

Coyuntura

Salud para todos en el año 2000

CONFORME A LA TEMÁTICA GENERAL de este número el Centro Tepoztlán¹ organizó un coloquio sobre el tema “Salud para todos en el año 2000” que se celebró en Tepoztlán, Morelos el 3 de marzo pasado.² A continuación se hace una síntesis de las exposiciones de los participantes en la sesión matutina de la reunión. Por falta de espacio, el debate que siguió en la tarde no ha podido reproducirse en esta revista.

Introducción

*Viviane B. de Márquez **

La meta de “salud para todos en el año 2000” fue planteada en la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud* celebrada en Alma-Ata, URSS, en el mes de septiembre de

¹ El Centro Tepoztlán es un centro de discusión sobre cuestiones fundamentales que afectan al hombre en la actualidad, con especial referencia a la realidad de América Latina y el Caribe, y las posibles y diversas formas alternativas de enfrentarlas. El Centro funciona sobre la base de una red de personas interesadas en este tipo de actividad que se reúnen periódicamente para debatir temas particulares. El Centro tiene su sede en Tepoztlán, Morelos; el presidente es el señor Víctor L. Urquidi, el secretario general es el Arquitecto Eduardo Terrazas y el coordinador general es el doctor Vicente Sánchez.

² Agradecemos el apoyo financiero de El Colegio de México, el apoyo táctico y organizativo del Instituto Mexicano del Seguro Social y la colaboración del doctor Vicente Sánchez, coordinador general del Centro Tepoztlán.

* El Colegio de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Centro Tepoztlán.

1978, bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. En esta conferencia se dictaron una serie de principios y definiciones destinados a propiciar cambios fundamentales —tanto en las concepciones como en las estructuras de los aparatos de salud de los países miembros de la OMS— que se consideran indispensables para elevar sustancialmente el estado de salud de las poblaciones en un plazo de 22 años.

Tanto la definición de la salud como las recomendaciones que surgieron de esta conferencia representan, por una parte, la cristalización de una visión crítica del desempeño actual de los sistemas de salud —particularmente en los países en desarrollo—; por otra, una voluntad colectiva de hacer realidad una serie de principios expresados desde el siglo XIX sobre la obligación que tiene el Estado de garantizar un estado mínimo de bienestar físico y mental a los ciudadanos.

Haciendo un breve recorrido por las declaraciones y acciones que marcaron la historia de la atención a la salud en el mundo, se hacen evidentes la extrema lentitud con que progresan las ideas y las grandes divergencias entre países cuando se llevan a cabo.

Es costumbre atribuir el “invento” del estado de bienestar a Bismarck quien asumió el poder en Prusia bajo Wilhem I entre 1867 y 1890. Sin embargo, si Bismarck fue efectivamente el primer promotor y realizador del estado de bienestar, las concepciones de este fenómeno antecedieron su realización. Así es como encontramos desde 1848, casi 20 años antes del mandato de Bismarck, los escritos de Virchow (también un prusiano), quien afirma que “el Estado democrático desea que todos sus ciudadanos gocen de un estado de bienestar, porque reconoce que todos tienen derechos iguales”. Más adelante, añade: “El Estado debe hacer algo más: debe asistir a todos para que tengan las condiciones necesarias para gozar de una existencia saludable”.

A pesar de ideas tan avanzadas y de su realización temprana en Prusia, debemos esperar hasta la crisis mundial de 29 para que se reconozca, al mismo tiempo que la necesidad de una intervención del Estado en la economía, la de conservar y renovar la fuerza de trabajo en buen estado de salud. Pero no es sino hasta 1945 cuando se afirma en la Carta de Naciones Unidas, que la salud es un derecho fundamental de los individuos. El

mismo año, la Primera Conferencia Internacional de la Salud instituye la OMS y reconoce que “los gobiernos son responsables de la salud del pueblo, meta que solamente puede ser alcanzada por medio de la adopción de medidas sociales y sanitarias”. Antes de esta fecha, sólo dos países habían declarado la responsabilidad del Estado para el bienestar de sus ciudadanos: Gran Bretaña y Chile. En Gran Bretaña, se instituyó el Servicio Nacional de la Salud en 1945, y en Chile, en 1952.

En el resto del mundo, la atención pública a la salud se fue desarrollando poco a poco y de manera muy desigual, sin mucha relación con el grado de desarrollo económico; Estados Unidos, por ejemplo, fue de los últimos países en asumir gastos públicos en materia de salud, y con una intensidad nunca comparada con la mayoría de los países europeos mucho menos prósperos, y hasta con algunos en vías de desarrollo, como Chile hasta 1973.

En América Latina, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) fue el órgano que inicialmente impulsó, desde su creación en 1948, la intervención del Estado en la planificación económica y el bienestar social, seguida por la Alianza para el Progreso (1961) que también fomentó la integración de políticas de bienestar con el desarrollo económico.

A partir de esa época es cuando aparecen en América Latina los organismos públicos de salud que privilegian la asistencia médica y el saneamiento ambiental. Surgen centros médicos y grandes conjuntos hospitalarios. En otras palabras, se implanta en América Latina el llamado modelo médico de alta tecnología, alto costo unitario y cobertura reducida, financiado con base en los salarios de los asegurados y que principalmente beneficia a los trabajadores de los sectores formales urbanos (o sea, la porción de la fuerza de trabajo más involucrada en las políticas de modernización e industrialización de estos países). En resumen, a partir de la segunda guerra mundial, la salud viene a formar parte de la estrategia de desarrollo de todos los países de América Latina, al mismo tiempo que se caracteriza por una distribución muy desigual de los beneficios que ofrece y un enfoque limitado casi exclusivamente a una concepción asistencial y tecnificada de la práctica médica.

En este contexto generalizado de sistemas de atención médica “modernizados” pero de acceso restringido, la Conferencia de Alma-Ata imprime un nuevo giro al discurso de salud pública: representa un llamado a) a la universalización de la aten-

ción a la salud; *b*) a la atenuación del énfasis puesto en la modernización y la tecnificación de la práctica médica, y *c*) a la ampliación de la definición de atención a la salud para que incorpore tanto las acciones preventivas y curativas como la participación comunitaria en la gestión y vigilancia de la salud. Para lograr este nuevo proyecto de justicia social, se recomiendan las acciones prioritarias siguientes:

a) La extensión de cobertura de salud y mejoramiento del ambiente.

b) La organización de la participación de las comunidades con una mejor difusión de la información pertinente para asumir responsabilidades.

c) El perfeccionamiento de la articulación intersectorial.

d) El desarrollo de investigación y tecnologías adecuadas, de recursos humanos e insumos críticos.

e) El establecimiento de sistemas nacionales de financiamiento del sector salud y la reorientación de la cooperación internacional.

Todos sabemos que son difíciles de seguirse estas directrices en nuestros países, especialmente en el contexto de una recesión mundial. También sabemos que ya no son viables, ni siquiera en los países europeos, las antiguas soluciones del Estado de bienestar.

En México, hemos asistido a una crisis sin precedente desde 1982 y la sola tasa de inflación de los alimentos básicos nos permite prejuizar la baja de poder de compra de la población en general; esto nos hace pensar que el estado general de nutrición de la población, que nunca fue satisfactorio, está empeorando.

Sabemos, además, que esta situación es grave para la salud de la población porque la vulnerabiliza con respecto a las enfermedades, lo cual tiende a ejercer más presiones sobre la orientación asistencial de las políticas de salud, en razón de las necesidades inmediatas de tratamiento de las enfermedades. Esto debilita las posibilidades de institucionalizar la redefinición más amplia que se quiso dar a la noción de salud en Alma-Ata.

Hemos reunido aquí a un grupo de especialistas de diferentes disciplinas, todos interesados en la salud, para que ofrezcan un panorama de las condiciones de salud presentes y futuras en México y América Latina, y, sobre todo, para que propongan soluciones realistas y concretas para lograr las transformaciones cualitativas y cuantitativas que se formularon en la conferencia de Alma-Ata.

*Carlos I. Soard**

“Salud para todos en el año 2000” es un objetivo de un grupo de naciones en el que está México; es también un compromiso, pero, sobre todo, es un imperativo de justicia. Su realización plantea problemas muy importantes en la situación que estamos viviendo: las condiciones financieras de México generan un conflicto entre esa aspiración, muy justa, y las posibilidades de realizarla. Siento que es posible crear ciertos mecanismos que puedan acelerar nuestra acción para lograr la salud de todos en el año 2000.

En primer lugar, una de las opciones que se nos presentan al asumir la grave responsabilidad de mantener el gasto público en el mínimo compatible con nuestras necesidades de desarrollo, es revisar el aprovechamiento que estamos haciendo de nuestra infraestructura humana y física; creo que es mucho lo que se puede adelantar haciendo que los recursos que tenemos amplíen su radio de acción y sus efectos. Esto nos lleva a precisar mejor nuestras metas: si sumamos las coberturas que declaran las instituciones de salud, resulta que 1 de cada 6 mexicanos no tiene acceso a los servicios de salud pero éste indicador global no permite orientar la acción; para orientar la acción hay que sustituir el indicador de el número de personas por el de los núcleos de población a los que se presta el servicio.

Creo que una de las grandes responsabilidades de los que trabajamos en el sector salud, y que participamos en este programa de Salud para todos en el año 2000, es saber con precisión en dónde están las carencias, medir nuestras fuerzas e ir trazando programas que vayan superándolas. En vez de hablar del número global de individuos atendidos podríamos hablar de localización de comunidades a las que tenemos que dar cada vez mejor servicio. Esto nos permitiría controlar el avance hacia las metas buscadas y establecer jerarquías.

Cuando los obstáculos son de índole geográfica, la extensión cabal de la cobertura requiere un gasto público que no es posible hacer a corto plazo, pero podemos tomar medidas que alivien en cierto grado las carencias de servicios en los núcleos apartados. Hace años, se habló de crear en México la carrera de medicina rural, con la que se pretendía capacitar prefe-

* Secretaría de Salubridad y Asistencia.

rentemente a los oriundos de las regiones para que ellos mismos prestaran servicios primarios de salud. La idea no prosperó. Fue, una situación similar a la que estamos comentando, la que dio motivo a que se pensara en la creación de la carrera rural. En este sentido podríamos buscar qué es lo que hay que hacer para reducir el número de núcleos de población carentes de servicios.

Otro problema en cuya solución también podríamos tomar medidas no tan costosas, es el de la alimentación. Se puede utilizar fundamentalmente la educación de las amas de casa, que son las responsables de la nutrición de las comunidades, para ir incorporando en esta nutrición especies menores, como aves de corral, que vayan dando los complementos de proteínas animales que la alimentación del maíz y frijol no dan.

En conclusión, siento que si revisamos el potencial de las estructuras existentes y tomamos ciertas medidas sencillas, iremos avanzando hacia el establecimiento de un clima mejor de salud general.

*Armando Cordera Pastor**

El documento de introducción a este coloquio menciona un modelo de servicios de salud, y por ello, me parece importante que en esta reunión demos el justo significado al término de modelo. Modelo es un concepto de moda y frecuentemente se utiliza con acepciones descuidadas o simplistas que crean confusión, ya que representan agregados fragmentarios sin congruencia interna. Por ello, es fundamental definir de qué modelo hablamos.

Parece útil recordar que un modelo se define como la duplicidad, representación gráfica o simbólica de una realidad empírica o de una teoría científica, por lo que el isomorfismo es fundamental. Isomorfismo entre el modelo y el objeto o fenómeno que tratamos de representar.

