

REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD, ¿HACIA UN “NUEVO” MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD, O HACIA EL FORTALECIMIENTO DEL MODELO BIOMÉDICO?: INTER DISCIPLINA Y RECURSOS HUMANOS

Norma González González; Martha Isabel Ángeles Constantino
Profesoras investigadoras
Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública
Universidad Autónoma del Estado de México
Cuerpo Académico: Organización Social y Vida Cotidiana

Resumen

El objetivo del presente trabajo es exponer de manera general, y en el marco del proceso de reforma por el que en diferentes momentos y modalidades atraviesan los países latinoamericanos, algunos de los planteamientos en los cuales se recoge la función y las posibilidades de trabajo que se adscriben al campo de acción de la salud pública, y que han estado ajenas, o en el mejor de los casos han recibido una atención secundaria en la agenda de las políticas de gobierno; de cara a una atención institucional de la salud que sigue privilegiando la atención de la enfermedad, y en este sentido mantiene la centralidad y el poder de la figura médica como la vía y el mecanismo, por excelencia, para hacer frente al tema de la problemática en salud, situación que obstaculiza la presencia y la participación de otras formaciones profesionales como el trabajo social, la antropología, la nutrición, la comunicación, entre otras, con una enorme potencialidad, desde luego no para atender la enfermedad, sino para generar conocimiento y posibilidades de acción que fortalezcan el cuidado de la salud.

Presentación

El trabajo se centra en destacar 1. una exposición general de análisis que en el marco del proceso de reforma, permite recuperar a la salud como un objeto de estudio en el que intervienen procesos de orden cultural, social y desde luego políticos. 2. el discurso oficial que desde hace algunos años reconoce la necesidad de re encauzar la política de salud más allá de la atención médico curativa 3. en relación a los recursos humanos, se rescatan algunas referencias que contenidas en los mismos documentos oficiales contradicen, o en el mejor de los casos no son consecuentes con lo señalado en el segundo punto 4. presentar parte de los resultados de un trabajo de campo que se ha venido realizando con médicos del primer nivel de atención, y donde a partir de su experiencia cotidiana se expresa la visión que guardan respecto a este discurso que alude a la importancia de actuar a favor de la salud, a partir de medidas y acciones propias del campo de la salud pública. La reflexión que aquí se propone forma parte de un análisis más amplio respecto al planteamiento de la salud como un objeto de estudio de las ciencias sociales, ya que en la medida en que las situaciones de salud como de enfermedad derivan de las condiciones sociales y de las relaciones en las que vive el ser humano, es un fenómeno social que debe ser estudiado como tal (Rodríguez y de Jesús, 1990; Rosen, 1985).

A su vez, la salud forma parte de construcciones y actuaciones subjetivas, las que se hallan inscritas en referentes macro y micro institucionales de orden económico, político y social (Kristeva, 1995; Ackerknecht, 1971), por lo que es necesario redefinir los parámetros y las fronteras en función de las cuales se ha venido circunscribiendo la llamada política en salud (Rivero y Tanimoto, 2000; López, 2000), que paradójicamente, se ha concentrado en la atención de la enfermedad descuidando ámbitos de gestión en salud que pueden ser de gran apoyo y sostén a una renovada política que impulse estrategias capaces de potenciar esferas de trabajo hasta ahora ajenas al horizonte institucional. Entender a la salud y al cuerpo humano más allá de la presencia/ ausencia de la enfermedad (Conti, 1972), supone reconocer la existencia de otros ámbitos de trabajo que no requieren de la formación médica para convertirse en detonadores de acciones y programas institucionales de salud, aunque por otro lado, sí se requiere de médicos entrenados, habilitados en áreas de conocimiento que permitan una mejor relación de comunicación y respeto con sus pacientes, y que para ellos mismos rescate el

sentido y el valor de un trabajo en el contexto histórico en que el ejercicio de su profesión es llevado a cabo (Brito, 2000; Rodríguez, 2000; Byrne y Rozental, 1994; Rivas, 1994).

