

Conferencia Miguel F. Jiménez “La tercera academia”

Fernando Cano-Valle*

“Entre las sociedades médicas de Latinoamérica pocas han tenido la perseverancia y fecundidad de la Academia Nacional de Medicina de México”. Así inicia su libro el maestro Francisco Fernández del Castillo, Historia de la Academia Nacional de Medicina.

“No fue un simple incidente lo que dio lugar a su existencia que hoy día es casi centenaria”, continuó, Fernández del Castillo. “Las corporaciones que se forman por leyes administrativas del momento, no perduran mucho tiempo; sólo subsisten las que cumplen una función insustituible, aquéllas cuya estructura corresponde a su objetivo y que fueron formadas por hombres con la visión de su destino y, que supieron cumplirlo”.

“La vida de la Academia Nacional de Medicina principió en 1864, en el momento adecuado” para cumplir su misión. No surgió del acaso, pues tuvo antecesores y precursores”.¹

La verdadera antecesora, la “Academia de Medicina de México”, se organizó en el año de 1836. Estaba constituida por los profesores del recién fundado Establecimiento de Ciencias Médicas. El principal objeto de la nueva Academia era difundir los conocimientos que se multiplicaban rápidamente en Europa. Los fundadores, Casimiro Liceaga, Pedro Escobedo, Manuel Carpio, Ignacio Erazo y otros, abrieron sus puertas a jóvenes que habían estudiado en universidades extranjeras y daban pie así a la expansión del conocimiento médico universal.²

Sin embargo, debemos aceptar que nuestra actual corporación es descendiente directa de la segunda Academia de Medicina.

La inauguración ocurrió en la casa del doctor Leopoldo Río de la Loza, el 30 de noviembre de 1851, quién inicio su gestión pronunciando las siguientes palabras: “Si el establecimiento de las academias científicas es un bien positivo para las sociedades, el de la Medicina en la capital de México es un verdadero servicio para la humanidad y para la ciencia. Desde que la Nación se hizo independiente en 1821, se han sucedido las, corporaciones médicas, y como he dicho en algún periódico, cuando, por motivos que no es el caso referir, han tocado a su término, muy pronto se ha levantado otra, aprovechando los más floridos escombros

de la antigua.”³ ¡Qué importante es reconocer mediante el mensaje de Río de la Loza lo que otros hicieron en su tiempo y circunstancia antes que él emprendiera su misión!

Debió pasar el tiempo —13 años— para que el 30 de abril de 1864 fuera instalada la Sección Médica de la Comisión Científica. Su primer acto fue nombrar a sus miembros y dirigentes:

Presidente: doctor Carlos A. Ehrmann
Primer Vicepresidente: doctor Miguel F. Jiménez
Segundo Vicepresidente: doctor Julio Clement
Primer Secretario: doctor Agustín Andrade
Segundo Secretario: doctor Carlos A. Shultz
Tesorero: doctor Rafael Lucio

Fueron 22 los miembros fundadores, de los cuales 10 fueron mexicanos, 10 franceses, uno alemán y uno italiano. De ellos, 18 eran médicos, dos farmacéuticos y dos veterinarios.⁴

Este es el origen de la Academia Nacional de Medicina que hoy se nutre y revitaliza con el ingreso de nuevos académicos. Seis miembros del Departamento de Biología Médica, tres del Departamento de Cirugía, y del Departamento de Medicina, siete, un socio correspondiente y dos socios honorarios que vienen a compartir, estos últimos, el sillón con Roberto Koch (1890), Emile Roux (1897), Eduardo Liceága (1917), Santiago Ramón y Cajal (1922), Albert Ochsner (1923), Bordet (1930), Chevalier Jackson (1931), Bernardo Houssay (1935), Gregorio Marañón (1935), Walter B. Cannon (1940), Pío del Río Hortega (1942), y recientemente Jean Dausset, por mencionar sólo algunos.

