

Хавьер де ла Фуэнте Роча

## Дискурс об ухудшении медицинского обслуживания в XXI веке

Качество медицинского обслуживания в нашем столетии снизилось как на уровне охраны здоровья со стороны государства, так и со стороны частных медицинских заведений, включая службы, рассчитанные на поддержку состояния здоровья высших экономических страт. Если политический и экономический режим способствовал такой ситуации, то мы можем искать ее решение на альтернативных путях. Цель данного доклада – пригласить к размышлению и поиску таких альтернатив.

**Ключевые слова:** ухудшение медицинского обслуживания, здоровье, экономика, политика.

Доктор философии Хавьер де ла Фуэнте Роча, профессор-исследователь медицинского факультета Национального Автономного университета Мексики.

Javier de la Fuente Rocha

## **Discourse about the deterioration of medical service in xxi century**

The quality of health care services in our century has declined, as much as for the state health services, as for private health care, including the services designed for the highest economic strata of the population. Although the political and economic order have led us to this situation, we all together are able to seek for an alternative and harmonious solution. The aim of this report is to invite us to seek and think about other kind of propositions.

**Keywords:** deterioration of care services, health, economy, politics.

Doctor in Philosophy Javier de la Fuente Rocha, researcher-professor of medical faculty of national autonomous university of Mexico.

Javier de la Fuente Rocha

## **Discurso sobre el deterioro de la atención médica en el siglo XXI**

La calidad de los servicios de la atención médica, en nuestro siglo, ha disminuido, tanto a nivel de los servicios de salud que proporcionan los Estados, como los de asistencia médica privada, incluyendo servicios diseñados para los estratos económicos más altos de la población. Si bien, el orden político y económico ha propiciado esta situación, también podemos buscar alternativas de solución armónica. Esta ponencia propone algunas e invita a la reflexión y búsqueda de otras.

**Palabras-clave:** deterioro de servicio médico, salud, economía, política.

Doctor en Filosofía Javier de la Fuente Rocha, Profesor-Investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

### **I**ntroducción:

En nuestro siglo XXI, en su gran mayoría, la población mundial y el gremio médico viven una época en la cual se ha generado una disparidad entre el avance de la medicina y la calidad de los servicios de salud a los que acceden los seres humanos. Por una lado, se dispone de las enormes posibilidades de la medicina actual que podrían traducirse en una atención médica de muy buena calidad para los seres humanos en particular, así como la posibilidad de aplicar, en la práctica dichos recursos a la salud de las poblaciones (aun considerando la limitación de los recursos económicos). Por otra parte, se hace cada vez más manifiesto el contrastante deterioro progresivo en la calidad de una gran cantidad de servicios de atención de la salud. Sabemos que todo ello resulta de decisiones tomadas en instancias de alto nivel, en las cuales la concepción de la humanidad considera más a las poblaciones como consumidores, integrados a una economía de mercado, en la cual el valor superior es la utilidad, el enriquecimiento económico y la competencia por el capital, y donde la realización de los individuos es relegada en favor de dichos objetivos.

Estamos inmersos en una humanidad que destruye su medio ambiente y se destruye a sí misma de diversas maneras. El sistema mundial que estamos viviendo ha venido sumando efectos que, a pesar de sus continuas readaptaciones, lo

conducen, a alcanzar su propio nivel de incompetencia. Tal autolimitación puede tardar muchos años en presentarse y generarse en condiciones en las que la reconstrucción de los equilibrios dañados, humanos y ambientales sea difícil.

Es ahí, ubicados en tal contexto, en donde se desarrolla este discurso, y tomando como ejemplo el deterioro de la atención médica en el siglo XXI, no se conforma con el análisis de la gestación de la problemática sino que, en el contexto de un análisis crítico, busca puntos de reflexión y nuevas alternativas que muestren a aquellos que toman las decisiones económico-políticas de los Estados, así como a aquellos que deciden el orden mundial y el porvenir de la humanidad la posibilidad de propiciar equilibrios humanos y ambientales compatibles con las determinaciones políticas y económicas, así como reconsiderar la importancia de contemplar con antelación los resultados de su propio concepto de lo que significa "el ser humano".