Reforma en salud y proceso democratizador en México

En el marco de la reforma, uno de los argumentos centrales para defender los “cambios” propuestos, tiene que ver con otros procesos vigentes a nivel nacional; esto es, el movimiento democratizador que corre en paralelo con la reforma del Estado y a través del cual se apuesta por una mayor presencia de los “ciudadanos” en la definición de las políticas públicas, en este caso, la parte que corresponde a la política social en el ámbito de la salud (Gutiérrez, 2002; Ramírez y Arancibia, 1999). Se dice que es importante y necesario acercar el gobierno a los ciudadanos, en tanto una vía para remontar las deficiencias en la cobertura y la calidad de los servicios de salud, y desde luego para lograr esa aspiración de presencia ciudadana que rompa con el esquema de gobierno que desde más de setenta años se impuso a la sociedad mexicana.

Pensar en estrategias que cubran de una mejor manera las necesidades propias de los diferentes grupos y sectores sociales, involucra la necesidad de abordar a la salud desde perfiles y plataformas de trabajo diferentes a la consideración de la problemática en salud desde una perspectiva médica y biológica, de tal forma que directa e indirectamente regresa a la mesa de discusión la polémica sobre el carácter histórico, social y cultural de un fenómeno que es mucho más rico y complejo que su sola aceptación como una disfunción orgánica y biológica (Foucault, 1996), para dimensionarse como una problemática que requiere del trabajo de otras profesiones que hasta ahora han permanecido al margen de la política sanitaria, o en el mejor de los casos, se sitúan en un papel secundario y de subordinación al saber médico: nutriólogos, psicólogos sociales, trabajadores sociales, sociólogos, comunicólogos, antropólogos, entre otros.

Esta consideración, socio cultural e histórica de la salud, supone asimismo que su procuración y cuidado forma parte de espacios cotidianos de vida en los que individual y colectivamente se generan actitudes y procesos que deben ser considerados para impulsar medidas y acciones que sean favorables a las mejores condiciones de salud de grupos e individuos.

De hecho, la misma atención de la enfermedad (que no de la salud), requiere de incorporar otro tipo de saberes que apoyen, p. ejemplo, el apego del paciente a las recomendaciones médicas; situación que se ha vuelto cada vez más urgente en el caso de las enfermedades crónico degenerativas, ya que aunque generalmente se cuenta con el conocimiento y la descripción más acabada, específica y depurada, sobre las enfermedades y su adecuado tratamiento, el poco éxito registrado a la fecha, ha encendido los focos de alerta en el terreno económico, ante el incremento de este tipo de padecimientos, así como las complicaciones que suelen traer consigo, equivalentes al rápido crecimiento de la demanda de servicios médicos, camas de hospital, medicamentos, en conjunto a la erogación de recursos públicos escasos y limitados para la atención pública de los problemas de salud (1)

En este contexto, la descentralización de la atención primaria de la salud, forma parte de las transformaciones que ocurren en el campo de la atención institucional en el terreno de la política social (Abrantes y Almeida, 2002; Cardozo, 1998). El nuevo esquema de trabajo tiene que ver con una recomposición de funciones y atribuciones políticas y financieras entre los actores institucionales, pero también da cuenta de un discurso de participación comunitaria que política y económicamente se vincula al logro de una mayor eficacia en el uso de recursos, y donde se pretende rescatar las necesidades particulares de los grupos de población para apoyar la implementación de acciones acordes a sus requerimientos específicos, en oposición al carácter y naturaleza de un trabajo continuamente criticado de la operación centralizada de la política y los servicios de salud, proyectados desde el centro y atados a las prioridades previstas desde la perspectiva del poder central, y con una mínima comprensión y conocimiento de las necesidades de cada estado o región del país.

Esta manera diferente de actuar en torno a la problemática en salud, supone recuperar al primer nivel de atención en salud como un referente privilegiado para atender la problemática que se presenta a nivel social. No en vano existen una gran cantidad de documentos oficiales ya sea Programas Nacionales o Estatales de Salud, o bien documentos de organismos internacionales tanto directamente vinculados a la gestión de la atención en salud, el caso de la Organización Panamericana de la Salud OPS o la Organización Mundial de la Salud OMS, como de carácter financiero tipo el Banco Mundial BM, en los cuales se insiste acerca de la importancia de un tipo de servicio y atención médica de orden preventivo, basado en el campo de acción de la salud pública, y por ende en lo que corresponde al primer nivel de atención (OPS, 2003; Brito y Granda, 2000; OPS, 1997)

