



La Atención Primaria de Salud desde la Perspectiva Universitaria



Unión de Universidades de
América Latina

Septiembre 1988



DIRECTORIO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DR. JORGE CARPIZO MACGREGOR
Rector

DR. JOSE NARRO ROBLES
Secretario General

DR. ABELARDO VILLEGAS
Secretario General Académico

LIC. RAUL CONZALEZ PEREZ
Secretario General Administrativo

LIC. MARIO RUIZ MASSIEU
Secretario General Auxiliar

LIC. MANUEL BARQUIN ALVAREZ
Abogado General

*DR. RENE CHAVARRIA MORALES
Secretario de Atención
Primaria de Salud
Facultad de Medicina*

*MTRA. MA. DE JESUS VILLALPANDO
Profesor
Facultad de Psicología*

*DR. ENRIQUE AGUIRRE HUACUJA
Coordinador General
de Estudios Profesionales
ENEP Zaragoza*

*DR. ANTONIO MORENO SANCHEZ
Coordinador de la Carrera de Medicina
ENEP Zaragoza*

*DR. RAMIRO JESUS SANDOVAL
Coordinador de la Carrera de Medicina
ENEP Iztacala*

DUAL
MASE. RD451 lej. 1
AB.
NOA. 532
PROG. UDIAL
FECHA 12/1/97
PRECIO Dameceron

Código de barras

CIDU 1803 0050

Nº de Inventario

2018 03 00532

INTRODUCCION

* DR. RENE CHAVARRIA MORALES

Brindar Atención Primaria de Salud a todo ser humano, constituye sin duda el reto más grande de la Medicina Moderna, implementar la estrategia en todos los pueblos del orbe significaría alcanzar uno de los ideales de la humanidad en las civilizaciones modernas, que es garantizar el derecho a la salud.

Hace diez años en el poblado de Alma Ata, Unión Soviética, la Conferencia Mundial de la Salud, estableció un compromiso entre todos los países miembros, que fue precisamente el de lograr la "Salud para todos en el año 2000". A partir de este momento todos los gobiernos han desarrollado múltiples esfuerzos en la Atención Médica y en la formación de profesionales de la salud, con objeto de implementar y extender la estrategia de Atención Primaria de Salud en cada uno de sus pueblos.

Es con esta intención que la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de las Facultades de Medicina y Psicología y de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales Iztacala y Zaragoza, desarrolló la serie de seminarios "La Atención Primaria de Salud, desde la Perspectiva Universitaria", México a diez años de Alma Ata.

La Secretaría de Atención Primaria de Salud de la Facultad de Medicina, presentó el proyecto inicial el Dr. Fernando Cono Valle, lo analizó con sumo cuidado, enriqueciéndolo y percibiendo la enorme trascendencia e importancia que la Atención Primaria de Salud tiene

(*) Secretario de Atención Primaria de Salud de la Facultad de Medicina, UNAM

para nuestro país, estableció que debería extenderse al seno de toda la Universidad, conformándose un proyecto conjunto con las dependencias universitarias antes citadas.

Cada Facultad y Escuela participó entusiastamente en la conformación de cada uno de los nueve seminarios que analizaron los diversos aspectos que conforman la estrategia, fue así como se analizó desde la disponibilidad de medicamentos hasta la participación comunitaria y las fuentes de financiamiento. En un trabajo conjunto se plantearon los tópicos sustanciales seleccionando cuidadosamente a los profesionistas que mayor experiencia reúnen, pero sobre todo a quienes conocían la realidad que se vivía en cada uno de los programas. En la serie de Seminarios participaron la mayoría de las instituciones educativas y de salud con sus diversas dependencias y organismos, también se logró un trabajo interdisciplinario.

En la Universidad este ejercicio constituye una experiencia sin precedentes, que permite contemplar cabalmente la bondad del trabajo interdependencias potenciando la experiencia de cada una de ellas y vislumbrando el enorme alcance que se tiene en beneficio de nuestra institución, y por consiguiente para nuestro país. La actitud de entusiasmo y colaboración en todo momento fue ejemplar y permite ahora plantear nuevos proyectos en forma conjunta.

Dejó a cada uno de los lectores el juicio sobre los conceptos y la información vertida por cada uno de los ponentes de los diversos tópicos, en ellos encontrarán controversia en la información a nivel conceptual, cualitativa y cuantitativamente, ésto es reflejo de lo que es la situación real de la implementación de la estrategia en Atención Primaria de Salud y proyecta a la vez lo que se busca en la Universidad, que es la discusión crítica y abierta en busca de una verdad que puede tener una visión diferente, pero que es necesaria encontrar en beneficio de nuestro país.

Por último sólo deseo transmitirles mi inquietud en el sentido de que la Atención Prima-

ria de Salud en México, aún está lejos de lograrse, el concepto es tan revolucionario e

*innavadar que la inmensa mayoría del gremio médico y de las profesionales de la salud des-
canacen. Cuando se entiende en forma integral se percibe la enorme importancia que tiene
y se convence uno de que sí se cumplen plenamente sus abjetivas el beneficia es trascenden-
tal; paradójicamente en su simpleza radica la complejidad.*

*El reta de la Universidad será sin duda formar las nuevas profesionales que se requieran,
capacitar los nuevas modelos y generar investigación en tarna a la Atención Primaria de
Salud.*

innavadar que la inmensa mayoría del gremio médico y de las profesionales de la salud desconocen. Cuando se entiende en forma integral se percibe la enorme importancia que tiene y se convence uno de que sí se cumplen plenamente sus objetivos el beneficio es trascendental; paradójicamente en su simpleza radica la complejidad.

El reto de la Universidad será sin duda formar los nuevos profesionales que se requieran, capacitar los nuevos modelos y generar investigación en torno a la Atención Primaria de Salud.

UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD

* DR. JORGE CARPIZO

Desde el momento que asumí la rectoría de la Universidad, expuse cual sería uno de mis proyectos principales; acercar a la Universidad, al país para colaborar en su desarrollo mediante la solución de sus problemas

Estamos decididos a impulsar la transformación de nuestro país pero, ¿cómo lo vamos a hacer, sino preparamos realmente a profesionistas capaces, muy competentes y con sentido social?. Una gran parte de la responsabilidad de hacer realidad el proyecto de un México más justo y más libre, esta en manos de los universitarios; no podemos fallarle a la Universidad, porque nos defraudaríamos a nosotros mismos y le fallaríamos a México.

La sociedad reclama una mejor preparación de los universitarios y desde luego tiene razón. No puede un pueblo pobre como el de México, gastar miles de millones de pesos y encontrar que sus profesionistas y técnicos no esten suficientemente preparados.

Tenemos que pugnar por una Universidad que instruya, eduque y forme integralmente a su población estudiantil y sirva al país. Si México logra la independencia científica y tecnológica, necesita profesionistas y técnicos capaces, dotados de un sentido social.

En la Universidad, lo he dicho se forman las mentes y las voluntades de quienes han de decidir el futuro de México, a fin de conseguirlo con objeto de formar bien esas mentes y

(*) Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

esas voluntades, es preciso adecuar la educación a la realidad, se requiere imbuir en ellas la vocación social de igualdad y de servicio; despertarlas a la convicción de que sólo la suma de esfuerzos individuales y llevados a la máxima intensidad ha de integrar la conciencia solidaria y colectiva, que justificará su existencia y en la cual habrá de sustentarse la grandeza democrática del México que todos aspiramos.

INAUGURACION

*PANORAMICA, PERSPECTIVA Y PROYECCION DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD*

DR. FERNANDO CANO VALLE

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

DR. RODOLFO HERRERO RICAÑO

MTRA. ARLETTE LOPEZ TRUJILLO

PANORAMICA, PERSPECTIVA Y PROYECCION DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

* DR. FERNANDO CANO VALLE
Mayo 27 de 1988

Las ciencias del hombre quedan comprendidas dentro de los conocimientos humanísticos. Estas disciplinas no son únicamente teóricas sino de aplicación continua e indispensable para el planteamiento científico de explicaciones y soluciones a múltiples problemas muy propios del hombre o de la sociedad, que en conjunto éste constituye. Según el punto de vista humanista, el hombre es su pasado y su presente. Dentro de éste, es la célula que lleva a cabo la síntesis o composición de diversas moléculas, pero también es el individuo que goza, que sufre, que piensa, que desea, que ama y odia. Para el humanista todo eso es la vida humana. Para el médico todo eso es lo que vive sano o enfermo; a todo ese conjunto hay que ayudar; a toda esa constelación de fenómenos hay que prestar atención si se desea hacer una medicina verdaderamente humana.

Las disciplinas que tienen como centro de interés al hombre y a su pensamiento son las que en la actualidad suelen ser designadas colectivamente como humanidades. El médico, decía Oscar Wilde, es uno de los pocos profesionistas cuyo interés inmediato es el hombre. De ahí que no logró percibir claramente, la frontera de la Medicina con las Humanidades, ambas son lo mismo.

La Medicina, entendida como ciencia del hombre, debe tomar en cuenta a toda la persona humana y situarla en el centro del campo de su interés y considerar a la enfermedad no como una abstracción sino como un fenómeno humano.

(*) Director de la Facultad de Medicina, UNAM

El hombre constituye el interés inmediato y fundamental del médico. Nuestra preocupación primordial es, en efecto, el hombre con problemas de salud. La Medicina debe ser la aplicación de ciencias y técnicas para la solución de los problemas de salud del hombre, entendiendo bajo este rubro, tanto a los que consisten en la conservación de la salud, como a los referentes al alivio o curación de las enfermedades.

La posición humanista dentro de la Medicina encamina al clínico como deber fundamental e ineludible, efectuar la integración de los conocimientos obtenidos gracias a las ciencias fragmentarias. Todavía más, la obliga a incluir dentro de su análisis, el respeto a la persona humana y el concepto de que el hombre es un ser social cuyo conocimiento integral, no es posible si se ignoran los aspectos más importantes de la sociedad a que pertenece.

El acto de asistencia médica es un acto social, en el que se implican no sólo el médico y el paciente, sino la sociedad en su conjunta. La enfermedad, en efecto, es un condicionante para el individuo y para la sociedad. Existen enfermedades, como las epidémicas y transmisibles, cuya presencia puede constituir un peligro para el resto de la comunidad. El médico, el enfermo y su familia, así como la población en general, deben aceptar la práctica de medidas que conducen a la defensa de la salud de otros grupos y de toda la sociedad.

La evaluación histórica en la atención de la salud en nuestro país, se identifica en forma permanente en el seno de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de un proceso de continua evaluación proveniente de la íntima conexión que se guarda con las instituciones que conforman el Sector Salud y el proceso interno de autocrítica.

Como consecuencia de este devenir histórico y consciente de la responsabilidad que esta Facultad tiene ante nuestra sociedad, a partir de 1974 estableció el Programa de Medicina

General Integral conocido como Plan A-36, el cual fue concebido

el adiestramiento del estudiante de Medicina, con el fin de lograr el recurso necesario para llevar la atención médica, en base a la estrategia de los niveles de atención, no sólo al individuo, sino también a la familia en su ambiente comunitario, lo cual requirió de un esfuerzo sistematizado para la estructuración del programa correspondiente; en las doce años de actividades, han egresado 1107 alumnas, de las cuales aproximadamente el 70% realizan actividades en el campo de la atención primaria.

En 1975, con el propósito de estimular, proponer y coordinar las acciones que apoyarán el desarrollo de la Medicina Familiar como componente fundamental de la atención de primer nivel, se creó el Departamento de Medicina General Familiar, constituyendo así el primer departamento en su tipo en América Latina.

Como producto de su labor, puede mencionarse un importante y creciente número de trabajos de investigación en el campo de la atención médica de contacto primario, así como una amplia cobertura asistencial en el ámbito urbano y en menor intensidad en el rural.

El desarrollo desde 1980 del programa de especialización en Medicina General Familiar, ha producido seis generaciones de médicas familiares en un número de 455 egresados. A éstos se suman los médicos de esta especialidad formados por el Instituto Mexicana del Seguro Social con el reconocimiento universitario que suman alrededor de 9000 inscritos en la División de Estudios de Posgrado con un total de 8830 egresadas. Consideramos que en un futuro cercano, sería deseable reformular los planteamientos académicos para integrar un programa única en el Sector Salud.

A partir de 1981, se diseñaron y pusieron en práctica los programas de Educación Continua dirigidas a las médicas generales familiares, así como un vigoroso esfuerzo dirigido al médica general, tendiente a dar información para resolver los problemas de salud regional. En ocho años se han impartido 1668 cursos a más de 56782 médicas generales.

Siendo realistas, se debe aceptar que la atención médica es una acción, entre otras, que

coadyuva al logro de la salud, la cual requiere realizar programas educativos a nivel de licenciatura, posgrada y de capacitación y educación continua para toda el grupo interdisciplinaria que participa en las servicios para la atención primaria de la salud; de esta manera se acentúa la necesidad de mantener una íntima relación entre la formación de recursos humanos en esta área y las estrategias en la prestación de los servicios. Sin embargo, la Atención Primaria a la Salud es mucho más.

La conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en 1978, formuló la declaración de Alma Ata, en la que se afirma que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la salud para todos. En la declaración figura la siguiente definición:

"La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todas las individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la más cercana posible la atención de la salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

Que es en nuestro medio:

PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD DE GRUPOS ESPECIALES

MUJERES Y NIÑOS:

- Excepcionalmente crítico de las políticas y la legislación respecto a protección

bienestar social de la familia niños, mujeres, jóvenes y escolares.

- *Reformas legislativas que estimulen y faciliten la atención integral de la familia.*
- *Educación para la salud en mujeres y niños.*
- *Participación de la comunidad.*
- *Desarrollo de tecnología apropiada para la atención perinatal y para el cuidado continuo del niño.*
- *Tecnología simplificada para la vigilancia continuada del estado de salud de la madre y el niño.*
- *Investigaciones para identificar los problemas de salud en grupos vulnerables, tales como mortalidad perinatal y salud materna en grupos más expuestas.*

SALUD DE LOS TRABAJADORES

- *Participación de los trabajadores en el desarrollo de programas de salud en el área la boral.*
- *Prevención ecológica en áreas de trabajo.*
- *Integración de la salud ocupacional en los proyectos de desarrollo industrial y agrícola.*
- *Material didáctico e informativo sobre medidas de salud y seguridad en el trabajo.*

SALUD DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

- *Determinación de las características de las personas de edad avanzada.*
- *Investigaciones epidemiológicas a nivel nacional que definan la magnitud de los problemas actuales.*

SALUD DE LAS PERSONAS IMPEDIDAS

- *Normatividad en prevención de inválidos.*
- *Ecología e invalidez.*

SALUD MENTAL

- *Introducción de actividades de salud mental en los servicios regulares de atención.*
- *Desarrollo de programas de apoyo psicológico a las familias.*
- *Desarrollo de recursos humanos para la salud mental, farmacodependencia y alcoholismo.*

PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD AMBIENTAL

AGUA POTABLE Y DISPOSICION DE EXCRETAS

- *Incorporación de los proyectos de agua potable y disposición de excretas, como elementos fundamentales a los planes nacionales de desarrollo.*
- *Fortalecimiento del adiestramiento de administradores, diseñadores y operadores de sistemas de abastecimiento de agua incluyendo a la comunidad.*

ELIMINACION DE DESECHOS SOLIDOS

- Fomento de la Coordinación Intersectorial e inclusión de los planes de educación elemental de conceptos de evacuación de desechos sólidos, urbanos e higiene de la vivienda.

PROTECCION DE ALIMENTOS

- Formulación de políticas nacionales sobre protección y control de la calidad de los alimentos en la producción y distribución.
- Estímulo de interés de los consumidores en la aplicación de los principios y prácticas de manipulación higiénica de los alimentos destinados a su propio consumo.

CONTROL SANITARIO DE LA VIVIENDA

- Adopción de las políticas de proposición y mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vivienda en las zonas urbanas y rurales.

CONTROL DE LA CONTAMINACION FISICA Y QUIMICA

- Establecimiento de mecanismos de coordinación con los usuarios de agentes físicos y químicos con fines de prevención, tratamiento y control.
- Educación del personal y la población en general con respecto a productos químicos tóxicos.

PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DE LOS PROYECTOS HIDROELECTRICOS, AGRICOLAS E INDUSTRIALES

- Prevención y control de los efectos adversos de los proyectos de desarrollo en la ecología y la salud humana.

- *Protección de cuencas hídricas para mejorar la calidad y aumentar la cantidad del agua.*

SALUD VETERINARIA

- *Evaluación de programas de las zoonosis y determinación de prioridades basadas en métodos de análisis socio-económico.*

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

PREVENIBLES POR VACUNACION

- *Preparación de materiales de enseñanza y tecnología didáctica para la formación de personal en la evaluación, planificación y administración de programas de inmunización.*

EXTENSION DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

AUMENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA

REESTRUCTURACION SECTORIAL

- *Estructura, organización y funciones del sector de las instituciones que lo componen incluyendo el Sector Privado.*
- *Ajuste del sistema sectorial del financiamiento y de la producción de servicios de acuerdo a accesibilidad.*
- *Estudios legales, financieros y funcionales y, evaluación de factibilidad y viabili-*

lidad de los cambios considerados necesarios en el sector.

FORTALECIMIENTO DE LA PLANIFICACION, PROGRAMACION Y EVALUACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- Necesidades, demandas, recursos reales y financieros, producción, productividad, utilización de los servicios.

La Atención Primaria de salud, es en este momento la estrategia más viable para lograr la mayor cobertura a la población mexicana.

Su importancia obliga a que las instituciones de salud y educativas consideren prioritario desarrollar programas de formación de recursos humanos, capaces de implementar esta estrategia. Es por lo tanto, en eventos como el que se inicia hoy, que nos permitirá:

- Realizar un análisis profundo y crítico de todos los mexicanismos que integran la estrategia, así como su extrapolación en el contexto de la realidad nacional.
- Elaborar un documento básico sobre Atención Primaria de Salud que sea el vehículo fundamental para el conocimiento de la estrategia de atención primaria de salud en toda la comunidad universitaria.
- Diseñar y proponer modelos docentes asistenciales, basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- Impulsar la formación de un grupo universitario interdisciplinario que favorezca el desarrollo de modelos operativos, docentes y de investigación en Atención Primaria de Salud.
- Desarrollar líneas de investigación específicas sobre los puntos básicos que plantea la estrategia y que son problemas de carácter nacional.

Una segunda actitud, un grupo de personas que más que expresar como u
decía: sí, es curioso pero tiene estas y aquellas implicaciones para la
si pensamos en la importancia que tiene el ingrediente fundamental de la
lud en plan de comportamiento humano.

Un tercer grupo de personas que afortunadamente a lo largo de los años que
se fue haciendo cada vez más pequeño, no porque se fueran muriendo, sino por
tando un cambio importante en las contribuciones que pudieran hacer otros e
áreas, y era la actitud de que nos van a decir que hacer en medicina prevenir
amor de Dios, tenemos 300 años haciendo esto ó 100 años dependiendo de dos
no, nos van a venir a decir como prevenir la salud.

Quiero ubicar la charla de esta mañana, justamente en este contexto, para r
voy a ser repetitivo, para otros voy a ser novedoso, para otros probablen
cibido, sin embargo, lo importante, lo que quiero hacer esta mañana es dar
texto general que nos ayude a ubicar como precisamente en la Atención Prima
puede tener un enfoque institucional de naturaleza y nivel universitario y
de las nuevas profesiones en mi caso la Psicología, pueden tener una contr
si entendemos que el comportamiento humano es un factor importante en la p
lud, y luego en su recuperación. Hay veces que las cosas por obvias pasan
hay veces que nos preguntamos porque es bueno conservar la salud y parece t
perogrullo, pues porque es bueno no estar enfermo y porque es bueno no est
que es malo estar enfermo, y se nos olvida que hay repercusiones, a veces r
a veces ni cuenta nos t...

veces desaparece y así sucesivamente el tipo de efectos directos sobre la salud, desaparece o se deteriora muy rápidamente en una forma que se nos hace automática, nos parece que siempre ha estado ahí y que era algo muy natural de suponer que cuando alguien se enferma muchas cosas se descomponen pero no se nos ocurre ver cuando es el impacto construir el puente entre el efecto que tiene la salud y la forma en que se deteriora la vida cotidiana.

Permítanme colocar un poco ésto en el contexto de los años recientes en cuanto a algunas de las cosas que se nos dicen repetitivamente y que a veces porque se nos dicen se nos olvidan; y les voy a pedir que a la hora que este yo leyendo estas pequeñas líneas hagan ustedes un ejercicio conforme vaya leyendo éstas, sobre algunos datos estadísticos sobre salud en el país en los últimos 8 ó 10 años y vayan ustedes pensando por favor en que forma y en que media, lo que voy a estar describiendo tiene una aleación, tiene un vínculo natural con el comportamiento humano, porque a partir de ésto quiero hacer dos últimos comentarios para terminar y quiero mostrar como hay una serie de contribuciones importantes que se pueden hacer desde el punto de vista de la Psicología. Entonces leo estas líneas, vayan ustedes pensando en comportamiento humano, la relación entre ésto y el comportamiento humano y la forma en que ésto se interactúa.

60% de los habitantes del país, ya residen en un medio urbano, era un dato de hace 8 años, y se espera que de continuar esta tendencia para el año de 1990 a dos años de hoy, la población urbana presente un 72%, estamos pensando en comportamiento y en efectos de la salud.

Las enfermedades infecciosas permanecen entre las primeras causas de muerte, pero han experimentado un descenso significativo, especialmente las neumonías, las enteritis y otras enfermedades diarreicas, por otra parte en 1978 las enfermedades del corazón pasaron a formar parte del primer lugar entre todas las causas de muerte como un incremento del 28% en esas 8 años.

Los tumores malignos aumentaron en el cuadro de enfermedades con una elevación de 24% en el lapso de 1970 a 1978.

Las enfermedades infecciosas, siguen siendo las principales causas de muerte en los niños menores de un año cuyo grupo contribuye con la cuarta parte del total de defunciones del país, situación que evidentemente se encuentra relacionada con la persistencia de factores ambientales negativos y con deficiencias en el ingreso en la educación y en la vivienda, pero que es asimismo reveladora de insuficiencia de servicios de salud.

Las instituciones de seguridad social, ya registraran entre las principales causas de morbilidad a la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los cánceres cervico-uterinos y mamarios y los trastornos llamados neuróticos y de la personalidad.

A la situación de los daños descritos se agrega la persistencia de factores condicionantes cuya presencia se repite en los países en vías de desarrollo, a los que se ha añadido un patron de crecimiento urbano industrial, tales como concentración de grupos de población con servicios de saneamiento, insuficientes diferencias de niveles de vida de grupos sociales, deficiencias educativas y nutricionales que conforman grupos altamente vulnerables a enfermedades y daños y subsisten grupos de población rural dispersos de fácil acceso para los servicios de salud.

Para terminar, en los últimos años han aparecido los problemas propios de la contaminación ambiental y del desequilibrio ecológico inherentes también al desarrollo urbano e industrial. La contaminación atmosférica de las grandes ciudades por humos y polvos y la contaminación de las aguas por metales pesados, substancias nocivas por hidrocarburos y los derivados de la industria petroquímica entre otros. En el campo es frecuente la intoxicación por plaguicidas, que ya ocupan un lugar significativo en la morbi-mortalidad de los trabajadores rurales.

Vamos ubicando ésto en el contexto y vamos tratando de establecer esta relación entre la pérdida de la salud y el comportamiento humano.

Algunas de las conversaciones más frecuentes en aquellos años en el ISSSTE, gracias a algunos médicos que tuvieron a bien ayudarnos a los que no eramos médicos a comprender como

había tomado muchos años, décadas completas el construir una metodología que nos fuera permitiéndolo localizar a la enfermedad como un evento natural que tiene por tanto una historia natural, que tiene por tanto una evolución que parece repetirse de una manera poco variada. Me acuerdo muy bien, que algunas de estas conversaciones hablaban insistentemente de dos grandes grupos de periodos en el deterioro de la salud, los periodos prepatogénico y patogénico; y se referían a un clásico publicado me parece en el año de 1956 por dos investigadores norteamericanos Level y Clark, en aquel famoso libro de medicina preventiva para el médico en su comunidad. Nos llamó mucho la atención a los Psicólogos, por que nos dió la impresión de que había una clara concepción de que cuando el tiempo avanza, sino se hacen ciertas cosas en ciertos momentos, podemos contar con predictores de en donde vamos a acabar y por lo tanto estas predictores podemos reconstruir hacia atrás en el tiempo, sus causas y los factores que pueden propiciarlos o precipitarlos.

Esta muy claro que estamos hablando desde los primeros siglos de que algo se está descomponiendo en términos de la salud individuos, hasta por supuesto la muerte prematura y si nosotros hacemos una pequeña extrapolación de esta historia natural de la enfermedad nos vamos a dar cuenta de que hay una congruencia entre esta historia natural de la enfermedad y esta, que algunos hay llamado la pirámide de la atención de salud en México, en efecto la forma si vemos el esquema avanzando en el tiempo de izquierda a derecha veremos que hay una serie de padecimientos que afectan a muchas personas, pero que son poco serios, pero que si nosotros los dejamos avanzar suelen complicarse, intervienen otros factores como los que mencionábamos hace un momento, el problema del deterioro de la salud, se va complicando en un momento tal, tal como nos vamos acercando a la cúspide de la pirámide hay menos personas, pero tienen padecimientos más graves. Al tener padecimientos más graves es necesario poner en práctica una serie de intervenciones más complicadas y así sucesivamente hasta que llegamos a la cúspide de la pirámide, donde algunas personas insisten en ubicar los avances tecnológicos de frontera, por ejemplo; en cirugía y en tratamiento de algunos problemas que conocemos han tenido un auge de atención reciente.

Si nosotros traducimos esto en el costo-beneficio, nos damos cuenta que cuando hablamos del

primer piso de la pirámide y contamos el número de personas, el número de individuos que tiene acceso a este tipo de servicios, este tipo de servicios resulta relativamente barata y conforme avanzamos en la cúspide de la pirámide a hacia la derecha en el esquema temporal de Levely Clarck, nos vamos a dar cuenta que el costo beneficia se reduce, deberíamos de estar aprendiendo algo de esto, que la atención primaria no tiene solamente la virtud de llegar a más individuos, sino de tocar más de aquellas puntas naturales que necesita poner en práctica el ser humano para evitar valver a perder la salud y para conservarla y promoverla.

Es muy clara que el costo relativo de las intervenciones es mucha más alta cuando hablamos de intervenciones terapéuticas, que cuando hablamos de intervenciones de tipo preventiva.

Ahora quisiera simplemente tratar de establecer el vínculo entre este contexto que acaba de dar y algunas de las cosas muy concretas que se han podido investigar y que vamos a poder mostrar, que contribuye el Psicólogo en la Atención Primaria y en otros niveles también, aunque quiero hacer una proposición final sobre algunas aspectos preventivos en general; es difícil porque además se compromete uno con una posición teórica.

Es difícil el decir cuales son algunas de las principios generales que regulan el comportamiento y que tienen una incidencia directa en la salud, hablare solamente de tres grandes grupos, porque de aquí pasaría al punta fundamental de esta mañana, que es la visión de la formación universitaria en las ciencias. Para este nivel hay tres grandes grupos de razones desde el punta de vista de la Psicología, desde el punta de vista del comportamiento, tres grandes grupos de razones que explican y se pueden establecer como factores importantes en la pérdida de la salud, vamos a llamar a las primeras razones de tipo instrumental en el sentido del comportamiento que observamos en el individuo todas las días de su vida. En efecto si nosotros observamos y esta la saben las que se dedican a detectar factores de riesgo, si nosotros observamos el vivir cotidiana del individuo que pier de la salud, notamos ciertas permanencias instrumentales, la persona hace muchas cosas que no deberfa hacer y hace muy poca de otras que si deberfa hacer, la persona fuma, no hace ejercicio, come demasiadas alimentos, tiene sus cargas de trabajo distribuidas de

una manera tal que lo stresan mucho, se lleva trabajo a su casa, hace una serie de cosas que después cuando analizamos su relación con la pérdida de salud en forma de líneas analíticas vemos que hay una influencia importante de este aspecto instrumental y de otros de tipo cognoscitivo, la concepción de la gente, la concepción del individuo sobre lo que esta ocurriendo, muchas veces tiene justamente el problema de ser una concepción distorsionada, tiene datos falsos o concepciones que no le funcionan y ustedes saben de muchas de estas, la persona que cree que un medicamento es tóxico y simplemente se toma la mitad de la dosis que le dijo el médico para intoxicarse menos o la personas que piensa que si el médico le dijo tomarse una dosis y se toma la doble se va a curar más pronto, la persona que piensa que no es tan importante el dejar de fumar inmediatamente, que lo puede hacer dentro de cinco años pues a la gente que le pasan cosas, le pasan a los 15 ó 20 años. Estos son problemas de naturaleza cognoscitiva, son ideas con concepciones defectuosas que a su vez conducen actitudes defectuosas y ese sería el tercer gran rubro que quisiera tocar al cual le llamaré actitudinal que es lo que pasa cuando al mismo tiempo tenemos comportamientos repetitivamente ligados con la pérdida de la salud y a la vez ideas y concepciones repetitivamente distorsionadas con respecto a sus comportamientos, lo que pasa es que el ser humano adquiere una actitud que es más difícil cada vez de modificar y sólo hay que preguntar desde los médicos de tercer nivel hasta las personas que intentamos hacer prevención lo que pasa cuando hay una resistencia importante en términos de actitud, se invierten muchos esfuerzos y la salud se sigue perdiendo de la misma manera, porque es muy difícil encontrar el ajuste entre lo que la gente hace, lo que piensa, y en lo que cree. En términos de actitud, si esto es así entonces podemos ver que entonces el Psicólogo tiene algunas contribuciones que hacer.

Debo señalar que en el sentido histórico en nuestro país se repite una historia que ya lo ha hecho en otras disciplinas, cuando vemos en algunos países que estan utilizando una serie de técnicas 10 ó 15 años antes y llegan a nosotros 10 ó 15 años después y nos sorprendemos de no haberlas puesto en práctica antes. Creo que es algo que esta ocurriendo con el comportamiento y la salud en México

Por lo menos hasta recientemente crea que habíamos perdido mucha esta perspectiva porque hay principios que regulan las concepciones que tiene la gente, hay principios que regulan como se forma un concepto, hay principios que regulan como se llama la atención sobre un mensaje, hay principios que regulan como se facilita la comprensión de un texto, de un mensaje televisivo, de una instrucción del médico, de una instrucción preventiva, hay formas de derivar tecnologías que intervienen en la forma en que la gente adapta estas recomendaciones desde el punto de vista instrumental, sabemos cuáles son los principios que hacen que una conducta se repita de una manera sistemática, sabemos que principios son responsables de que suba en su tasa o baje su tasa de emisión, sabemos que también hay procedimientos para modificar la intensidad con la que el ser humano hace algo o la intensidad con la que siente algo finalmente también conocemos y esta es un poco más investigada y más puesta en práctica en nuestro país, la forma en que los principios regulan la reacción o la reactividad, si ustedes quieren emocional del ser humano y la relación que ésta tiene con muchos problemas de deterioro en la salud.

Quisiera terminar diciendo que hay algunos grupos de actividades muy directas que puede el psicólogo en general y el psicólogo experto en psicología de la salud en particular contribuir para este tipo de problema, vean ustedes simplemente los dos grandes grupos en los que es el tratamiento y está incluida la atención primaria, hay formas de promover sistemas de adherencia terapéutica para los pacientes que están en un régimen. Segunda hay formas de intervenir si no la está construyendo o fortalecer la estructura familiar, la estructura social inmediata del paciente o los pacientes cuando están bajo un tratamiento. Una de las cosas que más se nos han dicho y que más se repite en la literatura es el caso del diabético que no tiene una estructura que le permite adaptar otro tipo de hábitos, por supuesto no va a poder salir adelante. La promoción del apoyo comunitario y la promoción y la aceptación cognoscitiva, promueve un cambio de actitud a la que le está pasando, la que puede hacer bastante más en la prevención, por eso me refería al primer piso de la pirámide como la atención primaria, crea que a la pirámide hay que buscarle no solamente un primer piso, sino hay que buscarle una planta baja, la que propongo es que esa planta baja sea la educación para la salud, la promoción de la salud en un plan verdadero de prevención primaria, es decir antes de que surjan las primeras señales

de deterioro, esto se logrará fundamentalmente y es nuestro propósito a través de educación formal y de programas inteligentes sistematizados, bien documentados en medios de difusión masivos.

Podemos cambiar la adquisición de conductos, podemos cambiar la parte cognoscitiva y la parte actitudinal. La pregunta es si ahora el sector salud dijera excelente, Sánchez Sosa nos convenció de que los Psicólogos saben hacer las cosas y que funcionan para estos tres niveles, que tienen además la posibilidad de modificar incluso un plan institucional y nos está prometiendo cambios hasta en este tipo y que nos pasa, porque no contactamos en este momento los Psicólogos que se necesitan y veremos como conseguimos dinero vamos a irlos conectando en los centros de salud, para que éstos funcionen.

La respuesta es muy sencilla y es no. Porque tenemos apenas muy pocos psicólogos que están formados expresamente dentro de esta tradición, tenemos muchos psicólogos trabajando en el sector salud, nuestros esfuerzos ahora es ir al sector salud, no voy a decir recuperar, porque nunca los perdimos, pero establecer contacto con estos colegas, ver lo que están haciendo, ver como lo que están haciendo está cerca de lo que se necesita y lejas de lo que sabemos que puede funcionar y tratar en un esfuerzo sistemático importante de educación continuo, que estamos buscando financiamiento, la forma en que los psicólogos que son más de los que yo creía, que están en el sector salud, pueden contribuir en esto.

Segundo y es el punto fundamental de esto mañana será el buscar un financiamiento institucional, acabamos de instituir un programa de psicología de la salud, en el posgrado de la Facultad de Psicología y aún no se convierte en un programa de maestría separado pero esto yo en esta línea muy clara de poder hacer estos ofertas.

Tres últimas sugerencias: primero, necesitamos promover el apoyo de las administraciones centrales de las universidades; segunda, el apoyo financiero nacional e internacional,

me sorprendió mucho que fuera más fácil encontrar apoyo financiero de algunas dependencias

*internacionales, cuando propucimos esta idea a algunas dependencias nucionales hace apenas
año y medio; finalmente acciones conjuntas interdependenciales a nivel universitario como
las que nos tiene reunidos aquí esta mañana.*

*Estay convencido de que si no desperdiciamos la experiencia, sina desperdiciamos los recur_
sos humanos y si somos claras y tenemos claro en la mente la perspectiva de lo que podemos
lagrar con este tipo de trabajo vamos a poder hacer una contribución muy importante a la
conservación y promoción de la salud en nuestro país.*

PANORAMICA, PERSPECTIVA Y PROYECCION DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

DR. RODOLFO HERRERO RICAÑO

PANORAMICA, PERSPECTIVA Y PROYECCION DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. RODOLFO HERRERO RICAÑO
Mayo 27 de 1988

Trataré de relatar brevemente una experiencia muy especial sucedida en Zaragoza, dado que esa Escuela tiene la característica de ser multidisciplinario, ahí no enfocamos la Atención Primaria a la Salud solamente desde la perspectiva de la Medicina o de la Psicología, sino integralmente con Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología, Q.F.B., etc.

La Universidad, como tradicionalmente se ha señalado, es la conciencia crítica de los países, y por allá en la década de los setentas, tuvo a bien iniciar un proceso de autoanálisis y de análisis del problema para la atención a la salud. Esto fundamentalmente con un grupo de visianarios que en ese momento trabajaban en la Facultad de Medicina; el análisis desde dos perspectivas: primera, de qué manera se estaba atendiendo a la salud y segunda, de qué manera se esta formando el recurso humano para esta atención, y se obtuvieron una serie de datos.

Se encontró que la atención a la salud del país no era del todo adecuada, no tenía la cobertura que era de esperarse, entre otras razones, porque el modelo de servicio era un modelo fundamentalmente curativo, de resolución de problemas ya presente y no con un enfoque preventivo, tenía una gran tendencia a la tecnología, copiando esquemas de países altamente tecnificados como el de Estados Unidos.

(*) Director de la ENEP Zaragoza, UNAM

Se pretendía que mientras más tecnificado estaba un modelo de servicios, mejor atención podría ofrecer, que la relación costo-beneficio era altamente inadecuada, que había una gran tendencia a la super-especialización, se pretendía que los miembros de este equipo de salud aprendieran cada vez más de menos; ésto por lo que respecta a la educación, a la formación del recurso humano para atender este modelo de servicio.

Recordemos que en toda esa primera parte del siglo, desde principio del siglo influye el modelo flexneriano; desde luego todavía no hemos salido de esa influencia, basado en paradigmas biológicos mecanistas con interpretación fundamentalmente del fenómeno enfermedad, más que del fenómeno salud. Lo fundamental de este modelo flexneriano es el culto a la enfermedad, más que el culto a la salud, con un culto alto a la tecnología y a la atención hospitalaria.

Encontramos que en ese momento los diferentes planes de estudio en nuestra Universidad enfocaban la educación con un currículum disociado, con una gran disociación entre las materias básicas y las aplicadas, entre la teoría y la práctica, la formación del recurso humano para la salud se hacía fundamentalmente en el tercer nivel de atención y con este modelo flexneriano de especialización y alta tecnología.

Como parte integrante de este mundo, nuestra Universidad entra en todo este proceso, concurre a diversos foros a nivel internacional, asiste a diversas áreas del conocimiento, se entera de lo que está ocurriendo en todo el mundo a través de la Organización Sanitaria Panamericana; reuniones en toda Latinoamérica y escucha y analiza todo ésto, a través de la Facultad de Medicina.

En ese momento se propone como alternativa de modelo de servicio, un modelo anticipatorio, reforzando fundamentalmente la prevención primaria dentro del esquema de Leveil y Clark, en la conformación del recurso humano, no solamente en el tercer nivel de atención sino, fundamentalmente en el primero y segundo niveles, tratando de que la escolaridad de este recurso estuviera enfocado al manejo muy fluido de la educación para la salud de la

organización de la comunidad, de salir al exterior de los consultorios y de los hospitales y de atender el riesgo, más que el daño; sin olvidar el daño evidentemente, pero con un enfoque fundamentalmente de atención al riesgo.

Otro señalamiento que en ese momento se hizo, fue que la aplicación de este modelo debiera ser en equipo, un modelo multidisciplinario donde todas las disciplinas tradicionalmente consideradas como parte del equipo de salud, se aplicarían simultáneamente para la resolución de problemas.

Así las cosas, en todo el mundo en ese momento, surgió un movimiento integrador de Medicina Social, que señala como alternativa importante en la formación del recurso humano, la integración docencia-servicio, consecuentemente la realización de convenios muy cercanos, muy precisos entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las universidades.

Con lo que respecta al modelo educativo, se señaló, se planteó como alternativa de solución un modelo integrado en el que la teoría y la práctica, el área básica y el área aplicada, formarían un todo perfectamente organizado, basado en funciones profesionales para la formación de recursos humanos, y que se llevara a cabo en toda la gama de niveles de atención, preservando el principio de multidisciplinariedad. Se echó a andar, como lo dijo el Dr. Cano Valle, el Plan A-36 dentro de la Facultad de Medicina, con esta perspectiva, con esta metodología, con este afán de encontrar alternativas para la solución de los problemas de salud.

Todo aquello sucedió en 1974 y en 1976, justamente cuando el equipo encargado de la creación del Plan a-36, se trasladó a la ENEP Zaragoza, teniendo como cabeza del grupo a uno de los educadores más visionarios que ha tenido la Universidad y que es el fundador de la ENEP Zaragoza, el Dr. José Manuel Álvarez Manilla. Este equipo trasladado ya a Zaragoza, enfoca el problema de una manera más amplia, efectivamente, si una de las primicias era procurar la multidisciplinariedad en la formación del equipo de salud, para que de esta manera, en equipo, se tendría la ventaja grandísima de que en Zaragoza, se incluían

todas las disciplinas del área de la salud y, empezamos a conformar los planes de estudio con todas estas disciplinas, para todas estas profesiones, sin que todavía en ese momento se acuñara siquiera el término de Atención Primaria de Salud.

Estoy hablando de 1976-1977, se echaron andar los planes y programas de estudio con toda esta mística, con toda este planteamiento que acaba de mencionar, creando antes que ninguna otra cosa, la infraestructura necesaria para llevar a cabo ésta, me refiero fundamentalmente a la creación de siete clínicas multidisciplinarias, seis de ellas inmersas en una población que requiere de gran atención a la salud, "Ciudad Nezahualcóyatl", y una de ellas, una de las siete incorporada en el Campus Universitario número uno de la Escuela; procedimos posteriormente a elaborar el diagnóstico de salud muy genérico del área de influencia de nuestra Escuela, para desembocar posteriormente en la conformación de programas de atención a la salud, con atención multidisciplinaria preventiva, con un modelo de servicio anticipatorio a preventiva, que nos permitiera trabajar en equipo, que nos permitiera formar este recurso, que de acuerdo a nuestro análisis, de acuerdo a lo que la propia Universidad había venido desarrollando, era lo que necesitaba el país.

Se conformaron pues los planes de estudio, cuya creación se inició en 1977 un año antes, y aquí quería ya señalar ésta, porque sí es un dato importante, -un reconocimiento al Dr. Alvarez Manilla-. Un año antes de que existiera la Conferencia de Alma Ata, un año antes de que se hubiera llegado a la conceptualización precisa de lo que es la atención primaria a la salud, Zaragoza ya estaba trabajando en atención primaria a la salud, los planes de estudio estaban basados precisamente en la atención primaria a la salud.

Que es lo que hacemos en cada una de estas carreras para llevar a efecto la formación del recurso humano en atención primaria, bueno, desde luego la carrera de Medicina trabaja ahí, las dos primeras años en nuestras clínicas multidisciplinarias y sale a las alrededores, a la zona de influencia para captar, mediante los programas de atención materno-infantil, de atención escolar, a la población para darle educación para la salud, para organizar el autocuidado de esa población, mediante estos programas en combinación con la

carrera de Psicología, que también tiene sus programas preventivos de educación en la población de las primarias y secundarias de los alrededores de las clínicas, en íntima relación con las capacidades a desarrollar por parte de Enfermería, aquí también la carrera de Enfermería participa activamente y con el apoyo desde luego de los psicólogos, que tal como lo señaló el Dr. Sánchez Sasa, tienen mucho, muchísimo que aportar con el enfoque aludido precisamente, que de hecho, así es como ha estado trabajando, desde hace años en la Escuela. También la carrera de Q.F.B. brinda desde luego, el servicio de análisis clínicos, para llevar a efecto la atención. En el momento actual, podemos decir que en nuestras clínicas, las clínicas multidisciplinarias, trabajan con este modelo de servicio anticipatorio multidisciplinario.

Todo lo que mencioné hace un rato, ha contribuido de manera importante a mejorar el estado de salud de nuestra población del área de influencia de Zaragoza, es más en atención, en razón precisamente de que los universitarias, que en ese momento conducían la Universidad y todo este proceso, quiero referirme al Dr. Guillermo Soberón, que en ese momento era Rector de nuestra Universidad, y actualmente Secretario de Salud, en atención a que él y muchos de sus colaboradores actuales fueron los que iniciaron todo este proceso dentro de la Universidad, se ha establecido un vínculo, una correlación, una coordinación tan importante entre este sector y la Universidad, que nos ha permitido recientemente, hará un mes y medio echar andar la primera residencia en atención primaria odontológica; la primera hasta donde yo tengo conocimiento a nivel mundial. Esto como resultado del trabajo concienzudo, rutinario de trece años en la carrera de Odontología, con el Sector Salud pensamos que estamos cubriendo ya, en el posgrado una área muy importante trascendente en la atención primaria a la salud.

Hasta aquí podría parecer que todo es miel sobre hojuelas, la verdad es que no, la verdad es que hemos tenido graves problemas, graves conflictos y les voy a señalar en realidad, qué es lo que ha sucedido desde nuestro ángulo con la experiencia de estos trece años.

Nos ha sido especialmente difícil, y lo enfocaríamos, lo llevaría fundamentalmente a la falta

de conocimiento real de lo que es atención primaria a la salud, en la población encargadas del área de salud; médicos, enfermeras, odontólogas y en el área académica también se piensa que la atención primaria es una atención empírica primitiva, exclusiva de países tercermundista, una medicina de segunda, una atención de segunda, se piensa que la atención primaria a la salud, es responsabilidad exclusiva del equipo de salud de los servicios de salud, se piensa que solamente se lleva a efecto, en los niveles de atención primaria, en el primer nivel de atención, se piensa que son programas paralelos a lo que el Sector Salud desarrolla en global.

Esta nos ha hecho mucho daño a la Escuela y en particular a las egresadas, sobre toda en un principio causó mucho daño, porque se interpretaba que se estaba formando técnicos en salud y no profesionales en salud.

Quisiera recardar brevemente que la que sí es atención primaria a la salud, es una estrategia, una estrategia para ampliar la cobertura, para intentar que las servicios de salud lleguen al 100% de la población, que debe estar basado, debe de tener un sustrato científico, esa es fundamental para lograr la cobertura amplia y debe de tener una aceptación social. Toda esta estrategia debe, por la tanto, adaptarse a cada una de las condiciones de cada una de las países que la adapten, que su costo, es decir, la relación costo-beneficio sea satisfactoria, evidentemente no es la mismo un programa de atención primaria a la salud, en un país altamente industrializada y rico, que en un país donde todavía no se ha logrado su desarrollo y además tiene problemas económicas. Vuelvo a reiterar que tiene que adaptarse a cada uno de las países. Se debe propiciar desde luego, la autoresponsabilidad por parte de las individuos, de las familias, de las comunidades, no es responsabilidad única y exclusiva del Sector Salud, intervienen otros sectores, corresponde a una responsabilidad multisectorial y tiene que ver también con el desarrollo social y económica de las países.

Así las cosas, y habiendo hecho estas consideraciones, nosotros pensamos que las perspectivas adecuadas para reforzar esta atención primaria a la salud, están en independiente mente las cuestiones meramente operativas, que ya señaló muy ampliamente el Dr. Cana Valle

se requiere una mayor difusión y comprensión por parte de los profesionales de la salud y personal técnico que colabora con ellos. También una mayor difusión y comprensión por parte de los académicos. Hablo de las universidades, encuentros como éstos, como el que hoy damos inicio, creo que propician esta difusión y comprensión, creo que debe darse una mayor integración entre la Universidad y los servicios de salud. Se ha dado, debe ampliarse aún más.

Con algunas frecuencia sucede que la Universidad produce, da a la sociedad un recurso humano, y desde el punto de vista de la Universidad, después de haber hecho análisis de los requerimientos del país, el Sector Salud, no ha podido crear todavía la infraestructura para asimilar ese recurso humano. Debe darse una coordinación muy estrecha entre la formación del recurso y la captación por parte del Sector Salud, y, desde luego, tendría que asimilarse ampliamente por parte de los servicios de salud, dentro del marco de la estrategia de atención primaria a la salud.

Pensamos que con estos lineamientos, con estas ideas que acabamos de señalar, estaremos cumpliendo cada vez más a través de esta estrategia de atención primaria a la salud, el logro de la meta tan anhelado de, "Salud para todos en el Año 2000"

PANORAMICA, PERSPECTIVA Y PROYECCION DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* MTRA. ARLETTE LOPEZ TRUJILLO
Mayo 27 de 1988

La búsqueda de alternativas de participación a nivel comunitario a través de la docencia, la investigación y el servicio. Los niveles de bienestar que debe alcanzar una comunidad han sido objeto de análisis e identificación por parte de los profesionales del área de la salud. Se han dictado diversas normas de carácter jurídico e inclusive se han planteado en nuestro país iniciativas al derecho a la salud a nivel constitucional, estas acciones de derecho se presentan al vincularse la estructura de los servicios público de salud en forma estrecha a los planes de desarrollo poblacional, que a su vez dependen de la descentralización.

