

La salud en México: antiguos y nacientes desafíos. Un examen actualizado

José Narro Robles¹ y Carolina Zepeda Tena^{2*}

¹Rectoría, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.; ²Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Resumen

En las últimas décadas, México ha avanzado considerablemente en el cuidado de la salud, lo cual ha impactado en el nivel de vida de la población y el desarrollo del país. Sin embargo, falta mucho por hacer y se debe avanzar más rápido. Algunos de los principales retos y desafíos que México debe afrontar en la actualidad se presentan en este escrito e incluyen: el reto de disminuir la pobreza en aras de mejorar el estado de salud de la sociedad; el desarrollo de los servicios de salud que impactan en la desaceleración en el ritmo de evolución de indicadores demográficos, esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil; el desafío de disminuir la desigualdad; el reto de la gran infraestructura disponible en el país para el cuidado de la salud y el limitado rendimiento que se obtiene en términos de organización, administración y financiamiento; el desafío que resulta del sistema formador de recursos humanos, tanto de pregrado como de posgrado; el reto que se relaciona con la producción académica y científica; el desafío de la diabetes como ejemplo de problema grave de salud pública; y el desafío de las implicaciones éticas en la organización y la administración de los servicios de salud, específicamente, la asignación de recursos públicos para los mismos.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud. Factores demográficos. Factores socioeconómicos. Recursos humanos en salud. Producción científica. Organización y administración de los servicios de salud.

Abstract

In recent decades, Mexico has come a long way in health care matters, which has influenced the standard of living of the population and the development of the country. However, much remains to be done and changes should happen faster. Some of the main challenges Mexico faces currently are presented in this document and include: the challenge of reducing poverty in order to improve the health status of society; the development of health services that affect the slowdown in the pace of evolution of demographic indicators, life expectancy at birth and infant mortality; the challenge of reducing inequality; the challenge of great infrastructure available in the country for health care and the limited performance obtained in terms of organization, management and financing; the challenge resulting from human resources training systems, both undergraduate and postgraduate; the challenge that relates to academic and scientific productivity; the challenge of diabetes as an example of a serious public health problem; and the challenge of ethical implications in the organization and administration of health services, specifically, the allocation of public resources to them.

KEY WORDS: Health care system. Demographic factors. Socioeconomic factors. Health manpower. Scientific productivity. Organization and administration of health services.

Correspondencia:

*Carolina Zepeda Tena

Asesores Rectoría

Cerro del Agua, 120

Col. Romero de Terreros, Del. Coyoacán, C.P. 04310, México, D.F.

E-mail: czepedat@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 05-07-2012

Fecha de aceptación: 12-07-2012

La salud es fundamental en la vida de las personas y de las sociedades; por ello, su cuidado es una obligación esencial de todos los estados modernos. En este sentido es necesario decir que México ha avanzado, y mucho, en la tarea. Las condiciones hoy son incomparables con las de hace cuatro o cinco décadas. La infraestructura desarrollada es realmente importante. La labor de muchas generaciones de médicos, enfermeras y trabajadores de la salud se transformó en mejores niveles de salud, y esto impactó en el nivel de vida de la población y el desarrollo del país.

Las afirmaciones antes mencionadas generan preocupaciones, debido a que es evidente que falta mucho por hacer y se debe avanzar más rápido. Dichas preocupaciones transitan por la imperiosa necesidad de realizar una profunda reforma en el sistema de salud del país. Sin ella no será posible vencer muchos de los retos que hoy se enfrentan. Retos que generan enfermedad, dolor, muerte y un uso poco eficiente de los limitados recursos que a ello se destinan. En las páginas que siguen se hará referencia a algunos de los antiguos y recientes desafíos más importantes que se enfrentan.

El reto doctrinario: enfatizar la relevancia de la salud

Podría parecer tautológico insistir en la importancia de la salud y su atención, y aunque en realidad no lo es, resulta aconsejable hacerlo. Hoy más que nunca, cuando algunos la consideran como un nicho de mercado, como una simple mercancía, es indispensable enfatizarlo.

Esa visión es, por supuesto, equivocada. La salud es un bien individual pero también uno de orden colectivo; es, por tanto, un bien social. Es una condición previa para que individuos y sociedades alcancen su pleno desarrollo. Sin salud no hay bienestar ni progreso posibles. La salud es, por el contrario, uno de los grandes igualadores en la colectividad. Se trata, ni más ni menos, de una expresión de la auténtica justicia social.