Sin duda, detrás de este movimiento y mirada “re descubridora” de las potencialidades del primer nivel, se halla la escasez de recursos económicos para cubrir la demanda de servicios médicos tanto en el nivel general, como de especialistas y subespecialistas, por lo que se prevén acciones de impacto masivo y de bajo costo económico (Ornelas, 1998; Laurell, 1996). Hay que decir que en la sociedad mexicana, existe todavía una discusión muy limitada respecto a considerar a la salud como un fenómeno de naturaleza social y política; además, colectivamente se asume que la salud se vincula a los espacios y profesiones generados a partir del desarrollo de la medicina. No es extraño en este sentido que cuando se aborda el tema de la salud, automáticamente las imágenes que parecen referirla y agotarla se presenten en términos de: hospitales, médicos, enfermeras, entre los más recurrentes. De ahí, la importancia de recuperar la discusión tanto teórica, como en cierto sentido epistemológica, a que conduce el reflexionar, y en su caso actuar en el ámbito de la salud, normalmente asumida en el marco de atención a la enfermedad, más que de la procuración de las condiciones que en diferentes ámbitos de las relaciones y la convivencia humana estarían determinándola.

La salud pública en el discurso gubernamental

Desde hace ya algunos años (la década de los años ochenta), en los diferentes documentos programáticos de alcance nacional como local (estatal), trátase de los Programas Nacionales de Salud, o cuando así corresponde de los Programas Estatales de los Institutos o Secretarías de salud, se descubre en el discurso una especie de preocupación por vincular los estados de salud con variables de tipo económico y social, lo cual a primera vista parece un movimiento interesante respecto a la visión que sobre el fenómeno se ha venido teniendo a nivel gubernamental; se reconoce la participación de esferas de interacción social que intervienen en el comportamiento del llamado proceso salud enfermedad.

En el Plan Nacional de Salud 1990-1994, se expresa que a más de cincuenta años de la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el tipo de servicios que se siguen ofreciendo a la población responden a un esquema de atención eminentemente curativo, asimismo resulta interesante la mención que se recoge en cuanto a considerar que la salud de la población no puede reducirse a la descripción de daños expresados en términos de morbilidad y mortalidad, ya que forma parte de relaciones y procesos complejos que rebasan el ámbito de la atención médica. “El análisis de la salud prevaleciente en una población, no debe limitarse a la enumeración de los daños principales, representados por la mortalidad y la morbilidad” (SSA, 1990a: 15). Más adelante en el mismo documento, en relación a los recursos humanos se dice: *“En 1988, había en el país 87, 073 médicos, de los cuales el 68.1 por ciento pertenecía al régimen de seguridad social. El indicador de médicos por mil habitantes era de 1.2 para el Instituto Mexicano del Seguro Social, 1.3 para la Secretaría de Salud y 1.2 para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, siendo inadecuada su distribución por la concentración que se da en las áreas urbanas”* (SSA, 1990a: 17).

Esta referencia a los recursos humanos es muy significativa ya que, mientras por un lado se expresa una visión de la salud, abarcadora de lo social, lo cultural y lo económico, por el otro lado, se mantiene al perfil médico como la referencia central (de hecho única) para atender y cuidar la salud desde la responsabilidad institucional. En el periodo 1994-1995 en el informe de labores de la Secretaría, se menciona: “La salud no es solo producto de

factores biológicos, psicológicos y ambientales sino también resultado de factores socioculturales, políticos y económicos que corresponden a un determinado grado de desarrollo de un país” (SSA, 1995a: 21).

En otro documento de la Secretaría de Salud dice: *“Fue también trascendente la formulación del Plan Nacional de Salud para el periodo 1974-1983 (...) El plan tenía como objetivos (...) transformar las condiciones adversas del medio para crear circunstancias propicias a la salud; incorporando a la población para que, por sí misma y como parte de sus organizaciones sociales, colaborara en la realización de los programas para la salud; promover y coordinar las acciones de las instituciones del Sector Salud...”* (SSA, 1990b:7).

La cuestión es saber qué tipo de trabajador de las instituciones de salud, cuenta con los conocimientos y las herramientas adecuadas para alcanzar la participación de la población, y lograr traducir ese trabajo en una coordinación de acciones, para las cuales cabe mencionar, se carece de una estructura organizativa y de administración para plantear y responder a las preocupaciones expresadas (Arellano, Cabrero y del Castillo, 2000). En el caso del Estado de México, se dice que: *“Con el enfoque integral (...) los servicios incorporan acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; se considera que la salud y la enfermedad son fenómenos dinámicos determinados por factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, y la intención se dirige al individuo, a la familia y a la comunidad en todo el proceso salud enfermedad”* (SSA, 1995b: 21-22).