La administración de recursos, la atención igualitaria, la participación comunitaria, entendiéndose que la salud se analice en función de las necesidades de la población susceptible de atención en nuestro país. Esta población que se incrementa en forma importante aglutinándose en centros urbanos y suburbanos, presenta una demanda de atención a su bienestar en un orden prioritario a nivel de atención primaria. En este sentido se han organizado acciones enmarcadas en el ámbito de la prevención, con la participación del individuo y la comunidad en el ámbito del diagnóstico y tratamiento y el ámbito de la rehabilitación.

Son estos espacios de trabajo intenso en un contexto, que en forma importante se refiere a la comunidad, es en este sentido que impulsar la educación para la salud como actividad

(*) Directora de la ENEP Iztacala, UNAM

farmativa en los futuras profesionales del área, toma un papel relevante desde la óptica de la participación hacia la comunidad, en el ánimo de que se establezcan mecanismo adecuadas de atención a nivel primaria a través de la integración docente-asistencial permitiendo de este modo el lograr las abjetivas impartantes:

- 1. El brindar una atención comunitaria, a través de la participación real y vivencia de las futuras profesionales en el área de la salud, con el consiguiente beneficia farmativa.*
- 2. Mantener vigente y dinámica el curriculum de cada una de las planes de estudio relacionadas al área en cuestión a través de una praxis que genera fundamentos teóricos reales y vigentes, entendiendo la atención primaria como integral.*

Resulta aún más insaslayable el buscar opciones participativas hacia la comunidad por parte de nuestras alumnas en farmación, estableciendo estrategias de trabajo interdisciplinaria con profesionales diversas. Es así que resulta necesaria abrir espacios para la práctica de nuevas modelos de trabajo asistencial a la comunidad, que permitan la integración de estudiantes de carreras afines al área de la salud y, que en trabajo multidisciplinario en un principio e interdisciplinaria después, logren avances integrales en su farmación profesional y en la resolución de problemas de la comunidad.

Estos proyectos, generarán a su vez material suficiente que permitirá a través de la investigación vincular la docencia con el servicio y generar al mismo tiempo elementos que movilicen y actualicen los conocimientos estáticos que por falta de contacto con la realidad se establecen en los planes de estudio.

Faltaría señalar que este trabajo docente asistencial y vinculada por la investigación debe buscar eca y apoyo en el sector salud oficial, para que esta actividad asistencial comunitaria realmente pueda hacer operativas las lagras y planteamientos que del trabajo de da

docencia e investigación de servicios se obtengan.

Existe un programa piloto que en los términos recién mencionados se realizó en lo ENEP Iztacalo, conjuntamente con lo Facultad de Estudios Superiores y el Sector Salud del Estado de México, esto actividad se llevo a cabo en una comunidad cercana al Rancho Almaraz, que es el ámbito de FES Cuautitlán de Romero Rubio. En esta comunidad se trabajo en forma conjunta con la carrera de Medicina, Odontología, Psicología, Veterinaria y Químico Farmaco-Biólogo; obteniéndose hasta lo fecha resultados muy positivos y de beneficio comunitarios, que a su vez son apoyados por el Sector Salud del Estado de México.

Los ENEP Iztacalo y Zorogozo, somos escuelas que tienen un grupo de profesores afines a uno ENEP particular, esto situación más el hecho de que estamos muy retirados de lo que es el área relacionada en investigación, docencia, los aspectos de apoyo académico como son: bibliotecas y demás, nos ha puesto por un lado en dos predicamentos; el hecho de buscar la manera de que nuestros docentes y alumnos tengan un motivo de superación académica cercano a lo misma institución, en este caso en lo ENEP Iztacalo.

Por otro lado, se ha creado lo necesidad de lo comunidad cercana a lo dependencia de atención a nivel primario en salud, en este sentido como lograr que a lo vez que nuestros docentes y alumnos realicen trabajo de superación académica o cumplen con sus actividades curriculares, brinden una atención comunitaria eficiente, que además y, vale la pena mencionarlo en ocasiones es lo único atención a nivel salud que reciben en este sentido.

El establecer vínculos estrechos con el Sector Salud, en este caso en el municipio de Cuautitlán Izcalli, en el área cercana a lo ENEP Iztacalo con el municipio de Tlonepantla y en términos generales con el estado de México, nos ha permitido establecer vínculos estrechos con estas dependencias que a su vez nos facilitan financiamiento o acciones precisas de apoyo interinstitucional, que nos permiten lograr en forma modesta y que por esto misma manera en forma paulatina, sea cada vez mejor una superación académica conforme se presta una atención comunitaria.

La búsqueda de nuevos alternativas de trabajo docente, investigación asistencial, favorece

el desarrollo de convenios a nivel estatal, así como la revalorización del trabajo que nuestros alumnos y docentes realizan como parte de su quehacer universitario en beneficio de una comunidad. Si bien la incorporación de los estudiantes en el área de salud, a través de las funciones o actividades marcadas en el plan de estudios ha sido un quehacer formativo, no se puede soslayar la gran importancia que esta actividad tienen en la vida comunitaria, así como la identificación necesaria que los problemas concretos detectan y que pueden ser abordados a través de investigación vinculada a la docencia, participar en acciones multidisciplinarias e interdisciplinarias de salud, implican un cuidadoso trabajo de planeación y realización de actividades coordinadas, que permitan el buen logro de acciones en docencia, investigación y servicio.

Cabe considerar que ésta posibilidad de trabajo multi e interdisciplinario a los primeros niveles de atención de la salud, permite obtener ventajas dignas de tomarse en cuenta, ya que se logra vincular la investigación con la docencia, actualizar planes de estudio con base en un vínculo estrecho en la realidad, formar más eficientemente al egresado de las áreas de salud, obtener nuevos elementos teóricos a partir de acciones prácticas y constatables, establecer vínculos entre el sector educativo y las estructuras gubernamentales pertinentes para conjuntar las necesidades comunitarias con las acciones tendientes a resolverlas. Estas ventajas aunadas al trabajo en equipo, nos marcan las futuras pautas de acción a seguir para lograr la mejor y eficiente formación que de nuestros egresados el país demanda.

*PRIMER SEMINARIO
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES*

DR. JOSE LOPEZ FRANQUINI

DR. DIONISIO ACEVES SAINOS

MTRO. JORGE PERALTA ALVAREZ

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVA

* DR. JOSE LOPEZ FRANQUINI
Mayo 27 de 1988

Las enfermedades crónica degenerativas se han incrementado en los últimos años, ocupan las primeras lugares de mortalidad. Aún cuando el aspecto de morbilidad no está bien identificada a tiene mucha resaca en cuanto a la notificación y al registro. Por otra parte, significan un elevado costo tanto para la persona, la familia como la sociedad y el estado.

Algunas de las características, es que son enfermedades de duración progresiva, un curso muy largo en cuanto a su duración. En un momento vamos a hablar de la diabetes, la cirrosis hepática, la hipertensión arterial, la arteroesclerosis general, el infarto al miocardio, las accidentes cerebrovasculares, es un conjunto de padecimientos no transmisibles.

Otra de las características de estas padecimientos que afectan al adulto, es que aparecen en la edad productiva, cuando la persona es económicamente activa y están relacionadas con el estilo de vida que prevalece, es decir, las hábitos de fumar, ingerir alcohol, consumir alimentos en exceso, etc. Hace algunos meses se realizó un estudio en la Secretaría de Salud, de mil personas que entrevistamos, de hombres y profesionales, encontramos que el 26% con tabaquismo, el 25% con obesidad y el 11% con hipertensión arterial. Todos estos factores de riesgo que forman parte del estilo de vida, influyen notablemente en la aparición de estas padecimientos.

(*) Director de Normas de Prevención y Control de Enfermedades Clínicas Degenerativas, Secretaría de Salud.

Es importante considerar los factores de riesgo, ya que coadyuvan a que se presente o agudicen las fases terminales de una enfermedad, tiene más posibilidades de tener un infarto al miocardio aquella persona que además padezca una arteroesclerosis aparentemente no identificada o identificada por colesterol elevado, o lipoproteínas de baja o alta densidad o todo el perfil de lípidos y además de eso fuma y está sujeto al stress.

Quisiera mencionar algunos datos que se refieren a la razón por la cual están apareciendo estos padecimientos. Creo que el grupo de enfermedades no transmisibles que voy a presentar se han incrementado en base a que hay un sustrato de población mayor debido, entre otras razones, a que la mortalidad en general en nuestro país está descendiendo.

La esperanza de vida al nacer en promedio es de 69 años diferenciado por sexo, para la mujer es de 71-72 años y para el varón es de 64-65 años. Señalaré algunos datos significativos: 60% de las muertes por enfermedad hipertensiva son en mujeres y 40% en hombres.

En el interior de la república, aquellos estados que empiezan a industrializarse y crece su población urbana que son los estados del Norte y el Distrito Federal tienen cada vez más, este tipo de problemas, en cambio los estados del sur que tienen otras condiciones, prevalecen enfermedades transmisibles como el paludismo y las diarreas, ambos bloques de enfermedades coinciden en los estados pero la importante es lo que se ha manejado como transición epidemiológica, esto es, en nuestro país no deja de haber paludismo aunque está circunscrito a algunas zonas donde se concentran el 60% de los casos, en otras entidades, la diabetes ocupa el segundo o tercer lugar como causa de muerte.

Entre las 10 enfermedades más frecuentes se encuentran las enfermedades del corazón, cirrosis hepática, diabetes y ya están desapareciendo enfermedades que antes eran muy frecuentes como la tuberculosis, el sarampión, la neumonía y las enfermedades gastrointestinales infecciosas. Estos padecimientos se están desplazando por enfermedades no transmisibles, que afectan al adulto y ocupan los primeros lugares de muerte.

Intentamos hacer un agrupamiento, enfermedades del corazón, tumores malignas, enfermedades a accidentes cerebrovasculares, cirrosis hepática, diabetes mellitus. Comparada 1970 contra 1983, vemos como en relación al porcentaje de las diez primeras causas de muerte, estas enfermedades pasan del 17 al 31% es decir casi se duplican. El número de muertes en nuestro país ha permanecido estático en números absolutos, lo que ha cambiado es la distribución de número de muertes. Este es un aspecto que consideramos relevante, una comparación de estas padecimientos y como han cambiada de orden de importancia en cuanto a la mortalidad. Por ejemplo una de las padecimientos que ha tenido un incremento importante es la cirrosis hepática y diabetes. Cuando se habla de enfermedades del corazón más del 50% son infartos de miocardio específica que es un episodio terminal de la arteroesclerosis.

Al vincular esta presentación con la atención primaria lo importante es barrar de la mente de muchas personas que participan en el campo de la salud pública, planteamientos y juicios en el sentido de que las enfermedades crónicas degenerativas o no transmisibles no son tan importantes, independientemente de que se este demostrando por el número de muertes. Son importantes pero no se les puede hacer nada, no se pueden atacar, ni prevenir, sin embargo cuando se acepta que son prevenibles se les puede atacar. Me parece que todas estas juicios tienen parte de verdad.

En un programa que se inicia sobre hipertensión arterial, de setenta y nueve mil casos que descubrimos en el año de 1985 aumentó a los 150 mil, es decir con la promoción, con la búsqueda entre camillas, más activa, y nos referimos sólo a la población atendida por la Secretaría de Salud.

En el estado de Jalisco se realizó una búsqueda intensiva, fundamentalmente en áreas urbanas, encontraron 11 mil casos controlados de diabetes mellitus, los estudios de prevalencia de esta enfermedad en México es de un 30% de la población, en el caso de hipertensión es del 5%. En estudio reciente entre la población trabajadora de la secretaria se encontró problema de hipertensión en el 11% de las casas y en un 10% colesterol por encima

de 240 miligramos, que es crítica.

Desde el punto de vista de la atención primaria, esto es un ejemplo del descubrimiento oportuno que debemos hacer de estos padecimientos y además, en las unidades de primer nivel de atención con el enfoque de atención primaria, como en el caso del diagnóstico de cáncer uterino, es una lástima que no se fomenten las autoexploraciones de la glándula mamaria, quizá la resistencia a el poca interés de los médicos, del personal de enfermería.

Cuando decimos atención primaria, quiere decir que debe haber actividades educativas importantes, de prevención; recientemente se ha acuñado un término que va a tener mucha vigencia, es el de atención primordial. Atención primordial es la dirigida a etapas tempranas de las grasas, que les permita cambiar sus hábitos, es decir orientarla a las niñas. Las malas hábitos de higiene y alimentación son transmitidas a ellos sin considerar los efectos nocivos que pueden tener sobre su salud.

Finalmente, quiera reiterar la importancia de detectar, prevenir en las unidades de primer nivel este tipo de padecimientos para poder atacarlas oportunamente. Debemos modificar nuestra mentalidad, debemos continuar atendiendo y combatiendo las enfermedades transmisibles sin descuidar las no transmisibles, antes que estas padecimientos tengan un costo económico y social muy elevada que rebase las posibilidades de solución y atención.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, ESTADO ACTUAL Y
PERSPECTIVAS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. DIONISIO ACEVES SAINOS
Mayo 27 de 1988

Quisiera señalar a ustedes que la información que disponemos relativa a mortalidad nacional tiene un retraso de bastante importancia, (1982), y hay una información extraoficial que es la que vamos a presentar a ustedes, ubicada en el tercer sitio a las infecciones intestinales, que vienen a significar el problema de orden contagiosa más importante en nuestra país, de sabra les es conocida que nuestra patología es de transmisión tenemos áreas en las que la mortalidad y morbilidad es provocada fundamentalmente por problemas infecciosos y crónica-degenerativas que tienden a un incremento. Les señalo que las infecciones intestinales, son la principal causa infecciosa de defunciones en nuestra país, ya que para el año de 1986 un total de 34,235 defunciones que hacen aproximadamente un 7% de las 413,403 que se registraron en total de la población nacional, le siguen los problemas respiratorios en este sitio, se encuentra la tuberculosis y septicemias que también debemos considerarlas dentro del rubro de problemas infecciosos cuando tienen una patogenia que las podría hacer diferenciables, el resto de las mismas las conforman problemas de desarrollo, problemas crónica-degenerativas, problemas sociales, accidentes, etc.

En una encuesta que hizo la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud en 1985, la pregunta central de la misma, era que si el niño menor de 5 años que residía en el domicilio que se entrevistaba había sufrido un cuadro diarreico durante las 15 días

(*) Director del Area de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.



no recuerdo en este momento las cifras exactas, pero los estados del norte tenían la incidencia más baja de diarreas en los 15 días previos a la encuesta en cuestión. Cabe hacer notar que la encuesta se aplicó en todo el país a finales de ese año; en cuanto a la zona central muestra un grado similar con la zona del sureste como ustedes saben perfectamente tiene graves deficiencias de tipo de saneamiento ambiental y en las que la incidencia del proceso diarreico es mayor esto por razón natural va correlacionado con la mortalidad, sin embargo, una encuesta específica sobre el rubro no la tenemos al momento actual.

Ahora bien las infecciones respiratorias agudas observan cierta contraste en su morbilidad, en Baja California Sur y la península de Yucatán que tienen condiciones climatológicas aparentemente opuestas a la presentación de procesos diarreicos son las que presentan la mayor tasa en infecciones respiratorias de cada cien mil habitantes se refleja en el orden de los 29,000 hasta los 44,000 casos. En tanto que en la zona intermedia nos habla de los 15,000 hasta los 28,999.

El problema de las enfermedades prevenibles por inmunización deben mencionarse: la poliomielitis que para 1983 fue de 55 defunciones atribuidas en la población general, pero solamente 8 en población infantil; el sarampión 308 defunciones, 17 casos de muerte atribuidos a difteria, 490 a tosferina y 570 a tétanos, como ustedes saben tienen una distribución muy particular, fácilmente correlacionable con las costas en el sureste y pacífico de México finalmente, la tuberculosis pulmonar con cerca de 6000 defunciones y la meningitis tuberculosa con 316, es un ejemplo que cito únicamente para recalcar lo que dije anteriormente que la lucha contra las enfermedades prevenibles por inmunizaciones han avanzado de manera significativa, el sarampión en este momento se encuentra en una tasa aproximada de 4 casos por 100 mil y tenemos la intención de lograr que se reduzca a expresiones mínimas que faciliten la erradicación de este problema para finales del siglo 20. En el caso del paludismo por entidad federativa tiene interés no tanto porque el paludismo siga siendo una de las 29 principales causas de morbi-mortalidad, sino por que su presencia en nuestro territorio y por su impacto económico sobre todo en áreas

turísticas obliga a que se le siga considerando como una de las problemas de salud prioritarias del país, ya que el paludismo no presenta hoy la misma imagen que hace 25 años cuando estaba en su auge. Con la campaña nacional de erradicación de este problema, se ha avanzado de una manera significativa tanto así que en un momento dado se pensó en la posibilidad de verdaderamente lograr su erradicación, no se ha alcanzado este objetivo debido a problemas de ecología, inutilización de insecticidas para la lucha antipaludial, aunque se ha logrado su control en una forma muy importante en las estados afectadas, todavía se presentan casos de morbilidad la que significa la no erradicación, pero sí su control.

En lo relativo al dengue, es uno de los problemas de trascendencia de orden infectocontagiosa en nuestro país a excepción de Colima, todos los estados han informado casos de dengue.

Ustedes deben conocer que existen algunas medias de información que aún con deficiencia son verdaderamente valiosas, ya que permiten identificar la evolución de los problemas de salud de nuestro país, la Dirección General de Epidemiología edita cuatro boletines, donde concentra notificaciones, justificaciones y análisis de enfermedades infectocontagiosas, poliomielitis, paludismo y SIDA, en el momento actual creo que la realización de éstos foros universitarios es un paso trascendental para alcanzar la meta de salud para todos, ya que si partimos del análisis de la problemática de salud nacional estaremos en condiciones de responder por un lado con los programas académicos universitarios acordes a las necesidades de salud del país y por otra la integración de los sectores que intervienen en el área de salud.

Las enfermedades infecciosas y sus consecuencias como la desnutrición pueden valerse a cifras que se habían superado, por esa insisto que es necesaria que en el curriculum de la escuela de medicina, enfermería, odontología, trabajo social, etc., se toquen aspectos preventivos con un enfoque comunitario, así como introducción a la epidemiología.

Continuando la Secretaría de Salud efectúa seguimiento de los programas de atención Primaria de Salud en forma constante y analítica con el objeto de optimizar las metas propuestas.

RELACIONES ENTRE LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
Y LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA SALUD
PROBLEMAS METODOLÓGICOS Y CONCEPTUALES

* MTRO. JORGE PERALTA ALVAREZ
Mayo 27 de 1988

Al escuchar los trabajos de los ponentes que me antecedieron, me resulta muy interesante poder hablar de atención primaria en salud mental. En nuestro país seguimos teniendo problemas severos de mortalidad producidas por diarreas, primer causa de mortalidad infantil. Pareciera un tanto extraño hablar de salud mental, pero ésta es un elemento importante que afecta la productividad y la calidad de vida de la población.

Quisiera primero señalar o aclarar algunos términos, porque con frecuencia los términos de prevención en salud mental y prevención primaria se usan de una manera intercambiable, aún cuando ellos significan diferentes cosas y la distinción conceptual es relevante para la definición del caso; para vincularlo con el concepto de atención primaria con el cual guarda una estrecha relación.

El concepto de prevención es el concepto más inclusivo y puede incluirse a diferentes niveles de acción. Desde el estudio de aquellas variables o condiciones que son relevantes al tratamiento de problemas complejos como la esquizofrenia a estados menos deteriorantes como pueden ser: la ineficiencia personal o los estados de ansiedad, e incluir acciones de educación para la salud.

Sin embargo, el concepto no hace una distinción entre los métodos de prevención y engloba tres niveles que tienen estrategias cualitativamente diferentes. La prevención terciaria

(*) Profesor de la Facultad de Psicología, UNAM

en la salud mental que busca reducir los efectos residuales de las consecuencias de la enfermedad mental. En el campo de salud mental la prevención terciaria se orientará a establecer un nivel mínimo de eficiencia mental laboral y social. La prevención secundaria trata de obtener una reducción de la amplitud de los trastornos psicológicos e identificar la manera temprana el desajuste en cuestión.

Como ejemplo de este tipo de intervención a nivel secundaria, podríamos señalar la evaluación del desarrollo temprano anormal, con los subsecuentes programas de estimulación, en los cuales se pretende prevenir un mayor deterioro psicológico; el empleo de técnicas por detectar tempranamente problemas en el patrón de beber excesivamente, a través del uso de indicadores biológicos, sociales, clínicos o bioquímicos, permitiendo intervenir en este problema antes de que signifique mayor daño mental y social para quien lo padece.

Las dos estrategias anteriores tienen como común denominador el enfocarse al tratamiento de la enfermedad y se sigue una concepción de atención a la enfermedad, más que de cuidado y promoción de la salud como propone Alma Ata.

La prevención primaria difiere marcadamente de las otras formas de prevención en dos aspectos: por un lado la prevención primaria se orienta a desarrollar acciones que prevengan el desarrollo de los trastornos psicológicos antes de que existan manifestaciones del mismo y en segundo lugar, desarrolla programas que promuevan el bienestar como un inoculante de la enfermedad mental. Quisiera recordar en este momento el señalamiento del Dr. Herre-ro cuando nos dijo que la concepción que hemos tenido en el área de la salud es una concepción orientada a la enfermedad. Este enfoque de la prevención primaria es un enfoque orientado al estudio y a la promoción de la salud, es una distinción de fondo, que tiene implicaciones importantes en cuanto a objetivos medios de capacitación, evaluación, etc.

Estas intervenciones de tipo primario van dirigidos a aquellos sectores de la población que no están enfermos; su área de estudio, sus propósitos, su metodología son cualitativa

mente diferentes de los otros tipos de prevención. La prevención primaria entoces des-

cribe un grupo de procedimientos que se orientan a prevenir diferentes tipos de trastornos y disipar diversas disfunciones; tanto en los aspectos de salud física, en los aspectos económicos, o en los aspectos mentales, un aspecto que vale la pena señalar es que la diferencia de las acciones que se orientan al tratamiento de la enfermedad donde los patógenos están más especificados.

El conservar y promover en un modelo de atención o prevención primaria, nos lleva a una concepción mucho más amplia de interacción de factores que pueden promover o deteriorar la salud de las personas, los elementos que pueden intervenir se amplían a componentes de diversos tipos y pueden incluir, entre otros factores económicos de tipo ecológico, educativa, de organización social, culturales, etc. Esto implica que un modelo de atención primaria en la salud mental requiere de un trabajo multidisciplinario amplio si realmente queremos impactar sobre este campo. Esto representa un verdadero desafío conceptual, metodológico y de organización y hacer ver con toda claridad la complejidad al fenómeno abordado.

En esta reunión hemos escuchado varias acciones de prevención primaria. Ahora quisiera definir que es lo que se entiende por prevención primaria en salud mental y como estas acciones pueden apoyar el programa de atención primaria para la salud.

La prevención primaria en salud mental vamos a entender un subconjunto de acciones con los objetivos específicos de favorecer el bienestar psicológico y de prevenir la disfunción psicológica. Esto diferencia e implica acciones particulares para alcanzar esa meta. Al hablar de salud en el nivel primario resulta evidente que van a existir interacciones entre el concepto de prevención primaria en salud mental y otras acciones de prevención primaria, como pueden ser aquellas acciones que promueven el bienestar físico. Aquí se ha hablado, por ejemplo; de la nutrición. Es obvio que aquellos esfuerzos que estén orientados a que nuestra población esté mejor nutrida van a incidir sobre la salud mental, por que va a tener mayores capacidades de aprender, de responder al medio, de enfrentar las demandas cognitivas que una persona que no tiene esta condición. Hecho ya bien conocido

y documentado. Es obvio que un programa en el cual se vigila el estado de salud de una persona, donde se promueve la actividad física a el ejercicio, puede correlacionarse con la salud mental en otros aspectos. La Ingeniería Sanitaria, la disponibilidad de empleos la contaminación ambiental pueden impactar nuestra salud mental. Conocemos que el ejercicio físico intenso puede afectar la producción de ciertas sustancias dentro del sistema nervioso, las cuales de alguna manera nos previenen contra problemas como la depresión. En este marco podemos considerar que la columna vertebral de la investigación de la prevención primaria en salud mental y en la atención primaria a la salud lo va a constituir la evaluación específica de la efectividad de esos programas, aún con la dificultad que implica esta tarea en una situación multifuncional tan compleja.

EL LUGAR DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD MENTAL

La evolución social nos ha permitido avanzar hacia la atención de los problemas de salud mental. Concepto que ha pasado por varios cambios de paradigma; cuando hablamos de salud mental, quizá no todos estamos entendiendo lo mismo. De hecho este término se ha venido modificando a lo largo del tiempo. Podría decir que la primera gran reevaluación sobre el concepto de la salud mental la encabezó Pinel, quien buscó un trato humanitario para el enfermo mental. La segunda gran revolución la encabezó Sigmund Freud, el cual dió un énfasis a la importancia del desarrollo humano como raíz de la disfunción mental. Sigmund Freud también señaló la importancia de lo psíquico a lo psicológico como objeto de atención, de tratamiento y desarrolló un sistema teórico más coherente y comprensivo del fenómeno mental.

La tercer gran revolución en el campo de la psicología y de la salud mental proviene de dos áreas. Una de ellas es el movimiento de la salud mental comunitaria. Este movimiento se mostró desencantado con los resultados del modelo psicodinámico, por su relación costo-beneficio que no es muy clara y por su inaccesibilidad a grandes núcleos de la población. El movimiento de la salud mental comunitaria permitió el que aparecieran desarrollos importantes en la detección temprana y en el uso de instrumentos de escrutinio.

El segundo elemento es el modelo de la salud pública: los conceptos de historia natural de la enfermedad, factores de riesgo y el estudio epidemiológico permitieron ir identificando factores que se asociaban con la salud y con la enfermedad mental. Ambas corrientes nos permiten hoy en día tener una nueva concepción de la salud mental y de las acciones a seguir. Esta nueva concepción se orienta a entender que no se puede vencer una enfermedad tratando a sus víctimas y se plantea como una meta central el promover la salud y prevenir el desajuste mental. Esta concepción implica nuevos enfoques, nuevas prácticas y nuevos programas de entrenamiento para los especialistas en el campo. Quisiera definir ahora en más detalle que se entiende por prevención primaria en salud mental y para ésto, voy a tomar algunas referencias de autores destacados en el área.

Caplan (2) define la prevención primaria en salud mental como "aquella acción que tiene como objetivo abatir la tasa de ocurrencias de nuevos casos de trastorno mental en la población, contraatacando las acciones dañinas antes de que tengan la oportunidad de producir la enfermedad. No buscar prevenir a una persona específica de enfermar, sino se busca reducir el riesgo para la población total, de tal manera que aunque alguna persona enferme, la frecuencia total en la población se reduzca".

Bower (3) define esta acción como "aquella intervención social o psicológica que promueve o fortalece el funcionamiento emocional, que reduce la incidencia y prevalencia del desajuste emocional en la población en general". y nos dice que este tipo de programas son aquellas que diseñan estructuras, procesos, situaciones y eventos que benefician al máximo en el rango y estabilidad temporal el ajuste psicológico, la efectividad y las habilidades de enfrentamiento de muchos sujetos. El común denominador de estas concepciones y de estos esfuerzos, es entonces el promover la salud y el evitar el desarrollo de problemas psicológicos. Esto quiere decir que los programas de prevención primaria en salud mental deben: primero orientarse hacia el trabajo masivo o grupal; segundo, dirigirse a la población sana psicológicamente, incluyendo a aquellos que por su desarrollo, circunstancias vitales o experiencias recientes conocemos desde un punto de vista epidemiológico que constituyen grupos de riesgo; tercero, los programas de prevención primaria en salud

mental deben ser intencionales, es decir, deben tener como apoyo un conocimiento que permita una cierta garantía de poder promover la salud mental sobre la base de principios de diferentes disciplinas como son: la Psicología, la Sociología, la Medicina, la Antropología, la Arquitectura y todas aquellas disciplinas que puedan incidir en una interacción más satisfactoria del hombre con su ambiente. Su ambiente en un sentido amplio, el ambiente físico, el ambiente social, el ambiente económico, etc., lo cual señala el plano multi e interdisciplinario de este abordaje. La concepción propuesta no restringe el contenido básico a una cierta metodología o a ciertos grupos específicos. La importancia de esta tarea de definición es evitar confusión con acciones que son llamadas de prevención primaria, pero que no reúnen los requisitos antes planteados. Podemos decir que hoy en día subsisten una falta de comprensión o de respeto por la definición de lo que es la prevención primaria en salud mental, y por lo que he escuchado en este foro de la atención primaria en el área de salud también se encuentra en esta situación, lo cual ha sido un factor que ha detenido el desarrollo de este tipo de trabajo.

Existen muchos intentos de acciones que de manera *ex post facto* se rotulan como programas de prevención primaria en salud mental y que no son tales. Este tipo de programas, tanto de atención primaria, como de prevención primaria, necesitan verse apoyados por resultados a corto plazo y más que nada se requiere tener un sistema de evaluación sistemático y adecuado que permita tener una confianza de que los cambios observados, si es que los hay son producto del programa y no de variables extrañas. Esto es un requerimiento fundamental si se quiere lograr la confianza social en este tipo de acciones y abandonar el terreno de las buenas intenciones o de la biografía y genera un área de conocimientos sólidamente fincado. Este aspecto evaluativo constituye un verdadero desafío al ingenio metodológico de los investigadores, pues muchas áreas de la prevención primaria y de la atención primaria en salud mental no se conocen acciones específicas de prevención, dadas las características multifactoriales del fenómeno de la salud mental. La evaluación de acciones masiva por ejemplo; es difícil de abordar.

No se plantea pues la atención primaria en salud mental como un camino fácil, pero tampoco es una dimensión inevaluable; existen ejemplos concretos de programas bien desarrolla

dos, bien controlados, con datos como por ejemplo, el programa desarrollado en la Universidad de California por Farquhar (1) el cual se orientó a prevenir la incidencia de ataques cardíacos, incluyendo elementos como son: cambios en la dieta, el ejercicio y el manejo del stress. ¿Cuáles son las fuentes generadoras del conocimiento del campo? Los programas de prevención y atención primaria en salud mental de calidad provienen de algo que llamamos la base generativa y esta base generativa la forman las observaciones sistemáticas sean correlacionales o epidemiológicas de relaciones entre situaciones, experiencias y características o cualidades que tienen un impacto negativo o positivo sobre el funcionamiento psicológico. Este elemento generativo da pie a una acción ejecutiva y operativa que nos permite diseñar programas de acción y evaluación de atención primaria en salud mental.

Sánchez Sosa y sus colaboradores (4) han identificado variables como son la habilidad de escuchar, el delinear conductas específicas de interacción, etc., que afectan el funcionamiento de la pareja en aspectos interactivos específicos. La enseñanza de esas habilidades particulares podrá contribuir en los grupos de riesgo a evitar dificultades de interacción hacia el futuro. La educación y enseñanza de estas habilidades por los medios masivos, la educación escolar, etc., dan vías de atención a estos conceptos. Se conoce por ejemplo; que por datos epidemiológicos que los adultos con problemas de divorcio reciente, presentan una serie de trastornos emocionales importantes y tienen más dificultades, más de sajustes y mayor ocurrencia en patología mental que los adultos que tienen una relación matrimonial estable. Este conocimiento nos puede guiar y ha guiado hacia el diseño de programas para adultos recién divorciados que les proporcionen habilidades de enfrentamiento que eviten este daño psicológico.

Otros investigadores han identificado como sujetos muestran deficiencia en habilidades interpersonales; habilidades cognoscitivas y estrategias específicas en la solución de problemas. El entrenamiento de esas habilidades a grupos de niños, puede ser un cambio para prevenir desajustes semejantes en el futuro. En nuestro país Catañeda y López (5) han identificado una serie de factores que bloquean la comprensión de la lectura. La enseñanza de estas habilidades como parte del curriculum académico en la educación básica

podría contribuir de una manera importante a la prevención de desajustes emocionales y de esta manera, evitar problemas más adelante en el desarrollo académico y emocional de los niños. Como se vé estos conocimientos pueden provenir de diferentes disciplinas como son: la Sociología, la Medicina, la Educación, el Desarrollo Infantil, la Antropología, la Economía, la Arquitectura, etc.

Esto implica que el especialista de prevención y atención primaria en salud mental debe poseer una habilidad conceptual que va mucho más allá de la formación tradicional en el campo de la salud mental. Esto puede sonar muy descabellado para aquellos que continúan en una línea tradicional de un modelo de enfermedad. Esta base generativa requiere una colaboración amplia de tipo interdisciplinario y de una nueva concepción de la salud mental como el resultado de interacciones factoriales complejas.

La concepción del hombre como una entidad biopsicosocial en su más amplio sentido, tiene el campo de la prevención y atención primaria en salud mental un mayor significado que nunca.

Podemos decir que actualmente existen dos grandes estrategias en la atención primaria de la salud mental: la primera, es el fortalecimiento de las habilidades recursos, habilidades de confrontación y enseñar directamente a la población blanco de estos aspectos; la segunda gran estrategia que se orientan a reducir las fuentes del stress.

La educación para la salud mental se perfila como una de las acciones básicas, siempre y cuando se tomen en cuenta principios psicológicos de comunicación, de la vida comunitaria que puedan ayudar a este tipo de intervenciones, además este tipo de programas, insisto, deben tener una evaluación sistemática y cuidadosa de los mismos. En cuanto al manejo de los estresantes, existe suficiente evidencia que este tipo de eventos se relacionan de manera clara con desajustes psicológicos, como el divorcio, la pérdida de familiares, la pérdida de trabajo, etc.

Las que trabajamos en el área de la prevención y atención primaria en salud mental, debemos primero, identificar de manera epidemiológica aquellas eventos estresantes que puedan afectar negativamente a núcleos amplios de población, segundo, evaluar quien a quienes están sufriendo este tipo de impacto y evaluar las consecuencias adversas de estas variables y tercera, diseñar y evaluar programas que desarrollen habilidades de enfrentamiento y que permitan anticipar y evitar las consecuencias negativas.

El programa de atención primaria en salud mental puede también extenderse al trabajo de tipo comunitario. Quintanilla (6) en 1987 desarrolló en una comunidad económicamente deprimida del estado de Coahuila en Saltillo un programa de producción cooperativa, este programa tuvo un efecto de disminuir la incidencia de alcoholismo, agresión y conflicto familiar de manera muy importante en dicha comunidad. La creación de sistemas de apoyo en grupos de riesgo, por ejemplo: las ancianas, las divorciadas, etc., y la evaluación de su impacto sobre la salud mental comunitaria es otra área de investigación. El papel que juega el mediador profesional es muy importante explorar.

Rissman (7) por ejemplo, empleó miembros de zonas marginales como promotores de la salud mental con un efecto favorable en el receptor del servicio y en el capacitado para funcionar como tal. Esto quiere decir que los programas de atención primaria en salud mental podrían abrir las puertas a la participación de los no profesionales en acciones específicas.

Para concluir, podemos decir que en el área de atención primaria en salud mental podemos hoy en día verla como un área de promesa, de colaboración con otras disciplinas, de investigación y de reto. De que tengamos una adecuada definición de nuestros programas, de un planteamiento de la búsqueda de conocimientos generativos que respondan a nuestra realidad psicosocial y de la evaluación cuidadosa de estas resultados dependerá el éxito o el fracaso de esta empresa. El que las preceptas de Alma Ata se traduzcan en acciones concretas es algo sumamente difícil, pero que al acercarnos a ellos, podremos ir alcanzando ese meta hoy tan lejana de "Salud para todos en el año 2000".

BIBLIOGRAFIA

1. Farqujar, J.W. "Programa de prevención de trastornos cardiacos en tres ciudades del norte de California", 1977, *Lancet*, 1., 1192.
2. Caplan, G. "Principles of preventive psychiatry", New York, Basic Books, 1964.
3. Bower, E.M. "Slimg the mystique of prevention with Ocam's razor", *American Journal of Public Health*, 1969, 59, 478-484.
4. Sánchez Sosa, Juan José. "Prevención primaria en el desjuste matrimonial", Presentado en el IV Congreso Mexicano de Psicología, 1987.
5. Castañeda, S. López O. Miguel y Romero Martha (1987) "The role of five induced learnig strategies in scientific text comprehension". *The Journal of Experimental Education*, Vol. 55, Núm 3, 125-130.
6. Quintanilla, Lourdes. "Comunicación personal".
7. Riessman, F. "A neighborhood -based mental health approach". En E.L. Cowen E.A. Gardner, y M. Zax (Eds.) *Emergent approaches to mental health problems*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1967.

SEGUNDO SEMINARIO
RECURSOS TERAPEUTICOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

DR. JOSE LUIS LUNA AGUILAR

DR. JORGE FACHA MADRIGAL

DR. MIGUEL GOMEZ SANCHEZ

DR. XAVIER LOZOYA LECORRETA

MTRO. JORGE PALACIOS VENEGAS

MESA DE DISCUSION COORDINADA

ATENCION MEDICA PRIMARIA, SUS INSUMOS Y SU VINCULACION CON
LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. JOSE LUIS LUNA AGUILAR
Junio 3 de 1988

Mediante esta medio expondré a ustedes algunos aspectos conceptuales de la estrategia de atención médica primaria y de ahí que el manejo de los insumos, necesarios para hacer efectiva una atención médica de calidad, de consistencia, de permanencia. Al hacer la revisión de lo que precisamente quiere decir la palabra insumos, me dije que tendría que comentarles a ustedes lo siguiente: insumos es la producción de bienes, para obtener otros bienes, o la existencia de unos bienes para la producción de otros bienes. Lo anterior lo hemos venido revisando en forma detenida. La gran cantidad de insumos que se necesitan para dar atención médica cuya parte más importante, tal vez para el que tiene que recetarlos, son los medicamentos.

Tal vez lo más importante y trascendente de los problemas de la atención primaria de salud que se han detectado son: insuficiencia sanitaria, es decir, no podemos otorgarla a pesar de los esfuerzos de la ciencia y la tecnología para lograr el abatimiento de las enfermedades, no hemos sido capaces todavía de poder dar suficiencia en nuestros aspectos sanitarios, eso ya es una primera intención de acercarse a los aspectos de atención primaria de salud. Por otra parte, los recursos dedicados principalmente a la asistencia médica, hablan de que hemos hecho el máximo esfuerzo por dar o manejar los aspectos asistenciales, en el diagnóstico particular y solución de problemas de salud. El otro punto es que seguimos siendo presa de una tecnología sofisticada, muy costosa y de baja cobertura.

(*) Profesor de la Secretaría de Atención Primaria de Salud, Facultad de
Medicina, UNAM

Actualmente un *médica "casi"* es incapaz de ponerse a aplicar *simiología clínica*, a hacer una buena exploración y llegar a una *conclusión diagnóstica*, lo primero que dice: *rayos "X"* y si no dice *rayos "X"*, a lo mejor se ve mal, ante el resto del *gremio médico*, por lo que solicita *rayo lasser* o ante estos recursos su imagen se *modifica frente a sus pa*cientes, pero tal vez esta *tecnología sofisticada*, permita en algunos casos hacer una *precisión muy fina de su diagnóstico*, tiene sus grandes inconvenientes, es costosa y sólo beneficia a unos cuantos su *cobertura de uso es casi nulo* lo que trae como consecuencia: que pocos son los *favorecidos* y muchos los que están *desamparados*, ¿cuándo se adquirió esta situación?, ¿qué es lo que pretendo revisar con ustedes sobre *atención primaria de salud?*.

Independientemente de todo lo que conlleva la *estrategia de atención primaria*, responde a un *compromiso que el país tomó bajo su responsabilidad* y que precisamente en estas fechas se cumplen los *10 años, de la declaración de Alma Ata*, conclusiones muy tristes ya que casi no hemos hecho nada en relación a la *estrategia de atención primaria de salud*. Para responder a esta *estrategia se han presentado una serie de dificultades que parten desde los aspectos conceptuales*, *ubicación de la atención médica primaria de salud*. En lo concerniente a los *aspectos conceptuales*, revise un libro que se llama *"Atención Primaria de Salud"* realizado por un autor inglés radicado en España o español radicado en Inglaterra, no recuerdo bien su origen, donde bajo una *metodología muy adecuada*, estaba cayendo en la gran *confusión que hay a nivel internacional*, sobre los aspectos de *atención primaria*, por cuestiones muy diferentes.

Para nosotros a nivel nacional esto ha sido muy complejo, en el ISSSTE mediante una *encuesta efectuada en una conferencia se encontró que aproximadamente el 2% de los directivos se ubican en el contexto de atención primaria de salud*, del 7 al 8% lo entendía, el resto se encontraba totalmente confundido. Lo anterior aplíquelo a nivel nacional y de ahí tanta *dispersión, tanta discusión y tanta dificultad para ubicarse en los aspectos de atención primaria de salud*. Ahora bien el concepto de *atención primaria de salud se entiende como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas*

a bajo costo al alcance de todos.

El inconveniente de esta estrategia consiste en lo ambicioso de pretender ubicarla como núcleo de Sistema Nacional de Salud, no como la atención médica brindada en el consultorio, centro de salud o en una clínica institucional y al conceptualizarla como núcleo del Sistema Nacional de Salud conlleva a ejercer funciones centrales.

La atención médica que brinda una institución pública no puede ser el núcleo de un Sistema Nacional de Salud.

Si nosotros entendemos esto comprenderemos la importancia que tiene la estrategia debiéndose vincular con los aspectos de desarrollo social, económico con el fin de resolver la problemática de salud, ya que esta última es un reflejo de las condiciones económicas y socioculturales de una nación.

Las acciones de salud derivadas en esta estrategia son promoción, prevalencia, tratamiento y rehabilitación.

Los aspectos de participación implican la utilización de insumos para hacer frente de manera eficaz a la estrategia de atención primaria de salud, estos insumos aunque obvios muy frecuentemente son pasados por alto por el cuerpo médico desviándolos con la esencia recomendada por la misma estrategia por ejemplo: los que son requeridos en planificación familiar o en las medidas de educación para la salud o los medicamentos que sirven para lograr un efectivo tratamiento ya sea clínico o quirúrgico, en síntesis señalar la importancia de proveerse de manera planificada y en operatividad de los apoyos que requiere cualquier estrategia para ser efectiva.

Tocaremos un aspecto que es muy importante el del tratamiento adecuado, para lo cual no solamente es necesario el diagnóstico operativo, sino también que el médico cuente con un cuadro básico de medicamentos que considere la gama de padecimientos con que se enfrenta

así como, aquellos que se encuentren disponibles o que puedan ser accesibles a la población en general.

Este panorama general me ha permitido ubicarlos a ustedes o por lo menos así lo espero, en lo que compete al manejo de los insumos de la atención médica primaria, elemento muy importante para la atención primaria de salud, yo no voy a tocar los aspectos sociales, de vivienda, tecnológicos, ya que todo esto requiere otro tipo de insumos, tampoco voy a mencionar a ustedes nada de participación multisectorial, participación de la comunidad, los elementos más importantes.

Entonces ahora voy a reposar con ustedes la situación en la que nos encontramos, los niños se nos siguen enfermando, muriendo, no precisamente de sarampión, sino de sus complicaciones y tenemos insumos para resolverlos o con este tipo de problemas de tétanos o de polio. Seguimos teniendo difteria en el país, a pesar de todo lo que habíamos pasado hay medidas para prevenirlo, sin embargo, no se justifica que sigamos teniendo difteria, los insumos para resolver ésto: simplemente la vacuna, las jeringas y tener papelería para saber donde están los niños que hay que registrar para la vacunación, así como el conjunto de estos insumos que se necesitan para evitar este tipo de problemas. Seguimos teniendo problemas de tuberculosis, de meningitis tuberculosa, así de fácil se pueden resolver y que entre a tiempo para hacer frente a esa problemática de salud o preocuparnos por los problemas de cavidad oral.

Tenemos que pensar en los insumos que se requiere, ya para aspectos de mayor seriedad, en cuanto a la situación de enfermedad de un individuo, que tiene que ver con todos estos actos que ustedes conocen perfectamente bien y por supuesto que tenemos que hacer investigación en el laboratorio, tenemos que hacer investigación de otras características, sobre todo operacional que nos permita tener a la mano todos los elementos que faciliten el otorgamiento de una atención más adecuada y tenemos que seguir formando recursos humanos, estos ya no tan simples, pero que al fin y al cabo, permitan saber de la situación de la salud del binomio madre-hijo, o de los aspectos de rehabilitación, debemos pues, conocer

tadas estas aspectas y por supuesto la exigencia para las que se hacen, para la salud en el país, cada día tiene que ser mayor índice, a la vez mayor calidad.

Tenemos que saber la importancia del manejo de basuras, de desechos sólidos, de una letrina más o menos presentable, esta de la defecación a ras del suelo sigue siendo para nosotros un problema muy importante a nivel nacional.

Estas cosas son elementales desde la nutrición al seno materno que ya sabemos las cualidades que tiene y por supuesto cuando nuestras posibilidades económicas no se dan, necesitamos adiestrar a la comunidad para que estas insumos los puedan saber manejar a bien esta que tiene que ver con las aspectos de planificación familiar se vean precedidas por orientaciones simples, que hagan que las mujeres en edad fértil se desarrollen y desarrollen sanamente a sus hijas.

Tener la facilidad de discusión entre la gente que permitan hacer la educación, o cuando se trata de aspectos de alimentación lo mismo o ya, para el control de la embarazada a las sales de hidratación oral, a los aspectos ya más detalladas de la atención al anciano que la tenemos definitivamente olvidada, ésta es de como se puede hacer a nivel de pequeña comunidad rural, todas estas aspectos de orientación con el manejo de insumos elementales a como se adiestra al personal en un momento dado para poder medir y pesar al recién nacido y como la gente de la comunidad, en su dialecto puede orientar a estas gentes y puede darle los insumos que se requieren para su atención. Necesitamos saber de contaminación y de estar conscientes que vivimos en esa capa de contaminación que tiene la ciudad, esta debe ser el pan de cada día para nosotros, manejar toda el contexto completo, universal para poder ser más efectivas en nuestras actividades de salud.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS EN
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. JORGE FACHA MADRIGAL
Junio 3 de 1988.

El propósito rector de los cuadros básicos y en particular el de medicamentos, es el de incluir los insumos de probada eficacia que requiere el sector salud para la presentación de los servicios, de manera que sirva de orientación para la prescripción médica y para la utilización racional del insumo.

Además, que al mantenerlo actualizado, acorde al vance de la ciencia, adquiera la característica de particular importancia de favorecer la unificación de criterios, en la actividad científica de los profesionales de la salud, pretendiendo alcanzar un espíritu sectorial; asimismo, otro de sus objetivos importantes también es; que sirva de guía en el proceso de adquisición del insumo a través de los concursos consolidados de medicamentos, que ya habíamos señalada antes.

Tradicionalmente, se ha entendido al cuadro básico de medicamentos como el listado de ellos de mayor frecuencia de uso en las actividades de atención a la salud, elaborado con objeto de facilitar la selección juiciosa de fármacos que requiere el médico, para llevar a cabo la terapia de la tarea asignada y además permita racionalizar el gasto en este renglón, eso es lo importante, sobre todo en el momento actual donde la crisis no ha golpeado mucho y la racionalización es muy importante.

(*) Director de Control y Seguimiento del Consejo de Salubridad General.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS EN
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. JORGE FACHA MADRIGAL
Junio 3 de 1988.

El propósito rector de los cuadros básicos y en particular el de medicamentos, es el de incluir los insumos de probada eficacia que requiere el sector salud para la presentación de los servicios, de manera que sirva de orientación para la prescripción médica y para la utilización racional del insumo.

Además, que al mantenerlo actualizado, acorde al vance de la ciencia, adquiera la característica de particular importancia de favorecer la unificación de criterios, en la actividad científica de los profesionales de la salud, pretendiendo alcanzar un espíritu sectorial; asimismo, otro de sus objetivos importantes también es; que sirva de guía en el proceso de adquisición del insumo a través de los concursos consolidados de medicamentos, que ya habíamos señalado antes.