Cuando en el año 1870 deja la Presidencia Miguel Jiménez en breve discurso expresó: “No sé por qué fatalidad alcanza hasta nosotros esa apatía, ese cansancio precoz que se advierte en todas las empresas, en todas las resoluciones útiles en nuestro país. Yo hago constantes votos porque los médicos lleguemos a desmentir con nuestros esfuerzos la creencia general de que éste es un efecto de carácter nacional. No es posible que todo un pueblo se adormezca indolente en una nulidad fatua y despreciable”⁵

*Academico Titular de la Academia Nacional de Medicina de México

Para entonces la Academia había adoptado un plan ambicioso para el tiempo y clima espiritual en que vivía. Para, llevarlo a cabo eran necesarias inmediatas modificaciones de su reglamento. Cuando se tiene el deseo de avanzar nada es perfecto; por consiguiente, el impulso de mejoramiento hizo necesarias frecuentes y sucesivas modificaciones. A lo largo de su vida se han realizado muchas, y otras están por venir de acuerdo con la amplia visión y compromiso ineludible de la actual Mesa Directiva. Cuando esta Directiva toma una y otra decisión tendiente a una mayor participación y reconocimiento del papel de la Academia en la vida nacional, en particular la salud mexicana, los académicos nos sumamos entusiastamente a ese compromiso, a ese vigor y constancia en búsqueda de la misión de quien conduce hacia un mejor y promisorio futuro a la Academia Nacional de Medicina.

A partir del año de 1887, la agrupación, que fuera en sus principios una simple sección de la Comisión Científica y después Sociedad Médica, se había transformado en la Academia Nacional de Medicina.⁶ La Tercera Academia; la actual, nuestra corporación.

La Investigación y la Academia Nacional de Medicina

Hoy ingresan académicos que están seguramente convencidos de que los avances científicos son la causa y origen fundamentales del progreso social y económico de México. Un país que definió en años pasados incorporarse al ritmo de los descubrimientos realizados en países científicamente más avanzados; si bien esto pudo ser razonable en las etapas incipientes del desarrollo, no lo es como una estrategia a largo plazo; debe haber voluntad de correr riesgos para tener la posibilidad de obtener un mayor grado de autonomía del exterior, obien, si no se modifica al interior de su organización el dominio feudal en los departamentos, o laboratorio públicos financiados por el Estado, no avanzaremos.

Qué importante es sustentar el concepto —no entendido suficientemente— de que la investigación básica es un bien público que se incorpora al cuerpo del conocimiento científico de uso práctico y cotidiano; de otra forma continuaría un decaimiento de nuestro cuerpo científico y sabemos que, de ser así, sólo se conduciría a una economía lenta y artrósica que no únicamente cancela proyectos, sino que moviliza el posgrado nacional. Aquí, en este aspecto, debo señalar la importancia de la lucha empecinada del rector de la UNAM por la defensa de la universidad pública; los académicos debemos estar reconocidos por ello.

La investigación científica, entendida como un proceso sistemático que genera nuevo conocimiento, desempeña un papel, primordial en el desarrollo de las instituciones hospitalarias ésta ha sido la filosofía de los Institutos Na-

cionales de Salud desde su creación como un subsistema descentralizado. El desarrollo de la investigación, refuerza el ambiente intelectual y académico, mejora la atención médica (rebelándose contra el empirismo, y reforzando las decisiones basadas en evidencia, que de hecho son fruto del nuevo conocimiento) y desde luego incide directamente sobre la calidad de la enseñanza. Adicionalmente, la investigación epidemiológica puede tener un profundo impacto sobre las políticas generales de salud.

Los científicos que hoy ingresan a la Academia Nacional de Medicina —la Tercera Academia— se sometieron a una revisión anónima entre pares y lograron su cometido; pero, qué sucede cuando los sistemas de revisión entre pares para evaluar las propuestas y asegurar el apoyo financiero, se realiza en una comunidad tan pequeña, solamente 10 mil investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores y quizá otro tanto fuera de él, en un país de 105 millones de habitantes. El resultado es que los investigadores adivinan fácilmente quién revisa sus propuestas y anticipan su negativa, más aún si provienen de instituciones, o de algún grupo científico donde los jefes cuentan con poderosas conexiones fuera del mundo académico, se produce un fuerte sentido de posesión burocrática.

En la Academia debemos reconocer que las interacciones Academia-Industria están causando desequilibrios y confrontaciones en el seno de las universidades cuando se otorgan privilegios especiales a los investigadores que obtienen recursos externos, y con ello se modifica la escala de valores institucionales, abatiéndose el reconocimiento a la calidad intrínseca del trabajo, evaluada por los pares académicos, y elevándose el de su apreciación comercial, de acuerdo con clientes en el mercado empresarial (Labinger 1997).⁷

Según Shamoo & Resnik (2003), algunos de los principios fundamentales que cualquier científico debe exhibir son los siguientes: honestidad, objetividad, integridad, ser cuidadoso (por ejemplo, con el manejo de los datos) y disponer de apertura (i.e., compartir ideas, datos, recursos, herramientas de trabajo) saber mantener la confidencialidad, libertad de expresión y búsqueda, eficiencia, ser competente en su campo, y tener un sentido de responsabilidad social; estos principios que se inscriben en la temática de la Bioética, no siempre se cumplen.