La interrogante sigue siendo la misma, cómo enfrentar los retos que suponen enfocar a la salud desde una perspectiva histórica, a partir de un modelo de atención que sigue moviéndose en torno a una mirada médico hospitalaria.

En el marco del “Programa Nacional de Salud 2001-2006”, las enfermedades crónico degenerativas son retomadas como una de las prioridades del gobierno federal, desarrollando acciones sectoriales específicas para su atención y prevención; así por ejemplo, el “Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes 2001-2006”, forma parte central de las estrategias marcadas para hacer frente a los problemas emergentes, y ante los cuales se hace una definición explícita de prioridades, destacando actividades relacionadas con la promoción de la salud, y la detección temprana de la diabetes. Para los fines del presente documento, resulta importante destacar que en este programa específico que busca atender a la diabetes en términos de la problemática en salud pública a la remite, el gobierno federal enfatiza la necesidad de un abordaje no farmacológico del padecimiento

“...el tratamiento no farmacológico de la diabetes permitirá evitar las complicaciones a largo plazo y ampliar la utilización de los servicios” (SSA, 2001a: 12).

Se reconoce asimismo que este enfoque no ha sido aplicado de manera sistemática ni prioritaria, optándose por el manejo de la enfermedad y el paciente en términos de su diagnóstico y tratamiento basado en el trabajo clínico, y la prescripción de medicamentos.

“Hasta este momento, el enfoque no farmacológico no se ha aplicado de manera regular, en general se procede de manera inmediata al manejo farmacológico, por ello, en la norma oficial se establecen con toda claridad los criterios para su correcta utilización”. (SSA, 2001a:12)

“...establecer un abordaje integral que fortalezca la prevención primaria, teniendo como base el control de los factores de riesgo...” (ISEM, 2005 : 1)

A lo largo de su historia, la Secretaría de Salud ha carecido de un proyecto de atención que en el sentido organizativo y de la administración de los recursos materiales y humanos, incorpore “nuevos” referentes y

espacios de trabajo en favor de la salud.

Recursos humanos y salud

Una manera de acercarse al tipo de trabajo que refiere los esfuerzos por la salud, se vincula con el perfil de profesionistas dedicados a atender, precisamente, las demandas de la población en este ámbito de actuación gubernamental. La búsqueda de información sobre recursos humanos en la pagina oficial de la SSA <http://www.salud.gob.mx/>, remite a una ventana de información donde se concentran datos estadísticos en los que se organiza y sistematiza la presencia y participación de los médicos tanto en lo que se llama el Sistema Nacional de Salud, como en la Secretaria de Salud; por lo que es posible localizar información de Personal médico por entidad federativa, por institución, Personal médico por especialidad, etc. Esta situación es desde luego significativa de la óptica que domina la definición de una política nacional de salud, estructurada sobre la base de la representación de la salud en términos de la atención que debe prestarse a los estados mórbidos que presentan personas y grupos enteros al interior de la sociedad. Cualquier búsqueda de recursos humanos en la página de referencia, canaliza inmediatamente al despliegue de una información donde, bajo diferentes criterios, se refiere la participación de médicos, enfermeras y paramédicos como la expresión institucional de los recursos humanos que participan en el ámbito de la salud. A continuación, se reproduce la página electrónica que refiere la información vigente sobre recursos humanos en la Secretaria de Salud, así como dos de los cuadros que dan cuenta de la distribución de médicos por entidad federativa para los años 2000 y 2003.

Mapa del Sitio | Contáctenos | Preguntas frecuentes :: Martes, 07 de noviembre de 200

Recursos humanos

Descargue los siguientes archivos en formato MS-Excel®

- Sistema Nacional de Salud
- Secretaria de Salud
- Medicina Privada
- Serie Histórica

| Sistema Nacional de Salud | | | | |
|--|------|------|------|------|
| Personal médico por entidad federativa | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Personal paramédico por entidad federativa | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Personal médico por institución | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Personal paramédico por institución | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |

| Secretaría de Salud | | | | |
|--|------|------|------|------|
| Recursos humanos en unidades médicas | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Enfermeras y profesionistas por especialidad | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Personal médico en contacto con el paciente por especialidad | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Personal médico en contacto con el paciente en formación | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Recursos humanos | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |

Serie Histórica

Principales Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Médicos y Enfermeras: 1986-2001

Principales Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Médicos y Enfermeras: 1986-2002