La salud es, como lo ha sostenido el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, un compromiso intrínseco de la seguridad humana y un elemento indispensable de la estabilidad social¹. Constituye, además, un imperativo ético para los gobiernos de todas las naciones, sin importar su orientación política o sus niveles de cultura y desarrollo. Es posible establecer que donde no hay salud, junto a la enfermedad

y sus secuelas, con frecuencia prevalecen la pobreza, la ignorancia, la falta de oportunidades, la vida sin dignidad y una limitada productividad.

Por ello, no extraña que la Organización Mundial de la Salud y muchas otras entidades e investigadores hayan sostenido que el peor enemigo de la salud es la pobreza. Este flagelo de siempre afecta hoy a más de 2,000 millones de seres humanos², cifra que equivale, por cierto, a toda la población del planeta en 1927³.

México no es ajeno a esa realidad. Hoy en día se puede asegurar que cerca de la mitad de la población vive en la pobreza, y que uno de cada diez mexicanos sobrevive en condiciones de pobreza extrema⁴. Lo peor de todo es que, junto a esa pena, se suma la gran vergüenza que representa la profunda desigualdad que campea en el país.

No es causa de sorpresa, entonces, que en múltiples foros internacionales se acepte que la salud es un tema prioritario; que se afirme que el correcto acceso a los servicios y programas de salud en una población resulta indispensable; o que se admita que la desigualdad en salud es un riesgo y un auténtico atentado a la estabilidad de las sociedades. Además, se reconoce que pocas inversiones públicas son tan productivas y benéficas como las que se hacen por la salud.

El reto del mito de Sísifo y el desarrollo de los servicios de salud

La historia y la literatura han preservado el mito del castigo eterno de Sísifo. Pocas condenas tan terribles como la que se le impuso a él: empujar una roca hasta lo más alto de una montaña del Hades, solo para que, al llegar al punto, la roca cayera a la base del macizo, para hacer que el condenado iniciara de nueva cuenta su labor interminable. En palabras de Camus: «si este mito es trágico, lo es porque su protagonista tiene conciencia, porque sabe que se trata de un trabajo inútil y sin esperanza»⁵.

Tal parece que en la esfera pública este castigo se puede instalar en el propio medio. Emprender permanentemente un trabajo del que, por anticipado, se sabe que no concluirá, y menos exitosamente. Se corre el riesgo de que en el desarrollo de los servicios de salud se instalen Sísifo y su castigo, y eso no debe permitirse.

No conviene tolerarlo en razón de que se cuenta con una historia exitosa que es posible referir, en virtud de

que se dispone de una infraestructura valiosa y de que se cuenta con avances irrefutables en la materia. Basa-
ta con comparar los indicadores de hoy en día con los que imperaban a la mitad del siglo pasado, para que se reconozca que hay una enorme diferencia. La es-
peranza de vida al nacimiento, la mortalidad infantil o la estructura de la mortalidad general podrían ejempli-
ficar el punto.

Sin embargo, tampoco es sano refugiarse en lo hecho en el pasado. Los retos de la actualidad recla-
man cambios profundos e integrales. La historia, cul-
tura y tradición contrastan con la imagen del país que se proyecta al mundo. Para el imaginario colectivo externo se llegó a ser una nación próspera que ge-
neró grandes expectativas. Quizá se ha transformado en la de un país al que se ve con un dejo de nostal-
gia, que produce incertidumbre. Una nación que pudo ser, pero que no ha sido. Esta visión no es, por desgracia, producto de lo que algunos, califica-
dos indebidamente como malos ciudadanos, dicen y proyectan. Desafortunadamente, ahí están los da-
tos y los hechos para afirmar que esta dura asevera-
ción es resultado primordialmente de lo que se hace y deja de hacer.

El desafío demográfico y la mortalidad infantil

Es indiscutible que el panorama se ha transformado en las últimas décadas y que todavía hoy, pero no por mucho tiempo, la demografía actúa a nuestro favor. El enorme diferencial que se registró, principalmente entre 1940-1990, entre la natalidad y la mortalidad, ori-
ginó que en esas cinco décadas el país pasara de tener 19.7 millones de habitantes a 81.2 millones, es decir, un incremento neto de 61.5 millones de mexica-
nos. En el periodo referido la población de 1940 se multiplicó por cuatro tantos (Tabla 1). De hecho, es hasta los primeros años de este siglo, cuando el dife-
rencial retoma el nivel que mostraba 100 años atrás.