Tradicionalmente, se ha entendido al cuadro básico de medicamentos como el listado de ellos de mayor frecuencia de uso en las actividades de atención a la salud, elaborado con objeto de facilitar la selección juiciosa de fármacos que requiere el médico, para llevar a cabo la terapia de la tarea asignada y además permita racionalizar el gasto en este renglón, eso es lo importante, sobre todo en el momento actual donde la crisis no ha galpeado mucho y la racionalización es muy importante.

(*) Director de Control y Seguimiento del Consejo de Salubridad General.

Ahora bien, la racionalización de la asistencia médica no significa en modo alguno, el prohibir la prescripción y el uso del insumo que la técnica y la clínica aconseja, se trata en pocas palabras de realizar el máximo de eficiencia con el mínimo de gasto, de llevar a justo medio la economía en el ejercicio de la medicina institucional, cuidando de incluir todos los insumos que exige la terapéutica moderna.

En México, tenemos antecedentes de los cuadros básicos desde alrededor de los años cincuentas, como consecuencia de la implementación de la Seguridad Social, en 1943 y ante la necesidad de otorgar el suministro como complemento de la consulta que es obligada para los trabajadores y obreros del país, así en 1975, el Seguro Social estaba imprimiendo la quinta edición de su cuadro básico y en ese momento surgía como decreto del Presidente Echeverría, la obligatoriedad de todas las instituciones del Sector Público de contar con un cuadro básico de medicamentos, que sirviera como referencia obligada para la compra de insumos en cada una de las instituciones. Dos años después en 1977, el Presidente en turno, establece la integración del cuadro básico de medicamentos del sector público, el cual es publicado en 1978, tenía una característica muy especial, contenía 426 genéricos, era muy numeroso, con 614 presentaciones destinadas a usarse fundamentalmente en grandes centros hospitalarios de concentración o en unidades especializadas, ésto en las revisiones sucesivas ha cambiado, actualmente tiene exactamente la tendencia contraria para cubrir las necesidades fundamentalmente de la atención primaria, al señalar el cuadro básico de medicamentos, eso es lo que se requiere, lo que más se usa, tanto en volumen como en costo, obviamente si sabemos que por lo menos el 85% de la atención médica es el primer nivel de atención, pues el volumen que requiere de insumos es para eso.

El cuadro básico tiene, aunque con algunas excepciones por ejemplo: los anticancerosos fundamentalmente va dirigido a cubrir la atención primaria o la de mayor volumen de demanda y eso lo vemos en las letras que tienen en la primera columna y que vamos hablar adelante, donde la gran mayoría de las claves van destinadas al médico general o familiar.

En 1979, cuando México ya tenía gran experiencia en la elaboración de cuadros básicos, la Organización Mundial de la Salud realiza la guía para la elaboración y establecimiento del sistema de formulario de medicamentos para los países miembros de la organización, dicho formulario y guía, fueron editados en su versión en español por la OPS y OMS en 1984.

En la presente administración, en 1983, se da un paso adelante al establecer el cuadro básico de insumos del sistema, al incluir además del cuadro básico de medicamentos a otros cuadros básicos referentes a material y medios de diagnóstico para laboratorio, el de instrumental y equipo médico, abarcando de esta manera un conjunto de insumos esenciales para la operación del sector salud y creándose para atender esto a la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, que como grupo de trabajo del Consejo de Salubridad General, órgano constitucional dependiente del Presidente de la República, presidido por el Secretario de Salud e integrado por 12 vocales, entre ellos el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, los directores del Instituto Politécnico Nacional, del DIF, CONACYT, los titulares del IMSS y del ISSSTE, el presidente de la Academia Nacional de Medicina y dos Rectores de las Instituciones de Educación Superior del Interior de la República, actualmente esta el Rector de la Universidad de Chiapas y el de San Luis Potosí.

La comisión esta integrada por el Secretario del Consejo como Presidente y por los titulares de salud de las instituciones del sector, como vocales, participando como representantes de la Secretaría de Salud, el subsecretario de Regulación Sanitaria y Desarrollo; actuando en concordancia, se establecieron comités específicos, guiados y dirigidos por representantes de cada una de las instituciones, quienes apoyados por expertos de las comisiones internas que en cada una de ellas existen y siguiendo los propósitos rectores señalados previamente, se dieron a la elaboración del cuadro básica de medicamentos, que en particular es lo que vamos a comentar ahora, siguiendo con los criterios fundamentales surgidos de Alma Ata en 1978.

- Selección de medicamentos con base en la mayor eficacia en el menor riesgo.

- *Eliminación de medicamentos cuya calidad haya sido superada.*
- *Inclusión de nuevos productos de valor terapéutico demostrado.*
- *Supresión de duplicación de medicamentos con la misma acción farmacológica.*
- *Exclusión de combinaciones infundadas de medicamentos, buscamos siempre tener monofármacos, principalmente aunque hay excepciones.*

El Dr. José Luis Luna, ha promovido la integración de un polifármaco para el tratamiento de la tuberculosis, en donde se incluye, y ya va a salir el mes próximo, la inclusión de Rifampicina, Insoniacida, en fin, van a ser 3 fármacos en ese sentido. Como resultado de la lista inicial que surgió en la edición de 1984, esta formado por 330 genéricos para favorecer la prescripción en algunos casos. Se incluyeron varias formas farmacéuticas de un mismo medicamento, lo que arrojó un total de 484 claves, que son el componente sustancial del documento y que se clasifican en 24 grupos terapéuticos de acuerdo a su aplicación en determinadas enfermedades, como serían las alergias y las parasitosis o por su uso en diferentes especialidades: cardiología, dermatología, gastroenterología, urología o bien por su acción terapéutica o composición; analgésicos, soluciones electrolíticas, vacunas, en ésto estoy profundizando un poco, por que siento que es uno de los aspectos que muchas veces los médicos de las instituciones desconocen el cuadro básico oc asi no lo manejan y vamos a ver adelante algunos aspectos sobre ésto.

También cada uno de los grupos esta a la vez subdividido en subgrupos según su acción farmacológica a fin de sistematizar en lo posible su efecto terapéutico, sería bien importante que las médicos revisarán, pero sucede que no es así, no conocen las intraducciones, casi siempre se van y eso lo digo por experiencia en elecciones de unidades del IMSS, de la Secretaría, en donde el médico a pesar de contar en muchas ocasiones con el cuadro básico no saben las interacciones de los medicamentos. Al principio de los subgrupos se incluye

el texto informativo que tiene el propósito de familiarizar al médico con las bases ra

cionales de los medicamentos contenidos en el subgrupo, sintetizando las acciones farmacológicas, repito, de los genéricos sus indicaciones y sus contraindicaciones, ésto es bien importante.

Otro aspecto que caracteriza el cuadro básico de medicamentos son los cuadros de concentración, en los que por separado se describen cada uno de los medicamentos, asignándoles una clave numérica y en columnas sucesivas se menciona el nivel de uso con las siglas MF, MG, médicos familiares, médicos generales, E especialistas, H hospital y se incluye asimismo, la forma farmacéutica: comprimidos, ampoquetas, soluciones, su fórmula, la dosis y la vía de administración, en las columnas siguientes que tienen también interés consignan primero, las indicaciones terapéuticas y después se enumeran las contraindicaciones y efectos indeseables. Además en la última columna se incluyen dos conceptos que deben de tener mucha atención sobre la cautela con que deben utilizarse los medicamentos o sea las precauciones y otra que señale el efecto cinérgico o antagónico de los fármacos en el interior del organismo que puede incrementar o decrecer su acción, son la interacción farmacológica.

Ahara bien, atendida a su carácter dinámico, el cuadro básico, ha sido sujeto a modificaciones que recogen las sugerencias científicamente documentadas que provienen del cuerpo médico y de los laboratorios del sector salud, así como de la industria farmacéutica, habiéndose publicado a la fecha en el Diario Oficial, tres actualizaciones, la primera en enero de 1986 y dos más en febrero y octubre de 1987, las que en total han incluido 10 nuevos genéricos, excluido 7, reubicado 1, material de diagnóstica y modificado 201 claves en lo que respecta a formulación, fórmula farmacéutica, presentación indicaciones o contraindicaciones.

La Comisión y en particular el Comité de Medicamentos, desde diciembre del año pasado, se ha dado a la tarea de revisar y actualizar en todo el cuadro básico de medicamentos, introducciones, fórmulas, presentaciones, dosis, etc. Para ello se ha invitado por primera ocasión a porticipor a las sociedades y academias médicas en sus campos respectivos, se les ha pedido a la Sociedad de Psiquiatría que rivisen el grupo correspondiente a la Sociedad

tiene muchos inconvenientes normalmente, en este último congreso se logró un ahorro de 12% sobre los precios de referencia de los productos, de cerca de 400 mil millones que se concursaron, se lograron adquirir alrededor de todas las claves concursadas sobre 312 mil millones o sea un ahorro de 12%, cerca de 90 mil millones. En cambio en la subrogación va incluido ya el aspecto de comercialización, de distribución, que significa aproximadamente un 30% de costo más arriba.

Otro aspecto también que debemos tener presente entre las dificultades, es que desde el punto de vista conceptual, como ya lo habíamos dicho, este cuadro se usa como un catálogo o listado, cuyo empleo se recomienda por razones de eficacia, costo y frecuencia de uso para la atención de diversos problemas de salud; sin embargo, el cuadro básico de medicamentos debe considerarse como un instrumento que forma parte de todo un sistema de trabajo en el que participen los directivos de instituciones, los mismos usuarios y los administradores, en lo referente a adquisición, almacenamiento e inventario, incluso en la acción misma del empleo del medicamento, todo esto será una cosa que a nivel de las universidades habrá que pensar como favorecer esto. Una acción en donde a la hora que salen los compañeros médicos a su servicio social, sabemos que se da el cuadro básico, buena pues, había que reforzarlo desde antes, avanzando en este sentido.

Las propuestas que buscan la respuesta a estos programas de competencia y atribuciones plasmadas en el ordenamiento legales, son las siguientes; habrá que instrumentar acciones relativas a que el cuadro básico de medicamentos contemple acciones que se requieren vigilar para establecer criterios que orienten a la industria químico-farmacéutica privada y paraestatal en la producción de medicamentos que no son fabricados en el país y de aquellos con características monopolísticas; promover entre los diversos organismos con responsabilidad en la regulación de la producción comercialización y consumo de medicamentos, el establecimiento de políticas congruentes con la realidad nacional en lo referente a la consolidación del sistema de adquisiciones que satisfaga eficientemente a la demanda del Sector Salud; finalmente, la utilización adecuada de los cuadros básicos ha sido una tarea de primordial importancia y que plantea la necesidad de definir y establecer estrate

gias y métodos específicos para que cada institución de salud, acorde a sus características, establezca un mecanismo de aplicación racional y eficaz, incluyendo a los únicos responsables y a los usuarios de los servicios de salud.

COSTO Y ACCESIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. MIGUEL GOMEZ SANCHEZ
Junio 3 de 1988

Me pidieron hablar sobre Costo Accesibilidad de Medicamentos, es un tema muy escabroso. Hablaremos un poquito sobre ésto pero trataré de manera más profunda el aspecto de accesibilidad a medicamentos, de lo cual es nuestra obligación tener conocimiento. Uno de los problemas más importantes con los que se topa nuestra población, dentro del marco de atención a la salud en cualquier nivel, es el poder obtener los llamados insumos para la salud, llámense medicamentos, aparatos y equipos médicos, productos bialógicos, etc. La situación es compleja en tanto que son varios los factores que entran en juego para poder mantener una disponibilidad suficiente para el paciente de cualquier patología.

Dentro del Sector Salud, a partir de su integración, se planteó la creación del llamado cuadro básico de medicamentos, del cual ya oyeron una explicación muy extensa, espero que aunque un poco redundante y repetitivo lo sea yo en los aspectos más importantes y no los aburra mucho. Como ustedes ya escucharon contiene entre otros genéricos, el grupo de los que la Organización Mundial de la Salud denomina: medicamentos esenciales. Este documento fue el producto de la conjunción de experiencias anteriores, no nada más la recopilación de productos manejados por la medicina institucional en sus dos vertientes principales que fueron el IMSS y el ISSSTE, en una etapa muy especial, sino que se retomó y reformó el listado, adecuándolo a la realidad epidemiológica de nuestro país, integrando a este grupo de experiencias, la triste experiencia del grave desabasto de medicamentos,

ocurrido en el último semestre de 1982, situación que nos enseñó, de manera dolorosa, las consecuencias de ser en ese momento un país casi totalmente dependiente del exterior, hecho imperdonable en el área de la salud; podemos ser dependientes en muchas otras situaciones pero en el aspecto de medicamentos y en ese tiempo lo sufrimos todos, la ausencia de antibióticos, la ausencia de digitálicos, la ausencia de medicamentos que en un momento dado son indispensables, pues no hizo, no nada más a nosotros como médicos, sino a toda la institución y al gobierno en general, ver ya más allá de este tipo de problemas; no es lo mismo no tener un jabón, una pasta de dientes, un aparato de televisión importado o refacciones para este tipo de aparatos electrónicos, que un producto, un insumo para la salud y en ese momento todos lo sufrimos.

A partir de esta situación, una preocupación latente fue la de fomentar en México la creación de la infraestructura necesaria para el establecimiento de una industria farmacéutica, que se encargará de la fabricación de materias primas estratégicas para la fabricación de este tipo de medicamentos, fue así como se avanzó en este renglón, yo que de un 20% de materias primas se producían en 1982, en 1987, en general, se alcanzó el 58% de la producción, tanto de materia prima como de intermedio básico y en lo relacionado a la producción de medicamentos como tal, pero que llamamos como producto terminado, podemos informar que en estos recientes 4 años, se ha mantenido cierto margen que no rebasa aproximadamente del 85 al 95%, de ahí ha oscilado.

Por una parte, observamos la presencia de un listado de productos útiles para tratar aproximadamente el 85 á 90% de la patología en México que es el cuadro básico y por otra el paralelo a la industria nacional junto con los centros tecnológicos y universitarios, que se ha dado a la labor de la obtención de materia prima para la elaboración de tales medicamentos y en edición a estos esfuerzos, vemos la organización de los concursos consolidados del Sector Salud, de los que ya hablaba el Dr. Facha, cuyo fin no solamente es el poder abastecer de insumos a la seguridad social, sino el de fomentar e impulsar a la industria farmacéutica nacional. A pesar de estos esfuerzos concertados, siguen existiendo diversos problemas que en un momento dado han afectado en mayor o menor grado la disponibilidad

dad de los productos, ya se mencionaba que estos problemas han sido entre otros, los medicamentos monopolísticos u oligopólicos, medicamentos con insuficiente producción, medicamentos llamados huérfanos por no existir producción nacional ni internacional, presupuestos restringidos que disminuyen la capacidad de compra por parte de las instituciones de salud.

Pasando a otro punto, mencionaremos que habiéndose satisfecho el abasto de medicamentos, existen otros factores a considerar, entre los cuales tenemos por ejemplo: el transporte, el cual debe ser el adecuado lógicamente a las características que permiten la estabilidad del producto y esto lo podemos observar sobre todo en los llamados productos biológicos y hemoderivados, los cuales dependen de la llamada red fría. En comunión con este hecho, tenemos que hablar también del almacenamiento, que de manera categórica debe mantener las mismas condiciones que se cuidó de no perder durante la transportación, la tendencia a la descentralización y la influencia del concepto de regionalización, han llevado a las instituciones de salud a organizar su infraestructura, de tal manera que la distribución de los productos se realice de manera más eficiente logrando con ello una mejor disponibilidad de los medicamentos hasta los centros de asistencia social. Hemos avanzado en este aspecto, pero todavía hay muchos problemas sobre todo administrativos para lograr que se lleve a cabo esta situación y que cada estado de alguna manera sea independiente y se maneje, con el fin de que revisando sus problemas particulares, pueda haber también soluciones en esta área sin la necesidad de que haya una dependencia total o casi total del nivel central.

La sola existencia de medicamentos en las farmacias del sector privado, no garantizaría el beneficio esperado en el paciente, si el producto no fuera fabricado como lo indican las buenas prácticas de manufactura, toda vez que estas normas aseguran la buena calidad de estos insumos.

Por tal motivo, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Control de Insumos para la Salud, se ha preocupado en echar a andar el programa sobre Colificación de Productos, así como el Programa de Aseguramiento de la Calidad en coordinación con la

Dirección de Control de Calidad del IMSS. Ambos esfuerzos han logrado el que en 1987 el porcentaje de rechazó por fallas en la fabricación de medicamentos haya descendido hasta el 4.2%, esta es una cifra muy baja y que esperamos que en las años siguientes no se vaya a perder. La participación del IMSS, en esta área ha sido muy importante, puesta que la experiencia de mucha de su gente, así como sus instalaciones son de gran calidad y ésta es una labor conjunta, ha servido para tratar de discriminar medicamentos de mala calidad que en muchas ocasiones nosotros mismos sufrimos como pacientes. De igual manera en la referente al aseguramiento de la biodisponibilidad de los medicamentos. En etapas recientes nos hemos dado a la tarea de concientizar a las industrias, tanto nacionales como internacionales, sobre la necesidad de montar en nuestro país una infraestructura adecuada para probar tal situación, con el fin, como todos saben de poder comprobar la absorción y presencia de los principios activos en la sangre del individuo sano, lo que nos llevará a asegurar el efecto terapéutico en nuestros pacientes.

Aún en el pasado reciente, nos hemos topado con productos cuya formulación no aseguran ni siquiera la disolución adecuada de la forma farmacéutica, la que conlleva a los fracasos terapéuticos, situaciones que en un momento dado, pueden ser tan graves como las reacciones adversas.

Pensemos ahora, no sólo en el lograr contar con buenos productos terapéuticos, la intervención del médico en el diagnóstico y la prescripción de los mismos puede continuar una labor fructífera y exitosa a en caso de que éste no tenga la adecuada preparación puede dar al traste con toda esta labor; en muchas ocasiones, se ha dicho que la sola presencia del médico es de hecho el mejor de los placebos a si éste no actúa de manera oportuna y se entera en los aspectos científico-técnico y humanístico, puede ocasionar también la pérdida de las intenciones.

En este aspecto, en el grupo que trabajó en lograr el cuadro básico de medicamentos en 1984, así como en las que de una u otra forma hemos tenido participación en etapas recientes, ha permanecido el interés de que este documento, como ya también mencionó el Dr. Facha, no

solamente es un listado de productos, sino que contribuya a formar en el médico que lo consulta un criterio de prescripción racional, a través del uso de monofármacos en las más de las veces, de la utilización de los mismos bajo marcos de indicaciones pasológicas bien conocidas, del conocimiento de las reacciones adversas, contraindicaciones e interacciones con otras sustancias.

Como mencioné en renglones anteriores, al formular el cuadro básico, el Sector Salud se hizo eco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en relación a la presencia de los medicamentos esenciales y es así que entre los insumos de mayor importancia están los que constituyen las armas terapéuticas para el tratamiento de las primeras causas de morbi-mortalidad de nuestro medio. Tenemos por ejemplo; al grupo de antibacterianos como ustedes ya conocen penicilina, eritromicina, pentamicina, botrimocisol, etc., las sales de rehidratación oral formuladas y estudiadas por la OMS, tanto en México como en otros países; con el común denominador del problema de diarrea infantiles; los productos biológicos útiles en la prevención de padecimientos infecto-contagiosos, entre otros la vacuna antisarampionosa, la vacuna triple DPT, la vacuna BCG, etc., antiparasitarios y otros productos utilizados en las campañas de erradicación de enfermedades no prevenibles por vacunación, tales padecimientos como el paludismo y el dengue. En otro rubro, un tanto especial, que se considera también en el cuadro básico por importancia de tipo poblacional, es el grupo de anticonceptivos.

A nivel de mercado privado y ante la disminución del poder adquisitivo de nuestra manada, las Secretarías de Salud y Comercio, se abocaron a implementar el llamado Programa de Medicamentos Básicos, del cual ya les mencionó también el Dr. Facha. Este programa planteaba como metas el poner al alcance de la población productos sintomáticos de eficacia y seguridad bien establecidas, de fácil administración y almacenaje, a un precio que implicó un descuento de un 20%

La motivación no sólo fue de tipo monetario, sino que se buscaron varios aspectos, uno de ellos fue orientar y educar al consumidor a través de las leyendas en los empaques

que le indican cuando usar el producto, como administrarlo y a que dosis, previniéndole acerca de raciones secundarias y contraindicaciones. Otro punto que se buscó, fue también facilitarle a los pacientes algún armamentario terapéutico para aliviar molestias, que en un momento dado le impidieran realizar sus actividades diarias y también evitar la excesiva solicitud de consulta en instituciones hospitalarias por problemas banales, debido a los cuales el médico distrae su atención de otras patologías de mayor envergadura, además de que el propio paciente utiliza tiempo valioso para él y su familia, en ocasiones al acudir a un médico particular, también dinero, esperando aliviar cuadros leves y frecuentemente auto-limitados, los cuales pueden tratarse en un momento dado, en su domicilio con instrucciones precisas.

Tenemos ya todo es planteamiento de la problemática y ante esta revisión del problema y logros, podemos concluir varios puntos para finalizar:

En México a pesar de problemas de diverso tipo, existe una aceptable -digamos entre comillas- accesibilidad a los medicamentos, aproximadamente para el 70% de la población, en razón a esto, existe población marginada en zonas urbanas y rurales, hacia donde nuestra atención se está dirigiendo, es la zona desprotegida que no está en un momento atendida por las instituciones y que en un momento dado, no es captada tampoco por los centros de salud por diversas causas. Hacia este tipo de población, que es en donde hay mucho por hacer todavía, se está planteando un programa en relación al abasto no sólo de medicamentos sino de nutrientes y esto apenas está en sus inicios, ojalá pueda continuarse en un futuro.

La siguiente conclusión a la que podemos llegar es que los medicamentos existentes en el país, en general son de una calidad suficiente, debiendo permanecer y reforzarse la vigilancia sanitaria con el fin de no retroceder en lo que se ha logrado en relación a las buenas prácticas de manufactura.

LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA REALIDAD
POLITICO SOCIAL DE MEXICO

* DR. XAVIER LOZOYA LEGORRETA
Junio 3 de 1988

1. LA DEFINICION EN MEDICINA TRADICIONAL.

La medicina es una manifestación de la cultura de un pueblo y existen en el mundo tantas medicinas como culturas sepamos reconocer. Sin embargo, a nadie escapa que las relaciones que se establecen entre los pueblos distan mucho de tener la equidad esperada cuando se dan condiciones de dominación económica y cultural de unos grupos sociales sobre otros.

No hay aún consenso respecto a la definición de las llamadas: "medicinas tradicionales" o "medicinas indígenas", o más recientemente, "medicinas paralelas". Denominaciones que, aunque son presentadas con frecuencia como sinónimas, encierran grandes diferencias de fondo. El de "medicina tradicional" ha sido el término más ampliamente usado debido a la difusión que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decidido darle, si bien, la definición original en la que se basó resulte hoy incompleta, a saber: "la medicina tradicional representa la suma de todos los conocimientos y prácticas, explicables o no, usados en el diagnóstico, prevención y eliminación del desequilibrio físico, mental o social y basados exclusivamente en la observación y experiencia práctica, transmitidos de generación en generación oralmente o por escrito" (1). Esta definición surgió como resultado de la discusión de un grupo de estudiosos de las culturas del continente africano, que fueron reunidos por la OMS al final de la década de los años setenta con el propósito de general una estrategia operativa para el estudio de la Medicina Tradicional (2).

(*) Médico Adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social

En otra escrita he analizado los motivos que llevaron a la OMS a crear el "Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional" en el año de 1975 y a pugnar por su reanacimiento en toda el mundo (3). Aquí recordaré salamente que una de las razones primordiales que llevaron a esa organización a interesarse en el tema fue el impactante éxito que obtuvo la República Popular de China al oficializar y poner en práctica una estrategia de atención a la salud que contemplaba la utilización de su medicina tradicional. Dicha experiencia se conoció en Occidente apenas en 1970, a partir del ingreso de ese país a la Organización de las Naciones Unidas.

No obstante la evidente parcialidad y deficiencia semánticas de la citada definición, aún prevalece en las documentas que con posterioridad ha distribuido mundialmente la OMS (4, 5, 6). De cualquier manera, la "medicina tradicional" se asocia a las variadas aspectos curativas que practican las poblaciones de los países subdesarrollados y, con ella, se busca enfatizar que es una manifestación espontánea, producto de los valores indígenas o autóctonos de esas poblaciones y que forma parte de la tradición cultural que les es indispensable preservar para afianzar su identidad nacional. Estas implicaciones desaparecen al usar término "medicina alternativa", de más reciente cuña, y que pretende caracterizar a ciertas formas nuevas de curación (a viejas pero recicladas) a bien, para referirse a métodos curativos "heterodoxos" respecto de un prototipo presentada por la medicina accidental y científica, "arodoxa". De ahí que este término se asocie a otras, tales como: "medicina holística", "medicina integrativa", "medicina heurística" etc., que se relacionan con procedimientos curativos y teorías médicas tan diversas como: la homeopatía, la homeoterapéutica, la kinesiología, la macrobiótica, la radiónica, la astraloga, la iridología, la musicoterapia y muchas otras complejas manifestaciones de la cultura médica accidental, cuya origen es la propia sociedad industrializada, pero en donde la preservación de la identidad cultural no está necesariamente en juego (7). Velimiravic (8), ha señalado la confusión que reina en este asunto de las definiciones al analizar otras manifestaciones médico-culturales que están teniendo difusión en el mundo, tales como: el yoga, la acupuntura o el uso de las plantas medicinales, vistas como prácticas de las "medicinas alternativas", pero desvinculándolas del contexto cultural del que forman original-

mente parte en sociedades consideradas, hasta hace demasiado poco tiempo como "primitivas" desde la perspectiva etnocéntrica de la cultura occidental de Europa y los Estados Unidos de Norteamérica.

El término de "medicinas paralelas" ha surgido y servido a la discusión como una opción conciliadora que enfatiza la permanente presencia, en los países subdesarrollados, de variadas prácticas médicas que fluyen y operan con su propia dinámica pero en forma equidistante respecto de la medicina oficial?, ¿reconocida? ¿verdadera? o ¿universal y científica?; sin embargo, la supuesta autonomía de tales medicinas "paralelas" es puesta en duda a medida que se analizan en detalle los elementos que configuran esas prácticas ya que, no sólo resultan incapaces de permanecer desvinculadas de la "otra" medicina sino que son continuamente influenciadas por ella al formar parte de la vida cultural de grandes grupos sociales inmerso en un proceso de transculturación.

Al estudiar el mismo fenómeno para el caso de México, hemos propuesto definirlo así: "la medicina tradicional es el conjunto de conocimientos, creencias, prácticas y recursos provenientes de la cultura popular y de los que hace uso la población del país para resolver en forma empírica, algunos de sus problemas de salud, al margen o a pesar de la existencia de una medicina oficial e institucionalizada por el Estado" (9). Esta definición deja al descubierto que dicho fenómeno se inscribe, a su vez, en el de la definición de "Cultura Popular", pero señala que lo que realmente está en juego es la aceptación y el reconocimiento de la función social que desempeñan otras culturas médicas frente a la del modelo oficial que ha dominado el ejercicio de la medicina por lo menos durante más de 100 años en este país. En el reconocimiento a la existencia en México de ese conflicto socio-cultural radica el meollo de toda la discusión.

La situación se torna cada día más polémica porque, al final de este siglo, el modelo hegemónico occidental de atención a la salud (modelo curativo por excelencia, que enfáticamente había venido siendo impulsado en todo el mundo sobretodo después de la Segunda Guerra

causa de contradicciones socio-culturales

y económicas que afloran hoy en las propias sociedades industrializadas y, por supuesto, en sus correspondientes satélites o áreas de influencia. Esta crisis de modelo accidental hegemónica -a la que se había referida Illich (10)- y que hoy estamos presenciando claramente en México con sus imágenes de deshumanización y burocratización de la relación médica-paciente, de comercialización descarada de los servicios y medicamentos, afrontando las consecuencias de haber permitido una desordenada sobrespecialización de los cuadros médicos que desarticuló la operación de un incipiente sistema de atención médica construido en décadas de insuficientes recursos económicos y humanos. Toda este cuadro de la vida médica de México se ha venido a complicar con otras excesas, las de una sociedad pseudo-industrializada, que es el caso del México urbano, afectada ahora, por ejemplo; por la contaminación ambiental y la dracunculosis, pero que permanece yuxtapuesta al México rural cuyas problemas de salud son otros y donde, por ejemplo; la desnutrición, las persistentes endemias y el parasitismo son ya ancestrales. Sin embargo, y como en el pasado, cuando se buscan soluciones al agudo problema de la salud en México en vez de mirar hacia el interior de nuestra acervo cultural y hacia los recursos propios del país, se recurre a alternativas y modelos de las sociedades "económicamente satisfechas", aunque paradójicamente se hallen, hoy, también valcadas hacia la búsqueda de otras alternativas médicas culturales. Así, las novedades adquiridas por la cultura occidental dominante están siendo una vez más "importadas" por el sector social que económica y culturalmente domina este país en esta hora.

En los Estados Unidos de Norteamérica esta misma búsqueda de alternativas a la crisis de su modelo médico se favorece por el notable acercamiento que está teniendo lugar entre las culturas del Oriente y del Occidente contemporáneas a partir del último cuarto de siglo, sabretada, por la revaluación tecnológica que tiene lugar en las medias de comunicación y que está produciendo una rápida combinación o transculturación global de terapias y conocimientos médicos entre Oriente y Occidente; condición que se vislumbra como el fenómeno característica y predominante del próximo siglo. Ante dicha circunstancia, el futuro y la sobrevivencia de muchos aspectos básicos de las culturas médicas populares latinoamericanas patrimonio de grandes grupos sociales pero vistas como naciones atrasadas desde la perspectiva de la sociedad industrial occidental, cabran actualidad e importancia

porque ofrecen soluciones en lo económico y en lo social que podrían modificar, a corto plazo, el modelo de atención médica de estos países, antes de que sea sustituido por formas importadas que están incorporándose a gran velocidad a través de la propia cultura Occidental. Indudablemente que ya hay países del llamado "Tercer Mundo" que han abordado con éxito la configuración de su propio modelo de atención a la salud.

Mil millones de personas en la República Popular de China, por ejemplo, encuentran hoy en la combinación racional y pragmática de varias culturas médicas -incluyendo por supuesto la herencia de Occidente- la solución a los problemas de salud más apremiantes, demostrando la capacidad integrativa médica que puede alcanzar una sociedad si se trascienden los límites de calificar a la medicina tradicional como fenómeno anacrónico y a la tecnología moderna como costosas panacea (11). Un sutil y laborioso equilibrio entre los valores de la cultura médica ancestral de China, mediando el rescate de algunas de sus tradiciones, junto con el apoyo a una pragmática investigación científica nacionalista -recuerdando a no pocos elementos avanzados de la ciencia occidental-, están produciendo el cambio en ese país y con él, se modifica la visión que se tenía en Occidente de muchos de los conceptos sobre la salud y el alivio de la enfermedad. Después de casi veinte años de ensayar un modelo integrativo, la Medicina China surge como el resultado de la desaparición simultánea de dos entidades hasta hace poco todavía contrapuestas: la medicina tradicional China (rural, ancestral y masiva) y la medicina Occidental adquirida por influencia europea (elitista, urbana y costosa) para configurar una sólida y monolítica versión médico-cultural adecuada a tan gigantesco país.

Y es así que estos fenómenos de transculturación médica, ocurridos en las últimas décadas, empiezan a encontrar un campo social fértil en las sociedades del Occidente industrializado. Es en Europa, particularmente en Francia, en Alemania Federal y en Suecia, donde han surgido los grupos intelectuales más activos dedicados al estudio de la llamada "etnomedicina", impulsando cierto grado de transculturación en sus propias sociedades. En los Estados Unidos de Norteamérica se observa, también, que diversos aspectos de las culturas médicas orientales, por ejemplo, se están en proceso de incorporación, no sin sufrir las

adecuaciones técnicas que consideran indispensables para su usufructo. El consumo de plantas medicinales de la herbolaria tradicional de China, de la India, el Japón y Corea; la difusión de la acupuntura, de las gimnasias rítmicas, de la dieta y en fin, de la filosofía y la religión de milenarios culturales de Asia, van encontrando en la vida del hombre occidental estadounidense espacio y significado en la búsqueda de un nuevo equilibrio y una diferente comprensión de la salud. Esta típica cultura occidental, etnocéntrica y discriminativa, cuya última versión diseñó el proyecto de racionalismo y modernidad hace ya doscientos años, agoniza hoy frente al inicio de lo que ha dado en llamarse la Cultura del postindustrialismo o la postmodernidad, en donde el sincretismo con valores de culturas muy distintas y viejas parece ser la regla que el pastiche ejemplifica en el arte contemporáneo y del cual la medicina del futuro no será ajena (12).

Pujantes economías con una asombrosa evolución tecnológica, como la del Japón de la postguerra, enseñan al mundo como pueden combinarse valores y recursos de la más antigua tradición cultural con el desarrollo científico y tecnológico de Occidente y proyectarse hacia el futuro postindustrial. Su medicina no está ajena a esta revitalización de la tradición recurriendo al conocimiento científico y buscando la combinación equilibrada.

Porque ¿qué distingue, a pesar de todo a estas medicinas tradicionales de su otrora similar medicina occidental y científica? En el centro de la discusión, una vez que ha sido limpiado el camino de los obstáculos que han significado las discriminaciones raciales, típicas de la "modernidad", y surgen las condiciones que permiten aceptar a todas las medicinas como manifestaciones básicas de cualquier cultura, las llamadas "medicinas tradicionales" de hoy se caracterizan por: carecer de un mecanismo internalizado de corrección -según decir de Velimirovic-, par hallarse en un estancamiento producto de una falta de metodología propia para llevar a cabo una revisión permanente y una revaloración crítica de su propio conocimiento. Esta incapacidad de autoevaluarse provoca su enorme lentitud y dificultad para modificarse a sí mismas y trae como consecuencia su cabal inmovilidad. Esa capacidad de autogestión que trae como consecuencia el desarrollo del conocimiento médico se produce sólo cuando una cultura médica dada se interroga a sí misma, experimentada y deduce, crea paradigmas que se encarga sistemáticamente de confirmar o modificar.

Cuando nos referimos al "empirismo" de la medicina tradicional subrayamos el punto central donde radica su debilidad frente a la medicina científica, pero no -como a menudo se piensa- poniendo en duda su eficacia sino la carencia de autoevaluación y desarrollo propios.

La medicina tradicional China ha dejado de serlo en el momento en que la ciencia se halla valorando todos y cada uno de los aspectos de la cultura médica popular. Cuando se escriba la futura historia de la medicina en China corresponderá al siglo XX y a la Revolución social emprendida por ese país, el crédito de haber elevado su medicina tradicional a un nivel; el científico. A partir de ahora que la ciencia en todo el mundo investiga a la acupuntura, el conocimiento sobre esta terapia y su técnica evolucionarán a pasos gigantados después de que esta práctica había permanecido prácticamente inmóvil (aunque eficaz) por siglos.

Cuando se pugna y debate por el reconocimiento de las medicinas tradicionales, se asume -o debiera siempre asumirse- que toda gestión reivindicativa de la cultura médica popular conlleva, necesariamente, su investigación científica para poder crear las bases de un conocimiento que permite, no sólo el rescate de la cultura, sino sobretodo, su perfeccionamiento y adecuada transmisión hacia el futuro.

2. EL CASO DE MEXICO Y SU MEDICINA TRADICIONAL ACTUAL.

El interés por conocer y documentar la medicina tradicional de México no es reciente. Casi cincuenta años de estudios de índole antropológica histórica y médica han antecedido al actual entusiasmo por valorar y promover su utilización. Esquemáticamente dos vertientes de pensamiento pueden definirse en la discusión que sobre la Medicina Tradicional tiene lugar en nuestro medio:

Una posición parte del reconocimiento de la existencia, en todo el país, de un modelo económico y cultural hegemónico que abarca el horizonte de toda la vida nacional promoviendo

condiciones de dominación de un grupo social sobre los demás; sobre las minorías...

de su cultura y por la falta de su medicina (13, 14). Desde esta perspectiva -cuyas raíces históricas se remontan al siglo XVI y al acantecimiento de la Conquista Española como punta de inserción de la cultura Occidental en México-, parecería que la presencia de la medicina tradicional a lo largo de las siglas ulteriores abedece a un fenómeno de resistencia cultural, un movimiento subterráneo, reivindicativo de valores de la anterior sociedad que se hallaba vigente hasta el momento del conflicto provocado durante la ocupación del país por representantes de la cultura europea. En este contexto, la medicina tradicional adquiere una connotación de conocimiento indígena (que no indio), autóctono y se hallaría librando un sostenido combate -durante cerca de quinientos años- por reivindicar los valores y la eficacia de sus conceptos, tratamientos y recursos, frente a conceptos y recursos equivalentes de la cultura médica dominante, la cual, detentadora del poder (económico y legal), impondría sus ideas discriminando cualquier otra forma de saber médico. Esta línea de pensamiento tiene como baluarte básica una visión indigenista de la medicina tradicional y ha tenido defensores y expositores de su realidad cultural y social durante los mismos quinientos años de pugna por configurar la verdadera nacionalidad de México. Para este enfoque, la medicina tradicional más genuina y pura es aquella que se practica entre los habitantes de los grupos que el Estado denomina "marginado" o "indígenas", tales: mixtecos, triques, mazatecos, huaves, ixcatecas, huastecos, mayos, coras, cuicatecos, tepehuas, mames, machás, yaquis, matlatzincas, ocuiltecos, lacandanes, opatas, pimas, pápagos, seris, kikapués, popolucas, mazahuas, mayas, amuzgos, tlapanecos, totacanas, tzeltales, chontales, chuyes, jacaltecas, pames, otomfes, nahuas, chatinas y otras grupos más, que habitan áreas del país consideradas reductos de las culturas autóctonas.

Las medicinas tradicionales que practican los demás habitantes del país son vistas, según esta perspectiva, como versiones modificadas de las de las mismas núcleas culturales autóctonas, transformadas según el grado de contacto que la población va teniendo con la cultura dominante y urbana.

Esta posición pondrá el énfasis en la necesidad de rescate de la medicina tradicional, como tarea de la intelectualidad y el Gobierno, que debieran buscar las formas de reinvin

dicación de nuestras raíces, identificadas, con frecuencia, con elementos prehispánicos; atribuye ventajas y beneficios intrínsecos a la medicina tradicional contrastándola con la práctica médica occidental y cuestiona en muchos sentidos la posibilidad de complementariedad de las culturas médicas en pugna. Esta visión del problema ha sido compartida por numerosos grupos de intelectuales provenientes de las clases medias urbanas que procuran exaltar la sensibilidad, el arte y las costumbres de los grupos campesinos, marginados del desarrollo económico alcanzado por otras clases sociales en el período post-revolucionario. Estos grupos sostienen, como proyecta, la necesidad de reivindicar la cultura indígena aunque, también con frecuencia, quedan atrapados en la discusión metodológica sobre cual es la forma ideal de integración médica que debe darse como solución al divorcio asumido entre tradición y modernismo, por un lado, y paternalismo gubernamental y etnocidio cultural, por el otro.

Otra vertiente de opinión, no necesariamente contrapuesta a la anterior, analiza el mismo devenir histórico del país pero desde la perspectiva de una cultura nacional, que, nos dice, surge como resultado de un proceso de continuo sincretismo en el cual los valores de las culturas autóctonas -prehispánicas- fueron rápidamente incorporados a la fórmula cultural española y dominante, modificándola definitivamente, hasta que nuevas formas de transculturación occidental (francesa y anglosajona, después) fueron ejerciendo su influencia, una "cultura nacional" que, si bien reconoce diferencias entre los diversos sectores sociales, pone el énfasis en las desigualdades económicas y acepta la diversidad cultural más en el terreno de las manifestaciones artísticas y estéticas que ideológicas (15, 16, 17). Con frecuencia, esta posición explica la sobrevivencia de la medicina tradicional como consecuencia de la desigualdad económica y social existente y en tal enfoque, el desarrollo económico del país acabará, algún día, por eliminar toda manifestación curanderil vista como producto atávico de subdesarrollo.

Según esta línea de pensamiento en México existe una cultura nacional que es el polifacético e híbrido resultado de la permanente contribución de los diversos grupos humanos que



operante que no necesita ser recuperada porque nunca ha desaparecido de la práctica social pero además, es un conocimiento capaz de incorporar y ceder ideas, recursos y conceptos en la medida en que se adapta a la convivencia obligada con una cultura dominante.

Esta segunda posición establece que la integración cultural es un hecho prácticamente consumado. Que los habitantes de México vistos desde la óptica política de "las mayorías", no obstante sus diferencias regionales, han propiciado desde hace ya varios siglos una integración práctica de las culturas médicas bajo cuyo influencia se han encontrado en los diferentes períodos históricos por los que transita la nación. Se reconoce, entonces, que el conflicto de la integración de la medicina tradicional se da a nivel del Estado y, prácticamente, dentro de las instituciones de educación médica y de atención a la salud. En otras palabras, que son los médicos mexicanos quienes no reconocen los beneficios de la integración cultural, mientras que los usuarios de la medicina oficial no tienen conflicto al aceptar ambos mundos médicos. Aún más, que dicha combinación se ha dado en forma espontánea y práctica, cuyos matices están determinados por la escala social en donde se sitúe el análisis, siempre vinculado al nivel económico del grupo bajo estudio.

3. LA PERSPECTIVA FUTURA.

La población mexicana se halla inmersa en un proceso de movilización y cambio, producto de esa pseudourbanización que bajo coacción tecnológica ha tendido lugar en los últimos 20 años. A decir de las autoridades del ramo, la población de México es hoy mayoritariamente urbana, aunque, a diferencia de lo que pudiera pensarse, tal fenómeno es en realidad un éxodo o migración interna de la gente del campo hacia las pocas ciudades del país y no una expansión del urbanismo que caracterizaría a las sociedades industriales. La urbanización (entendida ésta como un proceso de mejoramiento en las condiciones de vivienda, alimentación, servicios de salud, comunicación y educación) que en la sociedad industrializada se da primeramente en las ciudades para después abarcar asentamientos cada vez de menor población, es un fenómeno que no se ha dado plenamente en México. Por el contrario, una megalópolis -la Ciudad de México- y tres o cuatro ciudades intermedias son los

focos de atracción urbanística para una población rural que abandona el campo fastidiada de esperar a que los beneficios de la vida citadina lleguen a su terruño, al cual, por lo demás, sólo llega la imagen televisado de la atractiva y dinámica vida de la ciudad vendiendo la quimera del amplio consumo y del éxito económico fácil. Los resultados del reflejo condicionado repetido por años están a la vista y el colapso de la ciudad capital puede ocurrir en esta misma década bajo el peso de la contaminación ambiental, la injusticia social y la sobrepoblación. En el vértice de la pirámide económica que configura el país, la ciudad de México es un espacio y ejemplo real del modelo de atención a la salud diseñado en las últimas cuatro décadas y que ha sido reproducido en tres ciudades más, para actuar como atractivos imanes de decenas de miles de campesinos que buscan, en justicia, el derecho a usufructuar las camas de los hospitales, las salas de espera de los hospitales, las salas de espera de los consultorios, el acceso a la tecnología representada por los aparatos médicos modernos y en fin: el derecho revolucionario a sufrir la tan criticada deshumanización del modelo médico occidentalizado por quienes todavía no tienen esa experiencia. Es poco o casi nada lo que estos numerosos grupos sociales de pobladores rurales quieren saber y oír sobre medicina tradicional, plantas medicinales y ancestrales maneras de resolver la aguda problemática de su salud frente al modelo médico hegemónico del cual nunca acaban de recibir los beneficios completos anunciados por los gobiernos de 70 años de Revolución Mexicana. Esta población rural, lenta pero sostenidamente, se desplaza hacia los centros urbanos en busca de la tan anunciada quimera tecnológica del desarrollo.

Por su parte los habitantes de las ciudades, inmersos en la propaganda que proviene de los países industrializados basada en el rechazo generalizado a la contaminación ambiental, la crítica a la medicina curativa y deshumanizada, buscan alternativas naturales en los más variados aspectos de su alimentación, su salud y estilo de vida; retoman el discurso de la medicina tradicional porque lo ven como alternativa de reencuentro con la Naturaleza, de rescate de la cultura autóctona que no acaba por definirse y una muy sui generis manera de entender la herbolaria medicinal como forma de tratamiento que se asume de anatemano inocuo y benéfico, frente a la medicamentación química-farmacéutica.

Las poblaciones urbanas se movilizan (y mientras mejor se hallan económicamente situadas la velocidad es mayor) hacia áreas y conceptos superficiales de vida "rural" a "campesina" completamente idealizada, produciéndose así, un torrente de opinión y presión en sentido contrario al flujo de las habitantes del campo. Las tiendas naturistas, las plantas medicinales, las terapias exóticas, las filosofías asiáticas, la obsesión por el ejercicio física, la vida al aire libre, etc., crean una condición sociocultural propicia para la discusión y práctica, en las ciudades, de la medicina tradicional en contraposición a la medicina institucionalizada que es criticada porque continúa con los mismos antiguos esquemas de atención médica frente a una población que está, hoy, severamente empobrecida y que si persiste en acceder al sistema oficial, la hace más difícil ejercer un derecho, que por convencimiento de las beneficios curativos de la organización médica.

De toda la anterior se desprende que la situación socio-política del país se halla en un momento particularmente propicia para intentar la modificación sustancial del modelo actual de atención médica. En la medida en que la contradicción entre los sistemas médicos -el oficial y el tradicional- se va desvaneciendo y los destinatarios de las respectivas culturas médicas se modifican, se van creando las condiciones para proponer un nuevo modelo de atención a la salud integrativa, que recaja la mejor de cada vertiente cultural hasta estructurar una medicina verdaderamente congruente con la dinámica social que caracteriza al México de hoy.

Un nuevo modelo de atención médica puede surgir sólo si se apoya en las realidades culturales que demandan las diversas sectores de la sociedad que está, hoy, en plena efervescencia y cambio. La instalación de esquemas impartidos o de decisiones tomadas en el ámbito de una sola visión cultural no sólo carecería de éxito, sino que agudizaría aún más la realidad social. En fin de cuentas las decisiones sobre el modelo a implementar siempre han salido, hasta ahora, de las grupos directivos de la medicina oficial donde sus expertos diseñan las estrategias basadas en su particular visión cultural del problema. Que en la actualidad existan "expertos" en el estudio de la medicina tradicional del país tampoco resuelve el problema, por que, a la vez, la definición del modelo y sus estrategias se tomarían en el vértice de la pirámide. Por el contrario, es sólo invirtiendo el

el proceso y trasladando la decisión a la realidad operativa local, como puede lograrse la integración médica-cultural. Dicho nuevo modelo deberá apoyarse en la utilización de los recursos -todos- económicos, culturales y tecnológicos que posee el país para mejorar sus condiciones de salud y es ahí donde la cultura médica tradicional se convierte en un flanco primordial de peso en las decisiones porque, ignorar, subestimar o aplazar su participación solo agudizará la tan llevada dependencia tecnológica y no habrá economía capaz de sostener y menos aún de impulsar un esquema que ha demostrado en la práctica su obsolescencia. En el fondo de toda la compleja trama de problemas que configura la realidad médica de México subyace un conflicto cultural que debe ser afrontado y resuelto, hoy que la población del país toma la iniciativa. Es el único camino posible para modificar la situación contradictoria que prevalece en la actualidad en el campo de la salud. Dicho cambio debe propiciarse para que las decisiones puedan tomarse contando con la verdadera participación de la comunidad y no sólo con su amable aceptación de recibir los proyectos que el Estado decida implementar. Mientras la población a través de sus instancias culturales y políticas no participe del diseño del modelo de atención que su comunidad desea, la imposición de los modelos de atención médica seguirá enfrentándose a una realidad contradictoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Bannerman, R.M. *WHO's programme in Traditional Medicine*. WHO Chronicle, 31: 427-428, 1977.
2. Akerele, O. *WHO's Traditional medicine programme: Progress and perspectives*. WHO Chronicle, 38 (2): 76-81, 1984.
3. Lozaya, X. *La Medicina Tradicional en México: Balance de una década y perspectiva en: "El Futura de la Medicina Tradicional en la atención a la salud de los países Latinoamericanas"*. Ed. CIESS, México, págs. 137-149, 1987.
4. Bannerman, R.H., Burtan, J., Wen-Chieh, C. "Traditional Medicine and health care coverage". Ed. OMS, Ginebra, Suiza, 1983.
5. *Documento OMS TRM/85: Consultation on approaches for policy development for traditional health practitioners, including traditional birth attendants*, 1985.
6. *Documenta: OMS TRM/87. Report of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine*, 1987.
7. Kaslaf, L. "Whalistic dimensians in healing: a resource guide". Doubleday and Company Eds. Garden City, New York, 1978.
8. Velimirovic, B. *La Medicina Tradicional no canstituye un nivel primaria de atención a la salud: Una polémica*. Jour. Curare, 7:85-93, 1984.
9. Lazaya, X. *Visión histórica de la Medicina Tradicional en: "Vida y Muerte del Mexicano, II"*. F. Ortíz Quezada (Editor) Falias, México, págs. 15-46, 1982.
10. Illich, I. "Nemesis Médica: La expropiación de la salud". Ed. Joaquín Mortiz México, 1978.
11. *Documentas OMS ICP/007. Integration of traditional Medicine in Primary Health Care: Tehe case of China*, 1984

12. Foster H., Habermas, J., Bandrillar, J. y otros. "La posmodernidad". Ed. Karios, Barcelona, 1985.
13. Aguirre Beltrán, G. *Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. Colección SEP-INI, Antropología Social 1, México, 1963.*
14. Aguirre Beltrán, G. *Antropología Médica. Ed. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1986.*
15. Kumate, J., Coñedo, L. y Pedrotta, O. "La salud de los mexicanos y la medicina en México". Ed. El Colegio Nacional, México, 1977.
16. López Acuña, D. "La Salud desigual en México". Ed. Siglo XXI, México, 1980.
17. Anónimo. "Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000: 4, Salud". Ed. Siglo XXI y Coplamar, México, 1982.