Principales Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Médicos: 1986-2001

Principales Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Enfermeras: 1986-2001

Sistema Nacional de Salud ^{1/} Médicos por entidad federativa, 2000

| Entidad Federativa | Total | Médicos en contacto con el paciente | | | | | En Otras Labores |
|---------------------|----------------|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|------------------|
| | | Subtotal | Generales | Especialistas | En formación | Odontólogos | |
| Nacional | 140.629 | 119.512 | 37.619 | 44.852 | 28.120 | 8.921 | 21.117 |
| Aguascalientes | 1.623 | 1.395 | 420 | 691 | 184 | 100 | 228 |
| Baja California | 3.258 | 2.758 | 907 | 1.258 | 386 | 207 | 500 |
| Baja California Sur | 1.182 | 1.002 | 377 | 413 | 140 | 72 | 180 |
| Campeche | 1.301 | 1.167 | 480 | 427 | 188 | 72 | 134 |
| Coahuila | 4.010 | 3.247 | 1.025 | 1.471 | 543 | 208 | 763 |
| Colima | 1.022 | 882 | 251 | 403 | 171 | 57 | 140 |
| Chiapas | 4.125 | 3.776 | 1.314 | 1.171 | 964 | 327 | 349 |
| Chihuahua | 3.690 | 3.069 | 1.252 | 1.183 | 440 | 194 | 621 |
| Distrito Federal | 28.800 | 23.577 | 4.695 | 10.910 | 6.172 | 1.800 | 5.223 |
| Durango | 2.384 | 2.063 | 655 | 741 | 549 | 118 | 321 |
| Guanajuato | 4.594 | 3.825 | 1.489 | 1.287 | 812 | 237 | 769 |
| Guerrero | 3.500 | 3.184 | 1.386 | 927 | 648 | 223 | 316 |
| Hidalgo | 2.771 | 2.368 | 823 | 669 | 707 | 169 | 403 |
| Jalisco | 9.672 | 8.117 | 2.198 | 2.737 | 2.707 | 475 | 1.555 |
| México | 11.490 | 9.495 | 3.418 | 3.147 | 1.986 | 944 | 1.995 |
| Michoacán | 4.221 | 3.699 | 1.101 | 1.151 | 1.095 | 352 | 522 |
| Morelos | 2.037 | 1.777 | 544 | 757 | 321 | 155 | 260 |
| Nayarit | 1.455 | 1.247 | 375 | 429 | 343 | 100 | 208 |
| Nuevo León | 5.893 | 4.884 | 1.475 | 1.915 | 1.147 | 347 | 1.009 |
| Oaxaca | 3.396 | 3.096 | 1.021 | 818 | 1.067 | 190 | 300 |
| Puebla | 5.354 | 4.736 | 1.328 | 1.354 | 1.626 | 428 | 618 |
| Querétaro | 1.843 | 1.575 | 523 | 564 | 372 | 116 | 268 |
| Quintana Roo | 1.314 | 1.119 | 492 | 442 | 102 | 83 | 195 |
| San Luis Potosí | 2.526 | 2.222 | 720 | 740 | 571 | 191 | 304 |
| Sinaloa | 3.371 | 2.842 | 1.102 | 1.074 | 482 | 184 | 529 |

| | | | | | | | |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Sonora | 3.803 | 3.206 | 992 | 1.380 | 657 | 177 | 597 |
| Tabasco | 3.447 | 3.122 | 1.248 | 1030 | 531 | 313 | 325 |
| Tamaulipas | 4.359 | 3.772 | 1.261 | 1.681 | 600 | 230 | 587 |
| Tlaxcala | 1.337 | 1.180 | 520 | 323 | 223 | 114 | 157 |
| Veracruz | 8.548 | 7.378 | 3.044 | 2.430 | 1.406 | 498 | 1.170 |
| Yucatán | 2.678 | 2.283 | 701 | 854 | 587 | 141 | 395 |
| Zacatecas | 1.625 | 1.449 | 482 | 475 | 393 | 99 | 176 |

1/ Incluye información de Hospitales Universitarios, Niño Poblano y estatales y no incluye sector privado.

