

Desde la Radioteca

A propósito del “Seguro Médico Popular” ¿Por qué “radiología” en Centros “base”? Regarding “Seguro Médico Popular” Why Radiology in “centre base”?

Santín García G[□]

Aten Fam 2006;13(5):110-111.

Palabras clave: Radiología, servicios médicos

Key words: Radiology, medical services

*“A ninguna sociedad se le puede cambiar
desde arriba, si sus miembros no quieren cambiar”*

Carlos Olivera Ochoa, UNAM

Nadie duda que los mexicanos en cualquier sitio del territorio nacional requerimos atención médica accesible, eficaz y financieramente posible, pero no lo es actualmente... es muy disímil.¹ Los médicos debemos contribuir a formar un ambiente profesional y general propicio para que este servicio a la salud sea un hecho; es una necesidad.

Las oposiciones que se manifiestan al Seguro Popular se semejan a lo ocurrido cuando se planteaba la creación de IMSS, que a pesar de todos los defectos atribuibles a “personas”, no a la Institución en sí, ha producido beneficios sin cuenta.

Ya el proyecto del Seguro Popular es un ordenamiento, falta lo difícil: la organización, personal, finanzas; no es lo mismo la atención médica en las ciudades, pues aun entre las ciudades difiere, que en el medio rural o en la “sierra”.

Los protagonistas: médicos, directivos, instituciones y habitantes, que como es hábito desafortunado, primero resistimos o rechazamos una idea, en lugar de percibir y analizar el fondo del beneficio social y nacional que pueda traer un proyecto necesario.

En el mundo, y en nuestro país no debería haber ya la polarización y división entre “izquierda” y “derecha”. Ambos vocablos están pervertidos, son antagónicos no debiendo serlo si se definen las necesidades de sumarse en la organización y esfuerzos. Los habitantes con escasos ingresos necesitan ayuda, y no se puede otorgar sin capital, se requieren fondos o los mecanismos para formarlos; no son las personas enfermas en cualquier nivel, quienes producen el capital ni pertenecen “a la izquierda” en una nación.

Luego estamos ante lo imperioso de colaborar, de organizar, de empezar a formar camino eficaz y correcciones al andar. “Buscar más la relación entre los sistemas de salud en México, los médicos desempleados y los estudios en Medicina”²⁵ **Requerimos economía y organización social “dirigida”, como lo ha hecho Alemania y Japón**, apenas se les dio el apoyo. Sobre todo **“honradez”** cabal en todos los involucrados: **valor moral primordial** que toca a creyentes y a agnósticos, a políticos y ciudadanos, a ricos o pobres, trabajadores y empleadores, a funcionarios, pero también a proveedores.

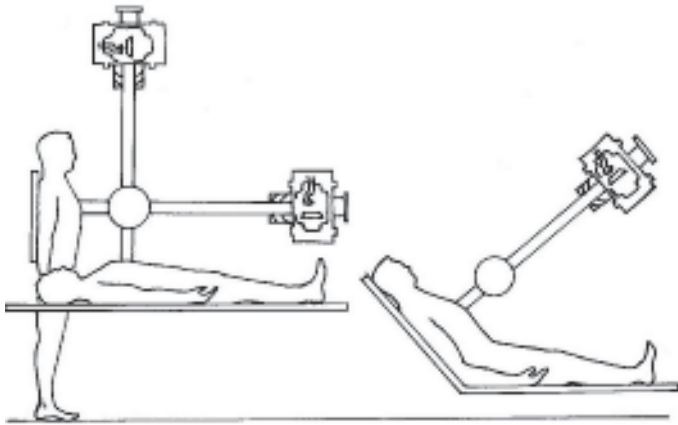
En la situación actual contamos con varios miles de egresados de Escuelas de Medicina, desocupados, que no encuentran acomodo satisfactorio, primero, y menos un porvenir. Importa que se integren

en grupos de amigos preparados, para resolver la mayor parte de los problemas por los que la población consulta en la primera o segunda instancia.² Grupos así encontrarán apoyo natural en una organización desde “arriba” que difícilmente podrá integrar de manera adecuada y por “mandato” esos grupos, y específicamente en “dónde” y con qué “alcances”; estos últimos los podemos determinar los médicos en esos grupos, al lograr que quienes manejan a la “población” puedan adjudicar un sector a cada grupo organizado, como en las antiguas “iguales” o como un “seguro” vigilado -distinto y mejorando las subrogaciones actuales.

Quizá quepa en este párrafo incluir *¿y por qué radiología? ¿qué tiene que ver en esta organización fundamental y con base en el Seguro Popular? Porque hay un “espejismo” en lo que toca a su lugar en la solución de problemas. Hay centros magníficamente equipados para diagnóstico con resonancia magnética y positrones, pero no caben para detectar una fractura o una luxación ni una neumonía o una cardiopatía, o una oclusión intestinal ni un cuerpo extraño ni una sinusitis, y la vigilancia de cánceres tratados o de patologías crónicas, ejemplos de casos que deben resolverse minutos después de su indicación y demanda en el Centro o sitio base de atención. Igual ocurre con una anemia, glucosa anormal, ECG, un disneico medible en su capacidad pulmonar con un espirómetro a la mano, son los instrumentos adicionales y simples a tener, sin descartar ultrasonido, por ejemplo un equipo radiológico simple: tubo de rayos X y Bucky o detectores colocados a cada extremo de un brazo, capaz de girar 180 grados (Fig 1), elevable manualmente o a motor a la altura necesaria en el momento, con un generador y transformador que actualmente se han simplificado y elevado su potencialidad, es la solución inclusive comercial, pues el fabricante en lugar de vender uno o dos grandes y sofisticados equipos a hospitales de segundo y tercer “nivel”-de los actuales-, podría beneficiar a miles de pequeños Centros. Para cuando se apruebe esta instalación, ya no habrá cuartos oscuros; las imágenes obtenidas sobre la marcha se procesarán a distancia, electrónicamente y minutos después, podrán verse en monitores instalados en la consulta.*