ENFOQUE PSICOLOGICO EN EL USO DE MEDICAMENTOS
EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* MTRO. JORGE PALACIOS VENEGAS
Junio 3 de 1988

Después de la exposición del Dr. Lozoya, en la que tocaron aspectos de Medicina Tradicional, creo que podemos hablar más tranquila de Medicina Pralela, que tal vez es una de las áreas más abandonadas más olvidadas en el contexto convencional de la práctica médica y en la cual estamos ubicados una serie de esecialistas, entre atras los picológicos, muchas de los cuales han estado de alguna manera, sistemáticamente pidiendo entrar en los sistemas convencionales de atención a la salud desde hace ya algunos años y no la han canseguido con mucho éxtio. Recientemente existe un avance en este sentido.

Para hablar de los aspectos de tipo psicológico en el maneja de atención primaria, es necesario en este caso hablar fundamentalmente de algunos principios del comportamiento, principios que, como tradicionalmente suele aclarar, un principio no es lo mismo que un comienzo, principios psicológicas que requieren de especial atención y que son tal vez las más importantes dentro de la práctica psicológica cotidiana moderna.

Tradicionalmente, ha sido asociado el psicólogo a la aplicación de pruebas psicométicas que, si bien pueden dar información, tampoco van a sacar al paciente de su problema. Ha sido asociada también con un tipo de terapéutica, que si no le hace bien al paciente, tampoco le va a hacer daño; sin embargo, la psicología moderna, con una serie de principios perfectamente identificados, ha podido hacer aportaciones concretas a una serie de

(*) Jefe del Laboratorio de Plasticidad General de la Facultad de Psicología de la UNAM.

problemas de salud más allá de los que los propios psicólogos esperábamos encontrar.

Uno de los puntos más importantes es el mencionar dentro de esta área de los medicamentos tres aspectos:

1. La dependencia psicológica en el uso de los medicamentos.
2. El efecto placebo, que se cuele en más de una investigación seria, controlada en la que se están probando diferentes tipos de fármacos.
3. La adherencia terapéutica.

Quizás estos sean los tres rubros más importantes en que los psicólogos han contribuido para el manejo, la administración y control de los fármacos en los tres niveles de atención.

Pero el primer nivel de atención reviste de una particular importancia, muchos de los pacientes que tenemos en la atención primaria cuando el médico prescribe un fármaco, se está dando el primer contacto del paciente con la experiencia -prescripción- la experiencia médica y la experiencia uso, sino de medicamentos, de este medicamento en particular y mucho de lo que conductualmente aparezca después, va a depender de lo que suceda en esta primera experiencia. Este es una de los factores más importantes que hemos considerado comentar con ustedes el día de hoy, la experiencia es necesariamente educativa para el bien o mal, pero es un proceso educativo, muchas veces más si estamos en un centro de salud o en una institución en donde tenemos que atender un gran número de pacientes, no podemos ponernos a pensar en que aparte de estar prescribiendo, aparte de estar diagnosticando, aparte de estar tratando con la salud en general del individuo, lo estamos de alguna manera educando, la experiencia de aprendizaje también.

Hay por ahí algunos casos interesantes, podríamos mencionar nada más eso, el que se

zó a desarrollar por los años sesentas, después de que se reunió la famosa comisión At Hoc para la prescripción y clasificación de los dolores de cabeza, después de que se hicieron una serie de estudios, clasificaciones y demás al respecto, el médico general tuvo conocimiento de que existían dos tipos de dolores de cabeza: uno los tensionales, los otros los migrañosos o de origen vascular. Empezó a proliferar una instrucción en los pacientes adolescentes, que a nivel de medicina general, asistían con problemas de el dolor vascular o el dolor migrañoso. Las dos indicaciones eran: es psicológico, así nacista, es genético y la otra, no te preocupes, cuando cumplas 40 años se te van a desaparecer los padecimientos sin ningún problema, mientras tómate esta pastillita antes -pero fíjate bien antes de que te vaya a dar el dolor, porque cuando te de ya no hay nada que te lo quite.

Este modelo terapéutico, fue extendido y actualmente tenemos algunos casos interesantes, por ejemplo: el paciente migrañoso, generalmente ya considerado como un paciente crónico degenerativo, depende fundamentalmente de los medicamentos, no puede salir de su casa si no lleva una farmacia en la bolsa o en el automóvil, una serie de medicamentos del tipo de Sidolil, el Cafergot, etc. Esta todo el tiempo pendiente de cual va a ser ese aviso -se les olvidó a algunos especialistas en la Comisión At Hoc que no todos los pacientes migrañosos tienen programas- pero bueno, a la hora de hacer ya la prescripción específica se generalizó esto del programa, como una de las principales propiedades de ese tipo de ataque y este paciente empieza a exhibir una serie de conductas típicas, una serie de conductas pizarras y empieza a ser controlado por el padecimiento y por el patrón de automedicación -hace un momento se hablaba de este problema que es bastante serio y que obedece a ciertos principios de comportamiento- por este motivo es importante hablar de las tres áreas en las que tenemos que evaluar el problema: la primera, es la de los principios del comportamiento; la segunda, de los principios psicológicos y la tercera de los aspectos cognitivos o los principios cognitivos. Estas tres áreas cuando abordamos algún aspecto psicológico, sea cualquier problema de salud o de cualquier otro tipo, tenemos que tomarlas en consideración simultáneamente. En este ejemplo que acabo de poner el paciente estaba siendo de alguna manera instruido controlado en los tres niveles conductual, psicológico y cognitivo. ¿Cuáles son los principios conductuales que intervie-

nen fundamentalmente en la administración de medicamentos?, cuando un médico está prescribiendo el medicamento, intervienen necesariamente con la que se conoce como ganancia secundaria o técnicamente conocemos las psicólogas como reforzamiento, esta es, va haber una consecuencia que generalmente se espera que sea positiva, es más, el paciente va a poner sus expectativas, con las expectativas, una consecuencia positiva a la administración, al uso de este fármaco. En segundo lugar, existe otro principio que es el del autoamoldamiento y aquí es donde empiezan a luchar dos elementos importantes, por un lado la prescripción como debe ser de acuerdo a los principios o procedimientos que se han identificado con la investigación al respecto y por otro lado, los patrones conductuales propios del individuo que va a ingerir el fármaco, patrones que pocas veces se toman en consideración, entonces simplemente decimos: tome usted este medicamento tres veces al día y hágalo durante las siguientes tres, cuatro, seis días y resulta que de repente el paciente se sintió bien y lo dejó de tomar.

Ahora, aparte de los principios propios de autoamoldamiento existen otros principios muy importantes que son los del autocontrol, el médico específicamente da su receta, el paciente sale del consultorio y una espera que cuando da las instrucciones éstas se sigan, sin embargo, no necesariamente puede cantar el paciente con el repertorio conductual -por favor, ni los especialistas cantamos con los repertorios conductuales para controlar conductas de adicción como el tabaco por ejemplo o como el café- esperamos a veces que nuestros pacientes y a veces a un nivel de atención social, cuenten con el repertorio de autocontrol para sistemáticamente estar dirigiendo el medicamento que hemos dado, ese sería el aspecto de los problemas conductuales, por otro lado, tenemos los aspectos psicológicos muy importantes, parece ser que dentro de la atención primaria, dentro del manejo de medicamentos, dentro de la prescripción, no tiene nada que ver los principios de psicología fundamental en plasticidad en el sistema nervioso. Hemos visto a la fecha, que muchas de las procesas, ya por ahí un investigador como Mücke-Rassen W., desde las sesentas demostró que hasta las procesas de síntesis de ácidos nucleicos en el sistema nervioso pueden verse afectadas por la experiencia conductual con el ambiente que tuviera un organismo experimental y posteriormente se ha visto que esta plasticidad en el sistema nervioso

que puede afectar la potencialidad y la efectividad de un fármaco, tienen que ver fundamentalmente con dos aspectos: la conducta y la cognición, y en el aspecto cognitivo que es el menos tangible, el menos observable y el que menos se toma en cuenta en muchas relaciones médico-paciente y a veces es el que más se debería tomar en cuenta, podemos encontrar la liga perfecta entre los procesos psicológicos de plasticidad en el sistema nervioso y los procesos conductuales propiamente dichos.

Parecería ser que los conceptos cognitivos son los mediadores ideales que ya plantea par ahí un investigador Lassarus, que permiten ligar precisamente este proceso conductual y psicología y además lo más importante es considerar que finalmente esos procesos cognitivos son también psicología en su última expresión, es decir, se llevan a cabo en el sistema nervioso en el cerebro, por lo tanto, alguna representación y repercusión psicológica deben o pueden tener. Tomando en cuenta estas consideraciones y haciéndolas de una manera bastante rápida tenemos que pensar en algunas cosas: primero, que es esto de la dependencia psicológica, es decir, realmente existe, es un rubro más que inventamos los psicólogos para tener algo que hacer en el sector salud, en fin, que es ésto, existe realmente este problema. El primer problema para entender este proceso de la dependencia psicológica, porque es eso, el que se ubica la mayor parte dentro de los procesos cognitivos, es decir, la mayor parte de los procesos que determina, que generan la dependencia psicológica se encuentran ubicados en un área que no es tangible, no podemos observar, afortunadamente la conducta la podemos observar y ya tenemos una gancia; sin embargo, cuando se trata de los problemas cognitivos, no tenemos muy claro a que nos estamos refiriendo, sin embargo, debemos de pensar más o menos en los siguientes elementos: los problemas cognitivos no solamente tienen la propiedad de estar coexistiendo con cualquier patrón conductual, sino tienen la propiedad de dirigir y anticipar a cualquier patrón de conducta, esto quiere decir, que un patrón cognitivo puede ser disparador de un proceso de comportamiento, un ejemplo muy sencillo ha estado dado en los casos de ansiedad, parece ser que los especialistas en el problema de stress y ansiedad han encontrado la anticipación a un proceso y la anticipación es cognitiva, es la que genera la mayor cantidad de correlación psicológica antes que el evento mismo, muchas veces el evento puede no presentarse, ésto se ha hecho en trabajo

experimentales, sin embargo el proceso anticipatorio ha generado una serie de cambios importantes o nivel psicológico, que esto correlacionado específicamente con los procesos de stress.

Por otro lado, se ha visto que los técnicos terapéuticos orientados a afectar este proceso cognitivo de anticipación, tienen bastantes resultados para abortar las reacciones de stress que pasan en el uso de los medicamentos, lo más importante es ver cuál es lo expectativo del paciente sobre el medicamento que se le está dando, pero cuando yo manejamos el aspecto de expectativo yo tenemos serios problemas, parece ser que al analizar los aspectos de tipo psicológico tenemos que olvidarnos de todo lo que hemos visto hasta hace un momento, es decir, tenemos que estar del otro lado del escritorio, tenemos que ser el que va a recibir la receta, no tenemos que ser el que va a prescribir.

En este sentido parece ser que los procesos cognitivos anticipatorios son muy determinantes sobre el efecto que va a tener el medicamento, sobre el efecto que va a tener la prescripción y el efecto que va a tener el entrenamiento en el uso de los fármacos, por ahí me comentaba hace tiempo gente que trabajó en el laboratorio relacionado con el Alka-seltzer que parece ser que hubo un tiempo en el que intentaron o trataron de cambiar de envase o empaque y que lo hicieron y parece ser que hubo serios problemas, cuando esto sucedió pareció ser que no curaba igual este gran medicamento del que no sabemos mucho, pero sabemos que tiene gran efectividad; lo mismo ha pasado y creo que los especialistas del sector salud han tenido serios problemas con los medicamentos que están en el cuadro básico, cuando el medicamento es visto en un empaque que no es el que se ve en la T.V. o no es el que nos han dicho, el que fabrica lo componía tal o cual, también se dudó de esto, también se tiene problemas al respecto. Pero aquí no es nada más lo expectativo cognitivo, ofortunadamente lo que nos está generando un problema, los principios de autocontrol en este caso, tiene una particular importancia, creo que el ejemplo que mencionamos hace un momento sobre el tratamiento de algunos de los dolores de cabeza como los dolores migrañosos, son un buen ejemplo que nos permite analizar este caso: en primer lugar los expectativas que se tiene para un medicamento que en este caso va a quitar el dolor y que va a quitar

un dolor tan agresivo, tan molesto, que a veces tienen componentes viscerales tan importantes, componentes autónomos tan molestos, las expectativas en general son las de alivio.

En este sentido, la administración del fármaco sobre un número determinado de información al respecto puede o no condicionar sus efectos y estos tienen una incidencia específicamente en los procesos de autocontrol, los procesos de autocontrol nos dicen entre otras cosas que tenemos la capacidad de discriminar los procesos que estamos de alguna manera desarrollando, este es un modelo bastante interesante. Sin nosotros instruimos a nuestros pacientes, por ejemplo a que discriminen sus procesos interoceptivos finamente sobre todos aquellos que, que va a hacer previos al ataque migrañoso que si efectivamente existe, lo que pasa que no existen de esa manera tan rígida como se plantean dentro de los modelos convencionales de clasificación de los dolores de cabeza; nos enfrentamos a serios problemas, si en cambio entrenamos al paciente a que haga esta discriminación fina, se puede perder, el uso del fármaco y la expectativa también va a quedar afectada, dicho de otra manera, al no seguir la prescripción, al no tomar en cuenta los expectativas, el fármaco muy probablemente no corresponde a estas expectativas y empieza a caer en desuso.

El otro efecto que se puede esperar es todo lo contrario, nosotros podemos entrenar finamente y dar precisiones sobre esta discriminación interoceptiva y entonces hasta potencializar a tener un efecto potencializador del mismo fármaco y esto sólo a expensas de una serie de criterios muy finos que hemos dado para que discrimine una serie de cambios interoceptivos que de alguna manera se están presentando. En este proceso, los principios de autocontrol están aplicados de la siguiente manera: primero, dando los criterios al paciente sobre que aspecto debe de llevar registro y de control y cuando estos aspectos son indicadores de que salud, enfermedad, de un agravamiento de la enfermedad, cuando una mejoría y tomar en consideración que finalmente quien ha de echar o andar este mecanismo de autocontrol y automantenimiento, que es la siguiente fase, es el paciente y que no lo vamos a tener nosotros cerca como para poder llevar a cabo un control de esta ingestión de los medicamentos, esto se traducirá en una discriminación más fina de los procesos de salud y enfermedad en cuanto a los elementos, signos o síntomas, esto tendría

efectos muy sencillos como en las pacientes en vez de tomar medicamentos cada 6 horas los dos primeros días, después la toman cada 1, después cada 12, después como se acuerden y entonces se toman dos juntas, etc., tengan criterios, tengan elementos, pero que las tengan dentro de su repertorio conductual, esta es, tenemos que dar estas elementos conductuales, si de aquí sacamos la conclusión de que decir tres veces al día cada 6 horas, no basta efectivamente en un buen número de casos 3 veces al día no basta, porque no hemos tomado en cuenta las expectativas específicas del paciente, no podemos saber que específicas repercusiones tiene el fármaco sobre estas expectativas, no podemos saber como se va a evaluar y todo ésta se está haciendo constante dentro de los procesos cognitivos del paciente, es decir, es una actividad cotidiana, a veces no la tomamos en cuenta, a veces llega el paciente, -mire, tengo un dolor muy raro y que sentía que me subía ahora ya no me sube y siento que me llegaba acá y ahora ya no me llega, etc.- y este tipo de reportes de los pacientes a veces tendemos hacerlos a un lado para pedir reportes muy específicos de acuerdo a que las diagnósticas muy rígidas sin tomar en cuenta que la integración cognitiva del paciente de un síntoma a de un mismo signo puede ser de una manera totalmente distinta, finalmente quien está experimentando la interocepción es el paciente, entonces los principios que nosotros tengamos que aplicar para que el paciente finalmente controle la conducta de ingerir fármacos, deben de estar de acuerdo al plantear estas términos, usar un lenguaje propio del paciente.

Con respecto al no dar instrucciones, puede generar que el paciente se autoinstruya y eso a veces nos da coraje, decimos -es que nuestras pacientes no tienen cultura, no se si la tengan o no la tengan y es que el paciente está siguiendo un patrón de autoinstrucción esta determinada por la historia previa del paciente y todas estas pequeñas variables no son tomadas en cuenta en el momento en el que se hace algo tan sencilla como dar una prescripción; finalmente también sería importante considerar con el mismo ejemplo de los dolores de cabeza cuando damos instrucciones, esta no es generalizada, esto solamente es en el caso de algunas pacientes que son fácilmente impresionables vamos a decirlo de esta manera para no ser demasiado técnicas en la carrera psicológica, si nosotros damos ciertas instrucciones podemos condicionar la conducta del paciente,

este es el ejemplo del joven que tiene que tomarse la medicina justa antes de que venga el pródromo y de que la haga siempre porque al final de cuentas este padecimiento desaparecerá cuando llegue a donde empieza la vida, por supuesto a las 40 años. Entonces en este sentido tenemos clara cual es el efecto que conseguimos, simplemente es un efecto de condicionamiento y las demás efectos alrededor de esta instrucción, una de los elementos más importantes del comportamiento tanto de las animales como del ser humano, es el autocondicionamiento y autogenerando nuestras conductas, esta está muy clara, sin embargo, hay principios que se están dando y estos principios por ejemplo como ya dijimos hace un momento, sean las de la ganancia secundaria. Resulta que con toda esta serie de elementos que no hemos tomado en cuenta, llegamos a un punto muy importante, la ganancia secundaria en vez de curar los síntomas va hacer que los síntomas de alguna manera puedan persistir, el uso de medicación se pueda volver crónica y el paciente se relacione con sus síntomas, con su padecimiento y con el uso de las medicaciones, este ejemplo sencilla sería el caso de los padecimientos psicósomáticos, un ejemplo claro ya lo mencionamos, el de los dolores de cabeza.

Hablando de otros aspectos relacionados con el mismo tema, sería el del efecto placebo, con respecto al efecto placebo tenemos la otra parte del problema con evidencia experimentales muy interesantes, se sabe -este es un dato de Mentsal de 1983- en la prueba de diferentes fármacos para el control de los dolores, que generalmente el placebo de un doble ciego tiene el 50% del efecto del medicamento que está a prueba y ni los pacientes, ni las personas que están manejando el placebo saben cual es el placebo. Pareciera ser que aquí hay variables que se están ya intercalando en el manejo de este tipo de investigación.

Los criterios básicos que nos pueden ayudar, que ya crea ustedes ya conocen, para distinguir cual sería un efecto de otra, es que generalmente los aspectos placebos van disminuyendo su potencialidad, pero sin embargo tienen una porción importante de los efectos esperados cuando las personas conocen las posibles efectos que puede tener este placebo, esta quiere decir básicamente que los fenómenos cognitivos, los procesos cognitivos de

alguna manera nuevamente se están calando, se están intercalando en el proceso psicológico y están afectando los procesos psicológicos generales a específicos dependiendo del caso. Pero quizá lo más importante con respecto al placebo es que tiene un efecto muy importante en procedimientos de tipo psicosomático, un ejemplo claro también podemos mencionar los dolores de cabeza, cuando se han probado tratamientos como la retroalimentación biológica verdadera, la retroalimentación biológica falsa y un placebo, lo que se ha encontrado es que en las 3 casos dependió más de las instrucciones el efecto sobre el control de los dolores de cabeza que propiamente del tratamiento, no hubo diferencias importantes en ninguna de las 3 intervenciones y esto sucedió en una población importante de dolores tensionales y de dolores migrañosos, quiero recordar a ustedes que de acuerdo a las últimas datos descritos por Adam y colaboradores solamente el 10% de la población tiene dolores de cabeza por causas orgánicas, esto hay que recordarlo, ya sean tumores, amíbas, cosas por el estilo; del otro porcentaje de población con dolores de cabeza, son dolores de las llamadas psicogénicas. En este sentido pareciera ser que aquí si queda un poco más clara los procesos de plasticidad en el sistema nervioso que están interviniendo en este efecto.

Tradicionalmente se había pensado que no podría existir un sustrato claro para este tipo de fenómenos que podrían ser tanto la sugestión como el placebo, procesos que se dieran por ahí en alguna área del sistema nervioso.

Una de las puntas más importantes es el haber identificado las funciones de ciertas áreas del sistema nervioso que tienen un efecto más claro sobre el control del comportamiento y sobre el control de la psicología; un ejemplo concreto sería la corteza somática.

Ya por ahí en 1969 demostró claramente el condicionamiento de la frecuencia cardíaca experimentalmente mediante la estimulación intercraneal en los centros de placer en el cerebro en animales pluralizados. Parece ser que esta interacción a nivel de principio es muy factible, es muy factible este balance, esta relación específica entre áreas del sistema nervioso, que de alguna manera puedan estar afectando la viabilidad de un fármaco

no obstante hay que tener claro que al parecer hay evidencias importantes en el sentido de que estos procesos dependen fundamentalmente del aprendizaje de ambos.

Finalmente, sería importante hablar del último proceso con el que nos vamos a encontrar en el manejo de los medicamentos en la atención primaria y que quizá el más importante y el que más dependa del aprendizaje directo, es decir, del aprendizaje que podemos hacer, que podemos troquelar, del que podemos observar y es la adherencia terapéutica. Mas de uno de ustedes debe de haber tenido y no solamente los médicos, eso también los tenemos los psicólogos, un problema muy sencillo, damos instrucciones, damos una serie de medicamentos, el paciente los toma, de repente se siente bien, han desaparecido los síntomas y deja los medicamentos. Esto causa una serie de recurrencias, una serie de gastos muy importantes para el sector salud en general y causa una serie de problemas de salud como es eso. ¿Qué factores o qué principios de comportamiento se están presentando aquí?, bueno tal vez los principios de comportamiento más importantes estén determinados por lo que se conoce como historia general de la conducta del organismo o de la persona, en este caso nosotros estamos alterando patrones de comportamiento que tienen mucho tiempo establecidos, es decir, a veces no tenemos clara como es que se han establecido, los patrones de comportamiento de un paciente que nos va a consultar, en la mayor parte de los casos no nos interesa y en este sentido hay que ser muy objetivos y realistas y en la mayor parte de los casos no los conocemos y muchas veces los consideramos que no son importantes para la forma en la que habrá de evolucionar la enfermedad de nuestro paciente o la salud; de hecho fueron importantes para la forma en la que evolucionó la salud y también son importantes para la forma en la que evoluciona o evolucionará la enfermedad.

Los problemas de adherencia terapéutica aplican los principios de autocontrol que mencioné hace unos momentos y de autocondamamiento, pero ya no los aplican de una manera institucional, sino ya los aplican con tareas y procedimientos específicos.

El autoregistro es uno de los recursos que se han utilizado con éxito para que los pacientes no pierdan el control en el uso de los medicamentos.

El uso de folletos, el uso de instructivos, tiene cierto impacto, pero tiene un impacto mayor si es apoyado con procedimientos de automonitoreo, esto es, se entrena al paciente para que registre su comportamiento e ingiera medicamentos, esto requiere un esfuerzo adicional, pero es muy importante en el caso de los padecimientos crónicos degenerativos y a veces el esfuerzo de entrenar al paciente en ésta forma parte de la intervención multidisciplinaria en salud, para tratar este caso y aunque requiere del esfuerzo especial de otro especialista dentro del equipo no es tan complicada, y a la larga resulta una infar mación un poco más fina, se puede tomar algún tipo de decisión específica sobre la prescripción determinada.

Como verán ustedes, en todos los casos, el enfoque psicológico del manejo de medicamentos en atención primaria, nos permite llegar a dos conclusiones importantes:

1. Es una experiencia de aprendizaje que puede determinar, como todo aprendizaje temprano, aunque no sea temprano en la vida del paciente, un efecto permanente.
2. Debe necesariamente tomar en consideración la historia previa de las personas, sobre todo en lo que ya el maestro Yung se refirió como el inconsciente colectivo y que en el caso de las medicinas paralelas es importante, esto es, hay una serie de conocimientos de historia cultural, de historia previa que ya no dependen nada más de la persona, sino depende de toda la cultura en la que se encuentra y finalmente, es también una experiencia del troquelamiento del compartamiento y requiere necesariamente si de reorientar nuestras estrategias en prescripción y de modificar, en algunos casos, la relación médico-paciente, de tal manera que el paciente pueda jugar una parte activa dentro de su tratamiento.

Las conclusiones al respecto de los psicólogos especialista en medicina conductual en este sentido es muy clara, en la medida que el paciente tome una parte activa -para esto no se necesita ser médico, simplemente necesita estar informado de ciertos aspectos bási

cos para en la medida que tome una parte activa en su tratamiento y en su terapéutica

los efectos tanto sobre la salud como sobre los diferentes recursos que se utilicen para conservarlo van a ser significativos. En un segundo caso, se optimizarán y en el primero se conseguirá mantener, sobre todo la salud en un mayor tiempo.

Básicamente con estas conclusiones podríamos terminar las pláticas dejando, si claro, el concepto de que los aspectos psicológicos del manejo de los fármacos van más allá de estos tres principios generales que hemos mencionado, pero aclarando que en la práctica cotidiana clínica son los tres elementos con los que habremos de enfrentarnos.

ENFOQUE PSICOLOGICO EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

MESA DE DISCUSION COORDINADA

Coordinadora:
Mtra. Ma. de Jesús Villalpando

Participantes:
Dr. José Luis Luna Aguilar
Dr. Jorge Facha Madrigal
Dr. Miguel Gómez Sánchez
Dr. Javier Losoya
Mtro. Jorge Palacios Venegas

PREGUNTA:

Es posible que se norme en el cuadro básico de medicamentos el uso de plantas medicinales como alternativa de material de curación?

RESPUESTA DR. LUNA:

Dentro de la intervenci3n que tuvieron los doctores Facha y G3mez, considero que hemos dado un paso muy importante al manejar un cuadro b3sico de medicamentos que nos permita concentrarnos a un grupo m3nimo de medicamentos; qu3 ten3amos antes del Cuadro B3sico de Medicamentos: una infinidad de medicamentos, muchos de dudosa efectividad y 3sto ha facilitado de alguna manera el control, pero indudablemente que el manejo de este Cuadro B3sico est3 respaldado por esa secci3n amarilla que ha de aparecer, Dr. Lozoya, seguro que va a aparecer. Pero adem3s de esa secci3n amarilla, el considerar que debe estar respaldado por investigaciones operacionales que se den precisamente ah3 donde est3 vivi3ndose el fen3meno de salud-enfermedad, porque eso es tambi3n desgracia nuestra, no tener las investigaciones de ese tipo que permitan que los datos que usted

ha recopilado puedan ser incluidos como una muestra de los que podria hacerse en bene-

ficio del mismo cuadro básico y así lograr la participación de todos, tenemos la esperanza actual de que México hable y o lo mejor por ese lado podemos concretar aspectos muy bien definidos en beneficio de la salud en el país.

PREGUNTA:

¿Qué tanta se ha hecho de Atención Primaria o que se debe hacer?

RESPUESTA: DR. FACHA:

Todo depende, como le decía: aquí está este medio lleno o está medio vacío, crea que es suficiente en este sentido; yo diría que si están todas las claves o no, que el ocaso que tienen todos los médicos o no a participar dentro de la elaboración del Cuadro Básico. En el mismo cuadro, en la introducción, esta al final de ella, escrito por el Dr. Soberán, el planteamiento de que cualquier personal puede tener acceso o hacer alguna sugerencia de inclusión, si así lo consideran; obviamente están invitados. Qué tanto se va a dar en lo personal, siendo honestos entre más alta representatividad tenga un individuo por su apariencia, por sus actividades, va a ser mejor captado como individuo, indiscutiblemente que mucho más va a hacer por las asociaciones; si una asociación promueve, se acerca, hace algo; yo les puedo decir que para cada uno de los capítulos de los grupos invité a las sociedades.

Hubo respuestas excelentes, otras que desafortunadamente ni cosa hicieron; fueron las menos, obviamente busqué en otros lados, fui a la Academia Nacional de Medicina y entre los señores que ocupaban los sillones de la especialidad, se les convocó a que hicieran la revisión y dieron su opinión. Esto se circuló no nada más como trabajo, ya como escoleta hice una síntesis de las propuestas de cada una de las instituciones, porque cada una de ellas tiene su comité específico e hice una síntesis pequeña donde planteo por cada uno de los capítulos o de los grupos lo que proponía, lo volvió a circular y sobre eso fue que se trabajó. Muchas veces existen ideas muy buenas, pero en el contexto general, de acuerdo a la práctica, o la experiencia de quienes manejamos, desafortunadamente, esto pues no tienen cabida o no pueden entrar. Es como todo, qué tanto entro. Si soy responsable del cuadro básico que sigue en un porcentaje elevado, tengo a la coordinación del comité de medicamentos, qué tonto es eso, bueno, al tiempo será el resultado y el juicio que se emita. Por decir, qué tanto se están, bueno, el formulario de

la OMS tiene la tercera parte de las que tiene el cuadro básico actual y otras hay, no nada más el Coalin y Pectina que están abrumadas algunas farmacias de algunas instituciones; en fin, no sé, cualquier medicamento. Son problemas de adquisiciones, de vicios de adquisición donde indiscutiblemente hemos actuado desde el punto de vista de Consejo de Salubridad, en éste momento como función, es únicamente concertar acciones en ese sentido.

PREGUNTA:

¿Cómo consideraran las reacciones adversas en el cuadro básico de medicamentos, y cuál es la participación del médico en la formación de este capítulo?

RESPUESTA: DR. GOMEZ SANCHEZ:

Usted hizo incapié en algo muy importante y ojalá este mismo pensamiento exista en una gran parte de las médicas, habla sobre las reacciones adversas de los medicamentos, dice usted que muchas de ellas que usted ha detectado no están descritas, es cierta, hay muchas reacciones adversas que no se han puesto en el Cuadro Básico, e incluso, en muchos libros de texto tampoco están, porque al salir a mercado un producto y al estar en uso durante muchas años, entre más número de pacientes en el que se usa el medicamento, éste tipo de reacciones adversas, existe mayor facilidad para poder encontrarlas; ahora, en relación a su inquietud, ya le sugiera, le invita, si usted desea, a participar; le podemos dar la dirección y el teléfono. Ya hay un centro de reacciones adversas de reciente establecimiento, dentro de la Secretaría de Salud, trabajando incluso con la ENEP Zaragoza, si no estoy mal informada y la Clínica 25 del IMSS, en donde nos interesa mucho, recibir sus sugerencias, sus ideas, sus hallazgos, dentro de la consulta privada. Ahora, en relación a la que usted mencionaba, en que existen medicamentos dentro del Cuadro, principalmente por ejemplo: coalin y pectina, ciertamente ya algo tocaba el Dr. Focha, en relación a que hay gran abasto de alguna de los medicamentos que en un momento dado pueden ser útiles, ésta no nada más se debe a si está en el cuadro básico o no, la situación es también de parte de colaboración de todas ustedes. Muchas de los medicamentos existen en las farmacias porque se recetan más por las médicas tratantes, crea que esta es una labor conjunta, si ustedes de dan cuenta de que un medicamento no sirve a tienen

diversas efectos adversas, nos hacen la retroalimentación, como ya les estoy haciendo esta invitación.

En relación al caolín y pectina, existe ahora y ustedes deben estar enteradas del programa de rehidratación oral, la caolín y pectina se utiliza desde hace mucha tiempo, y siendo un producto de gran difusión, se dejó en el cuadro básico de medicamentos. A partir de los años 60's, 70's, se empezaron a hacer estudios y la OMS trabajó en esto en conjunto con el Hospital Infantil de México y no tiene más de seis o siete meses que nosotras hemos abligada a las casas internacionales como nacionales por ejemplo a la casa Upjohn que es la que maneja fundamentalmente el producto, a poner en sus leyendas el "no se administre en niñas menores de seis años", esta fue terrible, terrible para ellas, fueron muchas las ataques para nosotras, nos empezaron a atacar en relación a que no tiene toxicidad, que no había ninguna razón para que se pusiera esta leyenda y la razón fue la siguiente: "...no hemos visto gran problema de toxicidad en caolín y pectina" lo que no hemos visto es eficacia del producto y es lo que en un momento dado se empezó a llamar "distractor de la conciencia" -digámoslo así- de la mamá y del médico", ya le estoy dando a mi hija". Pero veíamos la pérdida de líquidos y electrolitos, en entonces, se metió al cuadro básico de medicamentos la contraparte, los electrolitos orales, estudiados fundamentalmente por una de nuestras maestras, que ustedes deben de haber tenido quizá la gente como el Dr. Gardilla, el Dr. Mata y el Dr. Kumate.

Entonces, esta retroalimentación nos sirve de mucha y creo que la que nos ha faltado en un momento es este tipo de contacto y ajalá la sigamos teniendo, a las que vengan detrás de nosotras la hagan con gente como ustedes, con gente joven en farmacia, con gente que ya salió y está en éste momento en la práctica, y que aunque no sienten las problemáticas administrativas a que nosotras nos enfrentamos, pero puedan recibir toda esta información y nosotras a la vez, captar sus inquietudes.

PREGUNTA:

¿Ustedes están considerando dentro de la planeación a las individuos que no tiene acceso a la compra de medicamentos, ya que en muchas ocasiones se tiene que conseguir el tratamiento completo a nivel de laboratorio directamente, o bien dentro del personal del

centro de salud y efectuar las operaciones correspondientes?

RESPUESTA DR. COMEZ SANCHEZ:

Es un problema muy grande el que usted está planteando, es el problema que hemos estado sufriendo y más ahora, después de unos meses y que con el Pacto de Solidaridad fué peor, se reduja el presupuesto en general y ésta reducción no importa si se dá en las unidades administrativas, porque no haya, por ejemplo clips, hojas, lápices, bueno pues no importa, cada uno ve de qué manera trabaja. Pero si se dá en las instituciones hospitalarias, la situación se vuelve muy grave. Ya desde antes, incluso desde los años '85, '86, ya se sugería esta situación, ahora se ha agravado. Quiero serle totalmente honesto y no sé que podamos hacer con esta situación, desgraciadamente la Secretaría de Salud dentro de todo es la parte más pobre, digamos; creo que ya en algunas instancias hay sugerencias en cuanto a aliviar este problema. Yo espero, así como ustedes, se dé una situación de alivio, si no se resuelve, yo no lo creo tampoco, espero se de, no tengo otra constestación.

COMENTARIOS DR. FACHA:

La Doctora, tiene mucha razón, la receta no cura, se puede guardar la receta en la cabeza, en el corazón, no se van a curar; la atención médica es incompleta si no se da el medicamento, es uno de los principios básicos que esta presente en toda la administración pública; las circunstancias que nos han llevado a la situación actual, han impedido que esto se logre, una de las formas que actualmente se ha buscado para solucionar ésto y ya se ha dado, son a través de la descentralización de los servicios de salud, en particular en relación a la Secretaría de Salud en donde los estados en los que se ha integrado ya IMSS-COPLAMAR como la Secretaría y que forman los Servicios Estatales de Salud en algunos de ellos por disposición del Ejecutivo Estatal, del Gobernador, y con base en los recursos existentes, se ha avanzado a hacer la gratuidad en los servicios estatales de salud para población abierta.

Tenemos el caso de Morelos, Michoacán, Sonora, Tlaxcala, en fin, no en todos se dá en la misma forma, en algunos es en general para todos y en otros es para la población rural. ¿porqué se dá así?. Porque el IMSS-COPLAMAR sí otorgaba el medicamento, en este momento, ahí hay alguna disparidad, se ha buscado que ésto se dé, son catorce los estados

descentralizadas; la Ciudad de México si está muy lejos de poder tener ésta, no se ha podido ni siquiera avanzar en la descentralización, el panorama se ve obscura; sin embargo, está presente en todas, que debe darse una receta junta con el medicamento.

COMENTARIO DR. LOZOYA:

Ya quiera, si me permiten, hacer un comentario sobre este importantísimo problema, porque indudablemente que muchos grupos e instituciones, nos hemos planteado esta realidad a la que alude la doctora, crea que hay algunas fórmulas que por heterodoxas les puedan sanar a ustedes disímiles, pero podrían orientar en el futuro algunas decisiones muy prácticas; algunas de ellas las he simplificado en frases para que no se les olviden a la gente y después me meto en problemas, pero una de las ideas concretas se llaman, ya crea que tenemos que empezar a pensar; yerbas para las ricas y tecnología para las pobres, que quiere decir ésta, quiere decir habla desde mi ámbito de las plantas medicinales, que algo que no se ve en el medio con facilidad y que hay que sacarla a flote desde el punto de vista de la cultura médica es; qué espera la población recibir; es curiosa, pero la sociedad de la ciudad de México, la gran masa urbana, está más susceptible al manejo de plantas medicinales que la población campesina. Esta fue una experiencia muy práctica que nos pasó en el manejo de medicamentos herbolarias en el Seguro Social; una va a las áreas rurales con la intención de implantar experimentalmente el uso de algunas plantas en la tónica que ya me escucharan decir y se encuentra con que la población considera ésta mal.

Mal la considera porque si ha tenido el tiempo y el esfuerzo de estar esperando una consulta médica en el Seguro Social o el ISSSTE o en alguna Clínica de Campo, es para que le inyecten algo, para que le pongan un piquete de penicilina: "cómo me sale usted con una bolsita de gualaba". Muchas veces porque esta población ya viene de ensayar esos recursos populares y está recurriendo a la medicina institucional en segunda y tercer instancia a recibir medicamentos que por razones de cultura médica y de antropología médica muy claras, requieren y la vemos en la población urbana.

Para el manejo de la otra posición antropológica, viene alejándose de estos problemas farmacológicos. Entonces, de ahí nos surgió un poco (el eslogan), y en ésta quiera retomar un poco la media charla que escuché del Dr. Luna, pero que la escuché bien: --

"... la solución está en el hibridaje, la solución está en esta combinación sin demagogia, la solución está en que si la mayor parte de los problemas en atención primaria en la salud pasa por la higiene, por el sanitaisma, por la medicina profiláctica, por lo vacunación...", y ésto lo quiero decir con toda honestidad: porque en los años que he trabajado, muchos colegas han renegado de la bata blanca, la han dejado en el perchero, se han ido al campo y le han dicho a la población: predominante sí estaba ya equivocado en Universidad, bienvenida hermano curandero, soy idólatra de la cultura populari y le ha contestado anecdóticamente la población: "... cálmate, nosotros lo que queremos es a la salud de operaciones, los rayos equis, las vacunas, agua potable..." "... ¡ Ah!, tu vienes por las yerbas ¡Tómalas!, allá en la ciudad de México les hacen mucha falta las yerbas, adelantei.

Lo que no se vale es la solución inversa, que las plantas medicinales son medicamentos para los pobres y las cefalosporinas para los que estamos en la urbe, que habitualmente no de una manera premeditada, pero espontánea, culturalmente, ha sido la realidad; que los pobres se curan con yerbas porque no tienen acceso a la tecnología.

Entonces, respondiendo un poco a la Dra., en cuanto a lo que vamos a hacer con respecto a los medicamentos caros y baratos y dónde dejar a la gente, yo creo que debemos pugnar porque a través de los cuadros básicos de los medicamentos y del diseño de las prioridades ingresen muchas plantas medicinales, relativamente más baratas, importantemente baratas, al manejo de sectores urbanos, con un foco rojo muy importante que me comentaba - mi colega y que quiera volver a enfatizar, cuidado con hacer de las plantas medicinales el mismo martirio que hemos hecho con las farmacias, porque, volviendo a la sociedad urbana, ahora observamos enorme automedicación de plantas medicinales, tan primitivas, tan ignorante y tan absurda como toda automedicación que no tiene fundamento para practicarse.

COMENTARIO. DR. FACHA: Tal vez le sorprenda al Dr. Lozoya, pero yo tengo un cuadro básico que es el que trabajo y tengo todas las modificaciones pertinentes; también tenga, el primer cuadro básico de herbolaria que editó el IMSS, es una hojita con 25 productos, si no me equivoco, es una fotocopia de la Revista del IMSS, que fué publicado hace tres años, mas o menos; y, otra cosa, doctora: estoy ya lo hemos platicado previamente, creo

que es muy importante para que los recursos alcancen la racionalidad en el uso de los mismo, eso es uno de los puntos que valdría la pena tocar; voy a citar un ejemplo, no voy a decir de dónde, pero recientemente con el Dr. Laguna, nos invitaron a ir a un hospital y al pasar por la consulta externa con ese afán de supervisión que a veces se les pega a uno, tomé el expediente de un enfermo que estaba viendo una doctora y leo sólo - una frase: dolor en extremidades inferiores, NAXEN 1x3, con un sello al lado que decía: "exento de pago de cuota de recuperación".

La señora no tenía con que pagar la consulta, la exentaban y le daban para el dolor de piernas NAXEN que costaba en esa época 2,000 ó 3,000 pesos, qué se yo , Así que ahí - está uno de los ejemplos clásicos de un médico que no se fija ni siquiera si era diabética, en fin, una serie de cosas que habla ahí de problema y lo único nada más, el dolor de piernas, NAXEN. Esa pobre señora se va a ir a empeñar el mandado para comprar el Naxen y a lo mejor lo que tenía era una flebitis. Entonces la racionalización en la prescripción por los médicos, donde queda?.; y es una de las ideas que se me había olvidado y que, bueno, que ahora recuerdo: cuando iniciamos este proceso de actualización sugerí que inclyéramos al lado de la cote, el costo del medicamento para que se dieran cuenta nuestros compañeros que a la hora que estaban prescribiendo ácido acetilsalicílico contra naxen, se den cuenta que uno cuesta 200 pesos y el otro 3000 ó 4000 pesos. Así este ejemplo sería una de las cosas y otra la cantidad suficiente y adecuada: 20 pastillas para tres días, una cada seis horas. Lo que todos sabemos y yo creo que todos ustedes - en su casa tienen un botiquin propio a expensas de la Seguridad Social, y todas las señoras lo tienen; además seguramente muchas de nuestras esposas, familias, en fin, tienen hasta el P.L.M. en su casa y a veces tienen el Cuadro Básico y ven ahí que recetan. Otra cosa que quiero recordarles, el Vademecum del Dr. Rodríguez Carranza, la idea es de que se edite y lo hemos trabajado, ya lo sabe el Dr. Carpizo y el Dr. Cano Valle, ya estamos en eso, editarlo y traerlo siempre bajo el brazo todos, y obligar en las escuelas y acostumbrarnos todos los médicos que recetamos Naxen, revisar sus interacciones; que es muy frecuente producir iatrogenia. En algún estudio, también reciente, que veía yo de New York, que habla alrededor de 20% de ingresos por iatrogenia.

COMENTARIO. DR. LUNA ACUILAR:

Hay una cosa muy interesante en la interverción de lo Dra. Considero que hemos desarrollado a través del tiempo muchos aspectos paternos, que de alguna manera se han reflejado inclusive en situaciones especiales como la que ella mencionó; sin embargo, dentro de la misma estrategia se habla de autorresponsabilidad, del autocuidado dirigido e intencionado con muchos aspectos que tienen que ver con la situación de salud, yo creo que es importante que hagamos conciencia de ello, porque hasta ahora, esta actitud paternalista nos ha llevado a una situación de crisis muy importante. A lo que yo pretendo llegar con esta intervención, que sería fundamental que pensáramos cuáles son los mecanismos más adecuados para que aquella comunidad no incorporada a los servicios de seguridad social tenga la respuesta inmediata en forma integral pero no gratuita, no gratuita - porque la experiencia ha demostrado que esto nunca es bien aceptado es decir, debe ser de intercambio; yo te voy a dar, tú que le vas a dar a la comunidad a la institución - donde estas trabajando, para de esa manera, encontrar una situación de equilibrio que permita asegurar una buena evolución a un conjunto de gente, una comunidad, a una población dada.

Si continuamos facilitando todo creo que la comunidad va a llegar un momento en que lo rechace. Yo tengo la vivencia en el Estado de Tabasco, donde hemos procurado que el paciente tenga toda pero que no sea a cambio de nada, debe él contribuir de alguna manera a que dependerá de los propios servicios para que esto se dé.

PREGUNTA :

¿ Hay muchos medicamentos que afectan gravemente al organismo y que en otros países - están prohibidos, sin embargo, aquí en México nos enfrentamos ante el problema de que esos medicamentos se siguen prescribiendo, entonces en ese sentido, que se está haciendo para evitar mayores problemas en cuando a la salud? Por ejemplo: uno va con gripa y lo que le recetan son antibiaticos. Uno va con diarrea, antibiaticos; y uno dice: es el medicamento que sirve para curar todo?. El ácido acetilsalicílico es un medicamento según tengo entendido, tiene alta riesgo para la salud, sin embargo se sigue recetando y lo vemos contenido en muchos productos: Alkaseltzer, mejoral, etc. insisto, que se -

esta haciendo si nos preocupa tanta la salud de la comunidad?

RESPUESTA. DR. FACHA:

No existen medicamentos atóxicos, todos son tóxicos, son venenos, cualquier medicamento es un veneno, pero uno en especial. Exactamente ahí están los cuadros básicos en donde se especifica cuál es su toxicidad, sus inconvenientes, sus interacciones; sin embargo, cualquier sugerencia, bienvenida. Les puedo decir que en este aspecto tenemos calificaciones muy importantes de las unidades de Farmacología del Instituto Nacional de Cardiología por ejemplo: de la Facultad de Medicina, del Instituto Politécnico, del CINVESTAV, en fin, hay muchas más.

En el otro aspecto, en las áreas de control de calidad de las instituciones mismas. También se vigila esta y finalmente, en el registro de la Secretaría de Salud, hace 5 años, en 1982, habla, no recuerda si 20 mil productos, y en el momento actual sólo están registradas 7,200 aproximadamente. Esa ha sido una labor importante de la gestión que ha realizado el Dr. Liberman con el Dr. Gómez porque así es, y podría yo citarle, doctora, que hay países como alguna de Europa, no recuerda si Alemania, en donde tiene un número importantísimo de productos registradas, parece que son 40 mil a 50 mil productos.