La idea de diagnóstico, de uso habitual en medicina, no se agota con su significado etimológico (*dia*: a través, *gnosos*: conocimiento), sino que nos remite a nociones de isomorfía y por lo tanto al concepto de modelo. En este caso, podríamos

* Instituto Mexicano del Seguro Social.

también referirlo a la llamada regla de oro del estructuralismo: "sólo se conoce por diferencia". La diferencia entre el fenómeno y el modelo es lo que nos permite elaborar un diagnóstico. Si, además, cada elemento del modelo se puede relacionar con una teoría o un concepto, nos servirá para explicar las conductas diferenciadas. Así pues, el modelo tiene, cuando menos, dos funciones básicas: la diagnóstica y la explicativa.

En esta reunión se trata de conocer la situación concreta y sincrónica de la salud en nuestro país; ello es posible si logramos un análisis sistémico, ordenado y coherente, de nuestro campo de interés. Entonces podremos actuar eficazmente para transformar la realidad en un isomorfismo siguiendo un modelo tan completo como sea posible.

Pero aquí nos enfrentamos a otra falta de definición aceptada, que se refiere a lo que cada uno de los participantes y distintos grupos sociales entienden por lo que es salud, o más bien, servicios de salud. Se identifican con claridad dos enfoques: el dominante los define como el conjunto de elementos técnicos, financieros, físicos y humanos que se interrelacionan "para prestar el servicio". Hay una corriente de reciente formación aún minoritaria, que señala que esos elementos interactúan "para promover la salud; prevenir, curar o controlar la enfermedad, y si esto no fuera posible, para consolar o paliar".

Parece importante estipular cuál es la definición que nuestro grupo acepta, así sabríamos hacia dónde dirigir las acciones; *a)* a dar servicio; *b)* para anotar los resultados de ese servicio. Esta aclaración sobre los fines y los medios también afectaría a los aspectos legales; hay personas que toman éstos como fines, en tanto que otros los consideramos medios, aunque muy importantes, para obtener resultados.

También, en la Introducción a este coloquio se habla de un modelo de tecnología avanzada. Este tema también requiere de aclaraciones, pues es muy discutido en la actualidad. Habría que saber si nos referimos a una tecnología de objetos o bien a la de tipo organizativo. Yo creo que es deseable que esta última se desarrolle en nuestro país, pues el rendimiento del personal en los servicios de salud es muy bajo. Por ejemplo, en Suecia calculan 1.5 personas por cama en un hospital; en Alemania es de 1.8 personas por cama; en Estados Unidos puede llegar hasta 2.5 personas por cama. En México siempre es mayor y llega a ser en algunos casos de más de siete personas por cama.

Acerca de la tecnología avanzada de objetos o aparatos, yo creo que no existe el modelo de tecnología que menciona el documento y menos que sea avanzada; habría que aclarar con qué tecnología se está comparando. Lo que sucede es que en México hay unos cuantos hospitales que tienen equipos más o menos modernos y algunos especialistas que manejan esta "tecnología de punta". Lo ideal sería que existiera esa tecnología en algunas unidades de concentración, que hubiera también un desarrollo racional de tecnología sencilla, y que ambas produjeran resultados positivos en la salud de la población. Ha habido épocas, como sucedió en los sesenta, en las que ha existido la congruencia; en estos años, la población de cualquier estrato socioeconómico deseaba tratarse en el Centro Médico Nacional, en el Instituto Nacional de Cardiología o en el de Nutrición y no ir al extranjero. Se sabía que los servicios de esos lugares eran comparables a los de otros países. Además, los médicos de alta capacidad técnica no abandonaban el país para ir a trabajar a otra parte.

Lewis Thomas, rector de la Universidad de Yale y filósofo de la medicina, acostumbra decir que hay tres tipos de tecnología: la alta, la intermedia y la no tecnología. La alta tecnología es la que produce resultados positivos para la salud; el ejemplo serían las inmunizaciones o los antibióticos, que evitan o curan la enfermedad. La tecnología intermedia es la sustantiva, que consiste en prótesis valvulares, dentales u óseas, o en medicamentos como la insulina. Si bien los pacientes no se curan, pueden tener una buena calidad de vida por periodos largos. Por último, la no tecnología es aquella que utiliza aparatos sofisticados y a la última moda que dan prestigio pero que producen pocos resultados positivos; el ejemplo son los departamentos de terapia intensiva o los modernos aparatos de rayos X: tomografía computarizada o resonancia magnética nuclear. ¿A cuál de éstas nos referimos cuando hablamos de tecnología avanzada?

La tecnología debe ser seleccionada racionalmente de acuerdo con las funciones de cada programa de servicios de salud. Recomiendo la lectura de una publicación reciente de la OPS intitulada "Tecnología adecuada para la salud".

Si definimos los términos importantes seguramente nuestra discusión y nuestras recomendaciones serán más claras y útiles.

*Carmelo Mesa Lago**

Quiero mencionar que el instrumento más dinámico que ha habido en América Latina para la extensión de la cobertura de salud de tipo curativo ha sido el Seguro Social. El Seguro Social, como ustedes saben, y como lo mencionó Viviane, arranca desde fines del siglo pasado de acuerdo con el modelo de Bismarck; es éste un modelo que pudo funcionar muy bien en Europa, fundamentalmente porque hay una población asalariada muy alta, y el servicio o la cobertura está conectado con el empleo analizado. En América Latina algunos países de los más desarrollados tienen una población asalariada muy alta, y en ellos ha sido fácil realizar el modelo del Seguro Social; es el caso, por ejemplo de Argentina, Chile, Cuba, Costa Rica y, hasta cierto punto, Brasil y México. Pero en la gran mayoría de los países de América Latina, la proporción de la fuerza laboral asalariada es baja y hay una gran concentración de las fuerzas laborales en la agricultura y en el trabajo por cuenta propia. Estos son precisamente los grupos que están excluidos de la cobertura del Seguro Social. Cuando tenemos proporciones de población asalariada de un 60 o 70 por ciento, entonces es fácil extender la cobertura con ese modelo, pero cuando tenemos una proporción combinada en agricultura y trabajo por cuenta propia del 60%, es prácticamente imposible. Eso explica porqué todos los países de Centroamérica y del Caribe, con excepción de Costa Rica y Panamá, tienen coberturas que fluctúan entre 2% y un 16 o 17 por ciento en estos países es obvio que ese modelo no es viable para alcanzar la meta de Alma-Ata. Otro punto importante es que en estos países la cobertura está limitada a la ciudad capital y las principales ciudades del país, donde está el trabajador asalariado. En otras palabras, la cobertura está directamente ligada con el grado de desarrollo de los estados o de las provincias de los distintos países de América Latina. Entonces ¿cómo podemos escapar de este problema tan serio y alcanzar la cobertura universal?

Se ha dado preferencia a la medicina curativa; en algunos países de América Latina, la proporción del gasto entre medicina curativa y preventiva es de 15 a 1, o sea que por cada unidad monetaria que se gasta en medicina preventiva, se gastan

* University of Pittsburgh, Centro de Estudios Latinoamericanos.

15 en medicina curativa. Esto está ligado con el modelo de alta tecnología y de uso intensivo de capital que resulta extremadamente costoso en América Latina y no puede funcionar más que cuando se aplica a una cobertura muy reducida de un 20 a 30 por ciento de la población. Piénsese, por ejemplo, que hay países en América Latina en los que el gasto en seguridad social ha llegado al récord; en Chile, en el año 1971, llegó al 17% del producto interno bruto. En aquel entonces, solamente había 5 países en Europa Oriental y Occidental, extremadamente desarrollados, que tenían un gasto mayor que el de Chile. También podemos mencionar el caso de Uruguay, en el que aproximadamente la mitad del gasto en seguridad social es en salud. En resumen, estamos hablando de proporciones que van de 5 a 7 por ciento del producto interno bruto en algunos países de América Latina. Ahora bien, se ha demostrado que en esos mismos países pioneros de la seguridad social es imposible mantener ese gasto. Se han hecho una serie de reformas para tratar de reducir ese problema, entre ellas, las que yo considero una antítesis de la seguridad social: la privatización de los servicios médicos; en Chile y Brasil se ha comenzado a poner en práctica estas reformas para reducir los gastos. Desde luego quizás se pueden reducir los gastos para un grupo reducido, pero no para la mayoría de la población. De hecho hay un efecto de regresión en algunos de estos países en los cuales la cobertura ha comenzado a caerse, según ha comenzado a incrementarse el desempleo. Por ejemplo, países que tenían una cobertura hasta un 80% habrán ido bajando y tienen 60 o 90 por ciento; esto se registra en el caso de Chile, de Argentina e incluso un poco en el caso de Costa Rica, que representa un modelo intermedio pero aceleró su cobertura en las décadas de sesenta y setenta.

Si preguntamos si es posible extender la cobertura con este método de cotización salarial, mi respuesta es que es imposible. Lo es, simplemente porque en la mitad de los países de América Latina que tienen cobertura inferior al 25%, no hay suficientes asalariados. En los pocos países en que hay una cobertura de trabajadores independientes, el porcentaje de pago sobre su ingreso es altísimo. Esto queda al alcance de los grupos profesionales, pero obviamente no de los trabajadores sin calificación o de calificaciones medias.

Quiero decir unas breves apalabras para desmitificar la idea de que en América Latina el Seguro Social implica un derecho a

prestaciones que el individuo adquiere a través de su contribución. Esto es un mito, porque en la mayoría de los países, más de las dos terceras partes de los recursos provienen de cotizaciones del empleador y del Estado, que en muchos casos se transfieren al consumo con impuestos, de manera que 80% de la población no asegurada está contribuyendo a través de mecanismos de compra de bienes esenciales al financiamiento de la cobertura de salud de un pequeño grupo. Este mecanismo era quizás adecuado al principio del modelo bismarckiano, pero no lo es hoy. Además, hay grupos importantes en países latinoamericanos, en los que el asegurado no paga absolutamente nada, y la prestación es pagada total y absolutamente por el empleador. Esto es importante porque hay una falsa correspondencia entre el derecho al Seguro Social y la concesión que se hace a la asistencia. En realidad, el modelo de la seguridad social no se basa en la compra de una prima, como el seguro privado, sino que está siendo soportado por la sociedad como un todo. En un estudio muy reciente del Banco Interamericano de Desarrollo, se demuestra que la seguridad social es básicamente un impuesto. Por consiguiente, hay que utilizar otras vías para financiar el sistema, y por supuesto, la vía del impuesto sería ideal. Una posibilidad sería un impuesto progresivo sobre el ingreso. Algunos países de América Latina, como Uruguay, ya han introducido el sistema de impuesto al valor agregado como sustitución a la cotización salarial. Quiero advertir que este impuesto ha sido criticado, porque tiene un impacto regresivo, pero depende de cómo se establezca. Por ejemplo, se pueden eximir del impuesto los bienes esenciales del consumo de la población. Por supuesto si se establece el impuesto con una tasa fija, y no se excluyen los bienes esenciales, habrá un impacto regresivo, pero hay muchas alternativas. Otra ventaja que tiene, es su efecto neutro en el empleo, porque no produce un estímulo para la sustitución de trabajo por capital. Otra alternativa (un poco en conformidad con la realidad política de los países, porque no podemos plantear soluciones que no sean viables) sería modificar el sistema de cotización, por ejemplo, eliminando los topes salariales que existen en varios países que hacen que se excluya de la cotización al grupo de ingresos más altos. Este es el modelo de los Estados Unidos que tiene un impacto regresivo. Otra idea sería establecer, en vez de una tasa fija, una gradual independiente del salario, que se incremente como el

impuesto sobre el ingreso de acuerdo con el ingreso del asegurado. Sin embargo, esto no sería suficiente; habría que combinarlo con otro tipo de mecanismos de financiamiento para poder extender el seguro a esa gran masa de la población que no es asalariada. Hay dos experimentos interesantes: el que se ha hecho en Brasil y el que se inició en México en 1979 con COPLAMAR. Aquí tenemos dos modelos de extensión que no se basan en el salario, sino en una contribución del Estado como es el caso de COPLAMAR (con ciertas contribuciones del IMSS, por supuesto), o bien, en el caso de Brasil, en un sistema —el de PRORURAL— en el que se carga al sector urbano un impuesto para poder extender la cobertura del seguro a la zona rural. También hay un impuesto sobre producción agrícola.