### **Desarrollo:**

En una época en la que la humanidad ha alcanzado un avance en la tecnología, que hubiese sido impensable hace pocos siglos, y en unas circunstancias en las que el hombre puede penetrar en el cuerpo humano y estudiarlo sin hacer un solo corte; en una época en la que se han descifrado los códigos del genoma humano, y donde la comprensión de la biología

## **Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA**

---

molecular ha permitido penetrar en el entendimiento de los fenómenos íntimos que permiten la gestación de muchas enfermedades, se ha hecho presente una detención de los propósitos universales que se preconizaba en la 28a Asamblea Mundial de la Salud de 1975: "salud para todos" [21]

Tal detención se hace manifiesta al recordar los propósitos presentes en la declaración de Alma-Ata, Kazajistán, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y por la UNICEF (Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978), que señalaba:

V.- Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. (OMS 1978:5).

Los cambios de dirección en los objetivos generales y específicos, en las políticas internacionales y nacionales en materia de salud surgieron entre

controversias referentes a la manera de enfrentar el encarecimiento de la medicina, que se acrecentaba cada día, ante la aparición de estudios tecnológicos y medidas terapéuticas de elevado costo, para las cuales era difícil encontrar formas factibles de aplicación, en lo que a la salud pública se refiere, pues ello implicaba erogaciones cuantiosas, aun cuando se limitase su empleo, y ello reducía las posibilidades de crecimiento económico que se hizo prioritario en las políticas mencionadas.

El Dr. Halfdan Mahler quien fue Director General de la OMS durante tres períodos, de 1973 a 1988, nos dice:

Después de su creación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prestó durante muchos años gran atención a las enfermedades transmisibles. Eso fue durante la guerra fría, cuando las superpotencias competían siempre para ocupar el primer puesto. Los Estados Unidos de América apoyaron la erradicación del paludismo y la Unión Soviética abordó la erradicación de la viruela.

Muchos de los miembros de la Secretaría de la OMS eran grandes partidarios de prestar mayor atención a las enfermedades transmisibles. Entonces, en el decenio de 1960, los Estados Miembros empezaron a recriminar a la OMS la falta de apoyo por su parte a sus servicios de salud. En el decenio de 1970, la Secretaría de la OMS comenzó, por fin, a buscar un equilibrio

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

entre los programas verticales (centrados en una sola enfermedad) y el enfoque horizontal (centrado en los sistemas de salud). (OMS 2008).

Y agrega:

El decenio de 1970 fue propicio para la justicia social. Ese es el motivo de que después de Alma-Ata, en 1978, todo parecía posible. Luego se produjo un serio revés, cuando el Fondo Monetario Internacional (FMI) promovió el Programa de Ajuste Estructural con todo tipo de privatizaciones, lo que provocó escepticismo en torno al consenso de Alma-Ata y debilitó el compromiso con la estrategia de atención primaria. Las regiones de la OMS seguían luchando en los países, pero no se obtuvo apoyo del Banco Mundial ni del FMI. Y la mayor decepción fue cuando algunos organismos de las Naciones Unidas pasaron a un enfoque "selectivo" de la atención primaria de salud. Eso nos llevó a empezar desde cero. (OMS 2008).

Así, a partir de la última década del siglo XX, el papel rector que había jugado la OMS fue ejercido por el Banco Mundial, quien se hizo cargo de las recomendaciones en salud con orientación hacia la privatización y liberalización en el otorgamiento de las acciones de salud, (DE VOS, P. 2009:129). Así se generó una transformación en donde los gobiernos otorgadores de salud se transformaron en entidades normativas, y además los programas de salud debieron ser aplicados por instancias

particulares, en el marco de una economía de mercado.

Tales cambios abatieron el poder adquisitivo de las clases medias y de pocos recursos. Al respecto señalan Martín, B., & Saint Martín, F. P:

Desde la crisis de finales de la década de los setenta, organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional impusieron en todo el mundo políticas de ajuste estructural como el enfoque adecuado para el desarrollo económico que permitiera superar la crisis (creando de lo que hoy conocemos como el sistema económico neoliberal). Estas políticas han creado profundos problemas en las economías de muchos países, empobreciendo a la mayoría de la población mundial... (Martín, B., & Saint Martín, F. P. 2011:274).

Los mismos autores puntualizan que como consecuencia de las políticas económicas actuales surgieron: la "pérdida general de prestaciones sociales, la privatización de servicios públicos (salud y educación, por ejemplo.)" (Martín, B., & Saint Martín, F. P. 2011:274), al mismo tiempo que se generaron mayores daños a la salud, como consecuencia de deterioros del medio ambiente y de mayor vulnerabilidad en las poblaciones debidas a una disminución de sus recursos, vivienda, alimentación y hábitat.