DR. GÓMEZ: Quizá a lo que usted se estaba refiriendo haya sido no al acetilsalicílico sino a la Dipirona, probablemente. La situación, si es el caso de la Dipirona, le pueda contestar lo siguiente: A finales de los años 70s, principios de los 80s, empezó a haber mucha difusión sobre los problemas en médula ósea que ocasionaba este tipo de producto; por medio de los estudios científicos, serios, bien realizados, se demostró esta situación; la decisión en el Cuadro Básico, fue, vamos a valorar, que tenemos como analgésicos más potentes; en México no existe una gran mayoría de analgésicos narcóticos por el problema del manejo de este tipo de sustancias y por su riesgo inherente en relación a farmacodependencia, pero para manejar el posoperatorio tenemos la necesidad de contar con algo. Entonces se decidió retirar las tabletas, que era un manejo más fácil de la dipirona y dejar la vía inyectable, en donde sabemos que por la vía de administración se iba a limitar un tanto la utilización del producto y se iba a utilizar la Dipirona en casos más allá de un simple dolor.

Recientemente esto tiene aproximadamente un año, se terminó un estudio multinacional sobre la dipirona, en donde participaron Alemania, Suiza, algunos países latinoamericanos, y se observó que el riesgo de daño a la médula ósea había sido sobreestimado y que en esto quizás hubiera algunas guerras incluso comerciales en los estudios anteriores.

Se revalorará la situación de la Dipirona; Europea aceptó la utilización nuevamente de la Dipirona dentro de sus cuadros a todo nivel. En E.U.A. están en ese momento entre sí y no; la situación fue que en México empezamos a ver que no estábamos tan equivocados al dejar el inyectable y que la situación particular en ese momento, requería un analgésico para situaciones muy especiales.

La presencia, por ejemplo, de otro producto: el cloramfenicol, que se ha discutido tanto, como tratamiento para la fiebre tifoidea bien diagnosticada. Qué hace: utilizan ampicilina; se ha visto cada día más resistencia a la utilización de ampicilina y quizás ha provocado más resistencia el mal uso de una misma como médica o la automedicación - por parte del paciente.

Si utilizan el Botrimexasol que a veces nos da resultados y a veces no; en la mayor parte de las ocasiones y en estudios recientes en muchos países se ha visto que un caso de fiebre tifoidea, la que da mejor resultado para sacar al paciente del problema es el Cloramfenicol. Algunas instituciones no médicas han atacado a los médicos, a las instituciones, a la Secretaría de Salud y a médicos privados, por la utilización de este producto. Sabemos que tiene problemas serios, pero en el momento que nos enfrentamos a un paciente debemos valorar y sopesar qué es lo que le vamos a ofrecer, qué es lo que en ese momento vamos a tener que hacer ante esa situación; entonces el decir que en Cuadro Básico de Medicamentos hay productos prohibidos en otros países, como que está un caso amarillista y hay que sopesar la situación. Quiero nada más decir un ejemplo mayor, la casa Ciba-Geigy retiró el producto Clorotodohidroxiquinoleína, el famoso Entera-vioformo, ya nada más la tenemos en México para uso tópico por ejemplo. Esta también porque se dió mucha publicidad, se habló mucho del problema de tipo Mielitís óptica subaguda; entonces, igualmente que en Estados Unidos, se retiró en otros países; a México, se le atacó también de que no había retirado el producto.

En México hay un problema muy importante y lo sigue habiendo: la amibiasis y el entero vioformo era uno de los medicamentos que en situaciones específicas podíamos echar mano. En fin, Ciba, por ataques y presiones, también nuestras, retiró el producto. Les quiero decir que en la India, todavía Indira Gandhi le dijo a Ciba: "tú retiras el producto de mi mercado y te vas te vas, porque el problema en India es muy grave, el de la amibiasis, y aquí no se ha presentada lo que dicen que pasa con los japoneses". Entonces, la situación hay que valorarla desde el aspecto terapéuticos desde el aspecto de la situación epidemiológica de nuestro país y no nada más quedarnos con la idea de que en el cuadro básico existen medicamentos erróneos → hay algunos que están prohibidos y aquí están prohibidos y aquí los tenemos, y es muy probable que las autoridades sean las corruptas y no los han quitado.

Hay diversas situaciones, por esto también se está dando la actualización del Cuadro Básico como ya lo mencionó el Dr. Facha y para que se den cuenta de que estamos trabajando en eso, de que nos preocupa, en una etapa de cuatro años ha habido 3 actualizaciones, entonces es un documento dinámica.

PREGUNTA:

En torno a nuestra población, a la comunidad, a quien va dirigido el servicio, realmente lo estamos actualizando, nos estamos preocupando realmente en tenerla informada para lo que institucionalmente se esta haciendo?.

RESPUESTA DR. LUNA AGUILAR:

En relación a su pregunta, yo creo habría dos aspectos que tocar: 1o. reconocer el esfuerzo hecho, porque indudablemente que se ha hecho en relación al Cuadro Básico, pero como los mexicanos somos muy criticones y regularmente no hacemos nada y 2o. nosotros sabemos de la necesidad de sistematizar la captación de la información y quiero decirles que la gente que trabaja en el área de las ciencias de la salud, son la gente más apática que pudiera existir para dar información; ya con este antecedente, es muy difícil poder fortalecer de manera importante la apertura que el mismo Cuadro Básico ha dado, para de esta manera eliminar aquel medicamento o aquellos medicamentos que tengan determinado tipo de toxicidad. Este tiene que ser forzosamente un equipo, no podemos seguir jalando cada quien por su lado, no se puede; pero pídale usted a un médico, a un psicó-

logo, a una enfermera, que después de toda la tarea realizada, llene su hoja de informe diario. Y hay que verlos, todo hacen menos informar, para acabar pronto, de todos modos no se puede trabajar. Entonces, cuál es la solución a esta circunstancia, bueno, educación y hacer revivente la necesidad de que necesitamos contribuir todos, porque regularmente somos muy ligeros para criticar; es decir, esto se presta hasta para tomar algunas de las caricaturas que recientemente le han estado sacando al Dr. Soberón, donde en forma por demás muy poco meditada se le ha estado atacando por lo del tan mentado "hacer el amor con condón", porque ha habido esa falta de información que decla la maestra. A ese grado de dificultad está la falta de información, pero la información es la de la autoridad, quien debe conducir y regir los destinos de un problema nacional de salud y por supuesto tiene que cooperar la comunidad no solamente médica, no solamente de enfermera; la comunidad general, para poder sostener, a veces es tal la situación de autodes-trucción que hacemos en nuestro propio país que es imposible que nos consolidemos como nación por esa misma dificultad.

PREGUNTA:

¿ Maestro Palacios, que medidas se han implementado para evitar la automedicación?

RESPUESTA MAESTRO PALACIOS:

Creo que uno de los problemas más importantes que existen en nuestra población no es el que sepamos leer y escribir, por favor, creo que es afortunadamente se está resolviendo; sin embargo, viene un segundo problema: es el Analfabetismo Funcional. Vamos a una fábrica y un letrero dice: "no use el instrumento sin casco y sin guantes" y vemos que el operario que está trabajando no tiene ninguna de los dos elementos.

Ponemos leyendas y nos cansamos de poner y poner leyendas, a veces somos tímidos en las leyendas, por ejemplo dice la del alcohol: "el abuso en el consumo puede tener efectos en la salud". No, "el abuso en el consumo es un problema de salud", ya en sí mismo, no le busquemos.

Cuánto tiempo se llevó, más de 10 años, en ponerle una leyenda tímida, hasta abajito, donde dice el registro de Salubridad, con las letras más pequeñas, o las cajetillas de cigarrillos "que es nocivo para la salud" y cuántos de nosotros fumamos aún en consulta.

Creo que la educación se revierte, en este sentido. Quizás una de las tareas más importantes, a la que nos tenemos que dedicar (y no es que tengamos que ser educadores, pero sí tenemos que colaborar de dos maneras) Una: recabando información. Esto quizá sea el punto más importante, recuperando información sobre qué aspectos determina los patrones de comportamiento que nos están causando problemas específicos de salud, por ejemplo, de cuidado de la salud, de mantenimiento de la salud, cada uno de estos rubros son diferentes y si efectivamente yo sé que este es un rubro nuevo que a veces, tiene que ver con el estetoscopio Vademecum y con el P.L.M., bueno, tiene que ver que se garantice la efectividad de los esfuerzos que se están haciendo en otros sectores del propio sector salud para poder conseguirlo, efectivamente cualquier personal puede conseguir un P.L.M. y no sólo puede conseguir, lo lee y si no la automedicación nos lo va a explicar. la aplicación de los principios que explican el comportamiento, que permiten saber porqué un patrón de conducta se establece y se hace resistente ésto es muy importante. Uno de los ejemplos más claros es precisamente el de la automedicación, las personas se toman los medicamentos bajo un programa totalmente diferente al que debe de ser y a veces tiene efectos y a veces no, ésto podría parecer algo totalmente intrascendente, sin embargo especialistas en el comportamiento han denominado esta conducta Esteotipada.

DR. FACHA:

Creo que coincide mucho en relación a la parte final de mi intervención, donde como una alternativa por mejorar nuestra situación general de salud mencioné que habría de incrementar las acciones de educación para el autocuidado y la automedicación y, en relación a lo que decía el Maestro Palacios consideró que el analfabetismo funcional prevalece, ya que no se tomó en cuenta la letra minúscula, y la que menciona el daño que puede causar el uso del alcohol; a mi me tocó participar en las concertaciones a nivel de toda la industria, de la Procuraduría General de la República, en fin, para que se pudiera poner ese letrerito, y si no se ponía así se nos iban todos los impuestos del mundo y se detenía la producción de los cigarrillos, causando desempleo a más de otros problemas, y en una reunión con el Presidente se planteó esta situación en donde cada parte fundamentaba sus razones. Se acordó imprimir la leyenda en las cajetillas, lo cual demuestra la participación de los diferentes sectores. Otro ejemplo es el estudio del Thinner que fué patrocini-

nado por los industriales que lo producen; por otro lado, la casa Bacardí, aquí en México, aporta una cantidad importante de dinero para programas de investigación en la Secretaría de Salud.

PREGUNTA:

Hasta el momento los que laboramos en Unidades de Primer Nivel, no hemos tenido información sobre las actualizaciones, no conocemos un trabajo orientado hacia la evaluación de ese cuadro básico, ¿qué tanto se está aplicando?

Creo que fué muy explícita dentro de lo que presenté señalando que se habían efectuado 3 actualizaciones, todas ellas publicadas, la primera actualización correspondió a 1985 y fué publicada en el Diario Oficial de la Federación, que es un medio informativo al alcance de todos. En 1968 se editaron 60 mil ejemplares y se distribuyeron de esa pequeña actualización que inclusive venía con sobres para ser adosados al Cuadro Básico de 1984. El año pasado hicimos 2 actualizaciones más en marzo y octubre de 1987 y finalmente también señalé que estamos en proceso y que de acuerdo al cronograma de actividades, la actualización general, total, se concluirá en octubre; sin embargo, la primera parte de lo que ya revisamos o sea los primeros 12 grupos serán publicados en julio de 1988 espero, ya estén firmados por la mayoría de los titulares de la Comisión.

Existe un mecanismo bien definido y bien claro para la evaluación de éste, en él participan más de 200 personas, sin exagerar; creo que la participación, por ejemplo, de los cardiólogos del Instituto Nacional de Cardiología y la sociedad, fundamentalmente el Presidente de la sociedad, hizo una encuesta con todos sus asociados para que participaran en la revisión. Entonces el mecanismo fué bastante amplio, existen comités perfectamente definidos para la revisión y actualización del Cuadro Básico de Medicamentos. Quiero además señalar que en nada más existe el Cuadro Básico de Medicamentos, sino existe el Cuadro Básico de Material de Curación y Prótesis, el Cuadro Básico de Material y Medios de Diagnóstico para Laboratorio y el de Instrumental y Equipa Médico. Ellos han sido publicados en 84 uno, en 86 y 87 el otro. Están en proceso de implementación los dos últimos, ya tienen muchas omisiones, muchas fallas, es muy complejo el sistema de equipo médico. Todo mundo quisiera tener equipo, aquel aparato, el estetoscopio, es un problema serio, estamos trabajando en ello, esperamos también que con el apoyo de todas las personas que

estón interesadas mejorar ésta.

En cuanto al primer nivel como decía el Dr., ha sido una idea que si existiera un cuadro básica de primer nivel y tiene toda la demás, ya en particular las instrucciones deben de adaptar un Cuadro Básica Operativa, que inclusive la Secretaría de Salud, por ejemplo el Dr. Jaime Martuccelli tiene un Cuadro Básica ya adaptada y ayer me hablaba el Director de Salud Pública en el Distrito Federal, para nuestra opinión al respecto, pero eso ya es una adaptación, cuanto de esa debe estar al alcance del médico, bueno ustedes tienen que establecer las máximos y mínimos de consumo de cada una de las medicamentos y definir la que hay en farmacia de acuerdo al consumo histórica de la unidad y no tener obviamente inventarios muy altas. Si nosotros nos quedamos con medicinas rezagadas, vamos a pedir 200 porque al administrador le gusta. La que señalaba hace un momento, todas nosotros las médicas debemos ser administradoras nos guste a no. El problema radica en que tenemos poca orientación hacia la administración.

COMENTARIO: MAESTRA MA. DE JESUS VILLALPANDO:

Considera que es importante analizar la problemática derivada tal vez de las recursos terapéuticas ya que unade las abjetivos de este Seminario que se ha organizado, es precisamente para proponer otra tipo de alternativas, sugerencias, para precisamente establecer mayor comunicación entre las médicas y el resto del equipo de salud que están trabajando con esta finalidad y precisamente de este tipo de reuniones se generen comentarios y sugerencias.

¿Alguna otra sugerencia?

COMENTARIO: DR. LUNA AGUILAR:

A mi me parece que su exhortación, maestra, nos viene así como "anillo al dedo", nosotros como país regularmente huimos a las evaluaciones porque regularmente sabemos como estamos funcionando y entonces no queremos que haya un documento que constate que estamos "dadas al queso".

Crea que ya hemos madurada a par la menos tenemos que intentar sentirnos maduras como para sistematizar las aspectos evaluativas de toda lo que realizamos, porque es la única manera de poder enderezar, de poder decir si vamos bien a vamos mal.

Creo que como consecuencia de esto el Dr. Gómez y el Dr. Facho, probablemente puedan establecer algún canal o algunos canales que faciliten que el esfuerzo hecho durante este se xenio no se pierda, que nos hagan más adecuados para hacerle frente a las cosas que el - pais presenta, porque tal vez lo más grave es que al mexicano le cuesta mucho identifi- carse como mexicano, invoco a la madurez histórica, profesional, de comunidad que tenemos como para en forma conjunta hacer por nuestro país, que al fin y al cabo nos ha dado to- do.

TERCER SEMINARIO
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION

DRA. ELOISA DICKINSON BANNACK

DR. EDUARDO ORTIZ CATANEO

DR. LUIS CABRERA COELLO

DR. JOSE GOMEZ UGALDE

DR. FERNANDO TAPIA OLARTE

MESA DE DISCUSION COORDINADA

ENFERMEDADES PREVENIBLES Y LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DRA. ELOISA DICKINSON BANNACK
Junio 10 de 1988

Cuando me hicieron esta invitación para venir a platicar con ustedes sobre las enfermedades prevenibles pro vacunación y la atención primaria a la salud pensé conveniente hacer una revisión que justificara, el porque tenemos que utilizar la estrategia de atención primaria en todas las actividades de salud del país. Entre muchas justificaciones que se pueden establecer, se destacan las siguientes:

- *Los países en vías de desarrollo cuentan con una insuficiencia en infraestructura de salud, servicios de salud y asistencia sanitaria.*
- *En México se tiene un desarrollo tecnológico alto que se refleja en la gran cantidad de especialistas con el inconveniente de la baja cobertura de atención de estos recursos y por la tanta su impacta en los niveles de salud de la población es mínimo.*
- *Por otro lado la mayoría de las recursos que se forman en los países subdesarrollados se dedican a la asistencia médica y muy pocos practican la medicina preventiva u otras áreas de la salud. Incluso cuando terminan las especialidades en epidemiología salud pública y administración de hospitales, los médicos regresan a sus áreas clínicas, abandonando aquellas en que se habían preparado.*

(*) Asesora en Epidemiología de la Dirección General de Epidemiología Secretaría de Salud.

Esta serie de situaciones trae por consecuencia que se tenga una alta tecnología, sofisticada y costosa, sin acceso para la mayoría de la población.

La atención primaria de salud pretende invertir esta relación con el objeto de otorgar asistencia médica a toda la población mediante la ampliación de la cobertura.

En 1978 en Alma Ata, se estableció la atención primaria de salud, como una estrategia que deberían seguir los sistemas de salud de los países para poder alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Esta estrategia tiene fundamentos o ejes importantes.

- *La reestructuración de los Servicios de Salud.*
- *La coordinación intersectorial.*
- *La participación de la comunidad.*

En relación al primer punto se requiere reorganizar el sector salud modificando la infraestructura sanitaria mediante la ampliación de cobertura con el fortalecimiento del primer nivel de atención. Se limitará esta estrategia si se continuara la organización del sector salud en base a los grandes hospitales de atención médica.

Con respecto a la coordinación intersectorial es importante recordar que el proceso salud enfermedad es resultante de diversos factores biológicos, sociales, ambientales, económicos y demás, por lo que se considera básica que todos los sectores del desarrollo se coordinen para resolver las problemas de salud.

La participación de la comunidad es vital en la atención primaria a la salud porque implica un cambio en el tipo de atención al hacer responsable a cada miembro de la comunidad de su propia salud y bienestar.

La atención primaria a la salud por la tanto consiste en trabajar coordinadamente los sectores con la comunidad en los sitios donde se presentan los problemas, o sea a nivel de

las localidades; destacando que es en el municipio donde se debe analizar la problemática de salud, plantear las situaciones y llevarlas a cabo.

En el presente sexenio en México, se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo en el cual se hace referencia, en el apartado de salud y seguridad social, la ampliación de la cobertura en el primer nivel de atención, la participación de otras sectores y de la propia comunidad. Asimismo se promulga la Ley General de Salud la cual establece que la atención a la salud se debe brindar a través de la atención primaria, así como fortalecer el primer nivel con la participación de la comunidad en las programas prioritarias. También se establece el Programa Nacional de Salud con el que se marcan las abjetivos, metas y acciones para garantizar el derecho constitucional de la salud de las mexicanas.

Estas disposiciones conforman el marco jurídico que permite a la Atención Primaria a la Salud constituirse en el eje central del sistema nacional de salud, el que a su vez esta integrada por las dependencias públicas y privadas de salud del país. En este sistema la Secretaría de Salud, por Ley, es la institución que norma y coordina todas las actividades de salud para el resto de las instituciones que integran el sistema.

Ahora bien la atención primaria a la salud en nuestro país ha presentada limitaciones para su cabal aplicación en toda el sistema y con toda la gama de acciones como son las de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en sus diversas programas. Es precisamente en estos últimos donde se conjuga el desarrollo del tema enfermedades prevenibles y la atención primaria a la salud.

Los programas de atención materno infantil y planificación familiar de la atención primaria a la salud constituyen el pivote para las acciones preventivas en el binomio madre - hijo, dentro de estos estan la prevención de enfermedades a través de las inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades y traumatismos más comunes en nuestro país y el suministro de medicamentos.

México tiene una estructura poblacional donde predomina la gente joven, principalmente niños que constituyen la población blanco, o sea, a la que se tiene que vacunar, porque en ella persisten niños susceptibles todavía y que de hecho siguen enfermado de sarampión, de tétanos, principalmente de neonato, ocupando un alto porcentaje de los casos reportados, de poliomielitis que en el 50% de los casos se presenta en niños que tienen más de tres dosis de vacuna. Incluso la difteria, padecimiento que se creía erradicado de México puesto que durante tres años ningún caso se había presentado, aparece en la escena epidemiológica en brotes importantes en Sinaloa y Yucatán con niños muertos. Persiste la tuberculosis la cual ocasiona cuadros meningíneos dentro de la población infantil.

Una de las formas de evaluar los programas de vacunación es en forma indirecta a través de la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad de estos padecimientos que son prevenibles, si se hace un análisis de la morbilidad y mortalidad de estos padecimientos podríamos decir a lo mejor que estamos muy bien, porque es muy clara la disminución de estos indicadores cuando se inician los programas organizados de vacunación.

Se tomaron tres padecimientos como ejemplo; la poliomielitis, el sarampión y la tosferina. La poliomielitis aunque tiene una disminución importante en los años setentas -actualmente- tiene una tendencia estable ya que no se ha podido disminuir, estos son datos que en morbilidad en el país se tienen muy atrasados, entonces no sirven de mucho para hacer estas evaluaciones, pero son los más certeros. En cuanto al sarampión también se tiene una disminución importante cuando se inician los programas de vacunación, pero sigue siendo un problema serio, al igual que la tosferina cuya disminución ha sido menos importante.

¿Por qué se sigue teniendo estos casos? se debe a problemas de logística en los programas de vacunación, en los cuales no se alcanza las coberturas adecuadas, lo que da como resultado, como sucedió con el sarampión, que se tenía una disminución importante, que aparentemente la tendencia era descendente, y de repente se bota y tiene un pico elevadísimo como la epidemia de 1985, en todo el país y que los grupos etarios en los que se dió este problema fueron niños mayores de cinco años, hubo sarampión inclusive en adolescentes y ¿por qué sucedió esto? ¿qué fue lo que paso? que las coberturas de la vacunación

fueron malas, se empezaron a dejar niñas susceptibles que fueran pasadas y que crearon finalmente balsas de susceptibles, que fueran los que dieran los problemas del bruto del 85. La tosferina también tiene más o menos la misma tendencia, ésta se debe a la falta de cobertura, estas tendencias indican que no se está utilizando los programas de vacunación en forma adecuada que no están siendo suficientemente efectivas.

Si se analiza la historia natural de estas enfermedades se observa que es mucha más fácil hacer medidas preventivas de primer nivel de prevención que pasar a otro tipo de medidas son mucho más caras tanto económicamente como socialmente.

Es en la prevención primaria donde los programas de inmunizaciones deben aplicarse, quien lleva a cabo estos programas de vacunación es el sector salud ya que es el responsable directa de aplicar los biológicos, así como de evaluar los programas de inmunización; pero por muy efectivas o excelentes que sean los programas de vacunación, que no tengan ningún tropiezo, ni ningún error, con programas de vacunación, no se puede modificar la estructura que están influyendo en que estos padecimientos se presenten. Asimismo no se pueden cambiar los fenómenos socio-culturales, que hacen que las madres rechacen la aplicación de los biológicos. Entonces no basta con que el sector salud tenga estructurados programas de inmunizaciones excelentes, sino que se requiere, como establece la atención primaria, la coordinación de otros sectores; de otros sectores que modifiquen o que favorezcan el desarrollo en la comunidad y con ésta, los programas de vacunación serán más efectivos.

Las grupos blancos en los programas de inmunización, básicamente son las niñas, se dice que los menores de un año son las prioritarias, pero se debe actuar en la prevención de estas enfermedades en los niños desde la gestación. En esta etapa existe la oportunidad de inmunizarlos contra algunas enfermedades como sería el tétanos. En el 30% de las casas reportadas de tétanos se presenta en niños recién nacidos que no tuvieron sus madres accesa a la vacuna; el programa de vacunación con toxoide tetánica a embarazadas, para evitar el tétanos neonatal, está establecida como una norma en los programas de control prenatal entonces ¿por qué se siguen muriendo niños recién nacidos? porque las madres no

son vacunadas y se cuenta con baja cobertura de vacuna en las embarazadas. ¿Por qué se tiene baja cobertura? porque no se tiene la suficiente infraestructura para controlar a las embarazadas y siguen atendiéndose con parteros empíricos, entonces la cobertura que tiene el sector salud para atender tanto a la embarazada como a los niños es pobre, es por esto que se necesita aplicar la atención primaria de salud educando a la población para que conozcan la importancia del control prenatal.

Se requiere la participación de los que practican la medicina tradicional, que de hecho son los que atienden las áreas rurales marginadas, los que necesitan copocitarse para brindar una atención adecuada a las embarazadas e incluyen esquemas de vacunación contra el tétanos neonatal.

La vacunación tiene problemas muy serios en cuanto a su organización: uno es la cobertura, existen biológicos que son sencillos de aplicar porque son dosis únicas como es el sarampión y el BCG, pero cuando se requiere aplicar tres dosis de biológicos ahí se complica todo, porque resulta que en la mayoría de los programas siempre se tiene, para vacuna triple, una cobertura alta en la primera dosis, pero resulta que para las segundas dosis decreciente en un 30% para las terceras dosis sólo alcanza un 50% de las primeras.

Una alternativa es planear la misma cobertura para las tres dosis que deben aplicarse y que la cobertura real con este biológico, son las terceras con lo cual aseguramos la protección a los niños. Se han hecho estudios en relación a esto, se ha visto que con la primera dosis de vacuna DPT, si bien se tiene una respuesta inmune se produce una respuesta inmune, los niveles de anticuerpos que se producen no son protectores, no protegen al niño. Con la segunda dosis, estos niveles de anticuerpos se elevan y dan titulaciones protectoras. Con una tercera dosis, estos títulos se elevan al cuadruple y además permanecen por mayor tiempo, quiere decir que solamente con una tercera dosis se está dando realmente protección al niño.

En los programas de vacunación sucede que sólo se proporciona una baja cobertura con este biológico ¿por qué ésta baja cobertura?, hay varias razones: una de ellas, que es una vacuna inyectada, duele, la mamá se angustia, a veces produce fiebre y dolor, entonces la mamá le da la primera dosis y no vuelve a la segunda, ni a la tercera, por que le va a dar calentura al niño, le va a dolor la pierna, y demás. He aquí otro factor importante por el cual se debe hacer participar a la comunidad, para que no se pierda esta dosis de vacuna y los niños se puedan vacunar.

Otro aspecto importante en relación a los programas de inmunizaciones es la cadena de frío, se puede tener estructurado un maravilloso programa de inmunizaciones, pero la cadena de frío no es la adecuada, se aplicará vacuna inactiva, que no servirá, entonces la cadena de frío es muy importante en los programas de inmunizaciones. La cadena de frío es todo un proceso logístico de manejo de la vacuna, desde que se fabrica hasta que se aplica al niño este donde este. Esto requiere de personal y equipo especializado que sepa manejar los biológicos, que conozca como se deben enviar los biológicos, como se deben transportar y un equipo especial que actualmente no se cuenta con él. Por señalar un ejemplo: se tiene generalmente en los hospitales refrigeradores con termómetros, con gráficas y todo, sitios donde más se debe aplicar la vacuna; pero no se cuenta con un refrigerador conectado a una planta en un centro de salud rural; entonces también eso es un problema muy importante que esta haciendo que fallen los programas de vacunación por lo que se debe tomar en cuenta y darle la importancia debida.

Por otro lado, el material biológico lo manipula personal no capacitado en el manejo del biológico, la transportación del biológico también es importante, tanto como su almacenamiento, el biológico debe llegar a todas la áreas en donde se aplique en la forma más adecuada de refrigeración, de protección contra la luz. Estas reflexiones también hacen que se cuestione si realmente es importante tener programas permanentes de vacunación como los días nacionales de vacunación. Considero que todo tiene sus pros y sus contras en cuanto a costos, en cuanto al manejo de biológicos, a desplazamiento. Creo que en cada área del país se debe implantar una estrategia adecuada, que haga que todo esto sea

mucho más fácil y de la mejor manera posible.

Otro de los elementos de la atención primaria, es la participación de la comunidad y mientras no se logre que la comunidad realmente se responsabilice de sus problemas de salud y colabore con el sector salud en la solución de ellos, poco se va a impactar en cuanto a la problemática de salud. La comunidad debe participar, no debe ser manipulada ni utilizada por los médicos o por el sector salud, debe ser realmente participadora de la solución de sus problemas, por lo tanto debe participar en todo esto, en la organización de los programas, en la planeación, en su funcionamiento e inclusive en el control de los programas y entonces se dará lo que es realmente atención primaria de salud.

Los otros sectores también tienen su ingerencia en los programas de inmunizaciones para facilitar su aplicación y por lo tanto tener éxito. Es indiscutible que se necesita del sector educación para poder entrar a la comunidad, del sector industrial para fabricación de vacunas, de comunicaciones y transportes para el mejor manejo de las vacunas, en fin de todos los sectores de desarrollo que en forma coordinada pueden colaborar con el sector salud para que los programas de vacunación realmente sean un éxito y entonces se pueda decir que se alcanzará atención primaria para todos.

SITUACION ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES EN MEXICO,
NIVELES DE COBERTURA VACUNAL

* DR. EDUARDO ORTIZ CATANEO
Junio 10 de 1988

El tema hará referencia a la situación actual de las enfermedades prevenibles por vacunación en el contexto epidemiológico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado ISSSTE.

El programa de enfermedades prevenibles por vacunación en el Instituto tiene como objetivo el contribuir a erradicar y/o disminuir las enfermedades prevenibles por vacunación a través de una serie de líneas de acción, una de ellas es la de protección específica que consiste en la aplicación directa de biológicos; la otra es la vigilancia epidemiológica de las enfermedades sujetas a control: poliomiélitis, difteria, tosferina, tétanos, sarampión, tuberculosis. La tercera línea de acción, es la educación para la salud. La población derechohabiente del Instituto, asciende alrededor de los siete millones y medio, en los momentos actuales, de las cuales el 8.2% son menores de 4 años de edad aproximadamente; en lo que se refiere a este tipo de padecimientos se pueden mencionar lo siguiente: en lo que se refiere a tosferina, durante el período 1980-1987, se observa dentro del Instituto que ha venido descendiendo en relación a número de casos con un total de 186 casos en 1980 y estos disminuye a 49 para 1987. En relación a los casos de poliomiélitis descendieron significativamente de un número de 13 en 1980 a ceros en el año de 1987, asimismo las tasas reflejan esta tendencia descendiente: de .26 por 100,000 derechohabientes a .1 en 1983 .0 en 1987. Asimismo se observa que el número de dosis aplicadas en cada uno

(*) Jefe de la Oficina de Enfermedades Transmisibles del ISSSTE

de estos años va a en ascenso de 820,000 en 1980 a un millón en 83 y a poca más de 2 millones en 1987. En la que respecta a difteria es necesaria mencionar que en los últimos 10 años, en el Instituto no se reciben notificaciones de casos en la población derechohabiente. En la que se refiere a la tosferina, en esta misma década, el número de casos ha disminuido de 186 en 1980 a 77 en 1983 y a 40 en el año de 1987, en las tasas vemos también que han tenido una tendencia descendente con la excepción del año 1981 que fue de 6.5 por 100,000 derechohabientes, en el resto de los años ha disminuido paulatinamente este padecimiento. Las dosis aplicadas del producto biológico DPT, andan alrededor de las 400,000 dosis promedio, en esta década no ha habido ninguna variación significativa, a diferencia de la polio, y se puede decir que se ha mantenido el número de dosis aplicadas para este conjunto de padecimientos.

Por lo que respecta al tétanos, ha sufrido una leve disminución con excepción de los años 80 y 87, que tiene 7 y 6 casos. En el resto de los años se ha mantenido prácticamente en un número promedio de quince; por lo mismo, la tasa presenta una tendencia levemente descendente y actualmente es de 0.1 por 100,000 derechohabientes. Asimismo se observa que en cuanto al número de dosis aplicada para este padecimiento no ha sufrido tampoco una variación significativa, alrededor de las 400,000 dosis por años se han venido aplicando. En relación al sarampión se observa la siguiente: el número de casos, con excepción del 83/84 que bajaron de las 1,000 casos, se notifican 3,516 casos de sarampión en el Instituto, problema similar que afectó a toda el Sector Salud.

En este año el sarampión se incrementó muy por arriba de lo que se venía presentando y esta se correlaciona con las tasas y se ve que la tasa más elevada de esa década corresponde al año 1985 con 58 por 100,000 derechohabientes, disminuyó y ha venido disminuyendo en los años posteriores y si esta lo correlacionamos con las dosis aplicadas en esta década, se nota que en 1985 también fue el año en que menos dosis se aplicaron de este producto biológico en las unidades médicas del Instituto para posteriormente valerse a incrementar en los años siguientes. Vale la pena aquí mencionar si el número de casos que disminuyó significativamente para los años siguientes, fue porque se habían acabado

los susceptibles o porque de verdad se volvieron a incrementar la cobertura de vacunación.

En referencia a la tuberculosis pulmonar para esta misma década sí hubo un descenso en el número de casos progresivo de 1434 en 1980 de 1256 en 83 y de 860 para 1987. Las tasas por 100,000 derechohabientes, también tiene un descenso paulatino. El número de dosis aplicadas de BCG durante el periodo, tampoco ha sufrido un aumento o una variación. Con relación a la tuberculosis meníngea, producto también de la falta de aplicación de la BCG, sobre todo en los recién nacidos, se ve que en este quinquenio del año de 1983/87, el número de casos por tuberculosis meníngea ha descendido así como su tendencia.

En relación a la vigencia epidemiológica se observa que para el año de 1987, las cinco delegaciones más afectadas por la tosferina fueron: Tlaxcala con 3 casos y una tasa de 5.3; posteriormente Tabasco, Aguascalientes, Baja California Norte y Puebla recuérdese que para ese año hubieron 40 casos y la tasa nacional del Instituto estaba en 0.6.

En lo que respecta a tétanos en el año de 1987 se presentaron 6 casos de los cuales uno correspondió a Querétaro, 2 a Sinaloa, 1 a Morelos, 1 a Veracruz y 1 al Distrito Federal.

En lo referente al número de casos de sarampión a nivel nacional fueron de 1017 y la tasa de 13; Coahuila, Quintana Roo, Estado de México, Tlaxcala y Puebla, fueron las delegaciones más afectadas, no en relación al número de los casos sino en cuanto a las tasas que presentaron.

La tuberculosis pulmonar, repercutió principalmente en los estados de Guerrero, Nayarit, Baja California Sur, Chiapas y Nuevo León destacándose el estado de Guerrero, con el mayor número de casos, ahora bien dentro, de la vigilancia epidemiológica de estos padecimientos una acción a efectuar la elaboración de estudios epidemiológicos, por cada caso notificado. En el Instituto en 1987 sólo el tétanos tuvo un 100% de estudios epidemiológicos, en el resto de padecimientos notificados el número de estudios elaborados fue bajo.

En base al análisis de estos estudios epidemiológicos se obtiene la distribución de casos por grupo de edad y sexo para 1987. En lo que se refiere a sarampión el total de casos era de 1017, no hay una diferencia en cuanto a sexo: 517 para masculino, 500 para el femenino; por grupo de edad pareciera ser que el grupo de 5 a 14 años es el más afectado, sin embargo cuando se obtiene el promedio anual, se nota que no es así. Dentro de esto llama la atención el número de casos presentados en menores de un año de edad; por otra parte hay un desplazamiento de este padecimiento hacia grupos no específicos para este padecimiento, le sigue el de 1 a 4 años.

Con relación a tétanos de 6 casos en total, 4 para el sexo masculino, 2 para el femenino y solamente 1 caso de los seis se presentó en menores de un año, tétanos de recién nacido y 5 se presentaron por arriba de los grupos de 5 y más de estos 5, 2 casos corresponden al grupo de 45 a 64 años. Por lo que respecta a tosferina tampoco es significativo la categoría del sexo; es importante señalar que se presenta en grupos de edad fuera de los años de la infancia, 5 en el grupo de 15 a 44 años.

En el caso de tuberculosis pulmonar fueron 860, tampoco significativos en cuanto a sexo pero si en relación al grupo de edad en que predomina en el grupo de 15 a 44 años y 45 a 64 años. En este padecimiento se incrementó la mortalidad.

Por lo que respecta, a los antecedentes vacunales en los casos de enfermedades prevenibles por vacunación y en relación a la tosferina, de un total de 16 estudios epidemiológicos que enviaron en 12 se ignoraba si habían sido vacunados o no con DPT; lo que hace pensar en el tipo de formación y participación del médico, que es el que elabora todos estos estudios de 6 casos 4 se ignoraban si fueron vacunados, otro fue vacunado con una dosis y el última se vacunó hasta con una segunda dosis de este biológico. Con sarampión para algo similar, de un total de 243 estudios epidemiológicos en un número muy considerable de estos se ignoraban si habían sido vacunados o no; los no vacunados correspondían a un número muy inferior; 18 habían recibido una primera dosis y 64 con segunda vacunación. Con respecto a tuberculosis, se sigue ignorando en un número considerable si fueron o no vacunados y en 27 de ellos habían recibido una dosis de BCG.

ESTADO ACTUAL DE LA POLIOMIELITIS EN MEXICO

* DR. LUIS CABRERA COELLO
Junio 10 de 1988

Voy a dar un panorama muy general de lo que esta ocurriendo en el país en relación a la Poliomieltis, en el año de 1985, en el mes de julio la reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud propueso para el continente, la erradicación de la circulación del virus salvaje causante de Poliomieltis Paraltica en ese mismo año, pero en septiembre se reunió la asamblea en la que asistieron los ministros de todos los países americanos, se discutió y planteó además de analizar esta proposición aceptándose erradicar el virus salvaje productor de Poliomieltis Paraltica, no es ningún secreto que la Poliomieltis es un problema de Salud Pública que ha estado presente desde hace muchos años. Hay países que ya tienen eliminado el virus de la Poliomieltis Paraltica de su territorio un ejemplo es Cuba.

Los países del Cono Sur, también han tenido a la Tuberculosis, no voy a referirme ni a Canadá ni a Estados Unidos porque esos se manejan aparte pero los países del Cono Sur, también en cierta medida los deberíamos manejar un poco aparte porque estos países tienen características sociales, demográficas diferentes, es bien sabido que Argentina y Uruguay son países predominantemente urbanos con una tasa de crecimiento muy baja y con una tasa de natalidad también baja, muy parecida a la de los países europeos, de tal manera que la cohorte de nacidos que se incorporaron a los grupos susceptibles son muy pocos y la facilidad para erradicar la enfermedad es menos compleja ya que la población es predomi

(*) Director de Emergencias Epidemiológicas de la Dirección General de Epidemiología.

nantemente urbana, por la que es más fácil vacunar, además tienen un nivel educativo muy superior al mexicano, Chile también, aunque podría ser un caso intermedio pero Chile también es relativamente fácil, toda la zona conoce la geografía de Chile a partir de los desiertos que limitan Perú con Chile el territorio habitable de esta República hasta el extremo sur, es una franja costera retroactivamente corta la demás son las montañas permanentemente nevadas donde no hay población o es muy escasa la población, ésta le permite también a Chile una tasa de crecimiento mayor a la de Uruguay, pero no mucho mayor, de tal manera que también su cohorte de susceptibles que ingresan por nacimientos son relativamente pequeñas y su población también predominantemente urbana es muy fácil de vacunar. Ahora el problema de saneamiento que tiene mucho que ver con la difusión de los enterovirus en general o del poliovirus en particular, tiene que ver pues con la presencia y la frecuencia de la Poliomielitis, el nivel de saneamiento chileno no tiene la misma calidad del uruguayo y del argentino. En México no es así, a pesar de las proyectos y programas de control natal, la disminución en la tasa de crecimiento por disminución de nacimientos, todavía las cohortes de susceptibles son menores; ahora los programas de control natal se llaman paternidad responsable, pero esos programas de control natal mexicanos tienen éxito predominantemente en ciertas grupos sociales ya diría. De la clase media para arriba y las que están de clase media para abajo, posiblemente tengan un impacto importante predominantemente en los que tienen algún tipo de derechohabientes a Instituto de Seguridad Social aunque no de clase media, diría obreros, trabajadores dentro del régimen del Seguro Social, pero la otra gran población, que es la población rural, la población dispersa, la población marginada urbana que no tiene estos servicios sigue teniendo muy altas tasas de natalidad, de tal manera que si es cierta esta que nos dicen las autoridades de que ha disminuido la tasa de crecimiento del país en 10 años de 3.5 a 2.1 verdaderamente importante a expensas de estas grupos sociales a las cuales si se les ofrecen, los demás no.

Ahora bien, estas grupos sociales las marginadas rurales y las marginadas urbanas incluyendo cuando habla de marginales rurales a las grupos indígenas dispersas que existen en el país, que posiblemente después no solamente están aisladas por el lenguaje sino hasta por la geografía, los problemas de salud que se dan ahí son de tal manera que nuestra

se enfrenta a situaciones diferentes a las que ocurren en otros países, por la dificultad de geografía lingüística etc., después de estas reuniones que ocurrieron primero la del Comité Ejecutiva en julio y luego la Asamblea en septiembre de 1985, los países latinoamericanos adoptaron como estrategia para erradicar la circulación de virus salvaje de la Poliomielitis, las llamados días nacionales de vacunación, que en otros países llaman jornadas, esto que en México antes de los días nacionales de vacunación eran fases intensivas de vacunación que eran de una semana, eran días nacionales de vacunación pero eran 5 días, buena, ahora, es de un solo día, pero considero que esto podría ser pertinente por la experiencia que se había tenido ya en Brasil predominantemente y también un poco en menor escala pero también en Colombia y otros países del Norte de América del Sur, así pues en México adopta el criterio, la estrategia días nacionales de vacunación, esto permite varias cosas, varias cualidades, primero la posibilidad de que se deteriore la vacuna es menor, es un solo día, sale del refrigerador del almacén central, se distribuye hasta las termos y en un solo día la probabilidad de que se deteriore la vacuna es menor, no tiene que estar manipulando de un día para otro, y hasta el 5o. día o sea entre lunes y viernes, esa es una cosa bien importante, segunda; el impacto social que permitió una gran movilización social es más fácil en un solo día que estar moviendo tantas gentes de lunes a viernes y además se hace en sábado, muchas gentes cuestionaron de que fuera en sábado, la que pensaron tenía sus razones, yo mismo lo cuestioné un poco, la gente no participa en sábados, son días de mercado, las gentes no trabajan, dicen pues precisamente porque no se trabaja, entonces hay que ponerles puestos en los mercados, parece ser que tiene importancia esta cuestión de que en un solo día y luego en sábado y hay otras cualidades adicionales, la otra cuestión es que tiene menor valor en correlación a utilizar 5 días en un solo día, se echan a circular una enorme cantidad de virus vacunales o sea la estrategia persigue dos cosas, la primera sustituir el virus salvaje por un virus vacunal a sea que hay que echar a circular el virus vacunal y esta hay que hacerla antes de las temporadas de elevaciones epidémicas anuales estacionales, entonces por esa se hace en enero y se hace en marzo, hay que darle más oportunidad al virus vacunal para que llegue a las intestinos antes de que les llegue el virus salvaje, esa es la cuestión y la otra es una cuestión de los días nacionales de vacunación y la otra es la adicional y

no menos importante; lograr perfiles de inmunidad satisfactorios, no había un programa de búsqueda, de notificación idónea de casos, pero a partir de los años cincuentas se observa que se acumulan susceptibles cada 2 años, entonces tenemos brotes, no ocurre así en los Estados Unidos, porque entre otras cosas en los Estados Unidos la difusión del virus de la Poliomiélitis es diferente a un país con mal saneamiento como el de México, lo que voy a decir es una perogrullada, pero hay que decirlo en México los mexicanos nos exponemos a edades muy tempranas a todos los enteropatógenos, no es tampoco un secreto, no es tampoco un desconocimiento que las tasas de mortalidad infantil por diarrea son de las más elevadas que hay, los enteropatógenos hacen mucho daño a las menores de edad, después se modifica un poco y así sucesivamente, la posibilidad de enfermarse de diarrea en el primer año de vida es enorme en este país y el virus de la polio es un enteropatógeno también es un neuropatógeno, también hay que decirlo también así es que el patrón epidemiológico de México era vía anual, el de Norteamérica no seguía un patrón tan claro y difundido como este de los picos en los años noventa además, recuerden que el presidente Roosevelt andaba en silla de ruedas, enfermo de Poliomiélitis ya siendo adulto.

En Estados Unidos se enfermaban en edades más avanzadas, en adultos, en México no, a los 3 años todos los niños habían tenido su infección por Polio y algunas de ellas habían hecho su parálisis y éstos son los que detectamos en estos picos, luego por aquí en estos años se empezó a aplicar la vacuna, pero tan paquita que prácticamente no afectó al comportamiento de la polio, la vacuna que se aplicó en aquellos primeros años fue con virus inactivados y se aplicaba por vía parenteral ya para los años cincuentas se empieza a utilizar las virus atenuados y por vía oral, la vacuna del Dr. Sabin y se pudo observar el impacto inmediata sobre la frecuencia de la enfermedad, a partir de esas fechas mejoran mucho los sistemas de notificación y registro; la frecuencia de la Poliomiélitis según algunas variables por ejemplo: estados vacunados tenemos tantos casos.

Antes de 1960 todos los casos no tenían dosis de vacuna, este 32% aparentemente es muy elevado, pero este es un fenómeno que se repite, con mucha frecuencia, inclusive en este año la proporción se ha incrementado, pero después vamos a decir porque en las observaciou

nes que hacemos de los registros de hospitales, el más alto nivel donde se hace investigación y docencia de donde salen los mejores, de donde se preparan los pediatras de México, del Hospital Infantil de México, del Instituto Nacional de Pediatría y por supuesto de otros hospitales observamos los siguientes casos de Parálisis Flácida Aguda, la descartaban como polio por el simple antecedente de que le hayan aplicado al menos una vacuna y aquí estamos demostrando que la menos la tercera parte pueden tener este antecedente y de todos modos es Polio, desde 1986 que empezamos a trabajar en la Vigilancia Epidemiológica activa a sea buscando los casos en hospitales y en Servicios de Rehabilitación, las hospitales han cambiado ya su criterio, pues ya vemos que si puede ser polio, no sólo eso sabemos que la vacuna, que el virus vacunal puede producir neuropatía periférica incluso parálisis.

La siguiente, la otra variable es en los grupos de edad, el grupo de edad más afectada es todavía en nuestro país, el niño pequeño tiene riesgo de enfermar de polio, pues si ya lo habíamos mencionado y dicha con mucha insistencia pues se panen pranto en contacto con entoropatógenos, con el virus de la polio haya un estudio hace unas 3 ó 4 años y publicada por Kumate en el Boletín Oficial Central Panamericana, sobre la frecuencia del antecedente serológico, de infección por Hepatitis A, en niños y encontró que había anticuerpos prácticamente en el 98% cuando llegaban a la edad de 15 años pues la hepatitis es producida por un virus enteropatógeno, debe tener un compartamiento de infección semejante a la de la polio, son virus que se difunden igual por problemas de saneamiento y los que infecta, se infectan porque comen y beben bebidas o alimentos contaminados.

La Organización Panamericana de Salud, invitó a formar un grupo para la vigilancia epidemiológica de la polio en 1985, este grupo técnico asesor decidió como primera tarea definir que se va a atender como caso de Poliomieltis en etapa de erradicación, entonces utilizaron criterios que ya habían ensayado en Europa, en donde también tienen Poliomieltis, calar que los países más al Sur de Europa tienen más Poliomieltis que los que están al norte, Rusia tiene bastante polio, Turquía, España, Grecia, Rumanía, etc., ellas ya habían

terminado su proyecto de erradicación y también es para 1990 y ellos decidieron que debe

río haber 3 categorías de casos, la primera inicial, la segunda intermedia y la tercera final o definitiva.