En el ámbito científico internacional se hizo un llamado que fue atendido; las últimas dos décadas se han caracterizado, por un aumento en el reporte de violaciones a la integridad científica (*National Academy of Sciences 1992, Steneck 2000*). La opinión generalizada (e.g., *Macrina 2000* y *Shamoo & Resnik 2003*) señala que este incremento se debe a factores tales como:

- a) Aumento de científicos y académicos en proporción al decrecimiento de posiciones laborales en la industria, gobierno y academia.

- b) Recursos financieros limitados (competencia por proyectos, espacio físico, equipo, técnicos, competencia, por obtener reconocimiento o créditos).
- c) Presión, por publicar que genera el síndrome conocido en los EUA como "Publish or Perish" (Kleschick et al. 2000, Bostanci 2002 Shamoo Resnik 2003); evaluación del científico en términos de la habilidad de éste por generar recursos.
- d) Necesidad de cumplir con cada vez más engorrosos requerimientos administrativos (Stanley-Samuelson & Higley 1997).

Un panorama que no es privativo de México, ante el cual la Academia Nacional de Medicina sin duda abre el espacio al debate y a la reflexión.

La incapacidad del sistema por desterrar los conflictos de interés, al momento de asignar recursos y la insuficiente transparencia, impide que se construya una comunidad científica madura (Braun et al. 1996). La premisa básica que debe normar un proceso de revisión por pares de proyectos sometidos para su financiamiento debe ser la independencia de los comités. En este capítulo, la Academia Nacional de Medicina debe pugnar por ello. De otra forma, por ejemplo: los proyectos de los Institutos de Salud seguirán recibiendo tan sólo 10% de lo solicitado al CONACYT, lo que condiciona no sólo el rezago, sino además el desaliento y la salida definitiva al extranjero de nuestros científicos.

Ante ello, no hay duda de que la Academia Nacional de Medicina pugna por una política que permita que los científicos obtengan recursos con base en la competencia inductora de la creatividad; que los incentivos se diversifiquen como lo hace una empresa productiva en búsqueda de esquemas financieros más sofisticados; —sí—, con evaluación por pares, basada en las nuevas ideas de investigación más que en los cuadros muy estructurados. La Academia Nacional de Medicina en conjunto con otras Academias Científicas de diversas áreas de la mayor trascendencia, en una labor conjunta, podría hacer esta introspección y proponer nuevas dinámicas.

¿Qué debemos opinar ante la decisión del nuevo Gobierno Español al formalizar una nueva agenda para la ciencia y desarrollo tecnológico con la creación de una agencia que otorgará fondos para la investigación por dos billones de euros y un incremento de 25% anual hasta llegar al doble del actual presupuesto en ciencia y desarrollo en cuatro años? La agencia funcionará con base en la calidad de los proyectos, revisión por pares, flexibilidad y transparencia.⁸ ¿Qué debemos opinar cuando hoy por falta recursos -que no de talento- de cada seis proyectos que solicitaron financiamiento por parte del CONACyT, sólo uno lo obtuvo en el área de salud? El asunto no es que CONACyT sea insensible a la necesidad; simplemente no se le otorgaron recursos económicos lo que revela, una visión indiferente de quienes asignan los presupuestos.

Educación médica

A finales del siglo XIX, Norteamérica contaba con sólo cuatro pequeñas escuelas médicas, que proveían de médicos a una población cada vez más numerosa; esta situación hacía apremiante la necesidad de nuevos médicos que adquiriesen su formación mediante un adecuado aprendizaje. En 1807, un pequeño grupo de médicos de Baltimore organizó la Escuela Médica de la Universidad de Maryland, y en los años sucesivos fueron muchos los que, imitando el ejemplo, abrieron, otras escuelas médicas. Tres o cuatro médicos podían solicitar un estatuto, alquilar o comprar un edificio y utilizar campañas publicitarias para reclutar estudiantes. Muchos propietarios de escuelas concedieron títulos tras un curso académico, aunque normalmente exigían al estudiante uno o dos años de aprendizaje previo a la admisión. Como las escuelas dependían de las tasas que abonaban los estudiantes, se admitían todas las solicitudes de ingreso y eran muy pocos los que suspendían.