En resumen, estas son posibles alternativas, al sistema bismarckiano de cotización salarial que por lo menos mejoran el sistema de cotización y lo combinan con otro tipo de mecanismos de tipo impositivo, que permiten alcanzar esa meta tan deseada de la cobertura universal.

Por último, quiero señalar que en países de muy escaso desarrollo y con coberturas muy pequeñas, no se puede extender la cobertura utilizando el modelo de alta tecnología intensiva de capital, y que es necesario, por tanto, poner énfasis en la medicina de tipo preventivo y en la satisfacción de las necesidades primarias o básicas en materia de salud. Esto, por supuesto, implica una revolución mucho más compleja, porque supone el predominio de la posta de salud y del ambulatorio sobre el hospital, el predominio del personal paramédico sobre el personal médico; en fin una serie de técnicas sanitarias de tipo primitivo pero que pueden ser muy efectivas.

*José María Gutiérrez Trujillo**

En 1974 se inicia con el Seguro Social el modelo de atención a población abierta rural. Con la ley de ese año se establece que con la estructura del IMSS y con la aportación de la federación

* Instituto Mexicano del Seguro Social.

y las cuotas obreropatronales excedentes, se atiende a población abierta rural y urbana. El modelo se define como primera y segunda atención a la salud, que incluye no solamente la atención curativa sino la de medicina preventiva y el mejoramiento del medio ambiente.

En 1979 se firma un convenio entre el gobierno federal y el IMSS en el que se estipula que el Seguro Social atenderá a la población rural de localidades con menos de 10 mil habitantes. A la fecha se atiende a 11 millones de mexicanos que viven en zonas rurales marginadas y, con la estructura que se tiene, se puede llegar a atender a 14 millones.

¿Qué quiere decir se atienden? Que en el año las familias han recurrido a una atención médica independientemente de la medicina preventiva. En los 15 meses de estar manejando el programa, me doy cuenta de que el sostén importante, quizás psicológico para la comunidad, son los 60 hospitales ubicados en localidades de entre 5 y 10 mil habitantes, lo cual es muy importante porque al no estar localizados en áreas urbanas sino en las rurales, pertenecen a esta población; si estuvieran en zonas urbanas serían acaparados por la población abierta urbana. Cada hospital da atención de segundo nivel a 40 clínicas; en la actualidad existen 3 025 clínicas. El costo del Programa de Solidaridad IMSS-COPLAMAR, es en 1984 de 12 mil millones de pesos, un poquito más de mil pesos al año por persona atendida.

La fórmula que se dio desde el año de 1974 es que la población no paga un solo centavo, pero tiene la obligación, y se marca en la ley, de pagar a través de acciones comunitarias. Mucho se ha dicho que éstas son demagógicas, y efectivamente se han tenido fracasos, pero hemos visto a través de la experiencia del Programa que sí se está trabajando en forma organizada mediante un comité de salud que está integrado por 4 personas que se coordinan con el comisariado ejidal o el presidente municipal. Este Comité coordina las actividades de la promotora rural (1 por cada 10 familias). Con la elección de este personaje, que recibe una capacitación permanente del pasante de medicina rural y de 2 enfermeras originarias de la comunidad, se empieza a pagar el servicio de atención médica y de medicamentos. Actualmente hay 12 mil comunidades en las que existe un comité de salud.

En forma conjunta, los comités de salud, las promotoras, el pasante y las enfermeras o "técnicas de salud", actúan para determinar en un ciclo permanente de qué nos enfermamos y de qué nos morimos en este año y cuáles son las causas y cómo pueden evitarse. En 1984 para elaborar el plan de salud, vamos a hacer un diagnóstico de salud partiendo de las causas de enfermedad y muerte detectadas en cada localidad. Son las promotoras que llevan a cabo la investigación, que visitan cada familia dos veces al mes o cada dos meses, según la densidad de la población, y anotan el estado de salud para permitir elaborar un diagnóstico y el plan de salud. Aquí es muy importante, como señaló el doctor Cordera, partir de los recursos tecnológicos y económicos de la localidad. Sabemos, por ejemplo, que para el año 2000 no tendremos agua entubada en las 90 y tantas mil localidades menores de 2 500 habitantes. Pero hemos consultado técnicos sanitarios para mantener limpia el agua potable (alejar los animales, construir zanjas adecuadas, tratar el agua con tecnología adecuada). Lo mismo se ha hecho para la basura, las letrinas, los pisos. Todas estas actividades se llevaron a cabo con recursos propios de las comunidades. Para el año de 1984, de todas las actividades a las cuales se comprometen las comunidades como contraprestación a los servicios médicos y a las medicinas, sólo se requerirán pequeñas cantidades de dinero que no pasarán de 200 millones de pesos, fundamentalmente para comprar utensilios de trabajo y material de construcción. Pero aún en estos casos, a veces se hace trueque entre cemento y semillas.

En términos generales, yo calculo que de los 75 millones de mexicanos que somos, 34 millones viven en localidades menores de 10 mil habitantes, de los cuales 3 millones viven en zonas ricas y son asegurados por el Seguro Social y otros 3 millones son afiliados al Seguro Social con esquemas menos completos. IMSS-COPLAMAR, atiende 11 millones, y la Secretaría de Salubridad de 6 a 7 millones. Estamos hablando de una población atendida de 23 millones; quedan 11 millones que no son atendidos. Consideramos que de éstos, 7 millones pueden llegar a atenderse en los municipios en que no existe ninguna estructura, y que será muy difícil llegar a atender en el año 2000 los 4 millones que se encuentran en localidades muy apartadas.

Quiero hacer un comentario final sobre orientación nutricional, tema en el cual el Seguro Social ha tenido especial inte-

rés desde el año pasado. De acuerdo con investigaciones realizadas por organismos médicos en zonas rurales de Guatemala, y en base a datos colectados en el Hospital de Pediatría del Centro Médico, se ha construido una escala nutricional con base de 100 para niños mayores de 5 años. Se ha demostrado que en zonas marginadas, los niveles nutricionales son aproximadamente de 75 a 80; para los niños menores de 5 años, estos niveles bajan a 35 y 40. Esto significa que si logramos enseñar a las madres a hacer papillas con los alimentos que comen los adultos desde el destete, se obtienen niveles comparables al resto de la población. Este programa se ha establecido en los 60 hospitales que tienen centros de orientación nutricional que reciben a los niños enfermos a causa de su mal estado nutricional.

Quiero hacer un último comentario: el IMSS está comprometido a seguir el modelo de atención primaria definido por la OMS que consiste en un médico apoyado por personal paramédico de la misma comunidad. Este personal paramédico capacitado incluye al médico tradicional y a la partera empírica (que atiende 80% de los partos). En el Centro Médico se está llevando a cabo una investigación sobre estos procedimientos tradicionales para apoyarnos también en esta tecnología médica adecuada.

*Mariano García Viveros**

Me proponen hablar de educación para la salud y ello me limita a hablar del problema de salud en general; creo, sin embargo, que puede uno entrar por el camino general de la orientación para la salud. Creo que las discusiones de este tipo caen siempre en el problema de que no estamos hablando de los problemas de salud, sino de los problemas de enfermedad. Hablar de salud implica, primero, entender que los recursos están encauzados fundamentalmente hacia la atención de los problemas de enfermedad, pero confirma lo que siempre he pensado, que el presupuesto de los países se está encaminando en el área de salud a establecer una estructura que permita captar a la población

* Secretaría de Salubridad y Asistencia.

enferma, a la vez que están favoreciendo los mecanismos para que la población se enferme más.

Esto nos lleva a una serie de reflexiones, que, desde el punto de vista del gobierno, están orientadas por el interés en saber qué es la participación comunitaria de salud. Tal vez, la educación para la salud es entendida simplemente como un proceso a través del cual se pretende que la población adquiera los conocimientos suficientes para que adopte actitudes y conductas que beneficien sus condiciones de vida. En la actualidad se están canalizando los servicios de educación para la salud a través de los servicios asistenciales; en otras palabras: es la población enferma que llega a los servicios asistenciales la que recibe esta orientación. Pero ¿qué infraestructura hay en un país para que tenga acceso a estos conocimientos la población aparentemente sana, la que está en esa frontera enorme que representa el no tener que acudir al médico o el estar en capacidad de funcionar adecuadamente y ser una persona productiva? Son conocimientos que establecen como principio el que la salud es un valor, de la escala de valores del ser humano, y que ese valor se ha ido degradando, hasta representar (por lo menos parece el mensaje a la comunidad) el llegar al borde de la muerte.

Yo siento que deberíamos llamar "atención a la enfermedad" a los presupuestos de las naciones que corresponden a la salud por una parte, y, por otra, crear realmente un apoyo económico fundamental a las áreas de prevención: mejoramiento de la vivienda, manejo adecuado de desechos, manejo adecuado del agua, etc. Considero que los factores reales de salud no se están manejando bien presupuestalmente; ni políticamente.

A pesar de ser médico, considero que el médico es el enemigo número uno de la salud, o sea, es el que está manejando las enfermedades y, en la mayoría de los casos, no tiene una visión preventiva. Entrando en el terreno de la educación para la salud, considero que no se ha orientado a la población con recursos de personal profesional capacitado, para que sepa cómo manejar los problemas de la propia comunidad; la población no recibe una capacitación permanente en una técnica tan elemental como puede ser la metodología de la investigación social. En muchos casos, el promotor es mal visto a pesar de ser de la comunidad, porque no tiene la capacidad de identificar los problemas y no tiene instrumentos para detectar qué problemas

sociológicos son susceptibles de modificarse para mejorar las condiciones de salud de la propia comunidad. El promotor no conoce la más elemental metodología para enseñar o aprender. Se está promoviendo la participación comunitaria a través de pláticas y se habla de cuántas charlas se llevan en la comunidad sin que esto refleje absolutamente nada. Se puede hablar a la gente durante horas, sin que esto lleve a un cambio de conducta. Además, el personal tampoco está capacitado para evaluar los cambios de conducta o medir la participación de esa comunidad.

Volvamos al punto presupuestal: en la medida que el presupuesto se orienta a atender los problemas de enfermedad, se olvida la salud. Así podemos ver cómo, a pesar de que construimos muchos hospitales y muchas clínicas, y formamos muchos médicos, la salud de la población está cada vez peor. El que está enfermo puede estar mejor atendido, suponiendo que el surgimiento de enfermedades se va incrementando a la misma velocidad que la implantación de servicios; pero una cosa es estar atendido, y otra es tener acceso a un servicio de salud con el que un médico puede resolver el problema.

En conclusión, creo que se están canalizando recursos para atender los problemas de enfermedad y que se están olvidando los instrumentos de prevención, que a mi juicio se pueden alcanzar a través de lo que sería la educación para la salud, entendida como educación para la salud y no como atención a la enfermedad.

*José Gómez de León**

Abordo el tema desde la perspectiva demográfica; trataré de discutir cuál sería el escenario en el año 2000 en el supuesto de que se hubiera logrado la meta de salud para todos. Tendría que haber un abatimiento significativo en la mortalidad. Voy a hacer una clasificación muy burda de las muertes (que espero que me perdonen los médicos y los especialistas aquí presentes) en dos grandes categorías: aquellas que llamaré, por falta de otro nom-

* El Colegio de México.

bre, muertes por senectud, y las otras que llamaré "anticipadas". Estas últimas resultan de la exposición a riesgos, de las enfermedades infecciosas, los accidentes, etcétera.