La primera categoría es caso sospechoso, todo caso de parálisis aguda es menor de 15 años debe ser sospecha de polio, esa fue la primera definición por la definición intermedia es si la parálisis es flácida entonces debe de ser probable, esto requiere el conocimiento, la habilidad para poder diagnosticar la flacidez de la parálisis, esta no es fácil, sobre todo en niños pequeños y también agregando al principio variables como de sensibilidad, asimetría etc., pero consideraron que dado que algunos de estos diagnósticos se van a hacer en el campo por pasantes de medicina o por médicos rurales donde no tienen suficientes recursos, se les quitaron las variables y de esta manera lograr un sistema muy sensible aún a costa de cierta especificidad, entonces si la parálisis era aguda y flácida entonces era probable y se tomó la decisión de que un caso probable debería ser confirmado o rechazado, para obtener la decisión final el criterio para decidir si el caso se confirmaba o se desechaba, se utilizan 3 criterios clínico, epidemiológico y de laboratorio, y dijeron que si se aislan un virus polio eso sí es Poliomyelitis, si se cuadruplican los títulos de anticuerpos neutralizantes en 2 muestras idóneas tomadas con 2 ó 3 semanas de diferencia eso es Polio, pero si a pesar que es negativa el resultado de laboratorio persiste la parálisis en los 60 días eso es Polio, si el caso se perdió a fallecimiento con diagnóstico de probabilidad, esa también es Polio, esto nos ha creado un problema, El Sistema de Vigilancia es muy sensible pero poco sencilla, estamos incorporando muchos casos de Poliomyelitis que no son, de la última reunión de este grupo técnicas. Los países latinoamericanos dijeron que no era correcto lo que se estaba haciendo, el concepto latinoamericano no está de acuerdo con el criterio europeo, nació una polémica en relación a la parálisis flácida y su tiempo de evaluación, los reportes americanos hablan de 4 días de evolución como requisito para poder hablar de parálisis flácida, con este criterio en América Latina se integran diagnósticos de Síndrome de Guillain Barre en pacientes menores de 5 y 15 años, en los Estados Unidos es raro este diagnóstico en menores de 15 años.

La conclusión fue que la epidemiología americana es diferente a la de los países latino -

americanos, esto explica comportamiento diferente de la enfermedad, son puntos que habrá que considerar en conclusiones de estudios posteriores para obtener conclusiones adecuadas a los mismos.

El extremo de los totales para no detenernos en los estados y observar, que en el primer día nacional de vacunación la cobertura fue de 88, 97 en el segundo, 91 subió, sube hasta 93 en el cuarto día, vuelve a bajar a 88 y ahí está en el último día que fue en marzo de este año. Sin embargo entre este día y este, se hicieron ajustes porque no se tenía un buen conocimiento del grupo blanco, se utilizó las metas que cada uno de los estados utilizó fue en base a extrapoblaciones censales y datos del Consejo Nacional de Población y luego cuando fueron a vacunar encontraron que la cosa no era así, entonces tuvieron que hacer ajustes y el ajuste, o sea logrando prácticamente el mismo -con una escasa variación-, número de niños a vacunar la cobertura subió hasta 97, lo que pasa es que se tuvieron que hacer esos ajustes ahora ¿qué es lo que deberíamos esperar?

En este esquema vamos a asentar que las coberturas promedio de cada grupo blanco fuera de 80% y al menos ya vimos que era de alrededor de 90, pero vamos a asentar fuera al menos de 80 porque las coberturas no son iguales en los de cero años, o sea los que tienen menos de 1 años y los que tienen 4, aquí hay algunos compañeros que saben de esto, saben que por ejemplo, aquí la cobertura es la menos buena, pero siempre está arriba del 80% y acá la cobertura es la mejor y siempre está arriba del 100%, lo que ocurre es que aquí en el segundo grupo de 4 años de edad, se vacunan niños de 5 o más y se dan fenómenos que nos hacen que siempre rebasemos el 100%, uno, a ciertas brigadas de vacunación, de puestos de vacunación, le asignan una meta y tiene que cumplir, la meta es vacunar a mayores de 4 años y los incorpora en el grupo de los 4, ese es uno. El otro fenómeno es el siguiente, las mamás que llevan a sus niños de 5 a 6 años dicen que tienen 4, porque quieren que les den la vacuna, entonces esa presión social hace que tales niños se sumen a los de 4 años.

Por esta razón en los grupos de 4 años se alcanzan coberturas elevadas, por arriba del promedio teórico.

ASPECTOS ESPECIFICOS SOBRE DIFTERIA, TOSFERINA
TETANOS, TUBERCULOSIS

* DR. JOSE GOMEZ UGALDE
Junio 10 de 1988

Se han analizado algunos aspectos relativos a Atención Primaria y creemos que no hay mejor ejemplo de la potencialidad que pueda tener esta estrategia, que en las enfermedades prevenibles por vacunación, sin embargo hay algunos aspectos que si tendríamos que analizar y que nos hacen realizar algunas reflexiones. Bien pongo este esquema que pretende ser una representación de la realidad desconocida por todos ustedes, esta tomada del libro del Dr. González Saldaña, es el relativo a Difteria. En la historia natural de la enfermedad, en el período prepatogénico, relativo a actividades de prevención primaria, tenemos la promoción de la salud y ahí podemos analizar algunas actividades como la educación sanitaria, la orientación higiénica, para evitar contactos, la previsión de condiciones adecuadas en casa, campañas en favor de la vacunación, mejoramiento nutricional, mejoramiento de los niveles de atención en la comunidad, creo que éstos son ejemplos sumamente validos de que hay cosas que si pueden hacer. En cuanto a protección específica, indudablemente tenemos en primer término la inmunización de los susceptibles con toxoide diftérica, administrado en la forma de DPT, conjuntamente con toxoide tetánico, vacuna pertusis, el esquema habitual es el de iniciar el segundo mes de edad 3 dosis con intervalos de 4 a 6 semanas aplicando la dosis de refuerzo a los 18 meses y a los 4 años; en cuanto a las medidas de protección específica, aislar al paciente y utilizar técnicas de contagio. Ahora bien en los casos de defunciones por Difteria y dos aplicadas de vacuna DPT en los Estados Unidos Mexicanos, de 1950 a 1987.

(*) Jefe de la Oficina de Normas para Programas de Vacunación
Secretaría de Salud.

En la década de los cincuentas se observó que los casos y las defunciones son similares, sin embargo, en años posteriores ya las defunciones rebasan en algunas ocasiones con mucho a los casos, situación que habla de un sobrerregistro bastante importante, por otro lado después de que en 1981-82-83, no se tenían casos reportados poro 1985 se notó un repunte del padecimiento con 4 casos, 1986 con 28 casos y el año pasado 31 casos, en un bloque que fundamentalmente abarcó la localidad de Zirándoro, en Guerrero.

En relación a las dosis aplicadas a partir de 1940, cuando se desarrolló la vacuna, las actividades de vacunación han tenido algunas situaciones un tanto cuantitativamente irregulares, se destaca que en 1974, se llegaron a aplicar 13 millones de dosis lo que es de tipo político ya que se dictó en ese momento la extensión de vacunación en forma masiva, resultando los 13 millones de dosis aplicadas, que en ningún año, ha sido posible alcanzar. En años recientes a partir de 84-85, hemos tenido problemas de disponibilidad del producto biológico DPT y no he hecho que decrezca el número de dosis aplicadas y en esta situación, quizá podría explicar de alguna manera el repunte en el número de casos, los datos de mortalidad los tenemos hasta 1983, aún no se tienen todavía todas las defunciones por lo tanto todavía no tenemos datos para correlacionarlos con la mortalidad.

Esto es en relación a 1987, la morbilidad por Difteria, podemos ver algunos aspectos que yo quisiera retuvieran en mente. En la costa del Pacífico, en donde se ubica el estado de Guerrero se tiene una tasa por orrboro de 1.21 en 1987, en años anteriores las tasas se encontraban en cero dado que no hubo reporte de casos, aquí en Guerrero se tuvieron 30 casos y en Sinaloa se tuvo el reporte de un caso para el año pasado.

Rápidamente se abordaron algunos aspectos clínicos de difteria. Aquí podemos observar los signos que se describen producidos por el agente de la Difteria en la fosa nasal.

La Difteria nasal es un padecimiento relativamente frecuente y que esto puede ser el punto de diseminación para los contactos.

Aquí podemos también observar algunas placas producidas por C. Difteras en la faringe.

Aquí podemos también observar otras placas. En algunas situaciones la Difteria llega a producir la obstrucción de la traquea que obligaría a realizar la traqueostomía. Debemos recordar inmunizar a los lactantes durante el primer año de vida contra la difteria, el tétanos, la tosferina, con 3 dosis de vacuna DPT, administradas a intervalos de no menos de 4 semanas iniciando la primera dosis a partir del 2o. mes de vida.

Relacionado a tosferina, también este esquema es tomado de la misma referencia bibliográfica, en el período prepatógena podemos observar en la prevención primaria, en promoción de la salud, la educación sanitaria, la orientación higiénica para evitar contactos, la provisión de condiciones adecuadas en casa, campañas en favor de las vacunaciones, exámenes periódicos, mejoramiento de los niveles de atención médica en la comunidad, en cuanto a protección específica; aplicación de la vacuna pertusis en su forma DPT, administrada a partir del 2o. mes de vida, aplicación de globulina hiperimmune a contactos, aislamiento de enfermos, exclusión de susceptibles de los sitios de reunión después de la exposición a un caso.

Aquí también tenemos casos de defunciones por tosferina y dosis aplicadas de vacuna DPT durante el período analizado anteriormente de 1950 a 1987, donde podemos observar en términos generales una tendencia descendente aparentemente más profundizada a raíz de este pico en 1974, cuando se aplicaron los famosos 13 millones de dosis, pero si vemos que hay cierta irregularidad en el control de padecimiento sobre todo en años más recientes.

Este es el panorama del país en 1983 en lo que se refiere a morbilidad por tosferina, podemos observar que las tasas más altas se registran por ejemplo en San Luis Potosí, en Quintana Roo, siguiéndole Sonora y Iľamo la atención que en estados en los cuales podríamos suponer debería de haber quizá tasas mayores como son: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, no lo tienen, quizá nos hablaría un poquito de algún subregistro.

Vemos el panorama para 1987 a nivel nacional y ha variado de alguna manera pero sin embargo ya vemos un descenso en las tasas.

Algunos aspectos clínicos rápidamente, este niño que está sufriendo un acceso típico de la tos producida por la tosferina, un lactante mayor con algunos aspectos clínicos característicos: la depresión de los espacios intercostales, la desnutrición acentuada ya en un caso de tosferina.

Otro caso de tosferina donde vemos también una desnutrición bastante importante.

Un niño ya mayorcito con desnutrición seria, producida por tosferina. Recordar lo mismo, inmunizar a los lactantes en el 1er. año de vida contra la difteria, el tétanos y la tosferina, con 3 dosis de vacuna DPT administrados a intervalos de no menos de 4 semanas.

En cuanto a tétanos, el mismo cuadro de la historia natural de la enfermedad del tétanos en el período prepatogénico, las actividades de prevención primaria en cuanto a la promoción de la salud y la educación sanitaria, la orientación higiénica, la mejora de las condiciones de trabajo, elevar el nivel socioeconómico y el insumo per cápita. En cuanto a protección específica tenemos indudablemente el producto DPT, también contamos con otro producto toxoide tetánico y de mejorar las condiciones de atención al parto.

En relación a tétanos vemos que la tendencia en términos generales también es descendente aunque no tan marcada como en los anteriores padecimientos y esto fundamentalmente es debido a tétanos neonatal.

También se ve que el número de dosis aplicadas y el impacto no es tan marcado; aquí el comentario es que siendo el toxoide tetánico un producto noble, relativamente fácil de administrar, no se ha difundido su uso, fundamentalmente a nivel de la mujer embarazada, la mujer en edad fértil.

La morbilidad por tétanos, en 1983, y de acuerdo a las tasas; son más elevadas en la zona pacífica, Sonora, Sinaloa, Jalisco, Michoacán, la Península de Yucatán.

Para 1987 se observa que estas estados tienen menores tasas, sin embargo persisten algunas problemas en la zona Pacífica y curiosamente en la Baja California Norte por algunas situaciones no muy estudiadas, no se tienen casos, no se han reportados casos.

Aspectos clínicos de tétanos, en éste caso tétanos neonatal, la historia que nos pueden relatar algunas gentes de las comunidades del niño recién nacido que antes del séptimo día de vida se niega a más bien no puede amamantarse y la característica risa sardónica, en realidad no es que el niño se este riendo sino que ya tiene la fase característica del tétanos.

El tipo de tétanos que esta dando mayores problemas es el tétanos neonatal, independientemente de que tenemos problemas también con la cobertura con DPT, no debemos olvidar que tenemos otro recurso para poder regular este problema, que es inmunizar a las gestantes con 2 dosis administradas a intervalos mínimos de 4 semanas que protegerán al niño al nacer, utilizar métodos higiénicos durante el parto y cortar el cordón umbilical con un instrumento afilado y debidamente esterilizado: que son aspectos que tecnológicamente son prácticas, científicamente son válidas y que corresponden en mucha a la que es la Atención Primaria.

En un resumen de las dosis totales aplicadas de vacuna DPT y promedios anuales según quinquenios, se observa en cuanto al quinquenio 55-59, se aplicaron un total de 2 millones de dosis en un promedio de 537,737, noten ustedes que el número de dosis aplicadas y los promedios se han ido incrementando al pasar de los años lamentablemente a partir de 84 hemos tenido problemas de disponibilidad del insumo básico que hacen que en un momento dada estas problemas de disponibilidad del insumo básico que hacen que en un momento dada estas problemas hayan descendido.

Esta es una comparación de defunciones, no la hacemos con tasas puesto que no contamos con los denominadores apropiados, pero una comparación entre el período de 1926 a 1954 y el período 1955 a 1983, el primero sin vacuna DPT y el segundo con vacuna DPT y podemos observar que en cuanto a difterio se refiere en el primer período tenemos en total 28,829 y en el segundo período 6,630, esto representa el 81.9% del total de defunciones de la serie de 1926 a 1933 sin vacuna DPT y se nota dramáticamente el descenso hasta el 18.1% ya con DPT, esta situación se puede observar en los 3 padecimientos, quizá no tan marcado en tétanos, ya que en el primer período sin vacuna DPT tenemos un 54.2 y un 45.8 ya con vacuna DPT, esta situación debido a los aspectos que ya antes comentábamos, en total antes de la vacuna de contar ya con el recurso de la vacuna DPT se tuvieron 449 mil 335 defunciones registradas, lo que hace que sea el 71.7% del total de los 627 mil 083, de los 63 años que se están relacionando aquí, esto hace pensar en el posible impacto que tendríamos de lograr nosotros incrementar, extender la cobertura con este producto, lamentablemente repetidamente hemos tenido algunos problemas, que son debidos a la falta del insumo básico, pero otros indudablemente han sido también deficiencias en los procedimientos que realizan los trabajadores de la salud que ocasionan altos porcentajes de desperdicio de las dosis.

En relación a tuberculosis; en el período prepotogénico, prevención primaria, protección de la salud, tenemos educación sanitaria de la población, mejoramiento del nivel nutricional, debe mejorarse las condiciones socioeconómicas, algunos otros aspectos.

En cuanto a protección específica el principal es la vacunación con el producto BCG es donde se tienen los más bajos coberturas y también los mayores porcentajes de desperdicio, quizá debido a la presentación. También se tiene otro aspecto en donde existen problemas bien claros que es la búsqueda oportuna de casos; se dispone de medios sencillos como la baciloscopia y sin embargo, no se tiene un buen número de pesquisa, no se toma en cuenta este procedimiento como un método de realizar la búsqueda activa.

En cuanto a la morbilidad por tuberculosos para 1983, se ve que los estados con más altas

tasas son Tabasco, Veracruz, Baja California Sur, Chiapas, Guerrero, Quintana Roo, Campeche.

Para 1987 se puede observar que el panorama prácticamente no ha cambiado y esta es lamentable, es el reflejo de muchas situaciones de índole socio-económica que ya creo podrían ser atacadas mediante las aspectos de Atención Primaria.

ASPECTOS ESPECIFICOS SOBRE SARAMPION

* DR. FERNANDO TAPIA OLARTE
Junio 10 de 1988.

Se empezará por hacer una mención de que desafortunadamente el Sarampión sienda una enfermedad que cuenta con variables epidemiológicas, que le confieren la susceptibilidad de ser una enfermedad erradicada, no la es, y sigue sienda un problema de salud pública en los países en desarrollo. Son das las enfermedades que causan más problemas en México: la tuberculosis y el sarampión; con una diferencia, de que en la tuberculosis, a través de acciones de vacunación el impacto si es importante, sobre toda en la prevención de las formas graves de la enfermedad, la meningitis tuberculosa, la tuberculosis ganglionar.

El sarampión, es una enfermedad que llena una serie de variable epidemiológicas que le hace susceptible de ser erradicable: una es el cuadro clínico, es decir, es una enfermedad fácilmente reconocible por sus características clínicas, que facilita su notificación y permita efectuar medidas conducentes para el control de los casos y de las brates de la enfermedad. Otra variable es que no existen portadores clínicos o asintomáticos, es decir, todo paciente que cursa con la enfermedad tiene una sintomatología que en última instancia permite tomar conductas para cortar la cadena de transmisión, una más es que no existen reservarias, el única reservaria es el hombre, de tal manera que fácilmente puede controlarse, la enfermedad. Otra es la existencia de una vacuna con alto grado de eficacia superior al 90 a 95%, si se aplica en óptimas condiciones de calidad y potencial. Una más es el periodo de incubación que es breve aproximadamente de 7 días, se inicia este periodo de incubación en el momento en que se tiene el contacto entre un paciente

(*) Jefe del Depto. de Normas sobre Productos Biológicos de la Dirección

General de Medicina Preventiva de la Secretaría de Salud.

sana y una enfermo y termina en el momento en que empiezan las síntomas de la enfermedad; otra más es el período de transmisión que es corta en promedio 10 días finalmente el problema mayor consiste en el impacto a la población ya que si comparamos la enfermedad prácticamente temida por todo el mundo por su gran trascendencia, con el sarampión esta última está en desventaja ya que es una enfermedad vista por las madres como benigna, que aparentemente no da lugar a complicaciones o a la muerte y esa es un error muy grave ¿por qué? porque la enfermedad si tiene una serie de complicaciones que frecuentemente llevan a la muerte, antiguamente y todavía existe esa creencia de que las madres llevan a sus pequeños ante un niño con la enfermedad con el propósito de que la adquirieran más temprano, porque así le provocaba menos molestias a la madre el atender a un pequeño que a mayor edad tuviera la enfermedad.

Se hará referencia al comportamiento epidemiológico de el sarampión en México, en el número de casos registradas por año de edad número de dosis que se han aplicado históricamente en la serie cronológica de 1950-1987. Antes de la iniciación de las acciones de vacunación en México, en el año de 1970 el comportamiento del sarampión era de incidencia elevadas con una variación cíclica prácticamente bianual, en un principio, en años naves y después de que se introdujeron las acciones de vacunación, esta variación cíclica también se modificó. En los años 1964-65 se observa una elevada incidencia de la enfermedad, por decenas de miles de casos; en 1970 se inicia la vacunación en forma esporádica y es hasta 1973 en que se hace la primera gran campaña de vacunación antisarampionosa con un impacto muy importante, como la demuestra el haber reducido su incidencia a 2.5 casos por 100 mil habitantes, incidencia que difícilmente se ha vuelto a alcanzar se podrá observar que después de 1974 a 1977 se descuidó el programa de vacunación alcanzándose nuevamente incidencias elevadas. En 1980-81 se iniciaron las fases intensivas de vacunación antisarampionosa en los meses de octubre y a partir de ese año hemos tenido una variación nuevamente descendente con algunas picos y sobre todo en 1985, en donde se suscitó una epidemia de tipo nacional y a la mejor podemos hablar de epidemia ya que un gran número de los países del centro y sudamérica de igual manera lo sufrieron, entonces aquí podríamos ver como en primera instancia la vacuna tiene impacto importante sobre la incidencia de la enfermedad por un lado y por otro cuando se descuidan los programas de vacunación da lugar a un cúmulo

de susceptibles con los consecuentes brotes epidémicos o epidemias completas.

Para el trienio 1985-1987 el comportamiento de la enfermedad por meses de ocurrencia, es el siguiente; la incidencia es menor en los meses de octubre, noviembre, diciembre y a partir de enero, febrero empieza a elevarse, esta es la justificación de porque las fases intensivas de vacunación antisarampionosa se realizan en el mes de octubre, con un propósito, el primero es el de que no exista posibilidad de que los niños cuando son vacunados ya estuvieran en período de incubación, ya que esto podría traer consigo el desprestigio de la vacuna y de los servicios de salud, ya que posiblemente estos niños reciben la vacuna estando ya en período de incubación y días después van a presentar la enfermedad; esto sin duda traería un desprestigio de los servicios de salud, del personal y de la vacuna misma.

En 1985 se suscitó un problema en nuestro país debido a que las entidades federativas presentaban incidencias de 25.1 y más casos por 100 mil habitantes, alcanzado algunos arriba de los 100 casos por 100 mil habitantes.

Sin embargo, hay algunos estados que incluso tuvieron tasas bajas en 1985, que en un momento dado en este año no sufrieron el brote epidémico, porque en los subsecuentes años si lo sufrieron, tal es el caso de Coahuila en donde todavía ni en 86 sufrió problemas sino hasta 87, entonces quiere decir que el problema fundamentalmente tiene una base: las bajas coberturas de vacunación. Para que en el sarampión pueda hablarse de un control epidemiológico se requiere de coberturas de vacunación muy elevadas, hay quienes dicen que deben ser arriba del 95% de tal manera que si no alcanzamos esas coberturas, se van acumulando susceptibles y entonces vamos a tener suficiente para permitir el cúmulo de susceptibles y dar pretexto a un brote. En 1986 fueron muy pocas las entidades que tuvieron defunciones altas pero las que las presentaron no las habían reportado en el año anterior, tal es el caso de Yucatán. En referencia a lo que ha pasado en los grupos de edad la incidencia sigue siendo más elevada en los menores de 1 año, seguido por los de 1 a 4, con ciertas variaciones en algunos años en que se invierte; se observa que ha te

nido un desplazamiento la enfermedad incluso a los grupos adolescentes, esto ha hecho pensar que a lo mejor la vacuna que en un principio se utilizó, que fue la de Schuarts, cuyos pasajes de donación son en células de embrión de pollo pudieron a la mejor estar perdiendo efectividad permanente y que en la actualidad los adolescentes que la recibieron estén quedando desprotegidos y susceptibles a padecer la enfermedad, quisiera hacer referencia que la vacuna que tenemos actualmente en uso es la desarrollada, en células diploides humanas y que esto favorece mejorar las tasas de conversión en las personas que la reciben.

En el año 1977, la tasa de mortalidad más elevada fue la de menores de 1 año con 45.5 seguida por la de 1 a 4 años con 12.4 y va descendiendo conforme a la edad aumenta, se aprecia que año con año el fenómeno se repite. En el entonces una de las trascendencias importantes del sarampión es que la letalidad es mayor conforme la edad es menor.

Por otro lado, se hará referencia a la importancia que tienen las coberturas de vacunación para la presentación de brotes. A partir de 1986 en que se iniciaron los días nacionales de vacunación, con las experiencias exitosas que se tuvieron con esta estrategia, esas actividades se repitieron para la fase intensiva de vacunación y se le agregó un apelativo que era: "Fase Intensiva Ampliada de Vacunación Antisarampión", y además de eso, se procuró que después de cada fase intensiva de vacunación se realizaré una evaluación inmediata de resultados, claro aprovechando también que durante esta evaluación se podía también analizar o conocer coberturas de vacunación existentes en la población. Se observa que conforme las tasas de cobertura o los por cientos de cobertura son menores, las tasas específicas de incidencia de sarampión son elevadas, a excepción de Tabasco que habría que hacer un análisis especial, a lo mejor en lo que se refiere a red fría por ser un sitio en donde las temperaturas ambientales son bastante elevadas, porque tiene una cobertura de 81.7 en menores de 1 año y (la misma cobertura también habría que analizar, cual fue la metodología empleada para brindar una cobertura de 81.7) una tasa de 10.9 casos por 100 mil habitantes, sin embargo Chiapas tiene una cobertura baja, podríamos decir 64-70% baja y una tasa de 10.6. En referencia a lo que es el programa de control que

actualmente se esta manejando dentro del Programa Nacional de Inmunizaciones, el objetivo primordial es primero controlar, para después hablar de una posible erradicación, ya se decía que para poder controlar el sarampión, se tendrá que hablar de coberturas por arriba del 90% pero si no se pueden alcanza, difícilmente se hablará primero de control y luego de erradicación, entonces los objetivos son esos: primero controlar la enfermedad.

Las estrategias que se emplean dentro del Programa Nacional de Inmunizaciones son la vacunación permanente, es decir, durante todos los días hábiles del año con la aplicación de todos los productos biológicos de manera simultánea, las tácticas que se emplean son: ya sea la instalación de puestos de vacunación intramuros o instalación de puestos de vacunación extramuros, la visita casa a casa, otra estrategia más que se emplea son las fases intensivas de vacunación antisarampionosa en los meses de octubre, con las cuales se aplica igual número o incluso más de la que se aplica durante todo el año, esto desgraciadamente, tenemos que aceptarlos no son más que alternativas a las que se tiene que recurrir como consecuencia de un deficiente programa permanente, si en realidad el programa permanente trabajará como debiera trabajar, no se tendría que recurrir a las fases intensivas que no son más que un parche o un remiendo al programa permanente.

El universo a quien se dirigen las acciones de vacunación es prioritariamente al grupo de 1 a 2 años, extendiéndonos hasta 4 años, cuando no han sido vacunados, la edad óptima de aplicación es a los 12 meses de edad, es conocido que existen anticuerpos maternos que pueden dar lugar a que no exista la cero conversión que da lugar a la aplicación de la vacuna, encontrándose que conforme la edad es mayor, las tasas de cero conversión son aún mayores. En algunos países en desarrollo, las tasas de cero conversión se pueden dar en condiciones óptimas a partir de los 9 meses y en los países en desarrollo incluso se pueden prolongar hasta los 13 ó 15 meses esto tiene una explicación, se dice que los países en desarrollo tienen mayores tasas de desnutrición y un pequeño con estas características tiene avidez por las proteínas y siendo los anticuerpos proteínas, entonces las tiene que metabolizar como una necesidad propia, entonces las proteínas o sea los anticuerpos que han sido transferidos por la madre los metaboliza y a más temprana edad

queda susceptible; entonces, es bien importante considerar la edad óptima de aplicación del producto biológico, esta sería la ideal en cuenta el pequeño pierda los anticuerpos maternos se debería aplicar la vacuna antes de que padezca la enfermedad la que es difícil identificar.

En México estamos manejando el universo de 12 meses de edad y en la actualidad estamos recorriendo sobre todo en las fases intensivas de vacunación, a una táctica o estrategia que es la de alcanzar a vacunar a todos los pequeños que habitan poblaciones aún menores de 500 habitantes.

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION

MESA DE DISCUSION COORDINADA

Coordinador:

Dr. Enrique Aguirre Huacuja

Participantes:

Dra. Eloisa Dickinson Bannack

Dr. Juan Alberto Herrera Moro

Dr. Luis Cabrera Coello

Dr. José Gómez Ugalde

Dr. Fernando Tapia Olarte

Dr. Aguirre:

Para que este tipo de actividades esten reforzadas en todos los niveles y en todos aquellos factores que participan, un punto muy importante es la educación a salud pero no nada más a la población que debe ser la corresponsable o la usuaria de estas actividades y el blanco de estas campañas, sino también la educación que deben tener los equipos que llevan bajo su responsabilidad estas campañas intensivas, creemos que en este sentido las participaciones de los integrantes de esta mesa han sido muy enriquecedoras.

PREGUNTA:

¿ existe el establecimiento de estrategias diferentes a días nacionales de vacunación, - por ejemplo vacunar sólo en zonas o regiones en donde el número de casos de poliomielitis se concentra? ya que usted mencionó que en los últimos tres o cuatro años existe una propuesta diferente a días nacionales de vacunación para cubrir en gran medida al número de susceptibles.

RESPUESTA: DR. CABRERA:

No se moleste porque le voy a hacer dos contradicciones: Primero yo no establecí las metas, las metas las establecen los propios Estados, lo que mencioné ahí no fueran metas, mencioné coberturas en términos porcentuales, pero algunas de esas observaciones son válidas

das para antes de 1986, todavía en 86, en 87 y 88 ya no, esas observaciones que usted hace es cierto, pero no en los últimos 4 años, esa es la otra contradicción y perdoneme, efectivamente así ocurría, había ciertos lugares donde se concentraban los casos, pero es preciso también hacer alguna aclaración el Sistema de Vigilancia Epidemiológica se ha mejorado mucho desde que se tomó la decisión de erradicar el virus salvaje, en consecuencia ahora conocemos mejor la distribución de los casos algunos Estados notificaban y se preocupaban por lo que ocurría en sus entidades, otras no tanto, por ejemplo Sinaloa siempre fue uno de los Estados que concentraban casos y concentraban en ciertos municipios y todavía volvió a ocurrir en 1986, por eso digo que hasta ese año quizá, en 87 ya no ocurrió así, pero hay una observación adicional que usted hace, efectivamente se están haciendo estrategias adicionales por ejemplo: cada vez que conocemos un caso probable, nosotros lo manejamos como si se tratara de un brote independientemente de que nosotros lo confirmemos o lo rechacemos, para nosotros un caso probable de Poliomielitis significa que hay en esa población al menos 100 o hasta 1000 infecciones, por lo tanto lo manejamos como si fuera un brote y nos ponemos a vacunar ahí, pero simultáneamente hacemos encuesta de cobertura y buscamos otros casos probables en esa población o en las lugares a donde viajó el niño en los últimos 35 días, período máximo de incubación, vamos a suponer el niño se descubrió en San Juan del Río, Qro., pero el niño había viajado a León, Gto., en los últimos 35 días, entonces hacemos también encuesta allá donde había andado el niño, porque posiblemente puede darse el caso que se haya infectado en León y no en San Juan del Río, entonces se hace en los dos lados, y éstas encuestas nos han demostrado que efectivamente las coberturas no son necesariamente las que informen los Estados y para calma les diré una experiencia personal en la Jurisdicción de Pánuco en el norte de Veracruz, a propósito de un caso de Poliomielitis que fue a buscar a un lugar por allá perdido en la Sierra cerca de Chicotepec, resulta que en la Jurisdicción de Pánuco, en el primer día Nacional de Vacunación programa cierta cantidad de niños, cierta meta, para vacunar y logran rebasar su meta a sea más del 100% y sin embargo en el segundo día Nacional de Vacunación vuelven a poner la misma meta, es absurdo suponer que las metas sean menores a los logros, entonces esta falla que se da en algunas Jurisdicciones, no se dan en todas ladas pero esto quiere decir que nos estamos engañando en algunos casos

tedes en epidemiología ya tengan un indicador pero todo inicia a partir de las tasas de mortalidad y las tasas de letalidad, comparadas con las de morbilidad.

COMENTARIO: DR. GOMEZ:

Quiero implementar un poco la información que dió el Dr. Cabrera, en relación a Polio se han ajustado los criterios, es más se está haciendo una vigilancia activa, una búsqueda activa de casos que también es una diferencia con el resto de los padecimientos, por otro lado en lo que se refiere a Difteria, a Tosferina, y a Tétanos hay algunas circunstancias que explican el subregistro que sabemos que existe, desafortunadamente no conocemos la magnitud, sabemos que existe el subregistro por ejemplo yo diría: en difteria ¿cuántos de los que estamos aquí presentes, hemos visto casos de Difteria?, probablemente algunas de las personas que nos acompañan de mayor edad, ellos si los hayan conocido, se hayan enfrentado a algunos aspectos con respecto a esto, en relación a Tosferina cuántos síndromes coqueluchoidos ocasionados por virus o por otro tipo de bacterias pasan como Tosferina o cuántos se omiten porque se desconoce, o no se reconocen aquellos casos de Tosferina en menos de 1 año, y en cuanto a Tétanos, yo ya mencionaba algún aspecto concreto en relación a Tétanos neonatal apenas se está subsanando esta deficiencia, actualmente, se están diferenciando cuántos de los casos están reportándose como Tétanos corresponden a Tétanos neonatal y en relación a Tuberculosis, quizá Tuberculosis es algo que tradicionalmente hemos dejado un poquito de lado, tuberculosis sigue siendo una de las 10 principales causas de mortalidad, por lo menos hasta 1983, aparecen como una importante causa de morbilidad, y sin embargo tenemos un producto biológico disponible en el que quizá no tengamos todas las posibilidades de prevenir los casos en individuos por arriba de 15 años quizá ahí tendríamos que afocarnos para averiguar el impacto en menores de 15 años si de hecho se tiene, lamentablemente no tenemos información reciente, entonces esto ¿qué nos habla?, nos habla de que tenemos un registro, deficiente creo que se están haciendo importantes esfuerzos por corregirlo, ya se han puntualizado esas deficiencias y se está trabajando, creo que la gente de epidemiología es la que más nos puede hablar de ello, porque si se están haciendo esfuerzos ya para tratar de subsanar este registro por la menos, otra de las cosas que también vale la pena recordar es que ya se están registrando todas las defunciones, por lo menos certificándose, situación que en casos anteriores era una grave de

ficiencia, no todas las muertes estaban certificadas medicamente, entonces siento yo, que se está avanzando, se está tratando de actualizar los indicadores pero todavía nos falta algunas cosas por hacer.

COMENTARIO DR. AGUIRRE:

Podríamos agregar que en este gran hueco que existe referente a la información, sus registros, su procesamiento, ahí podríamos estar articulándonos, tanto las Instituciones de Servicios, como las Instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, los que estamos encargados de esta rama del quehacer humano, pues tendríamos que estar ovocados, - tanto los que planeamos, los que ejercemos la docencia pero que la función profesional de registro de información se cumpla desde las primeras etapas en la carrera de médicos, - como enfermeros, como trabajadores sociales para que precisamente desde una perspectiva se esté formando al recurso humano y en el momento de estar ejerciendo su función profesional no se pase por alto este tipo de casos, por otro lado, la precisión de la identificación, la determinación de indicadores estaría a cargo de las instituciones de servicio y de esta manera podríamos estar articulando una fase que quizá podría salvar en parte ese gran hueco.

COMENTARIO DR. COMEZ:

Quisiera agregar también otro aspecto que vale la pena dentro del marco de este Seminario que es la Atención Primaria, hay un aspecto que se está manejando recientemente que es la vigilancia epidemiológica simplificada, es decir, tener monitores en la misma localidad que en un momento dado nos sirven como captadores de esa información para conocer como se está comportando el fenómeno salud-enfermedad, y el otro lo que mencionaba el Dr., es la formación de recursos humanos en donde estamos involucrados todos y son aspectos de Atención Primaria que creo que merecen ser abordados de manera más profunda y ser impulsados.

COMENTARIO DR. CABRERA:

Mire, los epidemiólogos manejamos a veces un montón de mitos que luego la realidad los destruye, por ejemplo decimos que en México está erradicado el Tifo y resulta que por ahí, en los Altos de Chiapas, entre los Tzotziles, tuvimos un brote grande que mató a algunos indígenas, tenemos desde 1978 Dengue, y estamos muy preocupados por el Dengue hemorrágico

porque están circulando más esterotipos luego, decíamos que posiblemente la difteria, estaba en proceso de erradicación porque teníamos algo así como 8 años que no había notificación de difteria y de buenas a primeras nos salta primero un brote en Yucatán otros por allá, otro en Sinaloa y luego este al que hizo referencia el Dr., en el Estado de Guerrero, y los posantes de medicina del Sur de Sinaloa, de Guerrero y de Zirándaro y Huetamo, y esa parte de Tierra Caliente, y los de Yucatán, algunos pasantes pues vieron la difteria, las falsas membranas típicas, etc., se aisló la bacteria en difteria y se hicieron pruebas de toxigenicidad en cobayos y se demostró que or cienrto las cepos de Zirándaro eran excepcionalmente toxigénicas, hay que estar muy alertas porque en el estudio que se hizo en el brote del Sur de Sinaloa, tomamos muestras de posibles portadores y en niños y en jóvenes que tenían alguna lesión dermatologica impetigo a alguna piede itis, y en al menos en un caso de impetigo se aisló la cepta toxigénica y en 2 portadores sonos también se encontro la cepto toxigénica, y tal vez de deba al uso indiscriminado de antibióticos por médicos o por automedicación sumando también el esfuerzo que se hace por vacunación con DPT hablan enmascarado la difteria, que no erradicado como alguna vez supusimos pretendiendo hacer un nuevo mito entre los epidemiólogos, nos equivocamos, así es que el corineo bacteria en difteria debe estar circulando ampliamente en todo el país y lo único que necesita es producir la toxina en cualquier momento, debemos estar alertas-, vamos a tener otra vez brotes como el de Zirándaro o como el de Sinaloa -mencionó estos 2 porque fueron muy grandes y afectaron a muchas personas, no tanto así el de Yucatán donde hubo menos.

COMENTARIO: DRA, DICKINSON:

Yo le quisiera hacer un comentario respecto a los días nacionales de vacunación por lo que respecta a nosotros logramos cubrir el 85% de cobertura, cuando se hizo la encuesta por vacuna nos encontramos con resultados muy desagradables ya que el 80% de los niños no vacunados sobre todo de los niños pertenecientes a clases media y alta, no se había aceptado la vacuna por indicaciones del pediatra, entonces considero que con esto va a ser muy difícil lograr conseguir la cobertura de vacunación que se había estado previendo desde un principio, esta no va a ser posible hasta que no se les cambie la mentalidad a los pe-

diotros del país.

Por otro lado, lo que respecto a la información de los padecimientos transmisibles prevenibles por vacunación hoy es un serio problema, creo yo que no es tonto que el médico no quiera hacer el reporte de los casos, sino que si hace el reporte y se rechaza hasta que no esté aislado el germen, esto no sólo se presenta en estos casos sino con un gran mayor número de padecimientos esto lo experimentamos con la epidemia de 85 de Soramión que para que se nos pudiera haber aceptado este epidemia fueron bastantes los trabajos que hacemos porque en ningún lado se quería aislar el germen porque no se contaba con los recursos económicos para comprar los reactivos entonces como el brote que nosotros atendimos fue en el Colegio Alemán, obviamente que se tenía que comprar los reactivos forzoso-mente se aisló el virus en este Colegio y el grupo de adolescentes fue el más afectado, tengo entendido que en el área de Tlalpón se presentó un brote, este fue aislado por la Universidad entonces este es uno de los problemas con los que nos topamos en las áreas aplicativas, pero que nos admiten los diagnósticos que nosotros damos.

PREGUNTA:

¿ En relación a la investigación, no se si hoy algo reciente o novedoso acerca de la vía de administración de la vacuna de Soramión, por ahí he leído yo leído alguna vez que se está probando por vía oral para la vacuna no se que tan cierto sea esto? ¿ Existen los laboratorios específicos que hacen el biológico o esto se sigue de importación tecnológica de los Estados Unidos, si en este laboratorio, si es que existe, hay certificación de calidad del biológico que se aplica constantemente en los compañeros?

RESPUESTA: DR. TAPIA OLARTE:

Si mire, respecto a su pregunta no es por vía oral, lo nuevo de la vacuna que se está probando que ha tenido un buen éxito es la vacuna por aerosol, esta es una perspectiva de mucho valor, ¿por qué? porque la vacuna aerosol está evitando la vía de entrada natural de la enfermedad entonces se tienen mejores resultados con esto se evade gran parte de acción que pueden tener los anticuerpos maternos en el bloqueo de la vacuna que se aplica por la vía parenteral de tal manera que repito, es una perspectiva de gran valor porque en la medida que se acepte o que ya se difunda su aplicación vamos a tener a lo mejor, la posibilidad ahora si de hablar de una erradicación del padecimiento ¿por qué? porque esta demostro-

do que en niños de 4 a 6 meses se alcanzó un cero conversión del 86 al 100% cosa que no pasa con la otra vacuna, que es bloqueada por los anticuerpos maternos, además la vacunación por aerosol permite una mejor factibilidad de aplicación de la vacuna es más fácil, se puede vacunar a un mayor número de pequeños en un menor tiempo y el costo también es mucho menor ¿por qué?, porque únicamente se va a utilizar un atomizador que va a permitir vacunar cientos de niños en un momento, mientras que en el otro estamos utilizando aguja, jeringa, alcohol, algodón, el tiempo enfermera, etc., ahora con respecto a su segunda pregunta, me voy a permitir contestarla, somos uno de los pocos países-creo que son 9 nada más a nivel mundial-, que tenemos la capacidad de producir todos los productos biológicos incluidos en el Programa Nacional de Inmunizaciones, aunque decimos cuando estamos en reuniones de carácter político, que tenemos la capacidad suficiente de producir pues es una realidad que no es cierto ¿por qué? porque precisamente este problema que hemos estado hablando y por allí alguien hacia la pregunta de lo de DPT, pues el o que está condicionado nuestro problema epidemiológico de la Difteria porque si bien es una de las vacunas de menor eficacia, como lo había mencionado el Dr. Gómez Ugalde, está demostrado que la primera dosis de DPT sirve para dejar memoria en el organismo pero ya una segunda dosis se habla de que asegura el 100% de inmunidad de títulos suficientes de antitoxinas tetánicas y diftérica en los niños que la reciben, asegurándose ya así plenamente con una tercera dosis, lo contrario en el caso del componente *Petuisis*, el componente *Petuisis* es el menos inmunogénico, la segunda dosis se habla de que entre el 40 y 50% de cero conversión lo que induce y una tercera dosis eleva este porcentaje. Otra situación es lo relacionado a la vía de administración y las molestias que le causen al pequeño y consideren que se tiene que aplicar tres dosis, que también esto trae como consecuencia un gran abandono entre uno y otro y en muchas ocasiones teniendo la necesidad de reiniciar nuevamente esquemas de vacunación, cuando posan 6 meses entre la primera y la segunda está recomendado reiniciarlo y si pasa más de un año entre la segunda y tercera pasa lo mismo, lo mismo pasa con la antiscarlatina, tenemos la capacidad de producción pero no en cantidades suficientes, puedo mencionarles que en este primer bimestre del año no se pudo distribuir ese producto biológico, en el segundo y tercer bimestre se ha distribuido en 60 o 70% de las necesidades del país y ¿que pasa?. pues esto da lugar

sin duda a un acumulo de susceptibles y que también en las fases intensivas de vacunación antisarampionosa de octubre, tengamos que actuar como parche, ahora los laboratorios que nosotros tenemos de producción es el Instituto Nacional de Higiene para las vacunas bacteriales y el Instituto Nacional de Virología para las vacunas virales y es indudable la calidad de vacunas que empleamos en México estamos conscientes que es óptima y que además como cualquier productor la elaboración de vacunas antes de que salgan a brindarse al público, requiere de pruebas de calidad interna, de pruebas de calidad externas que son avaladas por la OPS y la OMS.

COMENTARIO: DR. COMEZ:

Es en relación a la primera pregunta, tuvimos la fortuna de participar recientemente en el experimento, lo llamó modestamente el Dr. Fernández de Castro, de la administración de la vacuna en aerosol de hecho estas investigaciones no son recientes ya se tiene algún tiempo, en algunos países se han probado diferentes vías, la otra vía es la conjuntival, pero específicamente con con vacuna en aerosol ya se tienen algunas investigaciones aquí en México, la primera realizada en 1982 por el Dr. Fernández de Castro conjuntamente con el Dr. Sabino y otros que se han desprendido de ellas y que prueba que la bondad de este método y que proporciona la perspectiva de que podemos en un momento dado utilizar esta metodología para hacer las aplicaciones masivas; ya hablaba Fernando Tapia con respecto al bajo costo. Una cosa que también es importante destacar es el casi nulo rechazo de parte tanto de la madre como del mismo individuo que va a ser vacunado a la vacuna en aerosol, entonces esto habría algunas perspectivas interesantes en la posibilidad de control de este padecimiento, por otro lado la vacuna no contiene el estabilizador que se utiliza en la preparación liofilizada, en este caso en una vacuna que viene congelada y que se administra mediante un mecanismo de bomba por la vía aerosol.

PREGUNTA:

¿ En base a las características por las que está pasando nuestro país actualmente estamos en posibilidades de alcanzar una cobertura nacional?

RESPUESTA DRA. DICKINSON:

Yo considero que si podemos salvar todo esto. Hemos hablado de dificultades en producción de biológico, transportación, posibilidad de tener recursos que se apliquen y si lo

gramos realmente que la comunidad y los otros sectores que porticipan en todo esta podomos trabajar coordinadamente si podemos lograr coberturas. De hecha con los dños nacionales de vacunaci3n, con todos los defectos o los problemas que se han detectado, todavla existen, como comunidades a las que no se llega, tenemos una cobertura adecuado de m3s del 80%, lo que implica que dependiendo del biol3gico tenemos que establecer la estrategia para la vacunaci3n y lograr las coberturas. Con DPT es imposible hacer dñas nacionales de vacunaci3n, imposible que nosotros manejemos esa estrategia; con Polio es m3s f3cil porque como ya se mencinaba tenemos la vacuna de manera pronta y no hoy posibilidad de que se nos inactive, salvo que el biol3gico no se conserve en 3ptimas condiciones entonces para cada biol3gico nosotros necesitamos analizar cu3l va a ser la mejor estrategia para lograr estas coberturas y tambi3n en funci3n de las 3reas que vamos a vacunar, porque hay 3reas inaccesibles donde tenemos que buscar la forma de llevar el biol3gico, de transportar este biol3gico, de almacenarlo, de tenerlo guordado.

COMENTARIO DR. COMEZ UGALDE:

Yo quisiera ogregar esto, para alcanzar coberturas de vacunaci3n suficiente tendr3amos que hacer operar el programa permanente de vacunaci3n, desgraciadamente incluso las fases intensivas de vacunaci3n aunque nosotros no querramos y por m3s que estemos con los Estados asistiendo trae como consecuencia una negatividad en el programa ¿por qu3? porque no hemos podido convencer a la gente de algo contrario a un error que comenten ¿cu3 es?, - suspenden las actividades de vacunaci3n un mes antes y un mes despu3s de una fase intensiva. Por ejemplo; dñas nacionales de vacunaci3n de enero y marzo; no vacunan en diciembre porque en enero va a ser el dña nacional, no vacunan en febrero porque es un mes despu3s del dño nacional, un mes antes del 2o. dño nacional y no vacunan en abril. De verdad esto est3 suscit3ndose y por m3s que insistimos, este conocimiento de que el interfer3n - oct3an un mes despu3s de la aplicaci3n de una vacuna, trae como consecuencia esta ocasi3n inadecuada. Por otro lado tambi3n la gente se acostumbra a que hay una fase intensiva cada determinado tiempo; o se acostumbra a que el servicio le va o llegar o casito. Entonces es el momento que nosotros busquemos t3cticos pertinentes que hagan operar el programa permanente de vacunas poro poder hablar de mejores coberturas de vacunaci3n.

COMENTARIO DR. ORTIZ CATANEO:

Sobre lo mismo, complementando lo que mencionaba los Dres. Tapia y Gómez Ugalde en el Instituto existe una seria preocupación por este suceso que está tan bien presentado en donde a partir de los días nacionales efectivamente se incrementa el número de dosis de este producto biológico pero también es cierto que a partir de esa fecha el programa permanente se está cayendo, se están buscando ya las estrategias correspondientes para poder incrementar este programa que sentimos es también la parte medular para poder controlar estos padecimientos.

COMENTARIO DR. ACUIRRE:

Acerca del Sarampión en el sentido de que al igual como existe subregistro de estas personas también en algunos lugares existe un subregistro del Sarampión, hemos visto frecuentemente que cualquier enfermedad exantemática es diagnosticada como Sarampión, frecuentemente se maneja como un caso de Sarampión, siendo que en realidad no cubre los registros para identificarlo como cuadro clínico aquí viene o salta el problema de establecer un diagnóstico de certeza, la posibilidad de acceder a un diagnóstico de certeza del Sarampión debido a la multiplicidad de enfermedades exantemáticas virales y de diferente etiología que pueden semejar en un momento dado el Sarampión o bien una gran diversidad de manifestaciones clínicas en cuanto a severidad que puede dar el mismo Sarampión o de semejar desde el cuadro clínico a un virus hasta algunas manifestaciones parciales que no necesariamente nos orientan hacia el diagnóstico del Sarampión y esa es una cuestión, otra es la relacionada, con la vacuna de la BCG, actualmente se está manejando en ciertos estratos sociales y educativos como un sinónimo de cierto, digamos elevación social el hecho de decir "es que mi pediatra me dijo que no haya que vacunarlos con BCG", o sea que es algo sumamente extenso en el D.F. y en interior de la República que haya un número de pediatras que como por norma ya así y por slogan les dicen a sus pacientes - que no los vacunen con BCG, casi diciéndoles si los vacunan con la BCG los van a tachar de pobres, entonces esto es un problema que ya lo veo gravísimo sobre todo por la gran repunte que está teniendo la Tuberculosis en últimas fechas por las condiciones generales en nuestro país y por último en tercer punto ¿se ha evaluado el impacto del programa este de la cartilla nacional de vacunación? , ¿sirve realmente de algo, ha tenido -

realmente algún efecto sobre toda para propiciar la mejoría en el esquema de inmunización?