Si bien, esto afectó en menor medida a las clases económicamente más pudientes, éstas también sufrieron la repercusión

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

del deterioro ambiental, y en materia de salud se orientaron a la búsqueda de atenciones médicas en las florecientes instituciones privadas. Pero también estos grupos, económicamente prósperos fueron sometidos con frecuencia a explotación por atenciones indebidas.

Señala Sánchez Bayle:

Existen bastantes evidencias en la literatura científica respecto a las ventajas de los centros sin ánimo de lucro respecto a los que sí lo tienen, habiéndose señalado que estos últimos significan un sobreprecio respecto a los que carecen de ánimo de lucro (un 19% de sobreprecio en 2001 en EEUU, 6 billones de \$), y además poseen peor calidad asistencial. .. Los motivos de estos mayores costes se deben básicamente a unos gastos de administración más elevados (19% en las HMOs con ánimo de lucro, 13% en las HMOs con ánimo de lucro, 3% en el Medicare, 1% en Canadá), la selección de riesgos y la existencia de prácticas monopolísticas [19].

Y agrega:

A pesar de ello se ha señalado que los estudios subestiman los costes del sector lucrativo debido a que no se evalúa la complejidad de los casos, no se analizan los posibles fraudes, como la ya conocida tendencia del sector privado a la realización de pruebas o intervenciones innecesarias y la facturación de actividades no realizadas, calculándose que esta subestimación de costes podría ser de varios millones de \$ [19].

En cuanto a la aplicación de atenciones indebidas, el mismo autor señala, a manera de ejemplo, que en España:

Los centros públicos atienden el 62,14% de los partos de la CAM, siendo la tasa de cesáreas del 18,99%, frente al 29,63 en los centros privados. Esta disparidad en la tasa de cesáreas se ha mantenido, aunque se ha incrementado el porcentaje en todos los centros. Así en 2006 el porcentaje de cesáreas de la CAM fue del 21,21% en los centros públicos y del 33,66% en los centros privados [19].

En cuanto a las otras clases económicas de la sociedad, la repercusión se originó por la limitación de insumos e infraestructura, al tiempo que se aumentó la carga de las consultas, bajo la presión de sus superiores [1]. Se redujo la construcción de hospitales, se limitaron los materiales requeridos para la atención y se incrementó el número de consultas que debería atender el médico, reduciendo el tiempo de cada consulta. Así, al disminuir los tiempos de atención, se afectó la eficacia de la atención médica. Además, los médicos sufrieron un cambio en sus condiciones laborales, pues estos fueron afectados en sus ingresos reales, que se redujeron, lo que no pudo ser corregido por sus organizaciones sindicales corporativas, cuya influencia disminuyó [1]. Esto, que aparentemente solo concierne al médico, repercute en sus posibilidades de actualización y lo lleva a decidir entre el conflicto de satisfacer el

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

número de consultas que se le requieren para considerarlo productivo por parte de la institución o tener problemas laborales, lo que genera deterioro en la atención de la salud.

En lo referente a la salud pública, las acciones de los Ministerios respectivos se orientaron a acciones selectivas de la salud tales como las campañas de vacunación, rehidratación oral, lactación materna, y vigilancia del crecimiento infantil. Estas medidas fueron apoyadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, y si bien han sido benéficas en su aplicación, implicaron el descuido de muchos otros problemas de salud. Es así como las poblaciones de más bajo nivel socioeconómico dejaron de recibir atenciones médicas de las que antes disponían.

En 1988, en la conferencia mundial de Adelaida, se enfatizó la repercusión de las decisiones políticas en salud. En 2013 en Helsinki, promovió enfocar la salud en todas las políticas, e hizo un llamado a los gobiernos para que integren la salud y la equidad en salud en sus agendas [12].