La separación de especialidades y servicios de “especialistas” desde ya hace muchas décadas ha conducido a los estudiantes de Medicina a percibir que sólo a través de “especialización” encontrarán acomodo y prosperidad. El resultado es que no cuentan con un programa satisfactorio y sólido “general” que les de las destrezas indispensables para garantía de sobrevivencia y desarrollo grande y lícito. Si egresan muy “especialistas” después de 11 o 12 años de estudios médicos, no encuentran plazas, y si alcanzan una, se convierten en asalariados, cuando no explotados, **ahogados por la imposibilidad de adquirir individualmente instrumental, equipo, sitio y dinero que alcance o compita con lo cambiante de la tecnología** para ejercer una Medicina que cae cada vez más en manos de hombres de industria que se las saben “todas” para lucrar, opuesto a la tradición que era y es condición de fondo

[□]Ms. Radiodiagnóstico y radioterapia. Profesor de Radiología, departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM



para la Medicina, tradicionalmente con vocación de “servicio”.

Definitivamente no voy a cambiar con este artículo la organización del cómo otorgar atención médica en nuestro País; como está dicho al principio, es problema complejo, necesario, pero sí es ocasión en este momento histórico de controversia “polarizada”, de buscar en lo mejor de las mentes de quienes tienen las riendas de la cuestión social, que ya es tiempo de convertirnos para el bien, no para la anarquía y desorganización de los problemas permanentes a resolver, y uno de ellos es *¿por qué los hospitales están divididos en “niveles de atención” y necesariamente “especialidades distantes”?* que alargan esperas, soluciones y oportunidades de tratamiento y recuperación.

En la reunión sobre **“Atención a heridos de Guerra, agresiones urbanas y terrorismo”**³ presentado en noviembre 15 de 2005 en la Academia Mexicana de Cirugía, se expuso la necesidad de capacitar a todo médico en una organización de apoyo por **escalones, además de lo médico clásico**, en destrezas de cirugía de guerra”; en una organización piramidal para la solución específica del daño producido desde el primer escalón en el “campo” (en Medicina General “la primera consulta”) con transporte rápido al siguiente escalón, que puede estar en el mismo campo, hasta el cuarto o quinto que, para los

EU, representan Centros elevados dentro de su territorio. Es necesario proporcionar soluciones específicas que se vayan dando según la clasificación del daño, o especificidad de la atención, en el menor lapso posible hasta el **escalón ascendente apropiado**, no necesariamente el “nivel” existente en la organización defectuosa actual.

Se expresó cómo en la vida urbana actual, los accidentes de tránsito, vandalismos, narcoagresiones, grupos exitados, atracos y toda la consecuencia del aprendizaje de agresión que en televisión y cines se adquiere sobre armas de cada vez mayor poder destructivo son efectos similares y aún más frecuentes que las muertes de soldados en la actual invasión de Irak; daños personales de “guerra” con la variante de que ocurren en personas aglomeradas no protegidas con las “armaduras” modernas de los soldados en combate.

La conclusión natural es presentar a las escuelas de Medicina y primordialmente a la de la UNAM, la sugerencia de incluir apropiadamente destrezas específicas ya determinadas para los diversos daños y organizar a secuencias de atención, como preparación indispensable en nuestra carrera de médico cirujano e insistir en este “abarcar” para los “médicos familiares” en sus sitios de trabajo.

Toda esta información y sugerencia se proporciona con motivo de la revisión que actualmente se está haciendo en la Facultad de Medicina para el currículo del médico cirujano, (para ir al servicio social por ejemplo) y en estructuración de nuestro nuevo Gobierno a partir de diciembre de 2006.

* Para indicar la experiencia que avala al Autor a lo propuesto en este artículo. En 60

años ha fundado y ejercido Radiología diagnóstica y jefe de radioterapia, en el Departamento de Radiología del Hospital Francés, en el IMAN, hoy Instituto Nacional de Pediatría, en el Hospital Conde de Valenciana, en el Hospital Gustavo Guerrero, en los juicios sobre lo complejo y frecuentemente inoportuno de la atención médica en instituciones públicas y privadas. Y ahora en la posición “política” a un Seguro Popular.

Referencias

1. Santín García G. **A propósito de la Medicina de los próximos 25 años** [disertación]. Academia Nacional de Medicina, 2005.
2. Santín García G. **¿Porqué médicos generales? Filosofía y moral en ejercicio médico y en Radiología** [cd-53]. México, UNAM, 2005.
3. Santín García G. **Creación de nuevas plazas de trabajo en México** [disertación]. Secretaría de Salud, 2005.
4. Santín García G. **Atención a heridos de Guerra, agresiones urbanas y terrorismo** [disertación]. Academia Mexicana de Cirugía. 2005.
5. García Pedroza I. **Comunicación personal** [disertación]. UNAM, 2006.