En 1904, la *American Medical Association* creó un comité permanente de educación que dos años más tarde, se convertiría en el Consejo de Educación Médica de la American Medical Association. Este Consejo empezó por la licenciatura, pero al identificarse estrechamente con la medicina, sus miembros reconocieron la necesidad de una evaluación más objetiva. Se encomendó a la Fundación Carnegie para el progreso de la educación que realizara un estudio al respecto. La Fundación designó a Abraham Flexner, quien tras dos años de visitas inspectivas a las distintas escuelas de medicina de los Estados Unidos y Canadá, elaboró un informe que marcó el comienzo de un movimiento de reforma radical en la enseñanza médica. Al mismo tiempo, el Consejo de Educación había comenzado a clasificar las escuelas en A, B y C, división que debería ejercer un papel importante en la normalización de la enseñanza médica.⁹

¿Qué ha pasado en México?

El balance en la formación de recursos humanos con arreglo a las necesidades expresas del país es una aspiración que demanda políticas sociales y educativas que permitan superar añejos problemas y dar cauce a las expectativas de sus ciudadanos por contar con servicios de alta calidad, así como ser fuente de satisfactores, que con apoyo en criterios de equidad y justicia, las solventen para toda su población.

En México se presenta un ingente problema de desequilibrio en los recursos humanos, particularmente de médicos, generado por el exceso de escuelas y facultades de medicina, de las que hay 82, cifra que casi duplica a las existentes en 1994, además de aquéllas que se abrirán. Esta situación no se ha podido evitar, ya que los planteles obtienen su legalización por medio de uno de los siguientes mecanismos:

- 1) El reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación Pública
- 2) La autorización de los gobiernos de los estados
- 3) La incorporación a alguna universidad autónoma

Adicionalmente, con la apertura del Tratado, de Libre Comercio existe la posibilidad de abrir planteles con matriz en el extranjero. Cabe mencionar que, a juzgar por los resultados algunas de esas escuelas lejos de cumplir una función social, se convierten en negocios donde importa más el beneficio económico, que el de la sociedad y el de los mismos alumnos.

Un componente de la mayor trascendencia para el balance de recursos humanos, al que no se ha dado la debida atención, no obstante su importancia es el mercado nacional de trabajo para los médicos. Mercado cuyos principales determinantes devienen del papel social del Estado, de su organización y del tipo de economía dominante que, por otra parte, confronta, la paradoja de un exceso de médicos en las principales urbes y la falta de ellos en zonas suburbanas y rurales.

En este año 2004 se presenta en toda su magnitud el problema de un mayor desequilibrio en la formación y ocupación de médicos, dificultad que se venía gestando desde la segunda mitad de la década de los noventa con el incremento exacerbado de la matrícula, dando cabida en la carrera de medicina a un exceso de jóvenes que ilusionados por ser médicos, presionaron a los gobiernos para ser admitidos, sin importar sus aptitudes, ni la capacidad real de escuelas y facultades, como tampoco de las instituciones de salud para ofrecerles una preparación clínica de alta calidad; desentendiéndose también de la situación real del mercado médico, y siempre con la aparente esperanza de incorporarse al Sistema Nacional de Salud.

El problema consiste en que las instituciones oficiales y paraestatales de salud han alcanzado sus límites de –crecimiento, coexistiendo– con la sobreoferta de médicos egresados de la licenciatura, cuando, por, razones de organización y funcionamiento institucional, se requiere primordialmente de médicos especialistas para su operación. Los médicos que sólo alcanzaron la licenciatura se ven relegados en la escala de apreciación social y precisados a dedicarse a otras ocupaciones para las que no fueron preparados, convirtiéndose así en desempleados o subempleados frustrados y resentidos con la sociedad y sus instituciones. Este grupo crece cada año, incrementándose en vivos reproches que aumentan las tensiones sociales.

Para ilustrar lo anterior, baste mencionar que se estima la capacidad de absorción de médicos especialistas en las instituciones de salud de aproximadamente 5% de la oferta, para cubrir así el escaso crecimiento de servicios y el recambio de médicos por jubilación o fallecimiento, y 95% restante carece de posibilidad de contratación en alguna institución aunque tiene el recurso de dedicarse a la práctica

liberal de la profesión, ya de por sí saturada, en un mundo cada vez más competitivo donde sólo los mejor preparados tienen éxito.

