

La Situación del Servicio Médico Social

Este programa de descentralización del servicio médico a las comunidades que carecían de su atención se estableció en 1948, por iniciativa de la Junta Directiva del Colegio de Médicos y fue avalado por la Junta de Gobierno de la Segunda República, por preocupación del Dr. Raúl Blanco Cervantes. Para entonces, todos los médicos, escasos para las necesidades del país, obtenían su graduación de universidades extranjeras, ante la carencia de nuestra propia escuela. Cuando dejaron de venir graduados en Europa, por la Segunda Guerra Mundial, comenzaron a dar sus frutos las escuelas americanas. Este servicio social, al igual que en otros países vecinos, fue una respuesta a la carencia de servicios médicos rurales y se le estableció como un requisito para la incorporación al colegio. Después del internado también obligatorio, el médico debía cumplir con esta disposición. La adjudicación de las plazas estuvo siempre a cargo del Ministerio de Salud, inicialmente por el ministro mismo cuando los pocos médicos tenían muchos lugares disponibles; luego se hizo por una comisión de representación interinstitucional cuando el significativo aumento del número obligó a sortear las plazas entre los postulantes. No era excepcional que un médico repitiera otro año en su lugar inicial, por inopia. Nunca hubo un mecanismo para valorar el impacto sanitario logrado ni el arraigo del profesional en áreas rurales, pero la experiencia demostró que fueron positivos ambos elementos. Tampoco hubo un soporte académico complementario que consolidara el conocimiento teórico con la práctica inicial.

Cuando nuestra Escuela de Medicina aumentó sus graduaciones a cerca de una centena anual, como una respuesta premeditada a la demanda inducida por la Universalización del Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja, todos los médicos encontraron de inmediato su ubicación. Además, la demanda inducida por el traspaso de los hospitales, siempre produjo lugar para todos los recién graduados. Incluso el requisito de igual exigencia de las escuelas mexicanas se cumplió en nuestro país, por el convenio especial que se logró. Por algún tiempo también se absorbió las graduaciones de la primera escuela privada de medicina de la UACA. Para 1990, el 60% de los graduados eran nacionales y el 40% provino de escuelas del exterior.

En la década del 90 se produjo un cambio radical que creó un nuevo escenario. La población de postulantes al Servicio Social comenzó a crecer mucho más allá de la capacidad de financiar nuevas plazas. A la fecha, existen seis escuelas que

gradúan médicos, que tienen una población de cerca de 5 mil estudiantes que terminarán en los próximos años y que se agregarán a los casi 5 mil médicos ya incorporados al Colegio. Es obvio que ya el sistema público de salud no tiene capacidad para absorberlos. La sociedad tampoco, con su modalidad tradicional, por lo que el espectro del desempleo médico comienza a hacerse una realidad que antes nunca existió. El número de plazas disponibles, aún rebajando el período de nombramiento a solo seis meses, es muy inferior para los candidatos a Servicio Social. El año pasado se presentaron 365 solicitudes para llenar las 114 plazas disponibles. Resultado, sólo el 55% encontró su sitio y el 45% fue eximido del requisito y se autorizó su incorporación inmediata, de modo que de la sala de clase del hospital pasaron directamente a la atención de pacientes, en cualquier condición que proporcione trabajo e ingreso al nuevo profesional. Para este año habrá más de 500 postulantes y el año entrante el número excederá el millar. Mientras tanto, las plazas han permanecido sin modificar su número desde 1990.

Como no existe un Plan Nacional de Salud con un inventario de recursos humanos, ni de proyección de sus necesidades, la matrícula de las Escuelas de Medicina es un fenómeno ciego, sin perspectiva futura, pero sigue siendo un buen negocio. Si no se sabe qué se tiene, ni el camino a recorrer, tampoco donde se va. Se carece de una nueva planificación de los EBASIS requeridos por el programa de Atención Primaria, ni se ha completado la totalidad de su instalación, ni están especificadas con nitidez sus funciones. Después de 30 años de fomento de la salud, se vuelve a enfatizar en la atención hospitalaria, que es solo atención de la enfermedad y que demanda otro tipo de recurso humano para su atención. La implementación de la promoción y prevención de la salud, como planes complementarios regionales, están esperando definición. Esta cuantificación podría fijar con claridad la necesidad de los servicios sociales tanto de los médicos, como de los otros profesionales en ciencias médicas.

En 1995, ante la incertidumbre propia del tema, se aprobó la Ley 7559, que extendió el Servicio Social para nutricionistas, enfermeras, odontólogos y farmacéuticos, pero sin un plan concreto de contenido económico ni de soporte académico, para aprovechar estos recursos y completar su formación en servicio y así podrían formar parte del conocimiento del Sistema Nacional de Salud. Se evitaría así que los profesionales se incorporen a sus respectivos colegios sin ninguna práctica

fuera de los hospitales, ni ningún conocimiento ni contacto con las comunidades. Tampoco las escasas plazas actuales corresponden con los indicadores de pobreza de las regiones del país y se sigue privilegiando las áreas urbanas. Además, las convulsivas situaciones sociales de los países de la región expulsan una buena cantidad de profesionales en ciencias médicas que se incorporan a los respectivos colegios mediante los convenios legales vigentes y ocupan después las plazas rurales. Y como ocurrió desde el comienzo, el componente académico sigue estado ausente, incluso en este momento en donde la educación a distancia salva la presencialidad de los interesados.

Algunos, para reforzar el concepto de mercado abierto, propugnan la idea de suprimir el Servicio Social para facilitar el libre juego de la oferta que ya es abundante, contra una demanda creciente del grupo económicamente más frágil, que nunca se satisface a menos que el Estado intervenga. Era de esperar. El deterioro social y el aumento de la pobreza, ya

hasta son reconocidos por el Banco Mundial y se acepta la premisa que se hace indispensable la participación del Estado. Ahora más que nunca se debería sentir la autoridad de un Ministerio de Salud Rector que planifique, supervise y evalúe el impacto y el rendimiento de este valioso instrumento tanto para la formación integral del profesional en ciencias médicas, como en la satisfacción de las necesidades creadas por las nuevas condiciones económicas que se unen a la pérdida de solidaridad de la organización comunitaria. La evaluación del Rector de la Salud podría ser un elemento determinante en las matrículas anuales de las escuelas de medicina, adaptadas a la necesidad nacional. Todos los países desarrollados tienen regulada su matrícula en las escuelas de medicina y el negocio de la producción incontrolada de profesionales en ciencias médicas no forma parte del libre mercado.

Guido Miranda Gutiérrez
Doctor Honoris Causa, UNED