Este fenómeno se ha acompañado de una auténtica transformación en la composición de los grandes gru-
pos de edad y en el índice de dependencia, que al-
canzará su mejor nivel en 2018, pero al que seguirá una condición crecientemente preocupante. Ese mis-
mo año, uno de cada nueve mexicanos tendrá 60 años o más, y en 2035 el indicador será de uno de cada cinco habitantes⁶. Conviene señalar que, en cuatro dé-
cadas, México tendrá más de 7 millones de habi-
tantes de 80 años y más⁶, cuando en la actualidad cuenta con alrededor de 1,500,000⁷.

Tabla 1. Crecimiento poblacional, México 1940-2010

Año	Población (millones)
1940	19.7
1950	25.8
1960	34.9
1970	48.2
1980	66.8
1990	81.2
2000	97.5
2010	112.3

Adaptado de INEGI. Censos Generales de Población y Vivienda.

Otro elemento distintivo de nuestra demografía es el relacionado con la esperanza de vida al nacimiento. Se calcula que entre 1950-2011 el indicador se incre-
mentó en 26.8 años^{8,9}, lo que implica un crecimiento anual promedio de 5.3 meses. Sin embargo, si se di-
vide el periodo considerado en tres lapsos, se en-
cuentran diferencias marcadas. En el primer periodo el crecimiento anual promedio fue de 7.6 meses. En el segundo disminuyó a 5.3 meses, y en el último fue de solo 2.8 meses, es decir, el 37% del lapso inicial.

Por otra parte, la comparación en la escena interna-
cional no resulta favorable. Por ejemplo, si se contrastan datos de 1990 y 2010 para México y otros países, se puede observar que, mientras en México la es-
peranza de vida al nacimiento aumentó 5.9 años, en Brasil mejoró 7.3, y en Corea del Sur 8.5 (Tabla 2). Algo hicieron ellos que México dejó de hacer.

La desaceleración antes anotada se registra tam-
bién en la mortalidad infantil, que entre 1950-1970 disminuyó 28 puntos porcentuales⁸, en tanto que se estima que entre 1990-2011 lo hizo en poco más de 10⁹. En este indicador también existe una diferencia con otras naciones que entre 1990-2006 mejoraron más que México, que avanzó un 25%; Brasil, Cuba y Espa-
ña tuvieron mejorías del 60% o más (Tabla 3). Puede sostenerse que el país ha avanzado, pero otros lo han hecho más rápido.

El desafío de la desigualdad

El cuarto apartado tiene que ver con la desigualdad y con el eclipse de la misma por el uso de los promedios.

Tabla 2. Aumento de la esperanza de vida en México y países seleccionados 1990 y 2010

País	1990	2010	Incremento absoluto
Corea del Sur	71.3	79.8	8.5
Brasil	65.6	72.9	7.3
México	70.8	76.7	5.9
Chile	73.6	78.8	5.2
España	77.0	81.3	4.3
Cuba	75.4	79.0	3.6
Canadá	77.5	81.0	3.5
Suecia	77.8	81.0	3.2
Japón	79.0	81.3	2.3

Adaptado de PNUD. *Tablas de índice de desarrollo humano 1980-2007 e Informe de desarrollo humano 2010.*

En efecto, si solo se toma en cuenta el tamaño de la economía, la ubicación de México en el concierto internacional lo coloca en el número 11 de las naciones¹⁰. Incluso, si se hace la estimación por el número de habitantes, en materia de ingreso nacional bruto per cápita (antes precio interior bruto [PIB] per cápita), México ocupa el sitio 48 entre 167 países¹¹.

Sin embargo, este es un indicador que oculta la desigualdad al calcular una medida de distribución uniforme entre la población, condición que por supuesto no corresponde con la realidad. El coeficiente

de Gini es la graduación que los economistas han diseñado para representar debidamente la forma en que se distribuye el ingreso en una colectividad. Dicho coeficiente puede tomar un valor entre 1 y 0. Entre más se aleje de la unidad, menos desigual es una sociedad.