En 1993 el Banco mundial hizo un informe llamado: "Invertir en Salud" en el reconoció:

Aunque el gasto en salud supuso el 8% del producto mundial total en 1990, el 90% se produjo en los países de ingreso alto y sólo Estados Unidos consumió el 41% del total mundial. En los países subdesarrollados el gasto por persona en salud fue treinta veces inferior al

de los países ricos. Incluso dentro de los países pobres el gasto público en salud beneficia de manera desproporcionada a los que están en mejor situación económica. (Fernández Martín, J. y cols. 1995: 386)

Sin embargo tal informe eludió las cuestiones políticas y sociales. Al respecto Fernández Martín y colaboradores expresan:

Los expertos rehúyen en todo momento abordar las cuestiones políticas y sociales que están implicadas inevitablemente en los problemas de salud. El Informe no entra tampoco a discutir si los fondos presupuestarios gastados en salud son suficientes o no. Sus consejos se centran en dirigir los fondos dedicados a intervenciones poco eficaces hacia otras más costo-eficaces ... El Informe del Banco Mundial señala varias medidas de salud pública, caracterizadas por su elevada eficacia en función de los costos: inmunizaciones, servicios de salud escolares, información y servicios seleccionados de planificación familiar y nutrición, programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol, inversiones para mejorar el entorno de las familias y prevención del SIDA. (Fernández Martín, J. y cols. 1995: 388).

El Informe al que nos referimos, al plantear los criterios y directrices para las medidas gubernamentales en el financiamiento y la prestación de los servicios clínicos, consideró como servicios clínicos esenciales aquellos que atienden tuberculosis y las enfermedades transmisibles, que plantean un riesgo para toda la población; y como no esenciales

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

a los demás servicios clínicos, para los cuales se recomendó:

Reducir la participación del gobierno en la prestación de servicios no esenciales y alentar la competencia en la prestación de estos servicios por parte del gobierno, las ONG y el sector privado. (Banco mundial. 1993:112)

Por otro lado, dice el informe al que hacemos referencia:

Se precisan algunas inversiones públicas en establecimientos de atención terciaria para apoyar actividades de investigación y capacitación, pero a niveles muy inferiores a los montos de financiamiento público que se observa en la mayoría de los países. Gran parte de las inversiones en establecimientos especializados pueden dejarse en manos del sector privado, y en los casos en que haya subvención pública, está a menudo puede reducirse en medida considerable. (Banco mundial 1993:139).

Esto propició la restricción de la atención médica de especialistas por parte de los servicios públicos de salud y la menor construcción de hospitales para su atención. Los Institutos médicos de alto nivel fueron dedicados a la investigación, la cual se orientó con frecuencia la experimentación de medicamentos para la explotación de la industria farmacéutica.

Asa Cristina Laurell explica:

La política de salud propuesta por el Banco Mundial (BM) en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud, obedece a varios objetivos. El primero es compatibilizarla con la

doctrina neoliberal que ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública. El segundo es adecuar esta política a las prioridades del ajuste fiscal lo que significa disminuir y reestructurar el gasto social público, incluyendo el de salud. (Laurell, A. C. 1994:9).

En la búsqueda de condiciones más equitativas por parte de las políticas públicas, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ésta en la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, el 22 de mayo de 2009 propone reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes.

Lo hasta aquí expuesto ha orientado a los especialistas en Salud Pública a tratar de influir en los modelos de atención de la salud que se encuentran a cargo de los gobiernos, sin embargo, el problema no sólo afecta a aquella población que no puede pagar los costos de su atención que se le solicitan en forma de cuotas de recuperación, lo que ciertamente sucede con poblaciones marginadas, sino también hay problema cuando los servicios de salud privados diseñados para los niveles socioeconómicos más prósperos de la población son contemplados por sus administraciones más como centros de obtención de utilidades pecuniarias que como servicios dedicados fundamentalmente a un servicio honesto en beneficio de la salud de sus pacientes.

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

En el año 2000 Ruy Pérez Tamayo señalaba:

Las corporaciones adquieren los hospitales privados y establecen sistemas de seguro médico, que incluyen una lista de los médicos que los asegurados pueden consultar, otra de los laboratorios y gabinetes en donde se realizan los estudios, otra de los hospitales en donde los pacientes pueden internarse y (en letra fina) los días que puede permanecer en el hospital, los tratamientos que pueden ofrecerse y las medicinas que pueden recetarse. El que ejerce la medicina es el contador de la compañía de seguros, quien no sólo determina lo que el médico cobra por su trabajo, sino todas las demás facetas económicas del proceso completo de la atención a la salud. Este sistema de medicina privada se adoptó en los Estados Unidos hace poco más de 20 años, tuvo un auge hace unos 15 (llegó a tener más de 60 millones de asegurados) y en épocas más recientes ha ido perdiendo popularidad por los abusos de las compañías de seguros, con el resultado de que actualmente ya tienen menos de 30 millones de asegurados [16].