Notas: No incluye 234 residentes de PEMEX,

Sistema Nacional de Salud 1/ Médicos por entidad federativa, 2003

| Entidad Federativa | Total | Médicos en contacto con el paciente | | | | | En Otras |
|-----------------------|----------------|-------------------------------------|---------------|------------------|-----------------|----------------|---------------|
| | | Subtotal | Generales | Especialistas 2/ | En formación 3/ | Odontólogos 4/ | Labores 5/ |
| Nacional | 153.605 | 123.522 | 37.093 | 46.604 | 32.783 | 7.042 | 30.083 |
| Aguascalientes | 2.009 | 1.527 | 431 | 728 | 305 | 63 | 482 |
| Baja California | 3.580 | 2.810 | 921 | 1.294 | 425 | 170 | 770 |
| Baja California Sur | 1.217 | 989 | 313 | 442 | 181 | 53 | 228 |
| Campeche | 1.507 | 1.283 | 549 | 408 | 267 | 59 | 224 |
| Coahuila | 4.081 | 3.025 | 977 | 1.311 | 589 | 148 | 1056 |
| Colima | 1.184 | 969 | 279 | 423 | 213 | 54 | 215 |
| Chiapas | 4.060 | 3.672 | 1.310 | 1.028 | 1076 | 258 | 388 |
| Chihuahua | 3.956 | 3.157 | 1.190 | 1.208 | 609 | 150 | 799 |
| Distrito Federal | 32.189 | 24.994 | 4.604 | 11.506 | 7.329 | 1.555 | 7.195 |
| Durango | 2.560 | 2.099 | 659 | 751 | 587 | 102 | 461 |
| Guanajuato | 5.229 | 4.009 | 1.422 | 1.434 | 978 | 175 | 1220 |
| Guerrero | 3.786 | 3.335 | 1.419 | 979 | 748 | 189 | 451 |
| Hidalgo | 2.835 | 2.441 | 851 | 732 | 720 | 138 | 394 |
| Jalisco | 10.491 | 8.072 | 2.123 | 2.855 | 2.739 | 355 | 2.419 |
| México | 12.649 | 10.168 | 3.569 | 3.671 | 2.184 | 744 | 2.481 |
| Michoacán | 4.036 | 3.540 | 1.175 | 1.350 | 827 | 188 | 496 |
| Morelos | 2.223 | 1.860 | 595 | 796 | 354 | 115 | 363 |
| Nayarit | 1.725 | 1.446 | 461 | 498 | 413 | 74 | 279 |
| Nuevo León | 6.023 | 4.324 | 1.352 | 1.539 | 1212 | 221 | 1.699 |
| Oaxaca | 3.949 | 3.558 | 976 | 830 | 1.605 | 147 | 391 |
| Puebla | 6.129 | 4.993 | 1.455 | 1.413 | 1.825 | 300 | 1136 |
| Querétaro | 2.026 | 1.689 | 546 | 657 | 390 | 96 | 337 |
| Quintana Roo | 1.430 | 1.152 | 460 | 472 | 144 | 76 | 278 |
| San Luis Potosí | 2.848 | 2.381 | 679 | 780 | 760 | 162 | 467 |
| Sinaloa | 3.722 | 3.037 | 1098 | 1.176 | 628 | 135 | 685 |
| Sonora | 3.856 | 2.972 | 826 | 1.336 | 663 | 147 | 884 |
| Tabasco | 3.566 | 3.115 | 1.191 | 992 | 644 | 288 | 451 |
| Tamaulipas | 5.095 | 4.160 | 1.139 | 1.765 | 1082 | 174 | 935 |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Tlaxcala | 1.439 | 1.226 | 506 | 383 | 252 | 85 | 213 |
| Veracruz | 9.490 | 7.750 | 2.837 | 2.604 | 1.882 | 427 | 1.740 |
| Yucatán | 2.861 | 2.208 | 696 | 769 | 632 | 111 | 653 |
| Zacatecas | 1.854 | 1.561 | 484 | 474 | 520 | 83 | 293 |

1/ Incluye información de hospitales universitarios, hospitales estatales y Sistema de Transporte Colectivo (Metro); No incluye sector privado.

2/ Incluye información de pediatras, ginecoobstetras, cirujanos (generales y especializados), internistas, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, traumatólogos, dermatólogos, anesthesiologos, psiquiatras, endocrinólogos, gastroenterólogos, cardiólogos, rehabilitación (medicina física), urólogos, cirujanos plásticos y reconstructivos, neumólogos, neurólogos, oncólogos, hematólogos, urgenciólogos, ortopedistas, proctólogos, angiólogos (vascular periféricos), nefrólogos, reumatólogos, infectólogos, geriatras, genetistas, psiquiatras, psicogeriatras y otros.