Para ejemplificar el caso de los países con menor y mayor desigualdad en la distribución del ingreso, conviene recordar que Dinamarca registró un índice de 0.247, en tanto que Namibia, en el otro extremo, alcanzó 0.743. En la clasificación, México se ubicó en el

Tabla 3. Disminución de las tasas de mortalidad infantil. México y países seleccionados, 1990 y 2006

País	1990	2006	Disminución absoluta	%
España	11	4	7	-64
Cuba	13	5	8	-62
Brasil	48	19	29	-60
Chile	19	8	11	-58
Suecia	7	3	4	-57
Japón	6	3	3	-50
Argentina	24	14	10	-42
Corea del Sur	8	5	3	-38
Canadá	8	5	3	-38
México	24	18	6	-25

Adaptado de OMS, *Estadísticas sanitarias mundiales*. CONAPO, *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*.

lugar 111 entre 187 naciones¹⁰. Preocupa también que la corrección de la desigualdad esté tomando tanto tiempo. En 1963, el coeficiente se estimó en 0.53, y casi 50 años más tarde en 0.435^{12,13}. Esto quiere decir que en casi medio siglo se mejoró en 18%, lo que implica que para alcanzar el nivel que hoy tiene Dinamarca tendrán que transcurrir más de 100 años si no se hace algo diferente.

La realidad nacional en materia de salud afecta a, y es afectada por, otros capítulos de la vida colectiva. Solo a manera de ejemplo, conviene recordar que, según análisis internacionales, a México no le va bien en materia de competitividad. Según el reporte 2011-2012 del Foro Económico Mundial, entre 142 países, el nuestro ocupó un sitio modesto, el número 58¹¹. Hay algunos componentes del índice que están relacionados con la salud y que deben mejorar para incrementar el desempeño en la materia. En particular, las altas prevalencias de VIH y de paludismo, la elevada mortalidad infantil y la caracterización deficiente de las instituciones públicas ponen en desventaja al país en este tema.

El desafío de la infraestructura disponible

Un reto adicional deriva de la gran infraestructura de que se dispone en el país para el cuidado de la salud y el limitado rendimiento que se obtiene en cuanto a resultados. Así, por ejemplo, en la actualidad se dispone, solo en el sector público, de 172,000 médicos y 236,000 enfermeras, de 21,594 unidades de atención médica, incluidos 1,254 hospitales con casi 82,000 camas censables, 3,533 quirófanos y cerca de 2,500 laboratorios. En materia de indicadores de proceso, el servicio que se presta es simplemente impresionante. De nueva cuenta, con el fin de ejemplificar, habría que decir que el año pasado se dieron poco más de 300 millones de consultas, se internó a más de 5 millones y medio de pacientes y se practicaron cerca de 3 millones y medio de cirugías¹⁴.

En contraste con lo anterior, también hay que decir que la organización, la administración y el financiamiento del sector no son los adecuados. Algunos de los problemas que se enfrentan hoy en día tienen que ver con la falta de cobertura de los servicios que en algunas áreas es aguda. También está la calidad de la atención, que destaca por su heterogeneidad. Igualmente, hay que citar la fragmentación de las instancias prestadoras de atención, que origina, entre otras, que muchos carezcan de servicios y algunos dispongan de doble o triple cobertura.

Uno más de los defectos está relacionado con la ausencia de un modelo de atención a la salud homogéneo. Esto causa que existan instituciones con una organización por niveles de atención, con sistemas de referencia y contrarreferencia y con la medicina familiar como base de la organización, en tanto que otras no contemplan esos elementos.

El desafío de los recursos humanos

El sexto aspecto al que se quiere hacer referencia es el que resulta del sistema formador de recursos humanos. En principio, es preciso reconocer que existen enormes desbalances en los procesos. No son raros, entonces, los excesos y las carencias, por lo que se hace indispensable que se haga un alto en el camino para actuar a fondo. Algo debe plantearse y pronto en el campo de la educación médica. Lo mismo en lo cuantitativo que en lo cualitativo. Por igual en el pregrado que en el posgrado. También en lo público como en lo privado, en el servicio social o en la duración de los estudios. Enfrentamos la necesidad de actuar con urgencia y de hacerlo de manera integral.

Resulta penoso, pero hay que reconocerlo: no sabemos, de forma exacta, siquiera cuántas escuelas de medicina existen en el país, cuántos alumnos tienen, cuántos ingresan y cuántos se titulan año con año, cuántos ejercen y cuántos se dedican a otras tareas, cuántos especialistas se necesitan y qué instituciones los van a absorber. La verdad es que no se cuenta con información básica, confiable y oportuna. Esto no debe seguir así. Quienes tienen edad y experiencia suficientes deben reconocer que hoy la situación no es mejor que hace 15 o 30 años. No es un asunto de nostalgia. La razón es que poco ha cambiado, que las cosas se han agravado y que, en adición, se ha perdido el discurso y la tribulación.