Si hicieramos un pequeño ejercicio actuarial de clasificación de todas las causas de muerte anticipada, obtendríamos algo así como el perfil de sobrevivencia por edad y por sexo de la población. En Inglaterra, por ejemplo, la esperanza de vida desde el nacimiento ha aumentado en aproximadamente 30 años entre 1835 y 1975. Sin embargo, la esperanza de vida a los 65 años, durante el mismo periodo, ha aumentado apenas un año y medio. Esto significa que los cambios en la mortalidad se reflejan esencialmente en cambios en las muertes anticipadas. De hecho, que yo sepa, no ha habido avances sustantivos en la modificación de los límites biológicos de la sobrevivencia.

Un cambio en el perfil de mortalidad, en términos demográficos, significa un cambio drástico en la composición por edad de la población. Decimos que se trata de una estructura por edad envejecida en la que virtualmente la totalidad de las personas viven hasta una edad avanzada. Añadiré otro elemento que interviene fuertemente en la estructura por edad, sin entrar en las complejidades de las interrelaciones entre fecundidad y mortalidad. Se ha evidenciado históricamente que cuando la mortalidad se reduce sustancialmente, la fecundidad también decrece. Esto es lo que se llama la transición demográfica de un régimen de alta mortalidad y alta fecundidad a uno de baja mortalidad y baja fecundidad. Entonces, en este escenario demográfico del futuro, la base de la pirámide de población también se vería reducida, debido a la caída de la fecundidad. Habría que considerar, por consiguiente, cuál sería la dinámica de este cambio, durante el cual, el paulatino envejecimiento de la población ocurriría con los cambios en la fecundidad.

Menciono este proceso, porque creo que está estrechamente relacionado con aspectos de salud, particularmente, con la exposición a riesgos, que, como sabemos, son diferentes para los hombres y las mujeres. Sin embargo, en el ejercicio que estoy proponiendo, en el que suponemos evitadas las muertes anticipadas, parece que hay evidencia de factores biológicos diferenciales entre hombres y mujeres. En este escenario de muy baja mortalidad, tendríamos perfiles de población por sexo muy diferentes.

Uno de los elementos que quiero resaltar es el problema de

financiamiento de los sistemas de seguridad social a los cuales se refirió el doctor Mesa Lago. Inicialmente, los primeros sistemas de seguridad social se institucionalizaron alrededor de los años treinta, en regímenes demográficos con estructuras demográficas jóvenes, o sea, con una alta proporción de personas en edades susceptibles de tener empleo. En tales condiciones, fue relativamente fácil, desde un punto de vista económico y político, convencer a los trabajadores de que cedieran en forma de impuesto parte de su salario para pagar los gastos médicos y el retiro de los relativamente pocos. Desde entonces, las estructuras por edad de los países con regímenes avanzados de seguridad social han cambiado drásticamente. Hoy son poblaciones relativamente envejecidas, lo que corresponde a la situación contemplada en el ejercicio que hemos estado haciendo. Esto significa, en algunos casos, que puede haber hasta dos inactivos por cada activo, lo cual implica una carga altísima para sostener tanto el componente médico como el de pensiones del sistema de seguridad social. Esta problemática es relevante en la situación de México, donde la estructura de edad está comenzando a cambiar debido a la caída de la mortalidad, y sobre todo como resultado de la reciente caída de la fecundidad.

Los sistemas de financiamiento de seguridad social pueden dividirse en dos grandes esquemas: uno que se llama de reparto, que corresponde a una transferencia de recursos entre generaciones, y otro llamado de financiamiento, en el que los beneficiarios pagan sus propios gastos a través de sus contribuciones a una bolsa que se pone en circulación económica y se reproduce. Hay dificultades en ambos sistemas. El primero es el más vulnerable a los cambios en la estructura de la edad. En el segundo sistema, el volumen de las contribuciones a la bolsa podría llegar a ser tan importante que acabaría distorsionando varios parámetros económicos, principalmente las tasas de interés.

En la práctica, no ocurre, porque las contribuciones son muy bajas (lo cual significa que este sistema no es generalizado). Pienso que la solución podría ser una combinación adecuada de ambas formas de financiamiento.

En conclusión, para cualquier país, la meta de "salud para todos" significa necesariamente abatir la mortalidad, y esto, a su vez, implica un cambio drástico en el perfil de la población que tiene profundas consecuencias para el financiamiento de los sistemas de seguridad social.

*Valentín Ibarra**

La relación entre los procesos urbanos en general y la salud (las enfermedades), tiene varios aspectos, destaco solamente uno por razones de mi experiencia pasada: el aspecto del transporte.

Hay otros aspectos que son obvios para todo mundo, como el hecho de que en la ciudad de México se da un desfase entre el crecimiento de la infraestructura de servicios y el crecimiento de la población, que tiene repercusiones sobre la calidad de vida y en particular sobre las condiciones de salud de sus habitantes. En el año 2000 no solamente habrá más población, también habrá probablemente, una mayor cantidad de plantas, aunque podría haber una política estricta de reglamentación para la implantación de industrias altamente contaminantes.

Quisiera precisar la cuestión del transporte y pensar en qué es lo que va a pasar en el año 2000, si las cosas siguen transcurriendo como hasta el momento. De acuerdo con información de 1975 y con base en los pronósticos de población elaborados por El Colegio de México para el año 2000, será necesario para entonces por lo menos el doble de la cantidad de camiones de autotransporte para el servicio público de pasajeros; ello tiene una repercusión inmediata en la producción de contaminantes que de esta manera va a ser acelerada.

Estoy pensando exclusivamente en el transporte público por dos razones: primera, porque el 70% de los viajes realizados en la ciudad de México se hacen mediante transporte público, y segunda, porque este medio está más vinculado al crecimiento de la población. En cambio, el uso del automóvil tiene que ver más con las condiciones económicas.

De acuerdo con las estimaciones que mencioné, los mayores incrementos de población se van a registrar en los municipios conurbados del Estado de México, y eso tiene serias implicaciones para las necesidades de traslado de esa población. En Ciudad Nezahualcóyotl, un municipio definido como municipio dormitorio debido a que tiene como uso predominante del suelo la residencia, se registra un promedio de 4 horas dedicadas al transporte; lo mismo va a ocurrir con los demás municipios de la periferia del área metropolitana, lo que agravará el problema de los desplazamientos, que ya en este momento son de alrededor

* El Colegio de México.

de 20 kilómetros, en cuyo recorrido se invierte un tiempo bastante importante.

¿Qué significado tiene esto para la salud? Bueno, si se incrementa la cantidad de horas de transporte, se reducen los tiempos de descanso, los tiempos para el ocio, el tiempo para la preparación, para el recreo, etc.; los médicos que aquí están presentes saben los efectos que esto puede tener en la salud; ese es uno de los aspectos que conviene señalar, el otro tiene que ver con lo que se gasta en transporte. Entre 1968 y 1977, se modificó de manera considerable la estructura del gasto familiar. El gasto promedio dedicado al transporte en 1968 era alrededor del 9%; en 1977, casi llegaba al 12%. Si esta tendencia continúa hasta el año 2000, entonces: ¿qué pasará cuando la población dedique un 15 o 20 por ciento de sus ingresos al transporte? Tendrá que sacrificar otros renglones. En los periodos a que me refiero, se redujo la proporción del gasto destinado a alimentos y a otros rubros fundamentales para la sobrevivencia. También se habla de un deterioro físico y mental de la población que tiene que usar el transporte público, incluso se dice que es de 30% el desgaste adicional.

Finalmente hay otro elemento mucho más importante, que mide de manera más directa la relación entre salud o enfermedad y el transporte. En el año 1981 se encontró que los accidentes de tránsito, como causa de mortalidad, ocupan el tercer lugar después de enfermedades del aparato circulatorio y del aparato respiratorio. Esta cantidad de muertes tiene una distribución muy particular dentro del área metropolitana; los grupos de personas que están más sujetos a esta causa de muerte residen en los municipios de la periferia. En otras palabras, parece ser acumulativo el problema del transporte en estos municipios.

Por más que se haya intentado detener el crecimiento de la población y descentralizar la industria, es inevitable que, en el año 2000, la población en la ciudad de México fluctúe entre los 23 y 27 millones, por lo que los problemas, no solamente el del transporte sino también todos los demás, adquirirán dimensiones difíciles de enfrentar o resolver.

En conclusión, creo que las políticas destinadas a resolver estos problemas deben ser mucho más estrictamente aplicadas. Si se quiere evitar el caos tanto en la distribución de población como en las actividades en la ciudad de México, debe establecerse un plan regulador. Deben buscarse soluciones tecnológicas para el transporte y desalentar el uso del automóvil privado.

*Sergio Puente**

Es necesario subrayar la necesidad de los urbanistas de incorporar la variable salud al proceso de estructuración del espacio urbano. En los trabajos expuestos, destaca el énfasis sobre la necesidad de llevar a cabo toda una política preventiva de enfermedad realizable en el espacio urbano. Se puede concebir este espacio urbano en condiciones tales que pueda representar una medida específica y concreta de prevención para la salud, de prevención de la enfermedad.

Me parece muy importante hacer interactuar esos dos elementos y ver cómo el espacio, en su propia dinámica, condiciona la conformación de medio ambientes totalmente diferenciales. En las investigaciones que hemos realizado, hemos tratado de definir empíricamente cómo se estructura este espacio con base en la aplicación de un índice muy agregado de calidad material de vida. Así, nos hemos dado cuenta que existen verdaderamente diferencias muy importantes en la conformación de la ciudad. Citaré nada más las siguientes: independientemente de la alta concentración industrial de la ciudad de México, el 50% de los contaminantes de monóxido de carbono se localiza en la zona centro; ahí donde habita y trabaja 30% de la población. Ahí también se encuentra el 54.8% de los establecimientos industriales, en contraste con la zona suroeste, en la que solamente se produce un 17% de contaminantes de monóxido de carbono, en la que habita 12% de la población y en la que se localiza un 6.7% de establecimientos industriales.

Es importante subrayar, al mismo tiempo, que las condiciones geográficas han sido tomadas en cuenta en la constitución de este medio ambiente urbano: las condiciones ecológicas más apropiadas se dan en la zona suroeste, mientras que los problemas graves que acentúan la contaminación se localizan en el centro de la ciudad.

Otro aspecto de la relación entre salud y medio ambiente es el de que todos los servicios de salud implican un doble acceso para la población: el acceso espacial y el social. Quisiera subrayar, además, que la transformación radical del medio ambiente que supone la creación de la ciudad conlleva un deterioro permanente de la calidad de este medio y de la calidad de la vida.

* El Colegio de México.

*Jacobo Finkelman**

Antes de tocar los aspectos propiamente ambientales que nos ocuparán, quiero presentar una serie de consideraciones sobre lo que llamamos “salud para todos en el año 2000”; creo que es fundamental no tomar un eslogan, simple y llanamente por eslogan, sino analizar un poco más el material a que se refiere, de tal manera que podamos acatar lo que esperamos lograr. En Alma-Ata y en otras reuniones internacionales, era obvio que predominaba un sentido político que buscaba justicia social, para todas las poblaciones del mundo. También era obvio que se identificaba la salud como un elemento de patrimonio social y no exclusivo de la asistencia médica. Creo que esto es un principio que todo mundo aceptó. Sin embargo, hubo diferencias importantes de opinión cuando se discutió cuáles son esos elementos de salud para todos. Las preguntas eran ¿qué entendemos por todos?, ¿qué entendemos por salud?

Es obvio que no estamos compartiendo los mismos problemas ni nos encontramos en igualdad de circunstancias. El principio de justicia social que se busca implantar tiene problemas muy serios de representatividad, dado que las poblaciones más marginadas son las que tienen menor representatividad política. Esto ha motivado una serie de discusiones que no pretendo en este momento detallar, sino únicamente dejar como un hecho asentado.