Veamos algunas cifras para darle dimensión al problema: en 2002 se inscribieron, al examen nacional de selección de médicos residentes para cursar una especialidad 18 714 aspirantes provenientes de 62 escuelas y facultades, de los que aproximadamente la mitad se titularon en el año precedente, y los demás eran aspirantes no seleccionados en concursos previos. A esta demanda sólo se ofrecieron 3378 plazas (19% menos que el año anterior), para las que se admitieron a 18% de los aspirantes, quedando fuera 15 336 médicos. Cuando las 20 escuelas faltantes egresen su primera generación, la cifra de aspirantes se estima que podría incrementarse en más de 1000 personas.

El problema de desequilibrio en comento, por su naturaleza social es multifactorial, y tiene una fuerte inercia por el aumento progresivo del egreso de médicos y la acumulación de aspirantes no seleccionados previamente. La magnitud del desequilibrio tiende a agravarse cada vez más ya que se estima un incremento cuando menos 10% de los aspirantes a una residencia cada año. Es por ello necesario tomar acciones integrales tendientes a solucionar el problema en el corto, mediano y largo plazo, recurriendo a la acción conjunta de los Sectores Educativos y de Salud, por lo cual, es pertinente revisar someramente las variables más importantes que intervienen en el problema, como son: las de orden político, social, económico y educativo. Variables que se interrelacionan y adquieren su jerarquía e importancia según el enfoque e interés de quien las visualice a saber:

VARIABLES POLÍTICAS: el Estado, tutelar del bien más preciado, que es la salud, dirige sus esfuerzos a dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud mediante la democratización y extensión de los servicios médicos para lograr completa accesibilidad y cobertura, pugnando por elevar la calidad de los servicios y el buen trato, asimismo se busca evitar, los gastos catastróficos que tanto dañan la economía de las familias. Ciertamente, se hacen esfuerzos enormes para lograr el abastecimiento oportuno de insumos y medicamentos, dotando además del necesario equipamiento a las unidades médicas, a la vez que se continúa la reforma organizacional y administrativa de los servicios de salud, los que se encuentran descentralizados operativamente en las entidades, federativas y tienen sus propios presupuestos y programas, acordes con la normatividad central y los programas de salud nacionales.

VARIABLES ECONÓMICAS: no obstante la prioridad gubernamental del gasto en salud, los presupuestos son insuficientes para cumplir con eficiencia y calidad la obligación constitucional del derecho a la protección de la salud, y se da el caso de que existen instalaciones hospitalarias que no se ponen en marcha por falta de recursos para contratación de personal. Adicionalmente, la remuneración al personal de salud, específicamente de los médicos, no es satisfactoria en lo absoluto.

La insuficiencia de recursos afecta también al equipamiento y abasto de las unidades médicas por lo que el personal se ve reducido en su desempeño profesional.

Variables educativas: vale mencionar que el compromiso del Estado de favorecer el acceso a la educación superior compite con el análogo de brindar servicios de salud de creciente calidad, lo que no puede lograrse con la actual saturación de campos clínicos para la enseñanza y el aprendizaje de los futuros médicos al igual que la falta de profesorado debidamente preparado y dispuesto a la actividad docente, como lo ilustran los indicadores siguientes: 1.7 alumnos en adiestramiento clínico por cama censable, cuando la situación ideal debiera ser de un alumno por cada cinco camas, como se aprecia el indicador está invertido y refleja la existencia de casi dos veces más alumnos de lo debido, por lo que el aprendizaje clínico, en consecuencia, es muy limitado.

Las alternativas de solución son varias; tienen en común el rompimiento de inercias sociales y la toma de conciencia de grupos y de personas, lo cual es necesario para buscar el equilibrio entre las necesidades del Sistema Nacional de Salud y la formación de estos profesionistas, al tiempo que sus implicaciones sean las menores posibles y puedan asimilarse con la mínima resistencia social, para que la enseñanza y aprendizaje médico sea de mejor calidad.