Como se vio, en los servicios privados de atención médica, es frecuente que el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, que brinda la tecnología, con frecuencia se aplique con exceso aumentando los costos de la atención y a veces generando daños previsibles.

Los pacientes que rebasan los costos asegurados dejan de

recibir la atención médica. Rosas Dosal señala:

Cuando el paciente presenta un evento de enfermedad que requiere hospitalización en un hospital privado, se le proporcionará atención médica o quirúrgica de acuerdo con el seguro que haya sido contratado, hasta llegar al límite de la cantidad asegurada. Así, cuando la enfermedad a resolver es sencilla y sin complicaciones, seguramente quedará dentro de los límites pactados y no habrá ningún conflicto. Pero cuando el proceso patológico es complejo y se requieren múltiples estudios de laboratorio y gabinete, o se indican procedimientos quirúrgicos de alta tecnología y estancias en terapia intensiva, o bien si es demasiado complicado y grave el proceso, la utilización de medicamentos costosos y de medidas de sostén prolongadas, como alimentación parenteral o hemodiálisis, se puede llegar rápidamente y con mucha facilidad al agotamiento de la cantidad contratada y surgir entonces el problema de qué hacer con el paciente. Si la familia tiene recursos, seguramente participará y procurará solucionar el problema económico de diversas formas, incluso realizando gastos que pueden ir más allá de sus posibilidades y caer entonces en los llamados gastos catastróficos, pero cuando no hay recursos o se han agotado todos, persiste la interrogante ¿qué hacer con el enfermo? Ningún hospital privado va a tomar por su cuenta un problema como éste. Por lo

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

general previenen al médico tratante de la inminente terminación de su capacidad de pago y buscan la derivación del paciente a alguna [8] institución pública para que continúe su tratamiento [18].

Vigente Guarner señala:

Nunca habíamos dispuesto de un procedimiento con tanta sensibilidad y especificidad como el ecograma, para el estudio de la vesícula biliar y, empero, en nuestros días, se extirpan más vesículas normales que antes. La cirugía laparoscópica ha incrementado, en forma alarmante, el número de colecistectomías con vesículas sin cálculos, ni lesión en el estudio histopatológico. Para poner un cotidiano ejemplo, en mayo de 1998, de 44 vesículas extirpadas en un hospital privado del Distrito Federal, las tres llevadas a efecto por el procedimiento convencional presentaban un cuadro agudo y su resección resultaba imprescindible; bien que de las 41 operadas por vía laparoscópica, nueve, más del 12% eran normales. ...En 1967 un estudio británico publicado, en el *New England Journal of Medicine* puso en evidencia algo sorprendente: los cirujanos en Estados Unidos realizaban el doble de intervenciones quirúrgicas, per cápita que sus colegas del Reino Unido. Cuatro años después, un segundo estudio, llevado este a efecto en Estados Unidos, demostró que, como promedio, en el 25% de los casos, cuando se indica una intervención quirúrgica, una segunda opinión niega la primera indicación.

Y agrega: la estructura del mercado médico. Demanda y producción El abastecimiento de equipo de un hospital, ha sido, asimismo, inculcado de contribuir a los abusos quirúrgicos. Claro que aquí intervienen factores personales como hasta qué punto el Hospital favorece y el médico se deja seducir y practica operaciones innecesarias. En 1969 Bolande observó que la amigdalotomía, se realizaba con mayor frecuencia en niños de un nivel social alto, que en la clase media. Este hecho hizo surgir la idea, ampliamente divulgada por el autor, de la relación tonsilectomía y status social.

Al respecto Leape. L. L. señala:

En 1976, un estudio del Congreso de los EE.UU, el Subcomité de Supervisión e Investigaciones, hizo un estudio llamado: Costo y Calidad de la Atención de Salud: Cirugía innecesaria. Informó: "... se estima que en el año anterior 2,4 millones de operaciones innecesarias se habían realizado, con 11.900 muertes, a un costo de \$ 3.9 mil millones (US Congreso 1976) [10].

Esto afecta los estratos económicos medios y altos de las poblaciones, y obedece finalmente a una concepción utilitaria que considera a los enfermos primordialmente como fuentes de especulación, en detrimento al respeto que los individuos de toda sociedad merecen y generando una ruptura en el equilibrio social.