Por otro lado, todas las promesas intermedias, no para el año 2000, sino previas, sobre las cuales se finca el principio de salud para el año 2000 —por ejemplo, la del decenio del agua, promesa según la cual todo el mundo deberá tener acceso a agua potable— están resultando totalmente falaces, si consideramos que nos encontramos prácticamente a la mitad del decenio y la meta aún está muy distante. Otra promesa intermedia fue el programa ampliado de inmunizaciones según el cual todos los niños del mundo deben tener derecho a un paquete único de inmunizaciones antes del término de la actual década. Tampoco parece que podamos cumplir esta promesa. En otras palabras, nos enfrentamos con una serie de dicotomías fundamentales entre lo que se expresa y lo que realmente estamos en condiciones de hacer. No pretendo tampoco elaborar sobre ello, sino únicamente dejarlo como una inquietud.

* Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud.

Pese a la euforia que crea el establecer metas, no todo mundo está de acuerdo en que podamos alcanzarlas. Citaré, como ejemplo, un análisis que se hizo también sobre el año 2000, pero no por los organismos internacionales. Este fue un estudio relativamente confidencial realizado por la Casa Blanca durante el gobierno del presidente Carter, que da indicaciones muy distintas de las que da la OMS. La OMS decía que, si cumplimos con una serie de metas intermedias, llegaremos a obtener ciertos resultados. El estudio de la Casa Blanca, no parte de un estudio o de un análisis de justicia social, sino de las tendencias económicas; muestra lo contrario, y señala que en el año 2000 habrá un serio deterioro en las condiciones sociales. También dejo esto apuntado.

Desde el punto de vista del análisis de la salud, coincido con los planteamientos demográficos realizados. No podemos esquivar el primer punto, que es conocer mejor cómo está estructurado y cómo estará estructurada nuestra población en el futuro. No voy a repetir el punto que expuso el licenciado Gómez de León que me pareció muy ilustrativo y muy bien planteado, sino retomarlo para situarlo en el contexto de la creciente urbanización de las grandes ciudades del continente americano, por lo menos de la porción latinoamericana y caribeña. Desde el punto de vista epidemiológico, este proceso tendrá como consecuencia un cambio radical en las reglas del juego. Muchas enfermedades dependen de fenómenos de densidad y de susceptibilidad; su transmisión depende de qué tan susceptibles seamos a una enfermedad y de qué tan amontonados estemos.

Los estudios realizados al respecto indican que no lograremos controlar a satisfacción las enfermedades transmisibles; que seguiremos conviviendo con las enfermedades de la pobreza, a las cuales se agregarán otras enfermedades transmisibles, poco estudiadas en el pasado y mejor conocidas ahora. La tecnología disponible para atacar estas enfermedades es limitada, si se analiza desde el punto de vista de los costos y de la infraestructura de organización social. Si se analizan también los enfoques que tenemos para el control de ciertas enfermedades, v. gr. las gastroenteritis, también encontraremos contradicciones. Esto a pesar de que disponemos de tecnologías de control como la rehidratación oral que aparentemente es muy buena. Para ilustrar el punto: ya en este momento, sin esperar el año 2000, tenemos niños totalmente vacunados que mueren de diarrea.

Esto confirma las grandes limitaciones del enfoque “salud-enfermedad”, como señalaba mi amigo Mariano García Viveros, quien además indica que debemos realmente pensar en otra estrategia. Aún la distribución de agua potable, a la cual se han referido algunos participantes, ha mostrado ser falaz, si no va acompañada de otras medidas. El agua por sí sola no resuelve el problema; es agua más educación, y esto está demostrado en múltiples estudios.

Aparte de los problemas tradicionales de la salud, que vemos difíciles de manejar, están surgiendo otros problemas de contaminación química. Propongo analizar este problema considerando cuatro aspectos. El primero es el punto de vista político:

Las enfermedades que se incuban como consecuencia de la exposición a contaminantes químicos no presentan, salvo casos catastróficos, manifestaciones agudas. Por el contrario, se van incubando a lo largo del tiempo y tardan años en manifestarse; generalmente exceden los periodos que corresponden a los ciclos políticos. Por lo tanto, los responsables de la administración pública no los ven como problema político. Ahí vemos un conflicto muy serio entre vigilar realmente un compromiso histórico con las poblaciones y las circunstancias políticas del momento.

En segundo lugar, como dijo la doctora Márquez desde la Introducción, el sector salud, que en realidad debería llamarse el sector de asistencia médica, tiene serios problemas financieros por la situación económica actual que afecta sustantivamente a los servicios médicos.

En tercer lugar, las metodologías actualmente ensayadas son deficientes; no sirven para conocer la interacción entre ambiente y salud; tenemos muchas limitaciones de tipo metodológico que deben replantearse. Un ejemplo clásico son los estudios de evaluación del impacto ambiental que son tan populares entre los funcionarios gubernamentales cuando emprenden una determinada obra de desarrollo. Todo mundo interviene: van los ingenieros, y hacen modificaciones; van los sociólogos y hacen sus encuestas; van los biólogos y observan especies animales y de la biotica. Se reúnen, y de los tres enfoques no sale absolutamente nada. Tampoco sale ninguna acción del gobierno. Esto significa que estamos enfrentando problemas metodológicos muy serios.

Finalmente en este renglón de problemas emergentes, debe incluirse el aspecto de las normas. Los países no están en condi-

ciones de plantear normas realistas; se limitan simple y llanamente a transcribir las normas de los Estados Unidos o de algún otro lugar, cuando el mismo organismo que tiene a su cargo el cuidado del ambiente en los Estados Unidos reconoce que sus normas son en ocasiones limitadas y circunstanciales. En otras palabras, estamos entrando en un proceso que algunos califican de acrítico y absurdo.

Finalmente, mencionaré la capacidad de respuesta. Creo que esta capacidad (y aquí nuevamente tomaré prestados algunos términos de Mariano García Viveros) se basa en una visión de la acción para lograr la salud no como un conjunto de elementos pasivos, considerando que las mismas campañas de vacunación son, en gran medida elementos pasivos, sino como un conjunto de elementos de participación comunitaria considerada como participación política. Si no hay decisión política, no hay participación comunitaria.

Para concluir, quiero regresar a un planteamiento que hizo originalmente Armando Cordera, acerca de los modelos. Yo creo que en este momento debemos establecer claramente si lo que buscamos es un modelo de salud en el que haya participación por parte de los diferentes sectores, de tal manera que la salud sea realmente una resultante del patrimonio social, o si vamos a manejar simple y llanamente un modelo reactivo que satisfaga una demanda de consultas médicas.

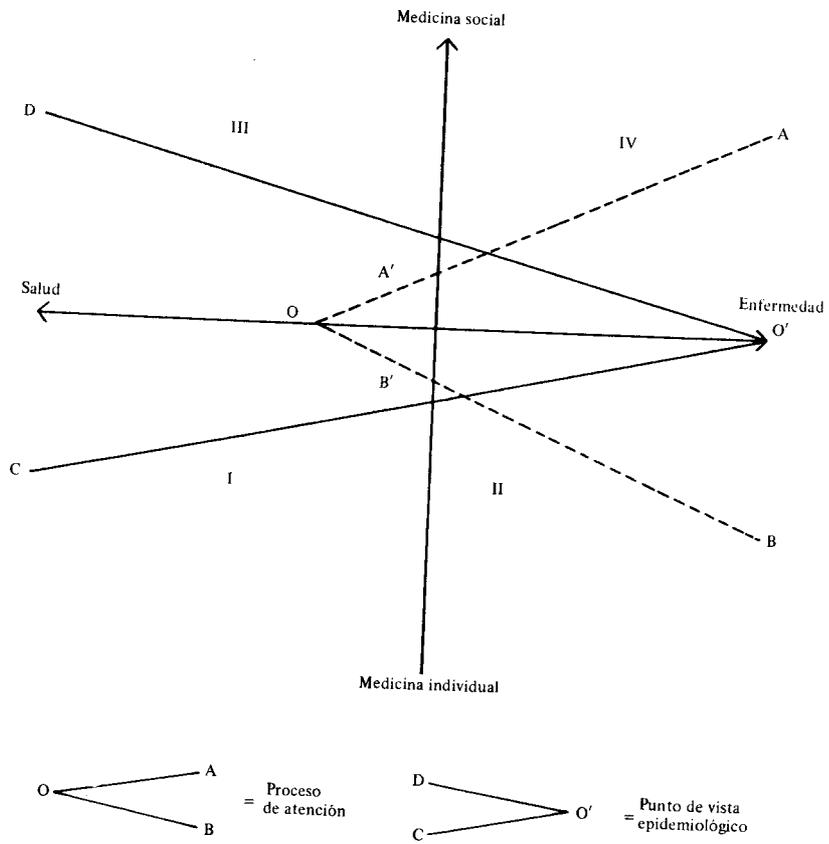
*Carlos Pucheu**

Quiero plantear que salud mental es salud integral y que la aparente separación entre salud física y mental no es más que una herencia de la dicotomía cartesiana entre cuerpo y alma. Aunque no existe un marco teórico perfecto, tenemos que tratar de buscar algún marco o marcos de referencia, que nos permitan aproximarnos al estudio del problema.

De manera esquemática se representa en la figura I a la salud y a la enfermedad en el eje de las abscisas; a las acciones

* Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Figura 1



de la medicina individual y de la social en el eje de las ordenadas. Así tenemos en los cuadrantes 1 y 2 la ubicación de todas las acciones individuales relacionadas con la salud y la enfermedad; en los cuadrantes 3 y 4 tenemos las acciones de la medicina social (colectiva) que incluyen a las familiares, las comunitarias y las sociales. En los dos cuadrantes inferiores se trata de hacer mucho por muy pocos; en los dos cuadrantes superiores la orientación consiste en hacer muy poco, pero efectivo, por muchos.

Ahora bien, si complicamos un tanto el esquema, podemos representar el concepto de mala salud con el triángulo OAB en la figura. Las líneas que abren su ángulo se refieren al proceso progresivo de los padecimientos y a la intensidad que pueden alcanzar en un tiempo dado; tomando en cuenta, como señalaba el doctor Finkelman, que hay una etapa en la que se supone que todavía estamos en el territorio de la salud, porque no se logra detectar el daño a la salud (OA'B').

En la medida en que la magnitud de los padecimientos se incrementa, tenemos que oponer fuerzas cada vez más complejas y, por ende, más costosas. Aquí se aplica el concepto de organización por niveles de atención médica, el primer y el tercer nivel en los extremos, y el segundo nivel como intermedio. Obviamente el costo de contender con los problemas de esta manera es enorme en la medida en que se trata de un proceso de atención personal, independientemente de que las acciones se subdividen en diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, limitación de la incapacidad y rehabilitación. Así el criterio de mala salud incide en la necesidad de ampliar tanto el campo de la asistencia médica, que se ha fomentado una franca disminución del umbral de tolerancia a la enfermedad, y de la competencia para la autoasistencia.

En la medida en que la población crece y se fomenta la dependencia en la atención personal, se incrementa la demanda y se reduce la oferta de servicios existentes; no se previó que esto iba a repercutir en los extraordinarios aumentos del costo de la asistencia y en la falta de equidad del acceso a sus servicios. El error ha consistido en vincular la idea de salud a la idea de cuidado profesional. Este modelo se ha ido convirtiendo en un verdadero dolor de cabeza para la economía de cualquier país, sobre todo porque toda persona puede consumir cada vez más atención personal, pero nadie puede producir más de una

hora de atención por hora. Esto fija un límite al consumo de la atención personal.

Ocurre que, desde el punto de vista epidemiológico, el problema es totalmente a la inversa, tal y como se representa en el esquema con el triángulo O'DC. En el vértice se encuentran el menor número de casos; en la medida en que las líneas abren su ángulo, se disminuye la severidad de la mala salud y aumenta el número de la población; hacia la base se ubica a la población en alto riesgo, luego la que se encuentra en riesgo y por último la población sana o presumiblemente sana.