1. Regularización de la matrícula de ingreso a las escuelas y facultades de medicina, mediante la concentración de *numerus clausus* entre las autoridades, educativas y de sacuden cada entidad federativo. Para definir tales números, como son:

- a) Que la escuela o facultad esté certificada.
- b) Que los alumnos sean admitidos por medio de un proceso justo de selección.
- c) Que correspondan a la capacidad real de los planteles educativos para la admisión de alumnos en ciclo básicos.
- d) La relación de un profesor de tiempo completo por cada 25 alumnos en cursos de ciencias básicas.
- e) La inexistencia de laboratorios con el equipamiento y lugares suficientes para que cada alumno pueda realizar sus prácticas.
- f) La capacidad real de recepción de alumnos en las instituciones de salud para la enseñanza clínica, a cargo de un titular certificado responsable, tomando en consideración la relación de un alumno por cada cinco camas censables por asignatura.
- g) La presencia de un tutor clínico reconocido para cada cinco alumnos.
- h) La disponibilidad de una biblioteca suficientemente dotada.
- i) La existencia de un laboratorio de cómputo debidamente equipado.

2. Fortalecimiento de la enseñanza médica de calidad. El gobierno mexicano ha puesto en marcha un Programa de Calidad de la Educación Superior apoyado en el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior, que reconoce a los organismos que a su vez certifican los programas académicos en México, siendo el Consejo Mexicano para la acreditación de la Educación Médica (COMAEM) quien asume, a partir de 2002, la acreditación correspondiente, atendiendo al cumplimiento de un mínimo de estándares que deben satisfacer los programas, valorando éstos en un proceso que comprende el autodiagnóstico y la verificación *in situ*. Es oportuno recordar la labor visionaria de la Asociación Nacional de Facultades de Medicina de México que, hace 12 años, dio inicio a un programa de Calidad de la Educación Médica y a la evaluación de los programas académicos de los planteles afiliados. El día de hoy se encuentran 36 programas acreditados por el COMAEM; nueve no acreditadas o aún pendientes de dictamen; 14 en proceso de autoevaluación para ser visitadas y 15 no han solicitado su acreditación. Esta notable labor que es un logro en el marco del TLC mereció el reconocimiento de comparabilidad del Departamento de Educación de los Estados Unidos de América con el Comité, Nacional de Educación y Acreditación Médica del Extranjero. Dictamen del 23 de abril de este año que elimina una de las asimetrías entre nuestros países.

En estas circunstancias se torna preciso revisar y suspender los convenios que se hubieran firmado entre las instituciones de salud y las educativas, también por el lapso de dos años. Durante ese tiempo las escuelas tendrían la oportunidad de corregir sus deficiencias y resolver los requerimientos académicos que se les plantearán. En dicho período se tendría la posibilidad de efectuar reacomodos institucionales para acercarse al equilibrio buscado. Entraría también, la cobertura de plazas para efectuar las funciones de los internos de pregrado en los hospitales y de los pasantes en servicio social en las unidades médicas de campo, así como de residentes de primero y segundo año de especialización.

Se trata de una solución radical y por tanto se presentarían resistencias y costos políticos, sociales y económicos; empero sus soluciones son de fondo y plantean la exigencia de calidad para que las escuelas, reanuden con normalidad sus actividades.

3. Reorganización del sistema de atención médica en una acción conjunta y complementaria de los Sectores de Salud y Educativos, de manera que efectivamente los médicos cirujanos, al término de su carrera, se incorporaran al primer nivel de atención, previa certificación, para prestar sus servicios, profesionales, en los sistemas estatales de salud.

Igualmente la suspensión temporal del ingreso a ciertas escuelas de medicina les daría oportunidad de mejorar sus niveles de calidad, y al sistema la posibilidad de ubicar

médicos en los sitios que tradicionalmente carecen de ellos. Empero, se haría necesario dotarlos de la tecnología y los insumos, indispensables para cumplir debidamente su función, lo cual requeriría una considerable inversión que en el marco del "Seguro Popular" contribuiría a una transformación del sistema de salud, redituable en términos políticos, sociales y económicos.

Programa Nacional de Salud

Por último he de mencionar algunos aspectos referentes al Programa Nacional de Salud, 2001-2006. Se basa en una actitud analítica necesaria para reconocer áreas de oportunidad. La participación multisectorial y multidisciplinaria para su planeación, diagnóstico, visión, estrategias y acciones, permitió establecer el concepto de protección de la salud como derecho, y no como una mercancía, caridad o privilegio. Así reconoció el rezago, tanto en la oferta de servicios de salud como en la atención de riesgos emergentes en la reactivación de enfermedades que se consideraban controladas y en el aumento de las ya prevalentes matizado todo esto por agravantes especialmente para grupos vulnerables como menores de edad, ancianos o discapacitados.