COMENTARIO DR. CABRERA:

Pera ya adicianarla a su observación algo: fíjese que en una encuesta de cicatriz que hicimos en Iguala, en toda el municipio se encontró que la mayor parte de las niñas tienen su cicatriz cerca del 80% de las escolares tenían su cicatriz, pero luego ya les dije a mis colegas que averiguaran las que no tenían cicatriz, ¿por qué no tenían cicatriz? fíjese: todas las hijas de médicas que iban a la escuela no tenían cicatriz, ahora todavía se la voy a poner más clara, ésta encuesta no se ha hecho pero vale la pena apostar a que la voy a salir semejante a todas estas que hablamos de que el BCG es conveniente y que protege, y quien sabe cuantas casas más decimos pregúnteles a las sanitaristas, a las directores del Centro de Salud, a las egresadas de Escuelas de Salud Pública, a las epidemiólogas de estados, etc., y permítale revisarles el hombre a sus hijas y verá que no va a ser sorpresa encontrar que ni siquiera ellas, que dicen que debe usarse, clara no es el mismo ejemplo: dice que se haga la voluntad de Dios pero esa que quede en mi compadre verdad. Ahora cada vez la gente sabe más acerca del BCG y sabe que protege; la mayor parte de las gentes si acepta el BCG, pero no las médicas, las que decimos que debe ser usada, no, cada vez más pero también muchas gentes cada vez más, saben que las niñas que fueran vacunadas con BCG tienen cierta tendencia a hacer cicatrices queloides y esta les asusta mucho, dicen pues un día le pueden lastimarse la cara y tener ahí una cicatriz verrugosa muy fea si ven esta también trasciende y se sabe, alguna vez a algunas médicas se les ocurrió, porque la cicatriz del BCG son muy feas, sobre todo algunas que son muy evidentes y muy grandes recomendarle a las mamás "bueno pues mira ve a mi consultaría, te pongo un poco de novocaina, te haga una incisión, te quita la cicatriz y lista; pero la cicatriz de la intervención era peor, entonces se les ocurrió meterles cartilana, intradérmica, antes de la pequeña intervención quirúrgica y después el proceso de cicatrización; de nada sirvió, la cicatriz que dejaba la intervención era peor que la cicatriz que se pretendía quitar, así es que con el BCG hay muchos tabús todavía entre las médicas, algunos con honestidad dicen: No debería aplicarse la BCG porque tiene inclusive ciertos riesgos, no solamente la cuestión del queloides, otros riesgos hablan y atrás acultamos nuestra honestidad en esa acción y decimos debe aplicarse con BCG pero nuestras hijas no se vacunan con BCG así es que

esta del repunte del BCG y permítaseme hacer una observación en este sentido y al comentario que inició el Dr. Aguirre, al principio de esta Administración se fijaron metas de reducir la morbilidad, en términos de incidencia, de ciertas enfermedades, la que no fue posible porque se descuidaron varios programas y voy a mencionar tres, porque esta es muy evidente: el Programa de Lepra, el Programa de Tuberculosis y el Programa de Oncocercosis, hay atras. El Programa de Oncocercosis es importante sobre toda en Chiapas y en Oaxaca solamente en esas Estados, en ningún otra hay a sea que efectivamente hay una decisión política para acatar problemas como estas sin embargo ya le pueda adelantar que la evaluación del sexenio va a demostrar que efectivamente disminuyó la tasa de incidencia de la Tuberculosis y la tasa de incidencia de la Lepra y de la Oncocercosis, pero cuando ocurrió cuando se hicieron los programas sexenales ya la comenté con algunas colegas y posteriormente con el Maestro Kumate cuando tomó posesión de la Subsecretaría de Servicios de Salud y le dije: Deme recursos suficientes y no crea que muchos y ya contradiga la que, el propósito que persiguió esta Administración a sea me ponga a buscar los casos y los encuentra, entonces en lugar de disminuir la incidencia, si me ponga a hacer un programa de pesquisa, bien, adecuada, etc., le duplica y a lo mejor hasta le triplica la incidencia a sea ya crea que las metas no deben ser así tan simples como se plantearon al principio de esta Administración, disminuir la incidencia de Tuberculosis de tanto a tanta, de tal a tal, mencionaban cifras, disminuir la de Lepra de tal a tal, sino deberían hacer metas de buscar casos porque si los buscan los encuentran, ya si estoy con usted, crea que hay más Tuberculosis que antes pero las cifras oficiales nos demuestran que hay menos, esta viene también a calación con la observación que hizo el Dr. Aguirre al inicio de esta mesa redonda. Cuando el Dr. Kumate era Director General de los Institutos de Salud, le mostré una gráfica de la frecuencia del Paludismo desde 1950 hasta 1982-83 y él observó que la gráfica tenía elevaciones y mesetas, y entonces me dijo: " a que se debe esta Dr". a ver maestra ¿cuándo tomó posesión el Lic. de la Madrid? pues 1982, buena pues váyase para atrás y vaya cantando de 6 en 6 y verá que hay una coincidencia muy evidente, cuando el Dr. Kumate tomó posesión de la Subsecretaría de Servicios de Salud el Paludismo se estaba incrementando en una forma tan alarmante que en el año de 1986, tuvieron las cifras más elevadas después de la iniciación de la Comisión Nacia

nal para la erradicación del Paludismo, que ahora ya no es erradicación sino control que inició en 1955 y la operación en 56, a sea que nunca habíamos tenido una frecuencia tan elevada y además con menor búsqueda de casas, vuelva otra vez a la misma, busquen los casos y las encuentran a sea el número de láminas de sangre examinada era menor a pesar de esa había más casas, buena el Dr. Kumate, hechanda mano de sus habilidades y de sus influencias políticas y administrativas logró recursos para el Paludismo, el año pasado y estaba lograda disminuir 20% en el año antepasado y el pasado el 20% la frecuencia de Paludismo y además con más búsqueda de casas a sea con más láminas de sangre examinada así que la observación del Dr. Aguirre es muy válida, que nos va a ocurrir estando aquí tratando de Alma Ata, 10 años después en un ámbito universitaria ¿valdría la pena hacer predicciones? pero quien se atreve a hacer predicciones de índole política a partir de 1989 ¿por qué? porque cambia otra vez la Administración, es posible que cambien las políticas. En la última hora transcurrida, han muerto más niños por diarrea que todas las - casas acumuladas de SIDA desde 1981 en el mundo, estamos hablando de Atención Primaria y sin embargo hay una prioridad y una edición política tan grande que están destinando tal cantidad de recursos para el SIDA y están descuidando, a mi juicio las actividades de prevención en este ámbito de libertad, podemos utilizar este foro, en otras proyectos que son muy importantes, ya digo que el SIDA no sea importante, no hay duda de que lo es, pero como este país debería de medir sus recursos, evaluarlos y establecer congruencia entre la que tenga y el problema que tenga que resolver, no hay duda de que el problema del SIDA es grande y tiende a crecer, la Dirección General de Epidemiología nos informa que duplica las casas cada 8 meses, es un crecimiento exponencial, es un problema muy serio, tiene estimaciones del número más probable en base a encuestas de infectados y cuántas casas de infectados no enfermos lo serán y cuántos morirán a cierta plaza, se le debe dar importancia, pero no debe de descuidar proyectos que son evidentemente prioritarios y en términos de magnitud, frecuencia, distribución, impacto social y todo eso, también debe ser como es el caso de la diarrea y en el caso que usted mencionaba la Tuberculosis, - como que en esta Administración es un programa totalmente descuidado, el de Lepra es un programa totalmente descuidado, el de Oncocercosis también prácticamente las acciones que se hacen son escasísimas, muy pocas.

COMENTARIO DR. AGUIRRE:

Quedaba pendiente una pregunta respecto a la Cartilla Nacional de Vacunación que en este Seminario yo creo que debe de estar siendo tratada de alguna manera.

RESPUESTA: DR. CABRERA:

Tiene usted razón la Cartilla Nacional de Vacunación es muy importante pero no está funcionando como se programó inicialmente, la Cartilla Nacional de Vacunación cuando nació pretendió ser similar al Programa de Cartilla Militar, de tal manera que si usted va a pedir un pasaporte, le van a exigir su cartilla del Servicio Militar Nacional al menos, que como buena observación hizo Ugalde, haya rebasado ciertos límites de edad, a mi ya no me piden la Cartilla del SMN cuando voy al aeropuerto entonces era un medio en cierto modo coercitivo para registrarse en la escuela, en los jardines de niños, desde antes en el registro civil, para registrarlo como ciudadano mexicano, en el libro de nacimientos - claro que no se les iba a negar el registro, lo que pasa es que ahí se les iba a dar la Cartilla, cosa que aún sucede en muchos lados, pero la verdad es que el programa no funcionó con ese sentido exacto estrictamente; porque no se legalmente posible exigirle a una persona que presentara la Cartilla para poder ingresar en la Escuela, era un medio de presión pero no podía ser un requisito por lo tanto la Cartilla Nacional de vacunación sigue ahí y sigue funcionando bien, pero en ciertos grupos sociales. Vuelvo a insistir, como lo mencioné antes, por ejemplo la mayor parte de los derechohabientes de alguno de los Institutos de Seguridad Social tienen su cartilla y la tienen bien, cuando hacemos encuesta de cobertura, bueno no tenemos una información que le pueda dar una respuesta satisfactoria a usted, a su pregunta, pero tenemos indicios de que funciona de cierta manera porque tenemos un caso probable de Poliomiélitis, hacemos la averiguación de los antecedentes vacunales y registramos de donde se tomó el dato: si fue de cartilla, si fue de algún otro tipo de registro que en minoría, pero algunas madres lo registran en una libreta o si fue simplemente un dato anamnéstico que la madre dió, esto también nos da una información sobre la confiabilidad del dato y hemos encontrado que inclusive aún en lugares rurales o en lugares muy apartados se sigue empleando la Cartilla Nacional de Vacunación, también otra cosa que no ocurre con la Cartilla Nacional de Vacunación estaba precodificada para mandar toda la información a una computa

dora, no está sucediendo esta, si estuviera ocurriendo tendríamos una respuesta idónea a la pregunta que usted hace, pero yo no tengo ni siquiera una idea aproximada de que proporción de los niños tienen Cartilla Nacional de Vacunación en este país pero si - estoy seguro que no me equivocaría si dejara que es más de la mitad, pero no sé que tanto más.

COMENTARIO DRA. DICKINSON:

Quería algo comentar algo al respecto posiblemente suene un poquito quizá agresivo pero si analizamos las tendencias de los padecimientos prevenibles por vacunación y comparamos con los países desarrollados podríamos ver que las tendencias son similares, que esto quizá a ustedes les extrañe un poco que lo digamos nosotros que estamos involucrados en las actividades de vacunación, pero hay gran diferencia: años, años y recursos tecnológicos esas tendencias que ahorita tenemos nosotros con vacuna las tiene los países desarrollados sin vacuna hace algún buen tiempo de años, a lo que quiero llegar es a lo siguiente que no únicamente es producto biológico y aplicación de productos biológicos sino que son otro tipo de aspectos que abarcan ya situaciones de tipo social, político, otro tipo de actividades, pensar que únicamente con productos biológicas, con vacuna vamos a erradicar estos padecimientos.

Existan algunas otras cosas que si desconciertan, hay algunas cosas que inclusive las - hemos vivido, por ejemplo recordara un poquito ahora lo referente a Tuberculosis, en Tuberculosis, en Tuberculosis tenemos dos tratamientos acortados que negativizan rápidamente, que evitan que el paciente bacillífero contagioso a otros individuos, no se si ustedes conozcan, no se ahorita en cuanto esté el costo de una cápsula de Rifampicin, por decir algo, pero a mi me tocó en alguna ocasión ver en una Unidad de Salud que tiene los tratamientos acortados con Rifampicina, en forma gratuita y en un hospital al lado en - que le están dando al paciente nada habiente, nada de recursos, le están dando la receta para que vaya y surta en una farmacia privada las cápsulas de Rifampicina que ameritan su tratamiento para la tuberculosis, con esto ¿que trato de decir? pues que hay muchos aspectos sobre todo desde el punto de vista de Atención Primaria, que nosotros mismos - estamos descuidando, es decir, no pensemos en los grandes desarrollo tecnológicos, en - las grandes tecnologías complicadas, muchas veces son cuestión de sentido común y de -

aprovechar las recursos de las que disponen hacer un mejor manejo de las recursos tener una mejor información, inclusive no solamente como la mencionaba el Dr. Aguirre para el pública, para la comunidad, si no nosotros mismo como trabajadores de la Salud y creo que un paquita retomando el eje central de Atención Primaria que es motivo de estas Seminarios, pues creo que por ahí podríamos nosotros hacer muchas actividades. El Sector Salud de ninguna manera, puede hecharse a costas la responsabilidad y darle salud a la población ¿por qué?, porque el proceso salud-enfermedad es una resultante social donde intervienen una gran cantidad de factores. Es cierta la que dice el Dr., con vacunar no vamos a resolver los problemas, por que esto no cambia la estructura social, ni económica, ni política del país que está influyendo en la problemática de salud del mismo. Entonces el Sector Salud debe en primer lugar tener la capacidad para hacer un diagnóstico adecuada de ¿cuál es la situación? ¿cuáles son los factores que están condicionando estas padecimientos? y proponer las alternativas y que participen en la solución de las alternativas todos los sectores de desarrollo que tienen que intervenir. El Dr. Cabrera decía: buena la Palia aquí en México tiene características especiales diferentes a otros países de Latinoamérica porque es un padecimiento que se da por mala saneamiento. El Sector Salud no es responsable de mejorar las condiciones de saneamiento, ni de vivienda, ni nada de esas, son los otros sectores del desarrollo los responsables de hacer esto ¿qué tiene que hacer el Sector Salud?, buena decirlo, decirlo y hacer que los otros sectores participen y hagan lo que tiene que hacer. En relación a la Tuberculosis que decía el Dr. si nosotros analizamos en la historia la tendencia de la Tuberculosis, vemos que aún con coberturas bajísimas de vacuna y antes de que se vacunara, la tendencia de la Tuberculosis en el país era descendente ¿por qué?, porque había desarrollo en el país; porque se mejoraban los niveles de vida y con esta disminuyó la tasa de Tuberculosis que ahora, aunque las tasas de cifras no digan que van para abajo, ya también creo que van para arriba ¿por qué?, porque la población está empobrecida; porque ha disminuido la calidad de vida de la gente. Entonces evidentemente estas padecimientos se incrementan: por eso hay difteria y sarampión. Habrá que hacer programas de vacunación excelentes en las que tenemos que trabajar con la participación con el resto de los sectores y por otra lado en la población.

Existe por ahí una revista de foro mundial, que dice que las metas de los programas de vacunación es lograr que la población demande como un derecho la vacunación de sus hijos. Si de verdad nosotros hiciéramos tomar conciencia en la gente este derecho, no como un favor sino como algo necesario en sus hijos y lo exija y lo demande, entonces nosotros quizá podríamos disminuir o controlar, inclusive erradicar los padecimientos que ahora estamos trabajando, y yo también quisiera decir algo, que probablemente erradiquemos la Polio, probablemente el Sarampión, pero siempre habrá enfermedades y de hecho cada día se están haciendo más experimentos en vacunas contra otras enfermedades, si nosotros caminamos todo este camino, cuando estas vacunas ingresen al Sistema de Salud será más fácil su aplicación. Si tenemos una población consciente de la utilidad de las vacunas, la facilidad de llegar a esta población será adecuada hacer, lo que hemos, en funciones de nuestra perspectiva y de nuestro ámbito de acción lo hacemos bien creo que podríamos ir avanzando en ese sentido.

COMENTARIO DR. TAPIA:

La Atención Primaria de Salud, se plantea como la estrategia para lograr una serie de metas, en donde debe existir la participación multisectorial, para el mejor saneamiento ambiental, el cuidado de la salud materno-infantil, la participación comunitaria. El reto justamente sería que nosotros lográsemos establecer por lo menos para el año - 2000 la Atención de la Salud, como una situación a la que tuviera acceso toda la población, coincido que obviamente no es problema del Sector Salud en forma global, pero quizá si en forma primaria en el sentido de favorecer cierto tipo de situaciones que han limitado a participar a los diferentes sectores en mejor el nivel de salud de la población. El día de ayer estuve en la presentación de un nuevo libro de UNICEF, titulado "Ajuste y Rostro", en este libro se hace un análisis del impacto que ha tenido la crisis económica que sufre la mayoría de los países en desarrollo, sin duda el impacto mayor está en los grupos más desprotegidos y sobre todo en el área de salud además se llama "Ajuste" porque propone una serie de ajustes a las políticas vigentes en estos países y entre los que destacan:

1. Reducir el gasto público.- En el momento en que se reduce el gasto público se podrán o lo mejor derivar mayores recursos a la atención de Salud.
2. Dirigir el mayor número de acciones de Salud a los grupos más desprotegidos.
3. Fortalecer la educación de los grupos o los clases sociales más bajas: esto también es indudable. Ahora que nosotros salimos a supervisar las fases intensivas de vacunación, yo soy antisoropiosa, los días nacionales de vacunación antipoliomielítica, es triste ver que los grupos más desprotegidos incluso por sus bajos niveles de educación son los que rechazan la vacuna y claro son los grupos que además son los desnutridos, aquellos que no tienen accesibilidad a los Servicios de Salud, etc., y que sin duda es el que más afecta;
4. Fortalecer las pequeñas industrias y los pequeños productores sobre todo en lo que se refiere a la agricultura y ganadería.
Con respecto a este libro, que es un buen instrumento sobre todo para nosotros, los que trabajamos en este área, en que muchos veces desconocemos de que manera una crisis económica puede afectar a la salud para la cual estamos trabajando.

COMENTARIO: MAESTRA VILLALPANDO:

Creo que el tiempo está llegando a su conclusión le pediría a cada uno de los integrantes de esta mesa que a manera de síntesis expresara en un pequeño frase sus conclusiones sobre el tema tratado en este seminario.

COMENTARIO: DRA. DICKINSON:

Bueno a mi me parece que se trataron puntos muy importantes en relación a los programas prevenibles por vacunación espero y siento que somos, trabajadores de la enfermedad, todavía nos dedicamos a curar pacientes, a tratar pacientes enfermos y no somos todavía trabajadores de la Salud, ojalá que algún día podamos cambiar nuestra imagen y nos convirtamos en trabajadores de la Salud.

COMENTARIO DR. CABRERA:

Pues a mí se me ocurre decir que estamos frente a desafíos que no tienen necesariamente que ver en gran medida con las cuestiones tecnológicas, sino quizá con nuestra capacidad - como individuos y como organización para poder resolver sus problemas.

Las observaciones que hicimos en Iguala son ciertas, las atrasos las hemos hecho pero los superamos o sea tenemos que enfrentarnos a desafíos para lograr objetivos que nosotros hemos trazado y que no hemos conseguido. Estamos a 10 años de Alma Ata y las logros que tenemos ni siquiera los hemos medido; apenas si podemos hacer algunas ensayitas y esta reunión podría ser un ejemplo de esta, pero no sabemos que tanta hemos caminado, como dice Elaisa, el camino que hemos caminado, buena ¿y que tantas kilómetros del camino?, ¿y qué tan larga es el camino?, salud para todos en el año 2000, Atención Primaria, Alma Ata y toda esa ni siquiera la sabemos, hacemos este tipo de ensayitas que son ejemplos muy valiosos y muy importantes. A veces más preocupados por encontrar las aciertos, nos olvidamos de los errores o de las fallas, ya piensa que una de las grandes fracasos que hemos tenido. las que trabajamos en Salud Pública, yo ingresé a la Facultad de Medicina en Santa Domingo en 1952 y desde la Prepa, en mi pueblo de Guanajuata, me dijeran que la Educación para la Salud era algo así como una papea y me la valviera a decir en la Facultad de Medicina, me la valvieron a decir en la Escuela de Salud Pública, la repetí en la Escuela de Salud Pública y ya creo que una de las grandes fracasos de los trabajadores en Salud es precisamente que no hemos sido buenos educadores para la salud, no hemos logrado cambiar la conducta de la población.

COMENTARIO DR. COMEZ UGALDE:

Pues sería simple, estamos a 10 años de una declaración y creo que seguimos analizando los problemas seguimos todavía buscando perspectivas, deseando algunas cosas, realmente sería quizá el momento para una de valorar ¿estamos en el camino adecuada? ¿realmente esta estrategia de extensión de cobertura va a solucionar los problemas a los que hemos ido enfrentando desde hace tiempo?, a es necesario también involucrar otro tipo de aspectos, de instancias; de sectores; creo que no solamente el sector es el que va a enfrentar este reto, creo que en él estamos involucradas todas las que nos podemos llamar habitantes de este planeta Tierra y todos estamos entre las dos fronteras y los dos -

mares; y crea que fundamentalmente este es el reto.

COMENTARIO DR. ORTIZ CATANA:

Bueno, antes que nada quisiera hacer un agradecimiento a la invitación que fue girada al Instituto para poder participar en esta serie de conferencias que se vienen impartiendo y, buena, es una gran satisfacción constatar la participación de el área universitaria en este tipo de problemas que se vienen sufriendo y las alternativas de elección que existen para cargarlas. He constatado esta por la participación del representante universitaria dentro de los mismos reuniones que se realizan con el subsecretario de salud y donde, repita da gusta saber y conocer las opiniones de las representantes de la Universidad en estas aspectos por la mismo considera de gran importancia la formación de recursos profesionales que esta Universidad y con el enfoque de una atención a la Salud, cargada más a aspectos de tipo clínica y hospitalaria que generalmente se venían manejando, así pues crea que con la participación de esta casa de estudios y la integración diaria del Sector Salud y de otras sectores pues podemos avanzar en las metas fijadas para fines de este siglo.

COMENTARIO DR. FERNANDO TAPIA:

Buena pues da gusta que se imparta este tipo de capacitación de personal, con el propósito de que incluso en la Universidad en momento dado se podrán realizar algunos ajustes en los planes de estudio existentes, para que como ya han mencionado algunos compañeros en el profesorado de la medicina sea un personal capacitado única y exclusivamente en el área curativa, sino que también este consciente plenamente de lo que es la prevención, la que es la Salud Pública, que se que ante este tipo de capacitación ustedes podrán tener las inquietudes, hacerlas cambiar en esos planes de estudio, inculcarles a las alumnas que están bajo su responsabilidad la importancia de estas áreas, para que en un futuro próximo, ajalá no muy lejano podamos impactar más importantemente en el factor salud-enfermedad.

CUARTO SEMINARIO
ALIMENTACION, NUTRICION EN
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

LIC. REBECA LOPEZ RUVALCABA

DR. ENRIQUE RIOS ESPINOSA

DR. JORGE CRUZ MOLINA

MTRA. GRAZIELLA ZIEROLD

MESA DE DISCUSION COORDINADA

ALIMENTACION Y NUTRICION EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* LIC. REBECA LOPEZ RUVALCABA
Junio 24 de 1988

Existen una serie de factores como la tecnología, utiliza los roles sociales, la comercialización de los alimentos, la fuerza de trabajo, los recursos naturales, los cuales considerando el tipo de alimentación y su disponibilidad lo que depende el nivel de ingreso, el tipo de alimentos que se pueden adquirir.

La educación en la población es un factor que no podemos dejar de lado sin los patrones de alimentación influyen los hábitos alimenticios y su distribución intrafamiliar, existe una cierta predilección por alimentos a determinados miembros de la familia y generalmente la última en recibir este aporte es la madre y o veces los niños pequeños, también el tamaño de la familia tiene mucho que ver, entre más grande es la familia menos le toca, entonces su alimentación es muy precario.

Otro factor, que influye en el estado nutricional es la utilización biológica de los alimentos, este último factor asegura que nuestra alimentación, sea lo más completo, y reúna todos los nutrientes para una adecuada utilización dentro del organismo; para que esa utilización biológica se dé, debemos tener en cuenta el estado de salud, es decir, estos son controlar las enfermedades sobre todo los de tipo infeccioso, como son las diarreas, contar con agua potable, la disposición de excretos, la higiene en los alimentos, la pérdida de nutrientes que se dan ya sea por su manejo o por las condiciones de saneamiento en los

(*) Asesora de Nutrición de la Dirección de Salud Materno Infantil de la Secretaría de Salud.

y todo mundo para ver quien nos otorga presupuesto para comprar mínimo cincuenta métricas o básculas tipo Selter o que se yo. Los insumos más baratos para llevar el control y la vigilancia del crecimiento y desarrollo y más o menos se han obtenido algunos recursos, pero no para todas las localidades, de tal manera, que al personal le decimos bueno, por lo menos mide al niño, por lo menos midele su brazo y cuando veas que la pulsera se le sale mándalo al centro de salud o mándalo al pasante de medicina, para que lo valore y decida que hacer con este niño.

También hay duplicidad de acciones todos parece ser que nos queremos arrebatar las acciones que en materia de nutrición se hacen y entonces a veces los recursos se dispendian, porque todas estamos haciendo lo mismo en el mismo grupo, cuando podriamos irnos hacia otro lugares, donde no existe la atención. La participación de la comunidad no se ha con solidado y es la mejor opción para lograr disminuir este problema, reflexionar y retroali meter la estrategia de la atención primaria para lograr finalmente la meta de salud para todos en el año 2000, la cual percibe un mejor nivel de vida y que este mejor nivel de vida lo podriamos lograr a través de esa vigilancia de la nutrición del grupo prioritario que es el binomio madre-hija y con acciones muy simples, muy sencillas.

El programa de nutrición tiene aproximadamente 25 años funcionando alrededor de una ayuda alimentaria internacional, y con el programa mundial de alimentos en el cual proporcionaba leche a niños menores de 5 años y a mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, en co munitades rurales menores de 2,500 habitantes, monejado siempre por el pasante de medici na y p la auxiliar de enfermería, la nutrióloga. La experiencia que se tuvo en este programa fue bastante buena, en el sentido de que alrededor del alimento había un fuerte contenido educativo, en el cual a la madre se el enseñaba a preparar los alimentos que se le proporcionaban y combinarlos con alimentos propios de la calidad, además había promo ción para que formaran huertas familiares, hortalizas, gallineros, conejeros, funcionó en la mayor parte de las localidades, se fomentaba la lactancia materna, el control del emba razo, terminó ese convenio con el programa mundial de alimentos y después de iniciar este sexenio y con la política de la modernización de los servicios de salud, se descentrali-

zaron muchas de las acciones y dentro de ellas el programa de nutrición, el cual sufrió un serio deterioro en el sentido de que inclusive desapareció el órea normativa a nivel nacional, de tal manera que algunos estados siguieron trabajando aún sin la ayuda alimentaria. Posteriormente se firmó otro convenio con otro organismo internacional y en este momento están trabajando en 27 entidades federativas con la leche y el queso en el grupo de madres embarazadas y niños en edad preescolar, la modalidad es que ahora el alimento no es exclusivamente para el niño o para la madre embarazada, el alimento es para la familia, se decidió que la ración fuera dirigida a menos población, pero que cubriera a toda la familia, esto funciona básicamente en comunidades de menos de 2,500 habitantes.

El personal de salud, para desarrollar estas actividades cuenta con un manual de procedimientos el cual especifica las acciones que cada trabajador debe desarrollar para controlar los casos sanos de crecimiento del niño y de la madre embarazada y de aquellos que presenten algún riesgo se canalizan a otro nivel de salud, en su unidad, la resistencia más fuerte que tenemos es la referencia y la contrareferencia de casos, ya que no se informa en el primer nivel como se resolvió el problema.

Por otra parte tenemos en el programa del Distrito Federal, como plan piloto a la jurisdicción 5 y estamos capacitando a 100 médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales en el manejo de los instrumentos, pesar, medir altura uterina en la embarazada, calcular edad gestacional del niño y elaborar las gráficas del crecimiento y desarrollo.

Otro punto importante en este plan es la motivación que modifiquen su actitud curativa y obtengan una conducta de preocupación de enfermedades, la salud pública en esta área contempla que la acción curativa se vea en un 20% y el 80% este montada hacia las acciones de prevención.

LA ALIMENTACION DEL MEXICANO

* DR. ENRIQUE RIOS ESPINOSA
Junio 24 de 1988

Nos referiremos fundamentalmente a los patrones alimentarios, las formas urbanas y también de algunos aspectos de la problemática de desnutrición en las zonas rurales, voy a tratar de referir lo más posible a los hábitos de consumo, el consumo nutricional del país, tiene que ser analizado necesariamente en función de las desigualdades sociales que se caracterizan en el país y las diferencias socioeconómicas que se encuentran, es debido a esto que durante los últimos treinta años en que se han realizado encuestas nutricionales en el Instituto Nacional de la Nutrición, hemos visto cada vez más acentuado un fenómeno que le denominamos polarización de consumo, esto significa que la mayoría de los grupos poblacionales consumen dietas deficientes en su aporte calórico y proteínico, mientras que otros grupos y recientemente ha ido en aumento, consumen cada vez mayor número de nutrientes e incluso es exagerado el consumo, lo cual también provoca efectos dentro de la salud.

Este fenómeno de exceso en alimentación del mexicano se observa mucho más en las zonas urbanas, como ustedes pueden imaginar, en la zona rural generalmente sigue siendo deficiente la dieta y básicamente basada en el consumo de maíz y frijol, que son los alimentos fundamentales en esta dieta y que proporcionan hasta un 60 a 80% del aporte calórico que se requiere, en el medio rural, los problemas de consumo son serios y aunque tienen un patrón más o menos uniforme en cuanto a los elementos consumidos con la excepción tal vez del norte del país y de algunas comunidades del Golfo de México, dado que aquí se encuentran

(*) Jefe del Depto. de Educación Nutricional del Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán".

también otra tipa de patrones como el consumo de trigo y el consumo de arroz, en aquellas del Golfo, existen también desniveles causadas por heterogeneidad geográfica, económica y sociocultural de las distintas zonas, en realidad lo que sucede es que dentro de esta situación de tantas limitaciones, como la prevalece en el medio rural, existen pequeñas diferencias en arreglos de la dieta y en la cantidad de alimentos que causan grandes diferencias en nutrición y la salud de las comunidades.

Así hemos diferenciado zonas rurales con aceptable nutrición y zonas rurales con mala y muy mala nutrición, las zonas rurales de buena nutrición en medio rural, es decir, aquellas cuya disponibilidad calórica-proteica y también de salud, es aceptable se concentran en el Noreste, en el Sureste y en la región fronteriza.

En general las zonas de buena nutrición están escasamente pobladas y tienen características culturales y económicas diferentes a las del resto del país, sin embargo, las diferentes estudios realizadas en estas zonas muestran que el problema nutricional no ha desaparecido totalmente, sino que más bien se ha ido desplazando, centrándose en el momento actual en los grupos vulnerables y sobre todo en el niño lactante y en la mujer embarazada.

Las regiones que se encuentran con regular nutrición están sobre todo en el área central del norte en el occidente y en las porciones más meridionales de ambas vertientes marítimas, en el norte también son áreas escasamente pobladas y ganaderas en su mayoría que no pertenecen enteramente a la cultura del maíz. En esta región se encuentran muchas casas de nutrimientos específicas, como es el caso de la deficiencia de la vitamina "A", la cual produce ceguera nocturna como todos sabemos, en la costa del Golfo de México y en las porciones tropicales del litoral del Pacífico, donde la tierra es mejor, hay mayor diversificación agrícola, también los consumos son más o menos aceptables, hay zonas de regular nutrición en la vecindad del Distrito Federal en algunas de ellas probablemente debido a la diferencia económica que ejerce la ciudad y en otras como el estado de Morelos por tener características semejantes a las zonas tropicales, con tierras bastante fértiles.

Ahara los problemas más graves se encuentran en las zonas clasificadas como de mala a muy mala nutrición, esta siguen siendo similares a las que encontramos en las primeras encuestas que se realizaban en el Instituto, en las años sesentas, actualmente el Dr. Chávez, acaba de realizar un estudio sobre geografía del hambre, en el cual se hace una recopilación de datos tomando en consideración diversos indicadores, es decir, se tomó indicadores de consumo calórico y consumo proteico de diferentes poblaciones, ésta a través de la encuesta nacional que se realizó en 1979, en la que se encuestaron aproximadamente 230 comunidades menores de 2,500 habitantes, es decir, que es una encuesta nutricional básicamente rural, en el momento actual.

Se trata de instrumentar una encuesta nacional de nutrición, en la cual se abarquen también las zonas urbanas, dada que actualmente en el país existe un cociente de 70% de población urbana contra el 30% rural es decir, este cociente se ha invertido en los últimos años, es por ésta que actualmente se está implementando esta encuesta nacional de nutrición, que dirige la Dirección General de Epidemiología y que estamos nosotros colaborando estrechamente en su ejecución. Esperamos que al fin de año tengamos datos mucho más actualizados.

En cuestión de desnutrición en el medio rural la encuesta de 1979, realizada por el Instituto Nacional de Nutrición apartó dos indicadores que son los de aporte calórico y aporte proteico, también se tomó la tasa de mortalidad preescolar, el índice de marginación, el propuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social, las zonas de mala nutrición para 1960 persisten en la actualidad como son: el centro del país, la parte de la sierra de Guerrero, Oaxaca y prácticamente toda Chiapas y Yucatán, en Yucatán fundamentalmente la zona más afectada, todas estas regiones presentan un cuadro claro de desnutrición endémica, sus consumos, tanto calóricos como proteicos, así como de otros principios nutritivos son muy bajas, el estado de salud y nutricional de las niñas son precarios, estas zonas pueden ser calificadas como zonas problema, desde el punto de vista nutricional, su situación reclama medidas resolutivas inmediatas.

Entonces este panorama que les presento, es con respecto a las zonas rurales, la dieta tradicional basa en maíz y tortilla, es la base de la alimentación y la que proporciona del 60 al 80% del aporte calórico y proteico, ahora en las zonas urbanas sucede otro fenómeno muy diferente, dado que la estructura alimentaria de la población urbana ha tenido importantes cambios en las últimas décadas como resultado de la influencia ejercida por una serie de factores sociales, económicos y culturales, tales como el acelerado crecimiento industrial, fuertes movimientos migratorios de la población rural y recientemente la crisis económica por la que atraviesa el país, de tal manera que podemos ver como el lapso de 1970 a 1980, la industria alimentaria fundamentada principalmente por empresas trasnacionales, experimentó una evolución tendiente a la producción de alimentos de tipo suntuario y los llamados *pacotilla*, los primeros son alimentos procesados, consumidos preferentemente por estratos de ingresos más altos, los segundos los de *pacotilla* son derivados del azúcar, grasa y harinas refinadas, de muy bajo valor nutritivo que se llegaron a distribuir por todo el país, esta expansión económica determinó a largo plazo un crecimiento del producto bruto y el ingreso personal, sin embargo, fue muy notable la presencia de grandes desigualdades por sectores parciales.

En forma paralela se ha presentado un movimiento migratorio masivo cambiando la relación urbano-rural, agudizando todos los problemas sociales, tanto del campo como de la ciudad. En medio de todo esta problemática se presentó la crisis del 83, la cual se caracterizó porque el crecimiento económico bruscamente disminuyó mucho el flujo tanto al campo como a la ciudad, la inflación creció progresivamente y grandes grupos de población quedaron desempleados y la disponibilidad alimentaria bajó considerablemente.

Recientemente acabamos de concluir un estudio cuyo objetivo fue el describir los cambios en la estructura alimentario de los barrios obreros en el Distrito Federal, estos cambios se han registrado a través de los años por el Instituto Nacional de la Nutrición de 1960 a 1987, éstos se realizaron sobre el área metropolitana de la ciudad de México y se recolectó básicamente hábitos alimentarios, se utilizó información provenientes de cuatro encuestas de consumo alimentario en familias obreras, realizadas en 1960, 1979, 1981 y 1987.

A pesar de que no todas las encuestas tenían los mismo objetivos, en todas se recolectaron datos muy semejantes sobre consumo familiar de alimentos, quiero hacer una aclaración sobre como se recolecto la información dietética, esta se obtuvo por medio de la técnica de dieta habitual, con mediación de algunos alimentos y de tasas y medidas de 72 a 48 horas, este método consiste en cuantificación mediante básculas y tasas graduadas de los alimentos consumidos dentro de estos periodos de 72 a 48 horas por la familia, se vieron reforzadas estas encuestas por un inventario que se hizo en el medio familiar, al menos en donde realizamos este estudio se pudo observar que existía un detrimento en la calidad de la dieta en la década de los ochentas, aunque en cuanto a cantidad esta no se vió muy afectada, las fuentes proteicas sufren una regresión al tipo observado en 1960, cuando las proteicas provienen de alimentos de origen de tipo vegetal, en 1979 y 1981, ésto se revierte y la fuente proteico principal provenía de los alimentos de origen de las calorías. El cambio ha sido menos dramático que lo ocurrido en las fuentes de proteínas, sin embargo, se observa una reducción importante en el consumo de leche y derivados así como fuente calórica, simultáneo a un incremento en las fuentes, consumo de grasa la proporción del gasto destinado a la alimentación se ha incrementado en los últimos años, lo que indica una reducción en la capacidad adquisitivo del sector obrero, la regresión ha sido muy brusca y si continuo o la misma velocidad en sólo dos años posiblemente se regresará a los niveles alimentarios urbanos de 1960, con toda la serie de problemas de abasto, de compra, preparación casera y sobre todo de nutrición.

Lo que se había ganado con tanto esfuerzo se esta perdiendo y quizás en un futuro a corto plazo, los problemas alimenticios, las contradicciones en el abastecimiento y el estado de nutrición, situen a la población urbana en niveles tan serios como ahora los presenta la población rural.

ESTADO ACTUAL DE LA DESNUTRICIÓN EN MEXICO

* DR. JORGE CRUZ MOLINA
Junio 24 de 1988

El panorama general de la situación, según la clasificación que hace el Dr. Adalfo Chávez, en relación a la situación alimentaria en nuestro país, esta determinada en 3 grupos. Una de ellas, severamente subalimentada, es decir, aquel grupo de individuos que se encuentran al borde de muerte y corresponde al 30% de nuestra población, básicamente ubicada en áreas marginadas, tanto rurales como de áreas urbanas, que tienen pocas posibilidades de desarrollo; el segunda grupa corresponde a nutrición deficiente y practicamente corresponde al 55% de la población, generalmente son grupos de trabajadores que tienen evidencias de haber presentada algún grado de desnutrición en su infancia y que obviamente presentan las consecuencias de haber sufrido una desnutrición prolongada, una desnutrición crónica en las primeras años de vida y, finalmente, el grupo privilegiado, el 15% de nuestra población, con mayores posibilidades de adquirir alimentos y por lo tanto tiene una mejor alimentación.

En otra estudio, efectuada para el Instituto Nacional de la Nutrición en 4 regiones del país (la región norte, la región del centro, la del sur, que comprende Guerrero, Oaxaca y el resto de las estados del sureste), se encontró que ninguna alcanza a cumplir con el promedio calórico diario, determinada en la ingestión de 6,650 calorías (cifra determinada en el INN), puesta que los estados del norte, que supuestamente tienen una mejor ingesta calórica se encuentran con un 16% por debajo del promedio calórico necesario, teóricamente hablando, los pondría en una situación de repasa: los estados del centro y

(*) Director de Area de la Dirección Materno Infantil de la Dirección General de Medicina Preventiva.

del sur tienen un déficit de más del 30% del promedio diario necesario, podríamos decir, que estos estados quizá los únicos que tienen es una alimentación que les permite lo so brevido; los estados del sureste tienen un déficit prácticamente de la mitad del valor calórico requerido.

Este panorama se presentó en 1979, actualmente la Secretaría de Salud y su Dirección General de Epidemiología están llevando a cabo una encuesta nacional antropométrica que va a permitir conocer o tener datos actualizados de la situación nutricional de la población en nuestro país; esta encuesta se inició el año pasado, durante los meses de mayo y junio, se esperan los resultados a principios del año entrante.

Los grupos más vulnerables que sufren estos problemas son los mujeres embarazadas, los mujeres lactantes y los menores de 5 años, quienes requieren un aumento del aporte calórico para que no se deteriore más su estado nutricional. En toda América Latina, del 50 a 75% de las muertes por desnutrición ocurren en menores de 5 años.

Un 60% de los niños que nacen cada año sufrirán algún grado de desnutrición; de éstos, el 40% tiene desnutrición antes de nacer. La desnutrición afecta dos procesos biológicos importantes en el ser humano, estos son: el proceso reproductivo y el proceso del crecimiento y desarrollo. En la medida que podamos limitar la desnutrición, las futuras generaciones gozarán de un nivel de salud más adecuado.

La estrategia de atención primaria de la salud plantea una serie de acciones con el fin de alcanzar el meta de salud para todos en el año 2000 y lleva implícito dos elementos básicos, uno es la participación de la comunidad y el otro es la coordinación intersectorial, aparte de otros elementos; la Secretaría de Salud propone como alternativas:

- Médicos especializados en el primer nivel de atención, ya que cuenta con recursos materiales en todas las entidades federativas.

- *Implementar de manera adecuada las coberturas de vacunación, para así disminuir el 80% de las muertes.*
- *Mejorar los sistemas de información.*
- *Implementar programas de orientación alimenticia, así como vigilancia del crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta los 18 años.*
- *Readecuar los programas verticales existentes que no permiten una coordinación interdisciplinaria y multidisciplinaria.*

Para finalizar, el panorama de la desnutrición en México, continua siendo un problema de salud pública en tanto no se incida con acciones eficaces dirigidas a la detección y prevención de la desnutrición en los grupos vulnerables.

HABITOS ALIMENTARIOS

* MTRA. GRAZIELLA ZIEROLD
Junio 24 de 1988

Tradicionalmente se asume que los orígenes del estilo de comer de los obesos descansan en ciertos defectos internos tanto metabólicos, como psicológicos; y que el control de la obesidad descansa en remediar tal defecto. El resultado ha sido el empleo de un vasto catálogo de medicamentos que quitan el apetito y una exortación no menos intensa, a la gente obesa, a ejercitar su fuerza de voluntad.

Durante los últimos quince años se han operado cambios importantes en lo que se refiere a los temas que tratan obesidad. Varios investigadores, se han dedicado a la tarea de trabajar sobre programas de modificación de hábitos alimentarios, y han establecido sin duda alguna, que estas técnicas de modificación de conducta son más efectivas que los métodos tradicionales para reducción de peso.

Los Programas de Modificación de Hábitos Alimentarios tratan de bajar de peso pero sólo indirectamente. Específicamente se trata de bajar de peso como resultado de un cambio de hábitos.

El ganar de peso no significa que se sea una persona débil, sin fuerza de voluntad, lo que pasa es que cuando se esta tratando de perder peso ya sea a base de dietas o de drogas, etc., no se esta aprendiendo a comer de una manera más consciente; no se han modificado los hábitos alimenticios y cuando se encuentran de nuevo de vuelta a su mundo real,

(*) Profesor de la Facultad de Psicología, UNAM

simplemente comen de la misma manera de siempre.

El objetivo del programa es el de enseñar a comer en una forma que le permita bajar de peso y mantener ese peso. Se requiere de más tiempo y esfuerzo que la que requeriría una dieta común, pero tiene muchas más ventajas.

El comer demasiado y la falta de actividad física son patrones de conducta que se han tenido por años. Se han aprendido y practicada por mucho tiempo. Como cualquier hábito enraizada, continúan porque pagan. Mucha se ha escrito acerca del modo en que el comer y el beber permiten desarrollar estados psicológicos. Para todas nosotras, una dieta balanceada es una llave esencial para nuestra sobrevivencia y nuestro bienestar. Para las bebés y las niñas pequeñas, algunas de las conductas más reconfortantes con sus padres están asociadas con la comida, por lo que el comer implica seguridad. A medida que el niño crece, la comida se le da por lo general como un premio por su buen comportamiento, añadiendo "aprobación" como otra significada de comer. Cuando el niño entra en edad adulta, la acción de dar y recibir alimentos se convierte en señal de aceptación social y hospitalidad. Comer implica amabilidad y generosidad en estos casos. En consecuencia, todas nosotras damos muchas significadas a la comida: significadas que tienen fuerte significación psicológica, en oposición a la significación fisiológica.

A menudo, cuando no tenemos mucho en que pensar, o cuando necesitamos un sentimiento de seguridad porque estamos tensas o nos sentimos tristes, o algunas veces como un medio de expresar nuestra desafió a caraje, cuando sentimos que nos han tratado mal; nos decimos que simplemente tenemos demasiado HAMBRE como para comer, y por lo tanto comemos. Luego, habiendo comiendo un bacardillo, nos decimos que el daño ya está hecho y comemos un poco más y más, y más; hasta hacemos un gran daño a la confianza que tenemos nosotras mismas.

En contraparte cada patrón de conducta tiene sus consecuencias; el comer demás dejar como consecuencia el tener que usar tallas más grandes, una pobre autoimagen, pérdida de agilidad y de salud, etc. Esto a su vez trae como consecuencia una pérdida de la autoestima y

frecuentemente depresión. El cambiar los patrones alimenticios puede afectar muchas aspectos de la vida, tales como ser aceptadas por otras, ser admirada, etc., que dará como consecuencia un cambio en la manera de pensar y acerca de las propias sentimientos hacia uno mismo. Las recompensas de perder peso no son inmediatas, toma tiempo el lograr beneficios tanto en salud como en apariencia. Además hay que recordar que el comer da una recompensa inmediata, la que dificulta el recordar los beneficios a largo plazo que se obtendrán al no comer de más.

Debida a que hay muchas influencias en las hábitos alimenticios y debida a que se ha aprendido a comer como respuesta a muchas situaciones, estas hábitos alimenticios son muy difíciles de cambiar. Por esta debemos tener un programa sistemático de trabajo en casi cada aspecto de la vida para librarnos de todos los estímulos que le pidan al sujeto que coma.

El pensar que los hábitos alimenticios han sido aprendidos es una manera optimista de ver las cosas, pero podemos pensar que podemos aprender a REEDUCARNOS. Al establecer nuevos hábitos alimenticios, notarán que casi automáticamente las anteriores se van perdiendo.

Es muy importante saber que las metas de este programa no son las de dejar de comer, o simplemente estar a dieta, sino el desarrollar un nuevo conjunto de hábitos alimenticios, de manera que cuando se baje de peso, se mantenga en él. Esto involucra no sólo el tipo de comidas que se come, sino también cómo, cuándo, dónde y con quién come, y las circunstancias bajo las cuales se adquiere la comida.

Este programa no se centra en incrementar la fuerza de voluntad y la resistencia a la comida, sino un reorganizar del medio ambiente y de esta manera producir cambios en su comportamiento. Por ejemplo, si uno siempre ha respondido al ver galletas el primer vistazo y se las ha comido, y como consecuencia de esto sigue con más bocadillos, sería absurdo pelear contra la fuerza de voluntad. La manera más directa es quitar las galletas. Si usted nunca ve galletas perderá el hábito.

Investigaciones sobre la materia han mostrado que las personas con sobrepeso son más sensibles a muchos aspectos de su medio ambiente que las delgadas. Las personas gordas responde más a estímulos externos, como la presencia o el aroma de la comida, anuncios de T.V. a la hora del día o a un cierto lugar de la casa que haya sido asociado con comida; y comúnmente. Al mismo tiempo están menos dispuestos a responder a elementos internos como el hambre. Trabajando para cambiar al mundo externo son gratificadas pues se quitan muchos de los estímulos y aprenden maneras de enfrentar otros que no pueden ser cambiados como la hora del día o situaciones sociales.

En este programa enfocaremos el esfuerzo de buenos hábitos alimenticios, más que debilitar los malos. La razón de esto es simple: es más fácil aprender un buen hábito que olvidar uno viejo.