Aquí conviene hacer una crítica a las políticas de salud. Es inquietante que nuestra civilización se vea compelida a gastar cada vez más en el control de las enfermedades. Por otra parte, existe un límite a la parte del ingreso de una sociedad, por próspera que sea, que puede dedicarse al control de las enfermedades. Algunas de nuestras formas de vida pueden no ser tan favorables para el mantenimiento de la salud como lo podrían hacer creer nuestras interminables ostentaciones. Quizá una de las salidas apropiadas, que no es más que la invención del hilo negro es fomentar la autoasistencia por la vía de la autogestión; claro que esto supone un problema ideológico severo porque, hasta ahora, la norma de "medicalización" de la vida implica que todo tiene que estar profesionalizado. Precisemos, no se pretende con esta crítica renunciar a los alcances reales de la medicina moderna. Sabemos por estudios efectuados en sociedades industriales, que la contribución de la atención médica a la salud es muy escasa; que no se justifica la expansión sin límite de los recursos de atención médica como medio rentable para mejorar la salud de la comunidad. El público en general ha adquirido mayor conciencia de los límites de los recursos profesionales en materia de salud, por lo que ha redescubierto la importancia de los recursos de índole social, particularmente la autoasistencia. La decisión de ampliar la autoasistencia requiere de la aplicación de criterios sociales (no médicos) en el cálculo de los riesgos y las ventajas, ya que la transferencia de la tecnología más común de la asistencia profesional a los profanos de la medicina, requiere de pruebas previas de sus beneficios y sus limitaciones.

Tenemos que pensar críticamente en los diversos modelos de acercamiento a la comprensión del proceso en que se suceden la salud y la enfermedad. Así tenemos, por ejemplo, el predomi-

nio del modelo biomédico, eficaz desde el punto de vista fraccional y analítico, pero que toma como punto de partida en el estudio de este proceso, aquello que desde el punto de vista sociogenético es en realidad un punto de llegada. Aquí tenemos un verdadero choque entre los modelos, sin incluir el modelo psicogenético, ni el familiar. Todos sabemos, en un momento determinado, cómo se manifiestan los problemas de salud mental, y todos sabemos cómo, en la medida en que crece la población y se avanza en el desarrollo industrial y tecnocrático, empiezan a aparecer ciertos indicadores que hasta ahora hemos llamado de mala salud mental, como es el incremento de las farmacodependencias, del alcoholismo, de la violencia, del suicidio, de la delincuencia y de la depresión. Pero también sabemos que todos esos indicadores están íntimamente relacionados con la migración inexorable del campo a las ciudades. Así, gradualmente iremos viviendo en ciudades cada vez más grandes, donde esos indicadores de mala salud mental se harán más evidentes entre las poblaciones marginadas económica y socialmente.

Como decía el doctor Finkelman, es difícil aproximarse por medio de la investigación a este problema, porque la diferencia teórica entre medio ambiente físico y medio ambiente social es muy sencilla; pero en la práctica de la investigación se torna muy difícil tratar de distinguir estos aspectos. Como consecuencia, hasta ahora todas las investigaciones que se han hecho sobre los efectos de la vida urbana en la salud mental de la población son poco concluyentes pues aseveran que el urbanismo es *per se* nocivo para la salud. La falta de equidad es un elemento introducido por el hombre, no por el ambiente ciudadano. Se sostiene que las condiciones de la economía y de la estructura social son mucho más relevantes que el medio ambiente físico y que, en todo caso, los esfuerzos deben ser dirigidos de manera primordial a resolver los problemas de la pobreza.

*Antonio Delhumeau**

Nos hemos planteado en esta reunión qué esfuerzos hemos de llevar a cabo para hacer fracasar en México la predicción fatalis-

* Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano del Seguro Social.

ta de la Casa Blanca para el año 2000. Pensaría en un plazo inmediato de 25 años. En el año 2010, podemos prever que estarán en la cúspide de su capacidad productiva y de participación social, es decir entre los 35 y los 65 años, las personas que hoy tienen entre 9 y 39 años de edad. Ahora bien, los más jóvenes del grupo de edad entre 9 y 19 años, (hay análisis tentativos al respecto) no son ya lectores muy asiduos; sus intereses son mucho más amplios y diversificados que en generaciones anteriores y desde niños —hay datos absolutamente confiables al respecto— han pasado más tiempo frente al televisor que en las aulas escolares. Eso nos da algunos resultados que tenemos que tomar en cuenta para los próximos 25 años: en primer lugar, la prevalencia de las imágenes y de los afectos sobre los conceptos y los controles racionalistas que tendrán cada vez una mayor ineficacia e irán cayendo en el vacío conforme estos niños vayan creciendo y haciéndose cargo de los espacios que gozozamente les iremos dejando.

En segundo lugar, se plantea la tendencia creciente a la hiperespecialización que hemos venido contemplando como algo negativo hasta el momento. En tercer lugar, existe la posibilidad de que los jóvenes integren por fin lo que nosotros hemos venido postulando, pero que ha sido en la práctica una especie de conjunto vacío que se ha denominado unidad biopsicosocial del ser humano, pero que no acaba de encontrar todas sus raíces y modalidades de integración. Es decir, que se irá viendo cada vez más en la práctica la tendencia a ver la salud no como ausencia de enfermedad, sino como una potencia vital; esta potencia vital escapará muy probablemente a millones de jóvenes que hoy son niños desnutridos, sobre todo por el agravamiento de la crisis y el descenso en lisis de los niveles alimentarios. Esta situación les afectará indefectiblemente en términos biopsicosociales, agudizando las diferencias entre grupos marginales, productores agrícolas, obreros sindicalizados o asistencia obrera, por una parte, y las clases medias técnicas o profesionalizadas, los empleados de burocracias públicas o privadas y las clases dominantes o élites por otra parte. La alternativa que se ha planteado, es decir, la salud integral como una modalidad de solidaridad social creciente, abre interrogantes: si este concepto incluye la salud mental, la salud física y la salud social, dentro de un marco analítico integral, como señaló el doctor Pucheu.

Aun cuando estamos conscientes de que vivimos en una

sociedad de masas y en una cultura de masas absolutamente dominante, poco parece que el Estado ha tomado conciencia práctica de ello. Los medios de comunicación colectiva que son los que más impactan de hecho al conjunto de la población, han sido dejados de lado en buena medida por los proyectos globales del Estado y por la problemática de la salud pública y de la solidaridad social, que pareciera que no tiene mucho que ver con la cultura de masas. Sin embargo, en una investigación que hicimos para UNICEF en noviembre de 1980, el 12% de un panel representativo de una población que inicialmente carecía de televisiones consideraba como elemento prioritario para la adquisición de alimentos, el sabor, después de haber estado entre 6 y 7 meses bajo el impacto de los mensajes publicitarios televisivos. Un año más tarde encontramos que el 82.1% de este mismo panel ponía en primer lugar el sabor de los alimentos. Además, se ha demostrado que la publicidad comercial por televisión no solamente refuerza o tiene un impacto en la selección de marcas, sino que modifica predisposiciones básicas con relación a hábitos alimentarios.

Existe, además una situación de contradicción entre las definiciones culturales de autovaloración, éxito social, prestigio y las captadas a través de mensajes televisivos. Los individuos están bombardeados cotidianamente por mensajes en niveles subliminales de gran impacto probado, que les siguen diciendo a todas horas que lo importante es el consumo como elemento básico de prestigio social. En esta medida, es evidente que sin una comunicación educativa para la salud integral, no habría recursos, como bien acaba de explicarnos el doctor Pucheu, que alcanzaran para un mero incremento de los servicios para atender enfermedades declaradas, sobre todo porque el consumismo afecta también la necesidad del consumo de fármacos. En este contexto, se señala una creciente intolerancia a la tensión, que en vez de reducirse con base en tomar contacto con la sensibilidad que en un momento dado está causando *stress*, rápidamente se trata con dos aspirinas para acabar con el problema. Todos los estudios de este tipo de dependencias muestran que hay una alta incidencia en la dotación inmediata de los fármacos, desde las primeras edades, que crean predisposiciones después a los consumos de evasores y de todo tipo de fármacos para no enfrentar problemas que pudieran tener otro manejo más adecuado en términos biopsicosociales.

Se ha planteado en esta reunión la necesidad de una creciente participación en los niveles de decisión de la vida cotidiana. Yo quisiera subrayar lo que nos decía el coordinador del programa IMSS-COPLAMAR; efectivamente, existe una tradición ancestral en las comunidades mexicanas en la que podemos apoyarnos, que es la fatiga, es decir el otorgar servicios y apoyo al desarrollo de las comunidades a cambio de obtener servicios de salud. Estamos hablando de tradiciones de siglos todavía vivas y que pueden y deben organizarse, siempre y cuando respetemos los ritos propiciatorios propios de cada comunidad para la salud, y no establezcamos que los nuestros son más racionales, civilizados y de mejor tecnología mientras que los suyos son mágicos, irracionales y tecnológicamente inadecuados. En realidad los nuestros son tan mágicos y tan rituales como los suyos. Entonces, respetando los ritos locales, podríamos llegar a un acuerdo y a un mutuo entendimiento. Aquí se plantea como una opción para el desarrollo social un abasto popular de servicios culturales recreativos y deportivos de apoyo al bienestar y a la integración familiar, de educación, capacitación y orientación y de apoyo a la autoorganización para la salud biopsicosocial. Estos son antídotos a un creciente aburrimiento, un creciente hastío y vacío y una ausencia de potencia vital, ligados con el consumo creciente de alcoholes y con enfermedades que nos podrían llevar, si no nos cuidamos, a una crisis y a un declive en el sistema de ilusión y nutificación constantes en que consiste todo sistema sociopolítico.

La salud integral es lo mismo que la salud de la conciencia corporal. Esto define al cuerpo como conciencia, es decir que el cuerpo registra y expresa el dolor, la alegría, la fatiga y la escisión que nos lleva a la desintegración social, familiar o comunitaria, fenómenos que están ligados con la depresión, la melancolía, la improductividad, la falta de adhesión o de ilusión en la participación social. Cuando estos cuerpos se vuelven inhabitables por todas estas razones, acudimos al alcohol, a las drogas y a la psiconeurosis como formas de defensa.

En resumen, diría o salud integral para la mayoría en el año 2000, o enfermedad integral para todos en el año 2010.

*Marco Antonio Michel Díaz**

Discutir las posibilidades reales que tienen nuestro país de alcanzar la meta de salud para el año 2000 implica entre otras tareas, revisar la viabilidad de sustentar las políticas de salud pública y la evaluación de sus resultados en una información confiable y veraz, acorde al modelo que se haya escogido para atender la problemática de salud. Ahora bien, esta revisión se sitúa en dos niveles interrelacionados: el primero es de orden propiamente estadístico y el segundo, de orden conceptual.

En cuanto al primer problema, partiremos de lo siguiente: los indicadores tradicionales de salud son, en su mayoría, indicadores negativos que expresan acciones externas como la mortalidad, la incidencia o prevalencia de enfermedades, situaciones de invalidez o accidentes de trabajo y situaciones de mala salud mental.

En cuanto a los indicadores de mortalidad, se ha podido comprobar que en México las estadísticas vitales muestran un alto porcentaje de subestimación particularmente en el caso de la mortalidad infantil. Según el doctor Cravioto, la tasa de mortalidad infantil está subestimada aproximadamente en 30%; 90% de las muertes de menores de 4 años son atribuibles a la desnutrición, aunque ésta no figure entre las causas de muerte estadísticamente registradas.