3/ Incluye información de pasantes de medicina, pasantes de odontología, internos de pregrado y residentes.

4/ Incluye información de odontólogos y odontólogos especialistas (incluye cirujano maxilo-facial).

5/ Incluye información de labores administrativas, labores de enseñanza e investigación, epidemiólogos, anatomopatólogos, radiólogos y otros.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2003.

La visión del médico general

Finalmente, en este apartado, se presentan algunas expresiones narrativas que desde el ejercicio y la perspectiva médica, nos abren una ventana para conocer la lectura que hace un médico general de su experiencia cotidiana en el marco de la atención en el primer nivel, y asimismo la interpretación que hace de la participación y el lugar que ocupan otras formaciones profesionales que en algunas ocasiones participan de la prestación de servicios en el ámbito de la salud

“La atención primaria sigue siendo la más descuidada, no hay dinero, no hay reconocimiento, no hay medicamentos, no hay material de trabajo, no hay nada; no vamos lejos, mire este edificio está lleno de goteras, la atención primaria y todo “eso” no existe ... así ¿cómo se pueden pedir resultados?...”. (González, 2005c)

“...aquí, con la educación, la prevención y la promoción de la salud, seguimos no voy a decirle que exactamente igual que cuando empecé a trabajar hace casi veinte años, pero de que este trabajo no vende políticamente de eso estoy convencido; dentro de la institución es el área menos apoyada”. (González, 2005).

“...si revisa el último informe del gobernador, se va a dar cuenta que cuando se habla de salud, siempre se hace referencia a la construcción de hospitales, pero pocas veces se reconoce nuestro trabajo, sencillamente no existe para los políticos y tampoco para nuestros jefes...la educación para la salud, la prevención, son solo palabras, le puedo decir que las cosas están igual o peor que antes”. (González, 2005).

“...en realidad, nosotros los que damos la atención al paciente, somos los que, dicho vulgarmente, “nos la rifamos”. Puede haber todos los documentos que le gusten, pero nosotros tenemos que dar respuestas y servicios en el momento...hasta ahorammm me ayuda más mi experiencia que otra cosa”. (González, 2005).

“Sí, hay lineamientos que establecen que al paciente se le debe proporcionar gratis el medicamento pero casi nunca se puede cumplir porque regularmente no lo tenemos...” (González, 2005).

“...recurrimos a donaciones y apoyos de las compañías farmacéuticas que como parte de la promoción de sus productos siempre están dispuestas a apoyarnos, bueno...en este caso siempre nos han proporcionado ciertas cantidades de medicamento que nosotros canalizamos a nuestros pacientitos”.(González, 2005).

“...muchas veces no hay material para llevar a cabo la prueba, y otras veces es el médico que simplemente no la hace, cuando se sabe que por normatividad está obligado a practicar el examen”. (González, 2005).

“...aquí el médico es el que manda y tiene la última palabra, otros profesionistas como por ejemplo, la nutrición, igual que trabajo social o las enfermeras, están para apoyar nuestras decisiones y recomendaciones” (González, 2005).

“le puedo decir que en esta clínica ...en el caso de los sicólogos es una fortuna este trabajo ...porque lo que yo sé es que una cosa son los programas y todo lo que allí se lee, y otra el que en la realidad tengamos un espacio de trabajo y el reconocimiento para otras profesiones que no sean la nuestra...nos hemos hecho soberbios porque sabemos que tenemos poder (González, 2005).

A manera de reflexión final

Aunque desde hace algunas décadas en el discurso oficial se realizan declaraciones que pretenden enfocar a la salud desde una perspectiva histórica y social, tales declaraciones no hallan su contraparte en la definición de estrategias que como en el caso de los recursos humanos promuevan la participación y el trabajo de “nuevos” perfiles profesionales que desarrollen estrategias de atención y cuidado de la salud

Desde la óptica y experiencia del médico general (tanto en su versión crítica como de auto afirmación del poder médico), se mantiene el dominio de la figura médica como el eje central del que parte cualquier acción institucional en torno a la salud

Notas

(1). En el caso de los servicios privados de salud, se plantea el dominio de una relación de mercado que poco a poco ha ido empujando la presencia de este tipo de oferta, favorecida por marcos de regulación y apertura cada vez más permisiva por parte del gobierno, y desde luego dedicada al negocio económico de la enfermedad.