En cuanto a la enseñanza de la medicina se privilegia con frecuencia la enseñanza de

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

procedimientos clínicos que en base a los datos clínicos establecen un diagnóstico taxonómico por reconocimiento inmediato de los conjuntos de datos.

En 1988 la influencia de la OMS promovió acciones de salud comunitaria:

La Declaración de Edimburgo, más sensible a las estrategias de atención primaria de la salud y salud para todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientó la educación médica en el sentido de la producción de médicos "que promuevan la salud de toda la población" [3].

Ello influyó en la formación de médicos, en las escuelas de medicina y dio lugar al aprendizaje basado en la solución de problemas (ASP).

McMaster elaboró un nuevo programa de tres años para la educación médica a nivel de subgrado, con los dos primeros años dedicados íntegramente al aprendizaje mediante la resolución de problemas... debía guiarse por la prevalencia y gravedad de las enfermedades que afectaban a la sociedad o comunidad en la cual prestaban servicio las escuelas ASP, de ahí el término currículo orientado hacia la comunidad [3].

La adopción del ASP por parte de Harvard significó un reconocimiento de legitimidad para que otras escuelas en América del Norte siguieran el ejemplo [3].

Tal manera de proceder diagnóstica es taxonómica y satisface sólo la actividad médica en problemas que se

presentan en el primer nivel de atención.

Sin embargo muchos padecimientos requieren de un análisis cuidadoso de los datos, la reflexión sobre los mismos, para su interpretación y entendimiento, sin lo cual no se logrará encontrar soluciones al problema del enfermo, y se emplean indiscriminadamente recursos técnicos de laboratorio o gabinete aumentando los costos de la atención y disminuyendo la calidad de los resultados.

Es por ello que las escuelas de medicina deben formar médicos atendiendo los diferentes escenarios de la práctica médica. Es muy importante la formación de médicos de primer contacto, pues ello resuelve gran parte de los problemas de salud que se presentan cotidianamente en las poblaciones, sin embargo, también es necesario formar médicos capaces de resolver problemas de mayor complejidad.

### **Discusión:**

Los cambios económico-políticos a nivel mundial conllevan un deterioro de la atención de la salud que brindan las instancias gubernamentales a las poblaciones en todos aquellos ámbitos que no son prioritarios. Esto afecta a toda la población, al reducir las opciones de recibir una atención médica en caso de enfermedades que no han sido consideradas preferentes en los programas. Ello no implica que los problemas de salud no puedan ser atendidos con eficacia a un nivel más alto de lo que tales instancias ofrecen, sin embargo, para ello se requiere hacer una

**Simposium Anual Internacional Científico Práctico  
DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA**

---

distinción de los problemas que se plantean para su solución en cada uno de los estratos socioeconómicos de las poblaciones.

En el caso de las clases económicas que pueden solventar los gastos de atención de su salud, por medio del desembolso directo para cubrir el costo de los mismos, el problema que se plantea es el evitar el abuso de los proveedores de salud, que propicien el uso desmedido de instalaciones o recursos diagnósticos o terapéuticos con fines lucrativos, en perjuicio de la economía o de la salud misma de los pacientes.

En el caso de las clases medias, que pueden solventar con algunas dificultades los gastos de atención a su salud, se requiere la integración de equipos de médicos altamente capacitados, para brindar una cuidadosa evaluación diagnóstica y una terapéutica eficaz y adaptada a las posibilidades del enfermo. Dichos grupos podrían crear hospitales en donde su actividad médica esté bien remunerada, lo mismo que la del resto del personal, y donde el costo del uso de las instalaciones y recursos cubra lo necesario para el mantenimiento y una moderada ganancia que permita la actualización de sus recursos. Esto será motivo de otra publicación.

En el caso de las clases económicas que no pueden solventar los gastos de atención para el cuidado de su salud, se plantea el problema: ¿De dónde pueden obtenerse los recursos