En la Academia han sido muchos los que han reclamado, en múltiples oportunidades, por la falta de regulación que permite establecer escuelas de medicina o programas para su enseñanza sin mayores requisitos. Hace apenas 8 años se indicó con mucha preocupación que existían poco más de 80 escuelas establecidas¹⁵; para 2010 se comentó que era probable que existieran 99¹⁶. Cerca de 20 nuevos programas en ese periodo es un verdadero escándalo. Peor todavía es el panorama informado por el director de Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal, quien ha referido una cifra

Tabla 4. Médicos inscritos al ENARM y plazas ofertadas, 1991-2011

Año	Médicos inscritos	Plazas ofertadas	% de selección
1991	9,311	4,265	45.8
1992	9,525	4,273	44.9
1993	8,818	4,127	46.8
1994	8,849	3,976	44.9
1995	9,878	3,762	38.1
1996	11,108	3,846	34.6
1997	11,667	3,669	31.4
1998	12,549	3,717	29.6
1999	14,583	3,778	25.9
2000	16,045	4,171	26.0
2001	18,714	3,378	18.1
2002	20,323	4,471	22.0
2003	20,395	4,501	22.1
2004	21,643	3,909	18.1
2005	22,086	5,213	23.6
2006	23,050	5,464	23.7
2007	23,447	6,991	29.8
2008	21,433	6,250	29.2
2009	22,681	6,035	26.6
2010	21,525	6,045	28.1
2011	23,262	5,999	25.8
Total	350,892	97,840	27.9

Adaptado de CIFRHS, Sistema de información de educación en salud. ENARM 1991-2011.

actualizada a marzo de 2012 que asciende a 105 escuelas¹⁷.

Entre las 99 referidas en 2010, hay muchas que en la realidad no son escuelas ni institutos y menos universidades, a pesar de que en la práctica se les trata indebidamente como si lo fueran. Del total, 74 eran susceptibles de estar acreditadas en virtud de que ya tienen egresados. De ellas, solo 61 contaban con la acreditación correspondiente y 13 carecían de ella, 10 por no haberlo conseguido y tres que ni siquiera lo habían intentado. De las otras 25, existen cuatro que eran campos de instituciones establecidas, tres de reciente apertura con el registro en trámite, y 18 que ya operaban y contaban con él, no obstante la evidencia de que ni la mitad cumplían con los requisitos establecidos¹⁶.

En cuanto al posgrado, se muestran algunos datos. Entre 1991-2011 presentaron el Examen Nacional de Aspirantes a las Residencias Médicas (ENARM) 350,892 solicitantes que concursaron por alguno de los 97,840 sitios disponibles (Tabla 4). Esto implica que solo tres de cada 10 solicitantes fueron seleccionados. Con datos para el periodo 1991-2006, se puede decir que 13,740 solicitantes presentaron el examen cinco o más veces, incluido uno que lo presentó en 15 oportunidades. No hay duda que en este sentido faltó regular el punto.

En el último examen para el que hay información disponible, el de la promoción 2011, se registraron en total 23,262 sustentantes egresados de 82 escuelas de medicina del país. Cuarenta y seis de esas escuelas

Tabla 5. Investigadores del SNI por área del conocimiento, 1997-2010 (años seleccionados)

Año	Ciencias fisicomatemáticas y de la Tierra	Biología y química	Medicina y ciencias de la salud	Humanidades y ciencias de la conducta	Ciencias sociales	Biotecnología y ciencias agropecuarias	Ingeniería	Total
1997	1,436 (22.9)	1,314 (20.9)	650 (10.4)	1,118 (17.8)	673 (10.7)	463 (7.4)	624 (9.9)	6,278
2001	1,612 (20.1)	1,436 (17.9)	846 (10.6)	1,362 (17.0)	920 (11.5)	856 (10.7)	986 (12.3)	8,018
2006	2,075 (17.2)	1,890 (15.6)	1,343 (11.1)	1,964 (16.2)	1,609 (13.3)	1,440 (11.9)	1,775 (14.7)	12,096
2010	2,708 (16.3)	2,904 (17.5)	1,592 (9.6)	2,465 (14.9)	2,616 (15.8)	1,866 (11.2)	2,447 (14.7)	16,598

n (%)

Adaptado de CONACYT, Miembros del Sistema Nacional de Investigadores, 2010.

tuvieron egresados con un limitado rendimiento si se considera que menos de 25% de sus alumnos fueron seleccionados¹⁸. De hecho, conviene señalar que, en los cinco últimos exámenes, 11 escuelas han tenido menos de 10% de egresados seleccionados^{18,19}.