Al destacar la importancia de la salud en el contexto de las oportunidades, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 legitimó el reclamo de ofrecer servicios seguros y contables que lleguen a todos de respetar los derechos humanos, la protección financiera y sensibilidad ante los problemas socioeconómicos y culturales como indicadores para establecer las políticas de salud.

Reconocer que la prosperidad el bienestar social y la estabilidad política de un país no dependen sólo de planteamientos, sino también de voluntades, pero sobre todo de actitudes individuales y colectivas, permite entender a la enfermedad como un fenómeno primordialmente involuntario, inadmisible y a veces catastrófico.

El elevado costo de la atención médica y los medicamentos, la pobreza la marginación y la falta de educación ha obligado a proponer al menos una alternativa objetiva y práctica como lo es el Seguro Popular de Salud, el cual ha brindado protección financiera a muchas familias que han sufrido la enfermedad en sus diferentes facetas.

Hay múltiples formas de abordar problemas para resolverlos pero las estrategias varían de acuerdo con la manera de percibirlos, de definirlos de trabajar en grupo y sobre todo de evaluarlos, así que irremediablemente habrá subjetividad en los juicios de valor para los fenómenos sociales.

Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en este aspecto, garantizar un trato ade-

cuado en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en su financiamiento, fortalecer el sistema, en particular sus instituciones públicas; éstas son necesidades que conllevan intenciones que se enfrentan irremediablemente, a los intereses de, poder. El Programa Nacional de Salud en curso se inscribe en el más amplio humanismo médico, esto es, en la forma más viva y concreta y de actividad eficaz que plantea el mejor conocimiento del hombre y de sus necesidades, lo considera como un ser físico, social o psíquico o, si se prefiere, considera al hombre en su cuerpo, en su espíritu y en su grupo, lo entiende en forma holística,

Es precisamente en el foro de la Academia Nacional de Medicina, espacio científico en donde más allá de las actividades propias del Claustro, el Programa Nacional de Salud debe ser dado a conocer y a la vez enriquecido por el debate y por su función en la sociedad.

Si bien ha sido de gran importancia el vínculo con la Secretaría de Salud, mismo que se expresa en las sesiones de inicio del año académico o el último miércoles de noviembre; qué importante sería conformar la Agenda de Salud Nacional, analizarla y emitir lo que el presidente Madero, en 1912, señaló "es ventajoso para el gobierno contar con un cuerpo docto" a quien consultar en asuntos científicos de su competencia en este caso, el cuerpo científico que representa la excelencia en el campo de la Medicina.

La Academia Nacional de Medicina, a lo largo, de su prolongada vida, ha sido fiel a su misión con México, innumerables grupos de trabajo, comités *ad hoc* y estudios técnicos han aportado grandes beneficios a la salud de la sociedad mexicana. Ahora hay nuevas vertientes que contemplar.

Señores académicos de nuevo ingreso, sus valiosos méritos los han traído al seno de la Academia Nacional de Medicina, la Tercera Academia; su ingreso constituye un honor, pero también un compromiso. Nuestra corporación espera que sus contribuciones enriquezcan aún más a la Medicina Mexicana.

Referencias

1. Fernández del Castillo F. Introducción, Historia de la Academia Nacional de Medicina de México. México: Editorial Fournier;1956. p. 9.
2. Ibid. p. 15.
3. Ibid. p. 15.
4. Fernández del Castillo F. La sección médica, Historia de la Academia Nacional de Medicina de México. México: Editorial Fournier;1956. p. 21.
5. Fernández del Castillo F. La sociedad se organiza en Academia, Historia de la Academia Nacional de Medicina de México. México: Editorial Fournier;1956. p. 41.
6. Fernández del Castillo F. Las últimas décadas del siglo XIX, Historia de la Academia Nacional de Medicina de México. México: Editorial Fournier;1956. p. 59.
7. Cano Valle F, Torres Cósme JL. Ética en la investigación científica: perspectiva de la Comisión Nacional de Bioética, el papel de la ética en la investigación científica y la Educación Superior. México: Academia Mexicana de Ciencias;2003. pp. 195-209.
8. Science 304, April 9, 2004.
9. Lyons Albert S. Métodos y Tratamiento, Historia de la Medicina. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A.;1980. p. 537.