago: The University of Chicago Press, 1984: 87.
7. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid: Editorial Espasa Calpe, 1992:484.
8. **Scruton R.** A dictionary of political thought. Londres: Macmillan, 1996:71-72.
9. **Marshall TH.** Class, citizenship and social development. Nueva York: Doubleday Anchor Book, 1965.
10. **Opazo-Marmentini JE.** Ciudadanía y democracia: la mirada de las ciencias sociales. Metapolítica 2000;4:52-79.
11. **Fox V.** Discurso del LXXXIV Aniversario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (05/02/2001) www.presidencia.gob.mx.
12. Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud. Cifras municipales de salud. México, D.F.: DGEI, SSA, 1998.
13. **Karl T.** ¿Cuánta democracia acepta la desigualdad? Este País 1996;diciembre:46-50.
14. **Saltman R.** Dimensiones de la participación ciudadana. Informando & Reformando 2000;(6):1-4.
15. **Chávez I.** Ideario. México, D.F.: El Colegio Nacional, 1997:9.