económicos? Aquí se genera una doble posición por parte de aquellos que pueden aportar tales recursos. La primera obedecería a la pregunta: ¿Por qué he de hacer una aportación económica, para dar atención a la salud a individuos de la población que no han podido valerse por sí mismos para solventar tales gastos? ¿Por qué he de pagar de mi bolsa un impuesto para tal fin? En la otra posición se preguntarían los miembros de esa clase carente de recursos: ¿por qué razón habría que apoyar un sistema económico que me evita el poder tener una atención médica aceptable? Como puede verse la solución al problema actual de deterioro de la atención médica tiene un trasfondo en el desequilibrio que se genera ya sea por abuso de los inversionistas o administradores de las instituciones de salud o en la incompreensión de que el beneficio que ofrece a unos un sistema económico, implica una retribución al conjunto de la población que sostiene tal sistema. También, es urgente una restructuración de la atención de primer nivel, en donde se defina de entrada si se trata de un problema de salud cuya complejidad es mayor y requiere de un tipo de consulta que no puede ser satisfecha en quince minutos, y que por tanto debe ser inmediatamente canalizada a una consulta que tome el tiempo requerido para alcanzar una orientación diagnóstica satisfactoria para el paciente.

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

Ya en 1977, Bronfman, M. y colaboradores en México habían demostrado por medio de un estudio en el que se entrevistaron a 61 prestadores de servicios de salud, tanto de servicios públicos, como privados que:

... las diferencias en la calidad de la atención entre instituciones, según la percepción predominante de los médicos, son resultado de problemas en la organización, normatividad y recursos de las instituciones y no de la capacitación de su personal... de los aspectos que mencionaron los médicos institucionales fue la limitada duración de la atención durante la consulta externa [4]. También se mencionaron problemas de irregularidad e insuficiencia en el abasto de medicamentos [4].

Por otro lado se requiere que al lado de la formación de médicos que resuelven los problemas de salud pública, de los que se ocupan los gobiernos actuales que siguen las políticas económicas que predominan en el occidente, se formen también médicos con fuerte formación en el diagnóstico clínico que permitan resolver eficientemente y empleando un menor número de recursos instrumentales de diagnóstico, problemas de salud que ofrecen una mayor complejidad. Las escuelas de medicina deben atender tal formación también, pues dichos médicos contribuirán con su eficacia a disminuir los gastos en materia de salud, para enfermos que tienen problemas que con corresponden al primer nivel de atención.

La educación en materia de interpretación diagnóstica es fundamental y la aplicación de las tecnologías de punta no substituye la formación del médico, y encarece la atención médica privada, pues con frecuencia no es indicada de manera adecuada. Al respecto Racoveanu, N. T., & Staehr Johansen, K.

La imaginería de resonancia magnética y el escáner de TC proporcionan una información similar para el diagnóstico, pero tienen también ciertas especificidades que los especialistas no han logrado diferenciar y comprender suficientemente. Por ella, la imaginería de resonancia magnética, en lugar de sustituir a la TC o a otras tecnologías de imaginería, está siendo utilizada en exceso al agregarla a otras pruebas diagnósticas con la esperanza de aumentar la precisión y especificidad del diagnóstico [17].

### **Conclusión:**

Se ha planteado el problema actual del deterioro de la atención a la salud de las poblaciones y así mismo algunas posibles soluciones. Los cuidados de la salud son costosos, y cubrirlos en su totalidad no es factible actualmente para ningún sistema político, sin embargo, si es posible mejorar la atención a los problemas de salud para toda la población, independientemente de las políticas económicas que mundialmente se propician actualmente.

La razón de mejorar el nivel de atención en todos los niveles socioeconómicos de las

## Simposium Anual Internacional Científico Práctico DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA

---

poblaciones radica por un lado en el equilibrio de intereses entre los que se benefician y los que no, del sistema económico-político; pero sobre todo en que ello permite mejorar la calidad de vida y las posibilidades de realización de todos los individuos, contribuyendo a una disminución de las tensiones sociales.

En escritos anteriores propusimos definir la enfermedad como el “conjunto de

manifestaciones comprendidas en el modo de ser que expresa un desequilibrio de un sujeto, individuo o comunidad, y que deteriora o amenaza su existencia [5]. Si tenemos en cuenta los desequilibrios actuales en la atención de la salud de las poblaciones, podemos considerar que se ha generado una enfermedad social, de origen económico político, que pide ser atendida.

### Bibliografía

1. ABRANTES PÊGO, R.; ARJONILLA ALDAY, S. (2002). Health sector decentralization and divergences with the medical society in Mexico. *Rev Saúde Pública* Vol.36, Núm. 3, pp.324-9

2. BANCO MUNDIAL. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del Desarrollo Social. Washington D. C. [http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/000333037\\_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDROSPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/000333037_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDROSPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf)

3. BYRNE, N., & ROZENTAL, M. (1994). Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la Educación Médica en América Latina. *Educ Med Salud*, 28(1), 53-93.