Por otro lado, de las defunciones registradas, un amplio porcentaje no fue certificada médicamente, sobre todo en el medio rural —donde se estima que 50% de las muertes no son certificadas de manera médica— e incluso las que son certificadas tienen problemas de identificación y de clasificación.

Los datos de morbilidad también son definitivamente incompletos, pues se elaboran en diferentes sectores (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, etc.). Pero aun si el sector público hiciera el esfuerzo de integrar la información, quedaría fuera la medicina privada, y en todo caso, se estaría captando exclusivamente la información de quienes recurren a la atención médica.

Un tercer ámbito en el que resulta casi imposible corregir la subestimación de la información es el de la invalidez, producto de accidentes de trabajo. En efecto, actualmente sólo se encuentran disponibles datos de los asegurados del IMSS, lo que deja

* Instituto Mexicano del Seguro Social.

fuera a la población activa que no tiene esta clase de cobertura, particularmente el sector informal y los trabajadores agrícolas.

Se pueden hacer esfuerzos para mejorar los procesos de recolección y sistematización de la información que alimentan las estadísticas vitales. También podemos avanzar en la estandarización de los registros sobre morbilidad (tanto en las instituciones públicas como privadas); adoptar clasificaciones de enfermedades más o menos compatibles, y, obviamente, incluir en las clasificaciones aspectos tan importantes como la desnutrición o los riesgos laborales. Asimismo, podemos ampliar los datos censales respecto a la salud, que son muy pobres, así como levantar encuestas probabilísticas sobre estos fenómenos en periodos intercensales. Todo esto ayudaría a contar con una mejor información. Sin embargo, la tarea más importante es la construcción de un sistema de indicadores de salud que midan la calidad de vida y, sólo de manera adicional, la enfermedad. El punto de partida de esta tarea sería la definición de salud propuesta por la OMS como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no como la ausencia de enfermedad. Si esta es la definición de salud, entonces la tarea fundamental sería trabajar sobre indicadores, llamémosle positivos, de salud.

En México existen algunas mediciones que captan el tamaño y crecimiento a lo largo del tiempo de las poblaciones, v.gr., los indicadores de peso al nacer de los niños de diferentes estratos sociales y la estatura promedio en diferentes grupos de edad. Este tipo de indicadores están vinculados con los cambios físicos entre las generaciones, mismos que resultan directamente de las prácticas de salud maternoinfantil y de los programas de nutrición. Sin embargo, esta información es todavía incompleta.

Es necesario avanzar también en la construcción de indicadores que contemplen aspectos que relacionen la salud con los factores que influyen directamente en ella: la alimentación, las condiciones de vivienda, la disposición de letrinas, las redes de drenaje y de agua potable, y las condiciones del medio ambiente.

Además de estos indicadores de factores que influyen en forma material sobre la salud, habría que contemplar también indicadores de sensaciones subjetivas de bienestar, porque, después de todo, si en la medición de los niveles de salud se incluye el estado de bienestar social e individual hay una serie de situaciones económicas y sociales internalizadas por los individuos

que explican en buena parte la aparición de hechos de violencia, de suicidios u otro tipo de enfermedades psicosomáticas.

Recapitulando: podemos decir que el problema de los indicadores no es meramente estadístico; su elaboración debe estar fundamentada en una conceptualización amplia del proceso de salud, conceptualización que debe ser congruente con la definición de la OMS, ya que esto posibilitaría en gran parte la realización de las metas del programa salud para todos en el año 2000.

*Eduardo L. Menéndez**

Hablaré del problema de la alcoholización, no como problema de enfermedad mental, sino como un problema más inclusivo, en la medida que lo que nos interesa destacar son las limitaciones e incluso la crisis del modelo médico.

La posibilidad de evidenciar dicha crisis a través del alcoholismo debe ser referida a la notoria incidencia del alcoholismo en la tasa de mortalidad general, y ésto medido no sólo a través de las defunciones por cirrosis hepática, sino básicamente por las muertes ocurridas a través de accidentes y homicidios. Consideramos que la alcoholización tanto en forma directa como indirecta *es por lo menos* la tercera o cuarta causa de mortalidad en México. Esto significa que evidenciar las limitaciones del modelo médico por medio del alcoholismo, no supone hacerlo a través de una causa secundaria, sino a partir de uno de los principales problemas de salud pública. Esto se pone aún más de manifiesto si pensamos en las consecuencias de la alcoholización para otras dimensiones de la salud de los mexicanos (síndrome del niño golpeado, violencia intrafamiliar, violaciones intra y extrafamiliares, desnutrición, etcétera).

Ahora bien, cuáles han sido las estrategias del sector salud respecto de esta problemática y cuáles los resultados. Los datos indicarían tanto a nivel nacional como internacional que las estrategias curativas y preventivas basadas en el modelo médico han resultado hasta ahora ineficaces. Incluso la intensa dedicación a esta problemática por parte de algunos países en los

* El Colegio de México. Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social.

últimos años no soluciona el problema, en la medida que sigue siendo analizado y programado mediante soluciones básicamente médicas. Se ha llegado a señalar que la Seguridad Social francesa superaría su creciente déficit presupuestario si las consecuencias de la alcoholización fueran por lo menos disminuidas.

El proceso de alcoholización ha sido denunciado a nivel social y moral desde el periodo colonial. A partir del siglo XIX se agrega una crítica de tipo médico que ha ido creciendo hasta monopolizar el cuestionamiento del alcoholismo. A partir de 1917 se plantea explícitamente como grave problema de Salud Pública al mismo tiempo que se subraya la importancia económica y ocupacional de la producción, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas. Desde entonces esta aparente contradicción se ha mantenido dentro de un contexto de morbimortalidad que indicaría un incremento de las consecuencias negativas del proceso de alcoholización.

En diferentes momentos, mediados de la década de 1930, década de 1960, principios de 1980 se resolvió encarar el problema en forma más organizada, pero sin que las estrategias propuestas por el modelo médico dieran soluciones mínimas al problema.

Ahora bien, la crisis del modelo médico supone la posibilidad necesaria de proponer alternativas; el doctor García Viveros por una parte se refirió al desarrollo de acciones educativas y el doctor Finkelman al desarrollo de estrategias de participación. Respecto de estas "alternativas" debemos señalar que ambas han sido utilizadas como estrategias por el sector salud, por lo cual la interrogante para nosotros pasa por saber a "qué" educación y a "qué" participación nos estamos refiriendo.

Respecto de la educación para la salud, generalmente se ha partido de dos instancias que hallan en sí su propia limitación. Por una parte una concepción vertical de los procesos educacionales y por otra la carencia de una dimensión pragmática que se articule con la información que constantemente recibe la población por medio de los procesos de "educación informal" de la vida cotidiana. Para dar un mero ejemplo, si gran parte de las políticas médicas están basadas en el "no beber", esta educacionabilidad entra en conflicto con el hecho de que suelen ser los médicos uno de los grupos ocupacionales con mayor tasa de ingesta excesiva de alcohol (ver al respecto las estadísticas confiables que existen para una larga serie histórica y por ocupación, como es el caso del Reino Unido).

Por otra parte el doctor Finkelman señaló que son las estrategias participativas las que posibilitan una alternativa, pero que esta participación debe tener un carácter político. Pero ¿qué significa participación política? A mi juicio esto es algo que debe discutirse muy particularmente en relación con el proceso de alcoholización. Frente a la crisis de eficacia de las políticas de salud sobre alcoholismo, podemos considerar a la participación como una posible alternativa.

Sin embargo, si nos restringimos al fenómeno de la alcoholización, y consideramos la trayectoria de la salud pública mexicana, por lo menos desde el cardenismo, observamos que a pesar de las limitaciones y conflictos, la insistencia en la participación popular ha sido una de sus constantes. México es tal vez el país de América Latina, que más ha enfatizado los procesos de participación popular desde el sector salud. Mucho de lo que el IMSS pretende realizar a través del programa IMSS-COPLAMAR por ejemplo, ya se hizo en los años 30 y 40 en La Laguna y en Yucatán en el contexto de lo que se llamó programa de Bienestar Rural. Más tarde, en la década del 70, la Secretaría de Salud y Asistencia emprendió programas como el denominado de Extensión de Cobertura, que por otra parte contaba con antecedentes en los programas de obras rurales por cooperación.

En consecuencia el análisis de la trayectoria de la salud pública mexicana nos permitiría detectar una continua línea que propone actividades de participación. Pero ¿qué significación popular tuvieron estas políticas de participación?, ¿cuál es la concepción que la propone y determina?, ¿cuáles fueron sus resultados? Es en torno a estas preguntas que debe darse una discusión teórica, que permita dar cuenta de esta posibilidad, que por ejemplo en este momento y respecto del proceso de alcoholización se está convirtiendo en la estrategia dominante a través de los grupos de Alcohólicos Anónimos.

El análisis de algunos de los programas que propusieron como uno de sus objetivos a la participación popular, evidencia que no se logró obtener una participación popular real. Las explicaciones de tipo culturalista y/o materialista no son satisfactorias, por lo menos para nosotros.

En conclusión, creemos que es necesario discutir y proponer con mayor claridad qué es lo que constituiría a la participación popular en una alternativa real al modelo médico y por supuesto al modelo social que lo fundamenta.

*Ignacio Almada**

Voy a presentar unas consideraciones generales sobre la relación entre el Estado y la sociedad civil, que constituyen una especie de agenda política y social de la salud:

a) Los servicios de salud forman parte integral de los salarios y configuran un salario social aportado colectivamente por el Estado (o por algún otro organismo); llamado también porción diferida o no monetaria del salario real de los trabajadores. También se llama salario indirecto al precio y a la calidad de los medios colectivos de consumo y de las prestaciones sociales, cuyo peso aumentó considerablemente respecto al salario directo en los países capitalistas europeos en el periodo 1950-1970

b) Una política de prevención constituye uno de los ámbitos para afirmar relaciones sociales desalienantes. En una controversia con Jean Polack, Giovanni Berlinguer señalaba que aquél se limitaba a afirmar que en la ley de la producción capitalista reside la imposibilidad de una política de prevención, afirmación que también implica la recíproca: una política de prevención constituye uno de los terrenos esenciales para afirmar relaciones sociales desalienantes.

c) Las políticas sociales, de las que forman parte las políticas de salud, son escenarios donde se expresan y reflejan las contradicciones de nuestra sociedad y la prolongación donde se dirimen las demandas y reivindicaciones de los diferentes grupos sociales. De esta forma, la extensión y el nivel de las concesiones sociales reflejan (independientemente de la manera en que se administran, como es por ejemplo el caso de la seguridad social) la fuerza que alcanza la clase trabajadora en bloque, como en otro nivel, el poder de negociación de los sindicatos se manifiesta a la hora de revisar su contrato colectivo de trabajo. De ahí que la lucha en torno al gasto social implica, entre otras cosas, impedir que se apliquen determinadas políticas sociales como un *quid pro quo* para deprimir los salarios y reducir su nivel al umbral de la mera subsistencia.

d) La definición de la salud como campo unificado es asumida en grado creciente por las autoridades y organismos internacionales y algunos de los nacionales en América Latina; se deja

* El Colegio de México.

atrás la división compartimentada de los problemas de la salud. Se propone un nuevo paradigma, y éste consiste en el concepto de salud como parte del proceso global de desarrollo y de una comprensión —y esto lo subrayo— de la naturaleza eminentemente política de las principales soluciones del sector salud.

e) Dado un escenario internacional conflictivo, la salud puede ser utilizada como puente y punto de partida para el entendimiento; también en un país como el nuestro, marcado por las diferencias sociales y perturbado por una crisis económica sin precedentes, la salud constituye uno de los pocos ámbitos sobre los que existe un notable consenso valorativo. Esto empieza a ser apreciado por los partidos y organismos políticos mexicanos que han venido incorporando en grado creciente, a sus pronunciamientos, la temática de la salud. Pero este poder de convocatoria de la salud no se restringe a estos niveles, sino que penetra incluso en la vida cotidiana: cimentando solidaridades y aglutinando intereses afines; se ha observado cómo las redes de intercambio de bienes y servicios entre la población urbana marginada incluyen la salud y su protección, como la ayuda a los enfermos, la colaboración comunitaria en acciones de higiene, vacunación y drenaje. Ambos tipos de acciones forman parte de una participación política más amplia.

f) El carácter indivisible de la salud mundial ha sido reconocido y es actualmente foco de atención para investigadores y de preocupación para los gobiernos nacionales y los organismos internacionales. Algunos de los viejos flagelos de la humanidad se han reactivado: la malaria y ciertas enfermedades sexualmente transmitidas, y la influenza en los años setenta. Estas enfermedades no respetan linderos políticos; pueden afectar a la población de diversos países, incluso en forma masiva. Esto ha contribuido a apreciar la interdependencia de la salud de la población mundial y reforzar la obligada complementaridad entre las políticas nacionales de salud, si pretenden éstas tener éxito. Se ha tomado como axioma que el progreso de la salud es el reflejo de una deliberada planeación y de una estrategia política y no un subproducto de la tecnología, por lo que un incremento del desarrollo tecnológico y la capacidad económica no conducen automáticamente a estudios superiores de salud. Así, en el Tercer Mundo, el interés de los gobiernos por la salud de sus pueblos debe llevarlos a luchar por el establecimiento de un nuevo orden económico internacional en el que el crecimiento

económico esté subordinado al desarrollo social de cada país e impida el drenaje de la riqueza de nuestras naciones a expensas de la salud de la población.