Preocupa que tres de esas escuelas hayan tenido ese bajo rendimiento en cuatro exámenes y una más en tres de ellos. Esas cuatro escuelas registraron 1,273 alumnos en conjunto en los cinco exámenes y solo aportaron 107 candidatos seleccionados a las residencias médicas, es decir, un índice de selección de 8.4%. Los casos extremos están representados por los institutos de estudios técnicos y superiores de Matatipac, de Nayarit, por el de Tepeaca, de Puebla, y por la Escuela Libre de Homeopatía, con solo tres seleccionados de entre 79 aspirantes, es decir, 3.8%.

El desafío de la producción científica

Otro desafío se relaciona con la producción académica y científica. Aquí también hubo avance, pero el ritmo ha sido menor al que se requiere. Se camina en la dirección correcta, pero el país se quedó atrás de otras naciones que lo han hecho más deprisa.

El número de miembros del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) en el campo de la medicina y las ciencias de la salud fue apenas de 1,592 en el año 2010. Entre 1997-2010 aumentó en 145%, ya que en la primera fecha alcanzó 650 (Tabla 5). Sin embargo, en tanto que en el primer año considerado representó el 10.4%, en los últimos años la cifra apenas supera el 9%. La mayor parte de los integrantes del Sistema (61.7%) en esta área corresponden al nivel 1, y solo 153 o el 9.6% están en el nivel 3²⁰.

Algo que también preocupa es que casi seis de cada 10 integrantes residen en el Distrito Federal, y que prácticamente el 80% tengan su domicilio en esa entidad federativa y en cuatro estados del país: Jalisco, Morelos, Nuevo León y Puebla (Tabla 6).

En lo que toca a la producción científica en el campo de la medicina, entre 1996-2010 se publicaron 22,441 artículos de autores mexicanos que generaron poco más de 191,000 citas. En consecuencia, el promedio anual respectivo fue de 1,496 artículos y de 12,743 citas, o de 8.5 citas por cada artículo²¹. Estos datos hicieron que México se ubicara en el sitio número 31, superado por Brasil y seguido de cerca por Argentina, Chile e incluso Cuba. Esta situación es preocupante si se toma en cuenta el tamaño de la población de estas naciones.

También debe llamar la atención la disminución de la presencia medicocientífica de México en América

Tabla 6. Miembros del SNI del área médica por entidades federativas con mayor representatividad, 2010

Estado	Número	%
D.F.	919	57.7
Jalisco	143	9.0
Morelos	92	5.8
Nuevo León	74	4.6
Puebla	33	2.1
México	27	1.7
San Luis Potosí	29	1.8
Querétaro	21	1.3

Adaptado de CONACYT, Miembros del Sistema Nacional de Investigadores, 2010.

Tabla 7. Presencia medicocientífica de México en América Latina. Comparación entre países, 1996-2010 (años seleccionados)

Año	México	Argentina	Brasil	Chile	América Latina				
1996	986	(18.9)	715	(13.7)	2,122	(40.7)	391	(7.5)	5,215
2000	1,153	(16.8)	1,008	(14.7)	3,029	(44.1)	450	(6.6)	6,861
2004	1,317	(14.4)	1,118	(12.3)	4,791	(52.5)	523	(5.7)	9,125
2007	1,777	(12.4)	1,378	(9.6)	7,866	(54.9)	868	(6.1)	14,320
2010	2,593	(12.3)	2,122	(10.1)	11,957	(56.9)	1,390	(6.6)	21,018

n (%)

Adaptado de SCImago Journal and Country Rank. Producción científica internacional y mexicana, 1996-2010.

Latina. En tanto que en 1996 representó el 19%, en 2010 disminuyó a solo 12%. Tanto Chile como Argentina han tenido, en términos absolutos, un crecimiento más importante en los últimos años, pero la distancia con Brasil se ha incrementado mucho en los primeros años de este siglo, en especial entre 2004-2010 (Tabla 7).

El desafío de la diabetes

Un conjunto adicional de retos tiene que ver con los problemas de salud de la población. Ahí están algunos de siempre, también los del presente y ya se apuntan los del porvenir. Frente a la imposibilidad de abordarlos todos, se ejemplifica uno para plantear la gravedad del tema. Ni la prevención ni la curación funcionan debidamente en este caso. La gente enferma y muere por decenas de miles, y poco pasa. Durante la influenza pandémica en 2009 fallecieron por esta causa 1,479 mexicanos²². Lo que se hizo en torno a esa patología, que generó costos elevados para el país, no se ha hecho con una enfermedad que ocasiona, en 7 días, un efecto mayor. Es el caso de la diabetes mellitus, que en 2010 fue la razón de 82,964 defunciones, lo que representó el 14% de las muertes en el país, o lo que es lo mismo, una de cada siete defunciones²³.