4. BRONFMAN, M., CASTRO, R., ZÚÑIGA, E., MIRANDA, C., & OVIEDO, J. (1997). Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud pública de México*, Volúmen 39, número 6, págs.: 546-553.

5. DE LA FUENTE ROCHA, J. (2015) Fundamentos para una ciencia de la interpretación diagnóstica. Un enfoque hermenéutico diferente acerca de su entendimiento e implicancias. Argentina: Libros en red. <http://www.librosenred.com/libros/fundamentosparaunaciencia delainterpretaciondiagnosticaunenfoquehermeneuticodiferenteacerca desuentendimientoeimplicancias.html>

6. DE VOS, P.; MALAISE, G.; DE CEUKELAIRE, W.; PÉREZ, D. P.; LEFÈVRE, P. L.; VAN DER STUYFT, P. (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social*, Vol. 4, Núm. 2, pp. 127-134.

7. FERNÁNDEZ MARTÍN, J. Y COLS. MUNDIAL, E. I. D. B. (1995). Una agenda a debate: el informe del Banco Mundial “Invertir en Salud”. *Rev. Esp. Salud Pública*, 69(5), 385-391.

8. GUARNER, D. V. (2001). UN TEMA EN LA ÉTICA MÉDICA ACTUAL LAS OPERACIONES INNECESARIAS EN EL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA. <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/DRGUARNERsept28.PDF>

**Simposium Anual Internacional Científico Práctico  
DISCURSOLOGIA: METODOLOGIA, TEORIA Y PRACTICA**

---

9. LAURELL, A. C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, 9-31.
10. LEAPE, L. L. (1989). Unnecessary surgery. *Health Services Research*, 24(3), 351-407.
11. MARTIN, B., & SAINT MARTIN, F. P. (2011). Mobbing, los que denuncian irregularidades y la anulación de la disidencia/descontento como problemas médico-sociales/Mobbing, suppression of dissent/discontent, whistleblowing and Social Medicine. *Medicina Social*, 6(4), 268-275.
12. MARTÍNEZ MORENO F. (2013). Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki. Promoción y Educación para la Salud. <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/> Recuperado el 30 de octubre de 2015
13. OMS (2008). Entrevista con el Dr Halfdan Mahler, Director General de la OMS de 1973 à 1988. La atención primaria de salud cierra un ciclo completo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos Volumen 86: 2008 Volumen 86, octubre 2008, 737-816* <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/> Recuperado el 30 de octubre de 2015
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978) Atención Primaria a la Salud. Alma-Ata 1978. Serie: *Salud para todos* No 1. Ginebra.
15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2009). Determinantes sociales de la salud. *Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud.* [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/) Recuperado el 3 de noviembre de 2015
16. PÉREZ TAMAYO, R. (2000). Los Límites de la Medicina. *Med Univer*, Vol. 2, Número 7, pp. 170-175. [http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs\\_rum/files/journals/1/articles/15193/public/15193-20591-1-PB.pdf](http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs_rum/files/journals/1/articles/15193/public/15193-20591-1-PB.pdf) Recuperado el 6 de noviembre de 2015
17. RACOVEANU, N. T., & STAEHR JOHANSEN, K. (1995). Tecnología para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria. *Foro Mundial de la Salud*, Volumen 16 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/53791/1/WHF\\_1995\\_16\\_n2\\_p158-165\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/53791/1/WHF_1995_16_n2_p158-165_spa.pdf?ua=1)
18. ROJAS DOSAL, J. A. (2004). Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Implicaciones éticas y económicas del alta hospitalaria por agotamientos de recursos. [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2004/ponencia\\_nov\\_2k4.htm](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2004/ponencia_nov_2k4.htm)
19. SÁNCHEZ BAYLE, M. (2008). La privatización y los nuevos modelos de gestión en Sanidad. *Revista de Economía Crítica*, nº 6. Enero de 2008, pp. 103-118
20. SILBERMAN, M. (s.f.). Atención Primaria de la Salud. De Alma Ata a la Renovación de la APS. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/ourprofs/APS.pdf> Recuperado el 29 de octubre de 2015
21. TEJADA DE RIVERO, D. A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 8, Número 1.* [http://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/111857/mod\\_resource/content/2/almaata25.pdf](http://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/111857/mod_resource/content/2/almaata25.pdf) Recuperado el 6 de noviembre de 2015.