*Hugo Mercer**

Quiero destacar tres posibles contribuciones de las ciencias sociales para alcanzar la meta de “Salud para todos”.

Una primera contribución de las ciencias sociales, de corte epistemológico, es tratar de identificar cómo el logro de la “Salud para todos” implica la transformación de un modelo de atención médica en un modelo de promoción de la salud. Esto supone salvar un obstáculo fundamental: el costo creciente de los servicios de atención médica. Este, a pesar de ser un obstáculo material, funciona como un obstáculo epistemológico que opaca, oculta y tergiversa el surgimiento de propuestas alternativas.

Las ciencias sociales pueden contribuir indagando y profundizando, como se ha señalado respecto al financiamiento, en la naturaleza de ese costo creciente y en las tergiversaciones de su destino. Pero también cabe desviarse del poder de atracción, del carácter de imán que tiene el tema del costo creciente, y tratar de plantear que no solamente la atención médica es viable mediante servicios de atención personal, sino que debe reconocerse la creciente y enorme importancia que tienen los servicios no personales y las acciones que no están consideradas directamente como de salud.

Esclarecer ese obstáculo epistemológico significa también desmontarlo y tratar de abrir caminos para la discusión o reflexión sobre otros problemas.

En la aportación de las ciencias sociales al estudio de la práctica médica hay también un componente histórico: se trata de ver cómo en el pasado las diferentes sociedades elaboraron políticas o generaron mecanismos de gestión que no se encuadraban dentro del modelo de atención médica curativa. El tema

* El Colegio de México.

de la salud, estuvo dominado más de 300 años por la opinión eclesiástica; la medicina tiene un dominio relativamente reciente y su dominio completo no tiene más de 100 años de antigüedad. Ahora, corremos el riesgo de que el tema de la salud pase a ser un tema —si el foco sigue siendo el costo creciente— dominado por economistas imbuidos por la preocupación de racionalizar la atención médica.

Entiendo que una contribución de las ciencias sociales en este campo sería evitar esta unilateralización de la cuestión sanitaria, y convertirla —a través de esta revisión histórica— en un foco de preocupación no solamente de una profesión o de un grupo profesional aislado sino del conjunto de la población.

Pienso que era muy claro el doctor Mahler, director de la OMS, cuando al inaugurar la conferencia de Alma-Ata, terminó haciendo varias preguntas a los asistentes; de estas preguntas quiero destacar dos: ¿existe disposición para movilizar individuos, familias y colectividades, hasta lograr que se identifiquen plenamente con la atención médica primaria, participando en su planeamiento y gestión y contribuyendo a su funcionamiento integral y a la seguridad? ¿Hay disposición para enfrentar las batallas técnicas y políticas necesarias para superar cualquier obstáculo social y económico, así como la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la atención médica primaria? Al apuntar estas dos preguntas, el doctor Mahler se estaba dirigiendo a un tercer tipo de contribución que las ciencias sociales pueden hacer a la “Salud para todos”: me refiero a la politización de la salud. Se trata no solamente de destacar el peso de lo económico, sino también de la necesidad de una creciente democratización de la gestión sanitaria.

En este momento, estamos asistiendo al resquebrajamiento de las estructuras del Estado autoritario en diversos países latinoamericanos; esperamos que esta tendencia se incremente y se intensifique en los próximos años. El problema es cómo es posible, de acuerdo con esta democratización de la estructura estatal, o con la conservación de una estructura democrática en los países que lo han logrado hacer, que eso también se refleje en una democratización interna de la gestión en los servicios de salud.

Una propuesta es la intensificación de los mecanismos e instrumentos de autogestión. Este es un campo en el cual las ciencias sociales pueden contribuir mucho; algunos aportes se

han realizado. Para ello es necesario reconocer el peso de algunos cuerpos sociales establecidos (partidos políticos, organizaciones sindicales, centros de trabajo, organizaciones educativas) y que éstos se convierten en mecanismos o “focos” de decisión y de participación colectiva. Este es un punto en el cual las ciencias sociales pueden investigar, contribuir, proponer y, mediante la politización, propiciar la democratización de este campo.

Señalaré un último punto de orden metodológico respecto a la posibilidad de pasar de indicadores generados para la atención médica a indicadores que reflejen la promoción de la salud y que no sean únicamente expresión de lo que es capaz de atender la estructura de atención médica. En ese sentido, cabe ahondar no solamente en los potenciales con manifestación biológica de capacidad de desarrollo humano, sino también en los potenciales sociales que están articulados con lo biológico: el uso del tiempo libre, los mecanismos de recreación, la participación política, la convivencia en diferentes espacios, las decisiones sobre el uso del espacio; ellos se conjugan con los indicadores de crecimiento y desarrollo que ya se han mencionado. En resumen, considero que hay cuatro grandes campos en los que las ciencias sociales podrían contribuir a que “salud para todos en el año 2000” no sea un mero *slogan*. Una contribución de tipo epistemológico, otra histórica; una tercera contribución de orden político tendiente a propiciar la democratización interna, y una cuarta de orden metodológico. Todas estas contribuciones pueden ayudarnos a trabajar en la transición de una estructura curativa a otra de carácter democrático y preventivo.

Síntesis de la reunión

Viviane B. de Márquez

Quisiera recordar los puntos que se abordaron durante la sesión de esta mañana para sintetizar nuestra discusión, por una parte; por otra, mirar hacia futuros, como decía Hugo Mercer, y quizá, preparar las bases de otros encuentros.

Se habló, en primer lugar, del costo de la salud de tipo asistencial y de las alternativas para satisfacer las exigencias de la dimensión salud-enfermedad. En este renglón, hemos podido constatar que, en comparación con otros países, algunos más desarrollados que otros, existe un enorme margen de mejora posible, aun en el marco de este "modelo médico" que estamos cuestionando y del que no podemos prescindir del todo. Creo que esa es una área de discusión y de profundización futuras.

Hablemos de la importancia de la educación para la salud en relación con las posibilidades de autocuidado y autogestión, como insumos indispensables de la prevención y vigilancia de la salud comunitaria. Damos un giro nuevo a la noción de educación para la salud que durante tanto tiempo se ha reducido a enseñar prácticas de higiene elemental a las amas de casa. Creo que esto es, también, un tema muy importante y que está estrechamente vinculado con el tercer tema abordado: el de la renovación de la comunidad y de la familia. El autocuidado y la autogestión pueden ser considerados como focos de acción social, de aprendizaje de la autonomía y de la liberación de una sociedad sobrestatizada y agobiante. En este sentido, no hablamos de la acción comunitaria solamente como medio para lograr una mejor salud, sino también como medio de aprendizaje de la responsabilidad política.

El cuarto punto se refiere a la necesidad de recurrir al análisis demográfico y al estudio de la relación entre sociedad y naturaleza para poder visualizar las opciones que permitan un mejoramiento futuro de la salud de la población. En este caso, creo que apenas hemos apuntado los problemas por resolverse. Sin embargo, logramos indicar cómo estos niveles de análisis se insertan en la problemática ampliada de la salud.

El quinto punto, vinculado con la noción de comunidad, de autonomía, de acciones y de prevenciones, es el tipo de sistema de información que se necesita establecer y los medios de difusión que son compatibles con tales objetivos. Esta es una problemática muy amplia que tampoco pudimos tratar en profundidad. Lo que hicimos fue sensibilizarnos a la complejidad de las conexiones entre educación, familia y comunidad, por un lado, y entre la orientación de los medios de masa y la socialización de los individuos por estos mismos, por el otro.

El último tema, el más difícil de todos, es el de la forma que debe tomar la acción del Estado para enfrentar los problemas de

salud. Un resultado preliminar de esta reunión, sobre el que hay consenso entre todos los participantes, es el de que no existe una sola respuesta a esta pregunta. No podemos contestar con una fórmula única, como la del rechazo global del modelo médico de alta tecnología, o como la de su sustitución por cualquier otra solución monolítica. Se llegó a la conclusión de que en la noción de salud subyacen distintas dimensiones que necesitan diferentes instrumentos políticos. Si, por ejemplo, en algunos casos, necesitamos deburocratizar y devolver a las comunidades las prerrogativas que tuvieron durante siglos, en otros, debemos asumir la necesidad de la tecnología, pero controlándola y racionalizándola.

En resumen, lo que buscamos definir es una acción flexible por parte del Estado, que realmente reconozca la diversidad de las problemáticas y el peso diferente de los diversos componentes de la salud. Si bien hasta ahora se han reconocido en términos normativos todos estos problemas, los recursos asignados, empero, han sido muy desproporcionados con respecto a los diagnósticos, como es el caso, por ejemplo, de las acciones preventivas que solo representan el 1% del presupuesto de la salud en México. Por lo tanto, además de ser flexible y reconocer la multidimensionalidad de la salud, la acción del Estado debe reasignar prioridades y articularlas en forma adecuada.

Evidentemente, no se puede lograr todo en un día. Además cada uno de estos aspectos debería ser objeto de trabajos futuros en estrecha conexión con la acción del estado. Tal orientación se apartaría de los enfoques que hasta ahora han adoptado los científicos sociales que tienden a hablar lenguajes ininteligibles para los médicos y para los funcionarios del aparato público de servicios de salud. Al verse tan poco escuchados, se han refugiado en sus torres de marfil respectivas –El Colegio de México, la UNAM o la UAM– para seguir escribiendo sobre salud, sin hacer el esfuerzo suficiente para *traducir* estos escritos a acciones concretas.

Creo que es muy importante que aprendamos un lenguaje común. Podemos constatar en este encuentro, que a pesar de la variedad de formaciones, no solamente nos hemos entendido, sino también hemos podido hacer propuestas concretas que pueden resumirse en las siguientes necesidades para el futuro:

a) una preparación creciente del individuo y de la comunidad para tener un mayor autocuidado;

b) un cambio en la formación y capacitación del médico y otros profesionales que deberán actuar como equipo de salud ampliado;

c) sistemas alternativos de financiamiento de los servicios de salud que al mismo tiempo serán más y diferentes a las que se consideran como tales en la actualidad;

d) sistemas de salud que deberán organizarse en diferentes niveles de prevención y atención para alcanzar a la población total en un plazo relativamente corto.