Lo peor es ver cómo ha avanzado la mortalidad por esta enfermedad.

En 1950, la tasa registrada fue de 4.8/100,000 habitantes; en 1980, se incrementó a 21.9, y en 2010 llegó a 73.9, lo que implica un incremento de más de 15 veces (Tabla 8). Resulta muy poco probable que el panorama mejore en el corto o el mediano plazo. Por el contrario, es factible sostener que las defunciones que a causa de la diabetes se registrarán en 5 o

10 años ya se han incubado, y difícilmente podrán ser evitadas. Resulta urgente actuar ahora para conseguir un cambio en tres o cuatro lustros.

El desafío ético y administrativo

El último desafío al que se quiere hacer referencia es el de las grandes implicaciones éticas en la organización y la administración de los servicios de salud. Una de las más importantes radica en la asignación de recursos públicos para los mismos. En el país no se ha hecho un alto para revisar las implicaciones éticas existentes. Los numerosos planteamientos formulados por los estudiosos de la bioética no han sido atendidos^{24,25}. Implícitamente, se ha preferido desconocer las repercusiones, que enfrentar los dilemas.

Tabla 8. Mortalidad por diabetes mellitus. México 1950-2010

Año	Defunciones	Tasa/100,000 hab.
1950	1,238*	4.8
1960	2,787	8.0
1970	7,486	15.5
1980	14,625	21.9
1990	25,782	31.7
2000	46,614	47.8
2010	82,964	73.9*

*Cifra estimada.

INEGI. Defunciones generales por causas detalladas CIE-10, México 2010.

Adaptado de Secretaría de Salud. Información histórica de estadísticas vitales.

Nacimientos y defunciones. 1893-2010.

Por lo que toca a los aspectos financieros, se debe reconocer que el presupuesto dedicado a la salud ha aumentado. Sin embargo, el efecto del incremento se ha notado poco en los servicios. Esto es debido, en parte, a que existen necesidades crecientes y a que se requieren ampliaciones sustanciales y un mejor uso de los recursos disponibles. El argumento de que no hay recursos no es de aceptarse en virtud de que hay que fijar prioridades, y la salud debe ser una de ellas.

Un asunto que ejemplifica lo anterior y que amerita de un análisis de fondo es el que resulta de la decisión asumida, a mediados de la década de 1990, de modificar la Ley del Seguro Social. Con ello se buscaba aligerar el déficit de la institución, estimular la creación de empleo y mejorar el ingreso de los trabajadores. Entre otras medidas, se disminuyó la aportación de patrones y trabajadores en las cuotas obligatorias, lo que se sustituyó por recursos fiscales. Se tiene evidencia de que el resultado alcanzado está muy lejos del que se buscaba.

El Instituto persiste en sus carencias que empiezan a ser crónicas. Después de tres lustros, el relevo de las obligaciones obrero-patronales ha aligerado poco los problemas financieros, y el empleo no ha crecido como se pretendía. La muestra de esto último es que, entre 1997-2011, solo se establecieron 3,466,000 nuevos empleos a juzgar por el número de asegurados permanentes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)²⁶, en tanto que la población aumentó más de 13 millones en el mismo periodo^{7,27}. En contraste, la aportación adicional del gobierno federal ascendió a más de 1 billón de pesos entre 1997-2010.

Conclusiones

A. Gabilondo ha dicho que: «Hay tanto sufrimiento y miseria en la vida, tanta injusticia, que es indispensable no sentirse del todo satisfecho mientras un solo ser humano no goce de la plenitud de sus derechos y de su vida». Este mensaje resulta aplicable en el país. Pero no basta con reconocer los problemas. Resulta indispensable alcanzar acuerdos entre todos para elaborar una gran reforma a las instituciones de salud nacionales.

Parece que se ha llegado al punto en que es imperativo organizar un Servicio Nacional de Salud de cobertura universal, único, público, descentralizado, con un modelo de atención que parte de la microrregionalización, que tenga niveles establecidos y cuente en

su diseño con la medicina familiar como sustento, que incluya a los más de 30,000 especialistas en la materia, que privilegie la prevención y asegure la calidad de la atención.