Bibliografía

Abrantes, Pego Raquel y Almeida, Celia (2002) “Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México”. *Saúde Pública* 18 (4), julio-agosto. pp, 971-989.

Ackerknecht, Ewin H (1971) *Medicina y antropología social*. AKAL / Universitaria. Madrid, España.

Arellano, David; Cabrero, Enrique; Del Castillo, Arturo (Coord.) (2000) *Reformando al gobierno. Una visión organizacional del cambio gubernamental*. Porrúa/CIDE México.

Bañón, Rafael y Carrillo, Ernesto (1997) (comp.) *La nueva administración pública*. Alianza Universidad Textos. Madrid, España.

Brito, Quintana Pedro E (2000) *Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales*. (OPS/ OMS).

Brito, Pedro y Granda, Edmundo (Editores) (2000) *Observatorio de recursos humanos de salud*. OPS /OMS. Ecuador.

Byrne, N y Rozental M (1994) *Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para educación médica en América Latina*. S/E. México.

Cardozo, Brum Myriam (1998) “El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993) en Cabrero, Mendoza Enrique (Coord) *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993)*. Logros y desencantos. Porrúa/ CIDE. México.

Conti, Laura (1972) “Estructura social y medicina” en Aloisi; Berlinger, et al (coord.) *Medicina y Sociedad*. Fontanella. Barcelona, España.

- Foucault, Michel (1996) *La vida de los hombres infames*. CARONTE ENSAYOS. Altamira Editorial. Argentina.
- González, Norma (2005) Guías y resultados de entrevista realizada en el primer cuatrimestre del año 2005. UAEM. México.
- Gutiérrez, Arriola Angelina (2002) *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*. UNAM / S.XXI. México.
- ISEM (Instituto de Salud del Estado de México) (2005) Programa de prevención y control de diabetes mellitus. Documento de trabajo, ISEM. Toluca, Estado de México.
- Kristeva, Julia (1995) *Las nuevas enfermedades del alma*. CATEDRA. Madrid, España.
- Laurell A. Cristina (1996) *La reforma contra la salud y la seguridad social*. Fundación Friedrich Ebert-ERA. México
- López, Moreno Sergio (2000) "Salud Pública y medicina curativa: objetos de estudio y fronteras disciplinarias". *Salud Pública de México* Vol. 42 No. 2 Marzo-Abril, pp. 88-89.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1997) Programa de desarrollo de recursos humanos. Recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial en salud. Washington DC.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2003) Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos. Unidad de desarrollo de recursos humanos. OPS. Madrid, España.
- Ornelas, Carlos (1998) "La descentralización de los servicios de educación y de salud en México" en Di Gropello, Emanuela y Cominetti, Rossella (Comp) *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL. Santiago de Chile, pp. 187-222.
- Ramírez, Berenice y Arancibia Juan (1999) *Seguridad social, reformas y retos*. Porrúa-IEE. México.
- Rivas, Vilchis José Federico (1994) Variables del diseño curricular en medicina. División de ciencias biológicas y de la salud. UAM-X. México.
- Rivero, Serrano Octavio y Tanimoto, Miguel (coord.) (2000) *El ejercicio actual de la medicina*. SXXI / UNAM. México.
- Rodríguez, Josep A y de Miguel, Jesús M (1990) *Salud y Poder*. Colección Monografías No. 12. CIS/ S.XXI. Madrid, España.
- Rodríguez, Ortega Graciela (2000) Relación medico-paciente. Interacción y comunicación. UNAM/ Miguel Ángel Porrúa. México.
- Rosen, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*. S. XX. México.
- SSA (Secretaría de Salud) (2001a) Programa de Acción para la prevención y control de la diabetes 2001-2006. SSA. México
- SSA (Secretaría de Salud) (2001b) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud. <http://www.ssa.gob.mx>.
- SSA (secretaría de Salud) (1995a) *Informe de labores 1994-1995*. Secretaría de Salud. México
- SSA (Secretaría de Salud) (1995b) *Modelo de atención a la salud para población abierta 1995*. SSA/ Dirección general del instituto de salud en el Estado de México.

SSA (Secretaria de Salud) (1994) *Programa de reforma del sector salud 1995-2000*. SSA. México.

SSA (Secretaria de Salud) (1990a) *Plan Nacional de Salud 1990-1994*. SSA. México.

SSA (Secretaria de Salud) (1990b) *Año del Cincuentenario. Agenda*. SSA, México.