La reforma debe comprender las decisiones del caso en materia de recursos humanos, de investigación y de desarrollo tecnológico. Ha de contar con el financiamiento adecuado, con un sistema de planeación, evaluación, transparencia y rendición de cuentas que deje satisfechos a todos. Tendrá que incluir acciones que estimulen el desarrollo de los valores que permitieron establecer la relación médico-paciente como una herramienta terapéutica que impedía que se afectara ese encuentro que Ignacio Chávez recordaba al citar a L. Portes: «Una confianza frente a una conciencia»²⁸.

Concluimos reiterando algunas frases que pronunció uno de los autores recientemente: «Debemos arriesgarnos a tratar de lograr nuevas hazañas colectivas. Tenemos que replantear el rumbo del país. Si no lo hacemos, habremos dejado pasar una oportunidad fundamental, y las generaciones de quienes están naciendo y las que están por venir, tendrán todo el derecho de reclamarnos nuestra incapacidad. Nosotros heredamos un mundo de instituciones y de sistemas que otros construyeron. Nos toca el tiempo de su reforma completa e integral. Tenemos la oportunidad y el desafío de así hacerlo. La palabra es nuestra».

Agradecimientos

El presente artículo conformó la conferencia «Doctor Ignacio Chávez», impartida por J. Narro Robles en la Academia Nacional de Medicina en la sesión inaugural del CXLVII año académico, el 3 de febrero de 2010. Una expresión de agradecimiento a Manuel Ruiz de Chávez y a los integrantes de su mesa directiva 2009-2010, por conceder el honor y la oportunidad de dictar dicha conferencia. Para Ignacio Chávez, especial agradecimiento permanente. Él vivirá para siempre en una página brillante de la medicina mexicana, por sus contribuciones fundamentales y por un ejemplo de vida. Reconocimiento a los colegas que ayudaron a preparar el material original: Rodrigo Ares, Joaquín López Bárcena y David Moctezuma.

Bibliografía

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). Economic and Social Council Committee for Development Policy. Report on the eleventh session. Documento mimeografiado. 2009.

2. Organización de Naciones Unidas (ONU). Informe del secretario general. 12 de febrero 2010, p. 5 y 6.
3. Organización de Naciones Unidas (ONU). División de Población de la Secretaría General de las Naciones Unidas. 2009.
4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Pobreza en México y en las entidades federativas, 2008-2010. Julio de 2011.
5. Camus A. El mito de Sísifo. En: Lévy BH. Los dos siglos de Camus. Diario El País (España). 5 de enero de 2010.
6. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2005-2050.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010.
8. Secretaría de Salud. Compendio histórico de estadísticas vitales 1893-1993. México.
9. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Indicadores demográficos básicos 1990-2030.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2011.
11. Foro Económico Mundial (WEF). Global Competitiveness Report 2011-2012.
12. Lustig N. La desigual distribución del ingreso y la riqueza en México. En: Cordera R, Tello C, eds. La desigualdad en México. México: Siglo XXI; 1984. p. 283.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010.
14. Presidencia de la República. Quinto informe de gobierno. Datos de infraestructura en salud. 2011.
15. Narro-Robles J. La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. Gac Méd Méx. 2004;140(1): 52-5.
16. Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). Acreditación de programas de medicina en México. Enero 2010.
17. Comunicación directa del director de Educación en Salud, Secretaría de Salud. Marzo 2012.
18. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Médicos mexicanos inscritos, sustentantes, seleccionados y resultados por facultad o escuela de medicina. XXXV ENARM 2011.
19. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Médicos mexicanos inscritos, sustentantes, seleccionados y resultados por facultad o escuela de medicina. ENARM 2007-2010.
20. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Miembros del Sistema Nacional de Investigadores, 2010.
21. SCImago Journal and Country Rank. Producción científica internacional y mexicana 1996-2010. Consultado en: www.scimagojr.com.
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Defunciones generales por causas detalladas CIE-10, México 2009.
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Defunciones generales por causas detalladas CIE-10, México 2010.
24. Danis M, Glancy C, Churchill L. Ethical dimensions of health policy. New York: Oxford University Press; 2002.
25. Rhodes R, Battin MP, Silvers A. Medicine and social justice. New York: Oxford University Press; 2002.
26. Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Estadísticas del sector. Registros administrativos. Cuadro I.1. Trabajadores asegurados en el IMSS. Consultado en: www.stps.gob.mx.
27. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México. 1997. p. 9.
28. Louis Portes citado por Chávez I. Humanismo médico. Conferencias y discursos. México: Facultad de Medicina, UNAM; 2003. p. 65.