Más aún, si se quiere que el nuevo hábito sea incompatible con el viejo, el viejo naturalmente se debilitará, por ejemplo: es imposible acabar una comida en pocos minutos, si se hace una pausa y se dejan los cubiertos sobre la mesa después de cada bocado.

Una de las primeras cosas que se desarrolla en este programa es un estado de alerta, pues se examinan en detalle los hábitos alimentarios actuales y determinan los comportamientos específicos que lo han llevado a su problema de sobrepeso actual. Una vez que se hayan identificado estos comportamientos se procederá a pensar en que condiciones experimentales se controlarán. Finalmente, estará en posición de hacer cambios en su medio ambiente que favorecerán los nuevos hábitos que se buscan.

El cambiar un hábito no es tarea fácil, sobre todo si se quiere hacer toda a la vez, la manera de facilitarlo es romper el comportamiento en partes, por ejemplo: el comprar la comida, la preparación de la misma, la identificación de donde y cuando come, etc., y trabajar en cada parte a la vez. Esto hace que se camine despacio, pero hay que pensar en los años que han transcurrido para tener el peso actual; y el obtener nuevos hábitos no se logra de la noche a la mañana. La manera de obtener éxito es dando pequeños pasos

hasta aprenderlos, dicho de otra manera hasta que se conviertan en hábitos.

En este programa que dura 20 semanas, unas semanas se presentan técnicas para alterar el medio ambiente alimentario, otras semanas se introducirán técnicas de modificación de conducta a los comportamientos que sean más problemáticos.

No existen magias para provocar cambios.

Toma tiempo y esfuerzo.

Quizá a veces sea difícil seguir alguna técnica. No hay problema. No hay carreras ni competencia en esto, el objetivo de este programa no es el degenerar culpa, sino a ayudar a controlar el estímulo que causa el comer demasiado.

El programa se ayuda de una dieta balanceada el propósito es el aprender a comer de todo pero con control. Como parte de la reeducación del sujeto obeso se le proporciona un Plan Alimentario adicional a este programa.

El perder peso no es un comportamiento. No puede juzgarse el progreso sólo por la pérdida de peso. Como todos ustedes saben la pérdida de peso puede ocurrir por una variedad de motivos. En la mayoría de los programas para perder peso, la pérdida del mismo por sí solo, es el único criterio de éxito, la gente hará cualquier cosa para perderlo. Se someten a dietas de hambre, o utilizan diuréticos o laxantes.

En este programa se pesan una vez por semana, sólo como una gula, pero no como la parte medular del mismo.

Al aprender nuevos hábitos alimenticios y al perder peso, las personas reaccionan de diferentes maneras ante el sujeto en programa, pues su autoimagen se modificará, logrando co-

mer de manera más consciente y disfrutándolo.

Las habilidades para aprender a comer toman tiempo como cualquier otra habilidad, para perfeccionarse y desarrollarse.

El sujeto tiene la total responsabilidad en este programa. Si quiere verdaderamente perder peso, sabrá que tiene que hacer cambios sustanciales en sus hábitos alimentarios.

El perder peso como hemos dicho no es algo sencillo, pero no tiene que ser doloroso, ni aún una experiencia de hambre. Cada vez que se entienda una técnica, y se piense que puede aplicarse a su vida, el trabajo no ha terminado. Es esencial que se practique una y otra vez, hasta que se conviertan en hábitos.

Parte de cualquier programa de modificación de conducta es el concepto de medición. Se debe saber donde se está parado, en términos de las compartimentas que se tienen, para saber si los cambios en el compartimiento que se ha introducido ha sido efectiva. El período de observación antes de que cualquier cambio sea introducido es el llamado "línea base"

Durante este período se recoge información sobre un hábito en particular o de un conjunto de hábitos en general que se quieren modificar. Cuando se está alerta sobre los hábitos alimentarios, mediante la observación de esos compartimientos durante una semana, será posible advertir los hábitos que se podrán cambiar. La observación de la siguiente semana le dirá si ha tenido éxito en la modificación de los hábitos que se identificaron durante el período de la línea base.

En este programa se hace énfasis sobre conservar los registros de cada semana, tanto para ver la que se está haciendo actualmente, como para comparar los cambios que se logran semana a semana. La primera medición que debe de guardarse es el REGISTRO DIARIO DE COMIDAS. El propósito de esta es mantenerse alerta sobre el hábito de la manera de comer. Una de las primeras cosas que se notan en la siguiente semana es que si lleva bien el registro, hay una tendencia natural a disminuir la cantidad de comida, el cuestionarse uno mismo cada vez que se va a llevar alimento a la boca, y el cuestionar cada porción del alimento

que se este considerando comer. Uno de los beneficios de este incremento del estado de alerta será el de hacer un paréntesis entre el impulso y la acción. Se hace un alto y pensará: "no quiero escribir esto, es mucho trabajo y es más fácil no comer". Eventualmente este tipo de diálogo interno podrá cambiar o algo como "realmente no quiero comer, no estoy realmente hambriento ahora"

La primer semana junto con el registro diario de comidas de línea base, tienen que hacer un plano de su casa, dibujando las habitaciones lo más precisa posible incluyendo todos los objetos relacionados con comida, como la cocina, el cuarto de la T.V., etc., poniendo una C de comida o una B de bocadillo según cada lugar de su casa este relacionado con comida o bocadillo. De esto manera será posible ver en forma gráfica que lugares de su medio ambiente están relacionados con el acto de comer.

Cada semana se les deja una tarea específica. Si cumplen con ella tendrá que gratificarse con una cantidad de dinero, que una vez concluido el programa podrán gastar en lo que quieren. Es muy lindo terminar el programa con kilos de menos y dinero de más.

En general se habla de autocontrol cuando no existen otras explicaciones externas para este tipo de cambio. Una de las características más comunes del autocontrol es que existe una diferencia entre las consecuencias inmediatas y las consecuencias a largo plazo de la conducta.

Una de las metas u objetivos del entrenamiento en autocontrol para los individuos es el aprender a demorar las consecuencias. En general en términos de autocontrol de los patrones de entrenamiento no se diferencian de otras formas de tratamiento en modificación de conducta.

Se aproxima uno de los problemas utilizando lo que se llama el ABC, antecedentes, conducta (behavior) y consecuencias; en donde la conducta que se está tratando de modificar se analiza en términos de las variables de que es función. El individuo que quiere ejercer autocontrol debe aprender a manejar los antecedentes y las consecuencias. En general

existen tres clases de eventos y consecuencias cayendo bajo tres categorías del medio ambiente, el ambiente físico, el ambiente social y el ambiente privado. El ambiente privado es aquel que esta dentro de la cabeza del individuo, no en el sentido metalista sino en el sentido bioquímico.

En realidad lo que hace el individuo es aprender a evaluar la influencia que tiene este tipo de factores en el medio ambiente. Lo que se trata es no solamente tratar con el problema actual sino que el individuo desarrolle habilidades que le puedan servir en el futuro. Es importante que el individuo que recibe consejo para desarrollar el autocontrol entienda que debe ser un participante activo en la terapia.

En general el entranamiento en autocontrol es una forma de aprendizaje. Por lo tanto es importante que el paciente no se visualiza en una situación pasiva. El terapeuta funciona como un consultor técnico, que proporciona información a la persona en problemas.

El entrenamiento en autocontrol tiene siete fases:

1. Especificar el área del problema (desequilibrio de energía, cantidad y calidad o ejercicio).
2. Recolección de datos (auto-observación, auto-registro).
3. Identificación de los patrones.
4. Examinar las opciones. (película mental)
5. Limitar una de las opciones
6. Comparar los datos
7. Extender, revisar o reformular.

Si nos referimos a obesidad:

1. Obesidad

2. *Recalectión de datos, esta puede lograrse por medio de una entrevista al paciente, pero es mucho mejor a través del método llamada auto-monitoreo o auto-tutela. En el auto-monitoreo el individuo se convierte en propia científica, es decir enfrenta su problema de la misma manera que un científica se enfrentará con un problema de investigación. Empieza por determinar como están sucediendo las cosas esta se puede lograr a través de un registro diario de alimentos. Estas datos deben ser las más precisas posibles y la información debe ser la más completa posible.*
3. *Una vez que se ha recolectado la información se pasa al tercer paso. Es aquí cuando es importante convertirse en científica. La que tiene que hacer un científica es buscar patrones, por ejemplo; si un problema de comida ocurre en un momento específico en lugares determinadas, etc. El patrón encontrado sugerirá la que hay que modificar.*
4. *El examinar las opciones consiste en ver de que manera se pueden alterar las antecedentes a la consecuencia de la conducta. Los antecedentes y las consecuencias pueden ser físicas, sociales o privadas. En cuanto a ambiente física haciendo que no haya disponibilidad de comida en la noche, por ejemplo; en cuanto al ambiente social que la persona que rodean al sujeto no tengan gran influencia en relación a la ingestión de alimentos. El punto sobre el medio ambiente privada tiene que ver con las pensamientos. (muchas individuos que pierden peso lo hacen de una manera perfeccionista, a sea lo hacen de una manera perfecta o no lo hacen.*
5. *Al delimitar las opciones, el paciente mismo determina como va a cambiar sus patrones de ingestión de alimentos a la larga del día.*
6. *Se tienen que comparar los datos que se tienen en un momento con los que se tenían al principio, después del procedimiento y esta es exactamente la que hace el científica de la investigación. Cuando el paciente que está participando en el programa de autocontrol está ya haciendo este tipo de conducta es necesario hacer énfasis en la precisión de los datos.*
7. *En la ciencia personal como en la ciencia regular no existe el fracaso.*

Si los resultados son negativos, ésta también es información importante. Puede indicar que la información es errónea, que los datos no son representativos, o que no se ha elegido la mejor opción.

Es importante considerar que en este momento el papel del terapeuta es definitivamente importante, particularmente en demostrar cuales son las habilidades de autocontrol apropiadas, es decir, el terapeuta puede enseñar a otros sus propias habilidades en el cambio de conducta.

ALIMENTACION, NUTRICION EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

MESA DE DISCUSION COORDINADA

Coordinador
Dr. Antonio Moreno Sanel

Participantes:
Lic. Rebeca López Ruvalcaba
Dr. Enrique Ríos Espinosa
Dr. Jorge Cruz Molina
Lic. Graciela Molina

PREGUNTA:

*Se ha comentado que existen familias desnutridas que son afectadas en forma diferente -
¿ Qué puntas pueden estar presentes en estas familias?*

RESPUESTA:

En este tipo de familias con desnutrición existen factores que el consumo energética de toda la familia, y la calórica como digamos modalidad de desnutrición y que su problema principal es la falta de acceso y disponibilidad de alimentos básicamente por la pobreza, por este motivo no logra satisfacer sus necesidades energéticas y afecta a toda la familia.

COMENTARIO: DR. CHAVARRIA:

En su consumo energética práctica de la familia, ese tipo de familia ya las clasifica como digamos de modalidad una en desnutrición, en la cual su problema principal es acceso y disponibilidad de alimentos, básicamente por la pobreza, por ejemplo, en una familia de escasos recursos logra satisfacer sus necesidades energética-prácticas tajante, la segunda modalidad es una familia en que no existen deficiencias calórica-prácticas a nivel de acceso.

sibilidad de alimentos, sin embargo dentro de las familias existen individuos que se encuentran sin satisfacer sus necesidades calórico-protéico, esto sería por ejemplo, el caso de las mujeres embarazadas, mujeres lactantes y niños menores de cinco años, en estos sujetos podrían tener un déficit calórico-protéico y en adultos tener deficiencias de nutrimentos, específico como había mencionado vitamina "A" u otro tipo de nutrimentos, sobre todo que es muy probablemente la anemia, por deficiencia de hierro, la educación nutricional tiene su más alta efectividad en este tipo de familia que yo menciono, el segundo tipo, es decir, un tipo que de alguna manera si tiene accesibilidad a los alimentos y sin embargo, la distribución entre familias se encuentra adecuada, creo que ese es el punto, se mencionó a Sinaloa, es decir, si aquí hay poder de compra, si hay disponibilidad de alimentos y sin embargo se encuentran ciertos grupos de individuos dentro de la familia, desnutridos con carencias nutricionales, y creo que ahí es donde realmente los esfuerzos de educación nutricional tienen que ir enfocados, puesto que ahí existen muchos recursos para poder hacer, por todos es conocido que la distribución intrafamiliar de alimentos es desigual en las familias con escasos recursos, es un problema a investigar, es un tema que estoy muy interesado y sin embargo es muy difícil metodológicamente hacerlo pero es sabido por reportes de alguna forma antropológica que se han hecho en México y por muchos otros países del mundo en que en general se le da predilección al hombre de la casa, que recibe mayor número de calarías tiene su lógica, si es el que va a trabajar, si es el que esta gastando el mayor número de energías y la mujer se deja, conciente o inconcientemente al final, luego los niños, pero por ejemplo: un niño que no está demandando, es decir un niño menor de 3 años a ese niño se le va relegando también lo anterior son ejemplos de la distribución intrafamiliar de nutrientes, derivados de las tradiciones y la cultura alimentaria mexicana por lo que se deben realizar programas de educación nutricional.

PREGUNTA:

Me parece muy interesante el programa de obesidad que ustedes realizan en la Facultad de Psicología, yo quisiera saber si este programa se le ha aplicado a diferentes pacientes y diferentes casos de obesidad.

RESPUESTA: LIC. ZIENOLD:

Sí, el antecedente de este programa fué un estudio que hicimos en el Centro Médico Nacional, en el Hospital de Pediatría en 1977, con el Dr. Luengas, fué de tipo comparativo, él atendía a niños obesos en la forma tradicional, los atendía con dieta, los pesaba semanalmente, etc., nosotros empleamos la técnica de autocontrol y los resultados en ambos grupos fueron satisfactorios en la pérdida de peso individual, en el nuestro además, se logro involucrar a toda la familia, es fundamental para el éxito el apoyo y la modificación de hábitos en la familia.

PREGUNTA:

¿Qué parámetros son más confiables para la clasificación de los gordos de nutrición, lo anterior en relación a lo decretado en el Diario Oficial de la Federación en cuanto a las normas para efectuar un programa dirigido a la población desnutrida, con cobertura nacional?

RESPUESTA: DR. CRUZ MOLINA:

Bueno ajalá y se estuviera utilizando algo concreto, pero esto que apareció en el Diario Oficial, es una propuesta que hace la Dirección de Materno Infantil para evaluar si la situación nutricional y esto se está dando a conocer en las entidades federativas para su uso, sin que esto todavía a la fecha se esté utilizando de manera rutinaria, porque como les comentaba no hay una actividad cotidiana para evaluar el crecimiento y el desarrollo infantil, además no se ha podido establecer una coordinación adecuada, de tal forma que se utilice un instrumento, entonces ustedes ven en las Unidades, incluso de la misma institución que a veces se usa un gráfico y a veces se usa otro. En este sentido el uso de un gráfico cualquiera puede que no tenga problemas, el problema es no darle la interpretación adecuada al gráfico o pedirle al gráfico algo más para lo que no fue diseñado, nosotros sabemos que en relación al estado nutricional hay dos alternativas, manejamos el segmento antropométrico que trabaja Ramos Galván, o manejamos simple y sencillamente el peso para la talla, pero, el peso para la edad, va a depender del instrumento incluso del recurso disponible para su uso, se esta promoviendo que el segmento antropométrico lo maneje el médico pero como vemos no en todas las unidades no podemos contar con este recurso o no todas las comunidades tienen la posibilidad de contar con un médico, entonces la otra alternativa es la de manejar otros gráficos, del peso para la talla o el peso

para la edad, cualquiera de estos tres gráficos pueden ser útiles si son manejados de manera adecuada y no de manera aislada como actualmente se hace, pero si estamos promoviendo el uso de segmento antropométrico para el estado nutricional en las unidades de primer nivel básicamente.

COMENTARIO: DR. ENRIQUE RIOS ESPINOSA:

Con respecto a los programas que el Instituto realiza así como el programa de nutrición y salud que actualmente es a nivel nacional y que esta desarrollando la Secretaría de Salud, tanto el programa de la Secretaría de Salud, como nuestros programas, lo que utilizamos más que la clasificación de Gómez, esta clasificación esta basada en peso para la edad, el problema que tiene es que es una clasificación unidimensional y es para clasificar casos de severidad de desnutrición, entonces me puede decir primero, segundo y tercer grado de desnutrición, como ya sabemos todos la clasificación, pero no me da una idea de si es aguda o si es crónica entonces nosotros la que estamos utilizando es la clasificación propuesta por el profesor Waterloo, se llama clasificación de Waterloo, es una tabla de dos por dos, en la que se tiene talla para la edad, y peso para la talla, y se toman de corte del 85% y 90% con lo que se pueden diferenciar estado nutricional normal, desnutrición crónica, desnutrición aguda y desnutrición crónica agudizada, por supuesto existen múltiples propuestas de clasificación de estado nutricional sin embargo, creo que esta de Waterloo es la que nos da un panorama más adecuado y también simple, y quizá vean ustedes como en cierto modo se refleja esto, que la declaración de Alma Ata señala, y que no se puede ver en la práctica, efectivamente, en el uso diario de los servicios, la gráfica que se está utilizando, son las gráficas de Ramos Galván, con la clasificación de Gómez, para el grado desnutricional, estas son las que actualmente están en uso, si ustedes van a una Unidad Médica y cuentan con un gráfico para evaluar el estado nutricional, van a encontrar estas gráficas, incluso en las comunidades donde está operando el programa de nutrición y salud, lo que se hizo fue tomar la medida de las gráficas de Ramos Galván y únicamente se consideró como normal el que por debajo de las medidas no tenga el 10% eso en relación a la edad, y este es el gráfico que se viene utilizando en la Secretaría de Salud, actualmente, incluso aparece en las normas, la otra es el segmento

antropométrico que se combina con el gráfico de talla para la edad y de esta manera se utilizó lo que el doctor comentaba, esto es la medición de la talla, nos da una orientación de cual es el historial, o cual es la historia nutricional del individuo concretamente en menor de 5 años; combinando el segmento antropométrico con la edad, entonces nos da la situación nutricional actual del sujeto, la combinación de ambos gráficos nos indica si es un desnutrido; fue un desnutrido sin desnutrición actual, si ha sido un desnutrido y si todavía continúa desnutrido, estos son los gráficos que se están utilizando al nivel de operación de servicios.

PREGUNTA:

¿Qué se ha hecho en relación a los programas de seguimiento nutricional?

RESPUESTA:

En relación con la integración de los programas de nutrición no les mencionaba precisamente que desde que se hizo la declaración de Alma Ata a la fecha, se había intentado plantear la estrategia o establecer la estrategia de atención primaria de la salud, resultando bastante difícil integrar todas las acciones, y que una de las propuestas era precisamente que podría ser la vigilancia del crecimiento y desarrollo a través del cual pudieron integrarse todas las acciones que contemplan atención primaria y de esa manera poder lograr el buen estado nutricional de la población y por supuesto su salud, ahora en cuanto al programa de nutrición que usted menciona les decía que existen dentro de la Secretaría de Salud, acciones de nutrición que tiene como eje central la distribución de alimentos en un programa de alimentación comunitaria, que va enfocado básicamente a las mujeres embarazadas y a los niños menores de 4 años para evitar la dilución de estos alimentos se integraron a la familia que tenga una embarazada o niños en edad preescolar el programa dentro de las comunidades está manejando por la unidad ejecutora de nutrición e integran todas las acciones como es el hecho del control pre y postnatal y el control de este centro de desarrollo que está a cargo de la Secretaría de Salud.

COMENTARIOS: DR. RIOS:

Yo creo en relación con nutrición-alimentación en un país determinado no debe sacarse de su contexto político que determina muchas no solamente el estado de salud de la población

y creo que en ese sentido entre el decir y el hacer está muchas veces la diferencia, si

bien es cierto se ha declarado que la estrategia de atención primaria es un instrumento, es una alternativa de llevar salud para todos en el año 2000, bueno hasta donde esto es real o hasta donde esta declaración ha operado realmente en este sentido de lo que es la estrategia de atención primaria es un hecho que nosotros no tenemos datos de la situación nutricional de nuestra población, con todo y que sabemos que hay grupos de alto riesgo de sufrir alteración nutricional poco conocemos la situación de nutrición en ellos y no lo sabemos porque obviamente no hay una serie de actividades diarias, que nos permitan conocer que cosa es lo que se está dando en el quehacer de estos servicios y entonces como conocemos la situación de nutrición, como cualquier otro problema o estudio de daño a la salud, pues a través de estudios muy aislados que nos dan una imagen temporal o momentánea de una situación pero no su seguimiento, porque todo mundo clasifica, distribuye, hace, torna en relación a nutrición este es la que parece ser o cuando menos a mí me sonó un poco más lógica pero no hay que ver que marca promedios ya les hablaba de que desde el punto de vista alimentario solamente el 15% de la población podría decirse que tiene capacidad adecuada o cuando menos tendría desde una perspectiva teórica no tener problema de desnutrición ¿porqué? porqué además es la que económicamente tiene mayores posibilidades de adquisición de alimentos pero cuando se regionaliza al país por zonas pues establece promedios tanto para esos estados que formaron la zona norte y es ahí cuando se ve que existen ciertos déficits para un promedio calórico diario que ellos mismos establecen esto no quiere decir que efectivamente todos los estados de la zona norte sean los que están con ese 15 o 16% promedio eso resultó y la otra situación es que bajo este contexto político que determina no solamente... sino incluso las políticas de salud yo me pregunté entonces cómo es posible que los estados del sur que son ricos en recursos tengan los mayores problemas, pues es precisamente por eso, esto es el desarrollo de nuestro sistema está en base al desarrollo centralizado a costa del empobrecimiento de los estados a de las regiones que tienen los recursos, esto nosotros lo vemos con los estados mineros, los estados mineros fueron poderosos, se desarrollaron hasta cierto límite cuando se estaban explotando, se acabó el mineral y ahora son baldíos hay entonces creo que en relación a desnutrición concretamente pueden surgir una serie de inquietudes y de dificultades y de conjeturas pero lo que yo creo es que realmente se habla -

mucho de desnutrición poco se conoce, pero más poco se hace entonces creo que en este sentido si valdría la pena plantear alternativas de solución.

COMENTARIO:

La obesidad no es sinónimo de salud no de buena nutrición, lo que nosotros esperamos integrar como parte de este programa es su difusión y nuestra idea realizar talleres para que las personas interesadas en este puedan formarse aquí porque creemos que independientemente del sistema político es más importante el aspecto educativo.

COMENTARIO: DR. ENRIQUE RIOS ESPINOZA:

Quiseira hacer un par de comentarios, el primero con respecto a la cuestión de los datos de prevalencia es decir, la no existencia de una encuesta nacional de nutrición respresentativa de todo el país es decir la encuesta a la que yo me refería a las 3 á 4 encuestas que ha hecho el Instituto Nacional de la Nutrición desgraciadamente no han sido representativas del país, han sido representativas de la zonas rurales del país como les mencionaba anteriormente, que se seleccionaban 230 comunidades con 25,000 habitantes sin embargo esto no se puede extrapolar a toda la población, es decir no puedo decir yo si lo que se encontró en 1979 es lo que pasa en todo México, ¿porqué? porque no tendríamos un marco muestral adecuado, como para hacer una selección adecuada de muestra con la que pudiéramos posteriormente hacer inferencia a todo el país.

PREGUNTA:

Existen otro tipo de indicadores que permitan conocer cual es el problema real de la desnutrición.

RESPUESTA:

En nuestro Instituto aunque no han sido representativas de todo el país se han hecho encuestas nutricionales a nivel nacional y también se han hecho encuestas nutricionales a nivel de diversos estados de la República y de diversas regiones esto al menos permite hacer diferencias de cómo estamos cuando piden cifras globalistas es más difícil pero si me dicen el estado de Chiapas si sabemos como está la situación regional como está Oaxaca, como está el estado de Yucatán y como están algunas partes del centro de la República, la sierra norte de Puebla, la sierra de Guerrero, etc., por otro lado en cuanto a acciones resolutivas y creo que si hay, existen por parte de México como nación un

esfuerzo sistematizado por tratar de solventar los problemas de la desnutrición en México, pero el problema a enfrentar es muy difícil, máxime a nivel nacional, existen diversos programas el Instituto Nacional de la Nutrición ha propuesto dentro del marco de la atención primaria a la salud, paquetes integrados de atención, los paquetes integrados de atención no desvinculan a la nutrición de toda la problemática de salud que existe alrededor, es decir no vamos a incidir nada más en nutrición y dejar de lado toda la morbilidad que como sabemos que la desnutrición esta ligada a las infecciones. Los paquetes de detección de atención consisten en hacer un seguimiento a la población se indican medidas de alimentación complementaria o no alimentación suplementaria las medidas que desarrolla el Instituto, son muy limitadas por falta de recursos económicos; dentro del paquete se aplica vacunación desparasitación periódica, educación nutricional fomento de hueras familiares, etc. dentro de esta misma concepción surge el programa de nutrición y salud que lo está desarrollando la Secretaría de Salud, este también es un esfuerzo, a nivel de toda la República este tipo de programas están solventando el problema pues no están solventando el problema tanto como quisieramos ¿porqué? porque existe un problema logístico importante no estamos midiendo y pesando a todos los niños por carencia de infraestructura en primer lugar o sea en los centros de salud, segundo, no tiene el equipo de básculas y pesas para hacer el seguimiento de los niños tercero, el hecho de que lleguen los insumos en el momento adecuado que lo requiere el programa, para que sea efectivo, tampoco llegan por problemas de distribución los insumos para la aplicación de estos programas, entonces una serie de problemas que a pesar de que invierten y existe la voluntad de realizarlos existen múltiples obstáculos, evaluar el impacto de los programas en cuanto a su funcionamiento, diseño y esfuerzo.

COMENTARIO: DR. CRUZ MOLINA:

Si quiero tocar 3 puntos bien específicos el primero está relacionado con lo que ya se comentó sobre la modificación de hábitos conductuales yo no dudo de que el esfuerzo es muy loable e interesante pero obviamente lo más importante es el hecho de orientar ese tipo de programas hacia la gente en la cual nosotros verdaderamente podemos incidir, mientras nosotros no reorientemos nuestros programas hacia la gente menuda, hacia la gente pequeña, tal vez podemos impactarle en los medios de información masiva, impactarles tanto como

muchas de esas programas que tanta conocemos y que estamos escuchando continuamente en la radio y en la televisión y que desafortunadamente nadie hace caso en relación a lo que el Dr. Ríos comentaba hace un momento crea que esa es muy importante. Hay que tomar en cuenta el hecho de lo que está sucediendo en relación a las estrategias que se estén aplicando no son las adecuadas, tenemos un país heterógeno complejo, difícil de manejar en muchos sentidos, también en el sentido de la nutrición pero tenemos ejemplos de la atención primaria a la salud en el sureste asiático y lo que están haciendo países tan complejos y tan heterogéneos como la nuestra, como lo puede ser China, la que están haciendo países altamente industrializados y desarrollados como la pueden ser el Japón si es que da una ve la diferencia en la estrategia porque verdaderamente en ese sentido no solamente se definen las políticas y los programas sino la implementación de las mismas, - está muy relacionada con las gentes que viven en la comunidad y crea que en buena medida allí es donde podemos ver en esas papeles, en esas artículos las manos del inicio del éxito de sus programas y nuevamente la situación de reflexión, y el tercero es que la educación que se imparte en las escuelas superiores debe ser acorde a la problemática de salud nacional.

PREGUNTA: ¿Que acciones concretas por parte de las instituciones prestadoras de servicios se han estado desarrollando para atacar el problema de la desnutrición?

RESPUESTA: DR. CRUZ MOLINA:

Yo creo que estas son una serie de preguntas que de alguna forma una se viene realizando siempre y que a mí en la personal me cuesta mucho trabajo responder en México se han hecho muchas cosas pero no se han hecho las que se deben por eso estamos en la situación que estamos y crea que en ese sentido esas programas de alimentación complementaria y otra serie de programas han fracasado precisamente porque nace ya con la perspectiva del fracaso, me van a disculpar pero estoy totalmente en contra de los programas de distribución alimentaria y este programa de nutrición y salud, con toda y que estoy colaborando en él estoy en contra de este tipo de programas porque obviamente no vinculan una serie de elementos que lleven a soluciones reales de la problemática de salud de nuestra población sino que ya diría que son paleativas, cursan con una serie de dificultades de logística como se ha mencionado pues si obviamente nadie niega que se haya un

programa de nutrición y salud pero existen una serie de dificultades porque no se dota de gasolina a los vehículos que van a transportar los alimentos desde las zonas de almacenaje a las comunidades donde se van a distribuir los alimentos, nadie niega que se haga un programa de la vigilancia del estado nutricional pero no se dotan de las básculas y de las estadímetros para que se pueda realizar, creo si eso no es contradicción pues entonces no sé a qué llamarle contradicción entonces es allí donde surge equivocada la estrategia buena señores, si nosotros elaboramos un programa en donde definimos objetivos y metas y no son congruentes las estrategias para alcanzar esos objetivos yo diría que ya entrada es un programa que nace para perder, debe llevar consecuentemente las estrategias idóneas para alcanzar objetivos y metas que me estoy proponiendo alcanzar en un programa ¿en que se refleja la voluntad política de poder hacer algo?, es ahí donde estas preguntas que el compañero hizo creo que de una u otra manera todos nos las hemos hecha, cual es la coordinación no solamente dentro del sector se ha hablado siempre de la coordinación que existe entre los recursos entre las instituciones formadoras de recursos y las necesidades de recursos de los servicios de salud, creo que esta sea si realmente ha existido en qué grado ha existido o si realmente se ha avanzado y entonces las alternativas de solución son como los problemas que están dando lugar al origen de ello, son muy complejos creo que sería difícil aquí brindar a manera de receta algunas alternativas de solución, pero creo que si realmente se entiende el concepto de la estrategia de atención primaria y realmente como componente de la estrategia de atención primaria la comunidad participa y aceptamos su participación con todo y los riesgos que implica para nosotros, la participación de la comunidad podría considerarse mejoría a corto, a mediano o a largo plazo pero creo que las alternativas de solución a la problemática que vivimos en estos momentos en relación a cualquier otro daño a la salud de la población está en ver o en descubrir las contradicciones que existen y que sean consecuencia de un sistema donde estamos inmersos y que no nos permiten avanzar de manera adecuada para la solución de esas problemas.

COMENTARIO: DR. CRUZ MOLINA:

Quiero comentar un poco también al respecto ya de los programas o de lo que fuere como estrategia para solventar el problema de la nutrición hay que estar bien claros que un programa de nutrición obviamente es un paliativo ante un problema de desnutrición de eso no nos cabe la menor duda, quiero ir un poco más atrás para ver cuales son las posibilidades de erradicar el problema o de tratar de solucionar el problema bueno, claramente por un lado está la cuestión económica y política del país, cierto, es decir, el problema como les mencionaba de la desnutrición es un problema de ingreso y eso esta muy documentado no hay duda al respecto ¿por qué? porque la gente no tiene dinero para comprar alimentos vive en medios insalubres y se enferma mucho, no tiene facilidades de atención a la salud ni prevención o sea esas son las causas de esto pues problemas económicos, políticos y sociales que vive un país, problemas estructurales del país, problemas de desarrollo, este tipo de soluciones deben ser a muy largo plazo, el modificarlas a mediano o a largo plazo, en ese sentido creo que hay que tener esa perspectiva que ingerencias desde el punto económico, social y político se deben de dar y se tienen que dar para la erradicación de este problema, en el país desde la Revolución Mexicana creo que ha tratado de ir rumbo a ese cambio y erradicación de la desnutrición en México y seguiremos por otros años, en el medio qué vamos a hacer nosotros como trabajadores de la salud, el papel como nutriólogo puedo decir, no me voy a cambiar de área porque voy a cambiar la cuestión económica, política y social del país, es decir pues eso corresponde también a mí en gran parte pero a otros sectores especializados también y a la sociedad en su conjunto, mi rol ahora si como universitario y también como trabajador de la salud creo que a corto y mediano plazo es por ejemplo a la salud sin perder la perspectiva, no voy a pensar porque yo estoy trabajando en este programa, porque estoy trabajando para la nutrición, porque estoy trabajando en atención primaria a la salud, que eso va a solucionar los problemas de salud y nutrición en el país, no, si voy hacer algo es en su medida y en cuanto se pueda ingerir, en este otro índice de alternativas de ingerencia también lo voy hacer, una vez tomadas las perspectivas que en cuanto al comentario sobre la participación comunitaria, el papel del universitario dentro de esta problemática yo creo que volvemos otra vez a la cuestión de la carrera de la curricula de la carrera de

médico cirujano es decir, a pesar de que hemos desde Alma Ata 1978 en que también - planteaba una modificación en los programas de estudio estos no han sido tan radicales como para que se pueda realmente hacer una congruencia entre el currícula de médico cirujano, el médico general y los problemas nacionales del país.

COORDINADOR: DR. MORENO SANCHEZ:

Creo que en este momento coincidimos en que es necesario puntualizar algo y con respecto a lo último que se dijo nosotros estamos en este momento al frente de las carreras de medicina y la verdad es que la Universidad Nacional Autónoma de México a través de sus dependencias ha mostrado ya un avance importante en la reestructuración de los currícula de medicina como es el Plan A-36 y el Posgrado de medicina también de la Facultad de Medicina así como las ENEPS, tanto Iztacala como Zaragoza han hecho reestructuraciones a sus planes de estudio y tiene trabajando la estrategia de atención primaria desde antes de la declaración de Alma Ata 12 años de estar haciendo trabajos de comunidad con acciones enfocados a la atención primaria, los logros han sido buenos desde la perspectiva universitaria hace falta mucho trabajo creo yo, pero era básicamente para lograr conciliar este punto de vista nosotros estamos preguntándonos que se hace a 10 años de esa declaración y qué situación estamos, seguimos estudiando el problema de la desnutrición o ya estamos dando pasos fehacientes desde el punto de vista universitario, repito creo que el paso cuando menos desde el punto de vista estructural está implantado la operatividad en la Universidad Nacional Autónoma de México, por otra parte hemos tenido oportunidad de estar en reuniones con representantes de escuelas y facultades de medicina del país y hemos logrado captar ya la inquietud por parte de las demás entidades federativas de reestructurar los currícula de las demás Universidades del interior, enfocadas hacia una tendencia muy clara por parte de las universidades del país para reestructurar la currícula en función de las acciones de atención primaria.

PREGUNTA: ¿Que tan útil es la medición braquial como instrumento de diagnóstico de desnutrición?

RESPUESTA: DR. ENRIQUE RIOS ESPINOSA:

Es un instrumento sencillo, que obviamente requiere capacitación en su manejo e interpretación, puede ser un instrumento sencillo para tener el diagnóstico de la situación nutri-

cional de grupos y el error consiste en que a veces se quiere con la cinta braquel hacer el control individual del estado nutricional del niño, de individuo y eso es inadecuada, y ahora en particular con la cinta braquial que está manejando UNICEF ya crea que lo que precede antes de darle su uso es su validación para la población nacional, esta es si ya la quiera usar en el país, primero la valida, la decuo y entonces ese instrumento para como la cinta métrica, como la balanza, todas son instrumentos útiles que tienen sus limitantes, pero la que si, la sabemos usar nos dan información en relación para la que fue diseñada.

COMENTARIO: LIC. REBECA LOPEZ RUVALCABA:

En relación a la que a mí me tocó presentar en la que se refirió a la correlación entre la nutrición y la alimentación y su integración de estas dos aspectos dentro de la atención primaria, no se logra esta integración parcialmente ya que todas las áreas nos hemos puesto de acuerdo en cuanto a que todas manejamos un solo criterio en como vamos a vigilar la nutrición a través del crecimiento y desarrollo y como vamos a integrar las acciones que corresponden a la atención primaria para esta hemos estado trabajando coordinadamente con diferentes instituciones como es el IMSS-COPLAMAR, Instituto de la Nutrición DIF, en fin todas las instituciones inclusive Canasupa y la que hemos hecho hasta ahora es tratar de unificar los criterios para dar esta atención, ya se está trabajando en diferentes estados de la República, en las cuales se define el universo de trabajo tanto geográficamente como poblacionalmente y que va de acuerdo con los recursos existentes en esas entidades.

COMENTARIO DR. CRUZ MOLINA:

En relación a la participación quizá ya la única que diría es que ajaló en 10 años más que estamos celebrando las 20 años de la estrategia de la atención primaria ya no hablamos del estado actual de la desnutrición, sino ya hablamos de estado actual de la nutrición en México y hablamos ya no de los problemas en abogar a la desnutrición sino ya hablamos de los problemas resueltos sobre la desnutrición en nuestro país. Quise expresar ante ustedes mi punto de vista personal de como vea la problemática, no vine aquí como director del materno infantil, porque les presentaría cosas más optimistas, pero ajaló padamos

o la brevedad posible empezar a presentar avances en relación a los problemas que nos

permite lograr una salud distinta, ojalá que la estrategia de atención primaria la podemos lograr por que crea que es una buena estrategia para incrementar la salud de la población.

COMENTARIO: LIC. GRACIELA MOLINA:

Sigo pensando que es un programa importante el que tenemos pero junto a los demás ponentes cuando hablan de un problema tan grave a nivel nacional como es la desnutrición que este programa es pequeño y ya que inicio en una élite de 200 y tantos alumnos de la Facultad de Psicología.

COMENTARIO: DR. MORENO SANCHEZ:

Ha sido una recapitulación de este problema tan complejo de la nutrición y desnutrición que abarca aspectos ecanómicos, aspectos de estudios y aspectos económicos, educativos y al final de cuentas nos preguntamos si sigue siendo una utopía o no, por lo pronto exhorto que pasemos a acciones concretas en el futura y que ojaló pronto estemos hablando de algo que se haya logrado.

*QUINTO SEMINARIO
FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD*

DRA. IRENE DURANTE MONTIEL

DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA

DR. ENRIQUE PONTES CONZALEZ

DR. MIGUEL CRUZ RUIZ

MESA DE DISCUSION COORDINADA

ANTROPOL. RAQUEL BIALIK

DR. JOSE MANUEL ALVAREZ MANILLA

DR. JORGE GARCIA REYNA

MESA DE DISCUSION COORDINADA

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DRA. IRENE DURANTE MONTIEL
Julio 22 de 1988

La atención primaria de la salud se conceptualizó en 1978 como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas fundadas y socialmente aceptadas, al alcance de todas las individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar.

En todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación de que la atención primaria de la salud es un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas, de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades.

Lo anterior deja entrever que la atención primaria de la salud no es un mero atarrajamiento de un servicio, ya que implica una visión holística del hombre, del proceso salud enfermedad y de su atención. Al mismo tiempo que promueve la autorresponsabilidad y autodeterminación en su logro. Esto nos lleva a que el personal que tiene a su cargo la atención primaria de salud, debe tener claros esos conceptos, así como su operacionalización.

Indiscutiblemente eso se logra formalmente en las instituciones educativas que tienen como función básica la formación de recursos humanos para la salud. Esta formación también es una responsabilidad compartida en su desarrollo tanto del sector educativo como del sector

(*) Jefe de Servicio Social ENEP Iztacala, UNAM.

salud en nuestro país, el quehacer educativo en la formación de estos recursos no se puede realizar aislado de las necesidades reales de la población ni de las instituciones de salud, que responden a los programas nacionales en esta materia, por lo tanto la formación de recursos humanos para la salud como proceso de transformación de un individuo, en un plan de estudios, debe incluir aspectos importantes como: la autotransformación del alumno durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, debe de buscar que sea capaz.

Los módulos predominantemente prácticos favorecen el desarrollo de habilidades, destrezas, aptitudes, actitudes organizadas de lo simple a lo complejo, relacionadas con el método clínico, éste es el estudio y solución de problemas a nivel individual, familiar y el método epidemiológica, éste es el estudio y solución de problemas a nivel comunitaria, los campos de prácticas para éstos módulos en orden ascendente, ésta es, el primero al último semestre son: aula, laboratorio de práctica clínica, los tres cursos de la ENEP Iztacala son las clínicas universitarias de la salud integral, las comunidades aledañas a los cursos, los campos hospitalarios y finalmente las comunidades prioritarias del país durante el servicio social.

Durante el primer año de la carrera, el conocimiento se centra en el individuo y va abarcando poco a poco a la familia, comunidad en el segundo año en los ciclos clínicos tanto en la carrera de medicina como en enfermería, ya se aborda a la comunidad, el internado de pregrado en medicina realmente es muy poco el abordaje a la comunidad y a la familia en su totalidad, durante el servicio social este aspecto es logrado.

En la carrera de odontología existe un plan de estudios mixto y aquí incluye módulos y asignaturas de tipo teórico, metodológica, teórico-práctico y práctico, los módulos teóricos y metodológicos conservan las mismas características que en las otras dos carreras y las asignaturas tanto prácticas como teórico-prácticas se dedican a áreas especializadas del conocimiento odontológica llevado a la práctica y representan la principal carga de la carrera.

Las asignaturas teórico-prácticas y las prácticas abarcan mucho más del 50% de lo que es el plan de estudios. Los campos para la carrera de odontología son: aulas, laboratorios, y las ocho clínicas odontológicas de la ENEP Iztacala, se dedican principalmente a la atención del individuo, la familia en segundo lugar, y poca atención a la comunidad en su totalidad. Nuevamente el servicio social en esta carrera representa la oportunidad para trabajar la atención primaria de la salud odontológica a nivel comunitaria, familiar e individual.

En la carrera de enfermería, los ciclos básicos comprenden el primer año de la carrera y éstos son los rubros que se refieren a habilidades, destrezas y prácticas relacionadas con la atención primaria. En el caso de medicina y odontología son muy semejantes, esto es, tienen que ver mucho con los niveles de prevención particularmente el primer nivel de prevención, con procedimientos clínicos y paraclínicos básicos de las tres áreas o carreras y algunos aspectos muy particulares de cada disciplina.

En la carrera de enfermería se centra la atención de la enfermera en el proceso administrativo, los niveles de prevención, el trabajo comunitario, la atención del paciente, la atención del paciente psiquiátrica, nuevamente insisto, las enfermeras en esta caso, son las que más trabajan comunidad y familia como propósito específico y explícito, dentro del plan de estudios, incluye no nada más trabajar en comunidad abierta, trabajan en empresas, clínicas familiares, guarderías, escuelas primarias. En el caso de la medicina los ciclos clínicos se centran en habilidades y destrezas clínicas y paraclínicas a nivel hospitalarios, lo importante que hay que hacer notar, es que si bien es cierto que se dan en el segundo nivel, son útiles como entrenamiento clínico para la atención primaria de la salud. En los ciclos clínicos de odontología hay mucha relación entre habilidades y destrezas con todas estas áreas.

En la carrera de medicina, el internado rotatorio de pregrado que es en el quinto año, ya nuevamente se revierten esas habilidades clínicas y paraclínicas en campos hospitalarios, comunidad. El servicio social en las tres carreras tiene básicamente las mismas caracte-

rísticas, se desarrollan los programas marcados o recomendados por la comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud, el número difiere en enfermería son 13 programas asistenciales, en medicina son 6 y en odontología son 2.

En los tres casos se realiza un estudio de comunidad o un diagnóstico situacional de salud, en el caso de enfermería y odontología, en el caso de medicina, la otra opción es un protocolo de casos y controles. En cuanto a los aspectos favorable y desfavorables en el desarrollo de los problemas relacionados con la atención primaria de salud, haremos el abordaje por variables que intervienen en este desarrollo y su caracterización, de primera instancia es importante mencionar que los dos planes de estudio modulares y en forma paralela a la atención primaria de salud, primero; se encuentra en disponibilidad adecuada para la realización de prácticas orientadas a la atención primaria de salud, aunque esta la reciben principalmente en los dos primeros años de la carrera y se retoma hasta el servicio social, esto quiere decir, que tenemos tres años intermedios, donde están a nivel hospitalario y que no favorece este aspecto.

Segundo; se observa a nivel práctico que el egresado sabe trabajar en la atención primaria de salud, tanto a nivel individual, familiar y comunitario.

Variable docente; se ha detectado una falta de unificación de criterios para la enseñanza enfocada a la atención primaria de salud, existe una preparación pedagógica adecuada del 85% del profesorado en la carrera de medicina y porcentajes similares en la carrera de enfermería y odontología, mencionamos el porcentaje en medicina porque esta área está bien estudiada, se ha logrado un avance importante en vencer la resistencia del docente a un cambio entre su formación profesional y la formación profesional en que participa, dentro del proceso enseñanza-aprendizaje.

Variable institución educativa; las sedes Cuatitlán e Iztacala son unidades multidisciplinarias de atención primaria, la cual ofrece un campo apropiado a la práctica que se busca, las comunidades aledañas a las sedes que son campos de trabajo para estos cuerpos, si

bien se encuentran en el área metropolitana tiene características suburbanas y algunos roles, sobre todo los de las sedes Almaraz y Cuautitlán, existe un programa interdisciplinario funcionado en la sede Almaraz centrado en el trabajo comunitario que aprovecha los espacios curriculares de los carreras que participan para la integración docente, asistencial en la comunidad. Los 8 clínicos odontológicos ofrecen el campo adecuado para la atención primaria de salud bucal.

Variable institucional de salud; tanto en la carrera de enfermería como en la de medicina los ciclos clínicos se desarrollan en hospitales de segundo nivel, lo cual no favorece del todo el aprendizaje de la atención primaria dada la formación del personal docente, particularmente en la carrera de enfermería, se cuenta con campos de práctica como son las empresas, guarderías, escuelas primarias, que ofrecen escenarios diferentes acorde a la atención primaria de salud.

VARIABLES INSTRUMENTALES; la falta de recursos materiales, financieros llega a entorpecer o obstaculizar en muchas ocasiones el desarrollo de un programa, sin embargo, esta es una situación que antes de desaparecer se hizo más prevalente y ante la cual se buscan alternativas de solución viables, esto es, no programar de acuerdo a lo óptimo, eso es muy bueno pero no es muy real, y es más fácil plonear de acuerdo a lo existente y buscar otras alternativas para buscar lo óptimo.

Se han logrado concretar modelos de trabajo acorde a la atención primaria de salud, principalmente en algunos módulos prácticos y metodológicos, se cuenta con un programa interdisciplinario, centrado en el trabajo comunitario y se desarrolla en forma intersectorial con siete carreras del área de la salud, esto es, en este programa interdisciplinario participa el sector salud y el sector educativo.

El servicio social en estas tres carreras, cuenta con un programa académico acorde a la atención primaria de salud, así como guías metodológicas para la elaboración del estudio de comunidad situacional de salud o protocolo de casos de controles, estas tres guías siguen los pasos de investigación con la finalidad de solucionar problemas de salud comuni

tarios, familiar y/o individual, se han reforzado los aspectos psicosociales, culturales, económicos aplicados a la enseñanza de la atención primaria de salud, en este rubro consideramos que todavía falta mucho por hacer en las 3 carreras.

Perspectivas; con base en la idea de responsabilidad intersectorial compartida se buscarán mayor número de estrategias conjuntas que aseguren el logro de la atención primaria de salud, a través de la unificación de criterios del personal docente de la institución educativa y de la institución de salud, sobre la conceptualización y operacionalización de la atención primaria de salud.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA
Julio 22 de 1988

En nuestra sociedad de rápida transformación donde se requieren de estilos de enfrentamiento eficientes que permitan a los individuos adaptarse y manejar su ambiente evitando el deterioro de su salud; y en donde el hacinamiento propiciado por la explosión demográfica en las zonas urbanas se ha convertido en uno de los estresores ambientales más poderosos que favorecen la aparición de trastornos psicológicos que junto con el desarrollo económico, la industrialización y la urbanización han tenido profundos efectos en la estructura y funcionamiento de las comunidades, las familias y el individuo siendo factores, que aunados a la desorganización social, que ha propiciado que problemas como la delincuencia juvenil, la violencia, el suicidio, los accidentes en el hogar, el trabajo y las carreteras, se hayan incrementado en los últimos diez años, hechos que van acompañados de estilos de vida que implican dietas desbalanceadas, falta de ejercicio, uso y abuso de alcohol y drogas entre otros aspectos que llevan a cambios considerables en el comportamiento de los individuos, favoreciendo la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas como: diabetes, hipertensión y otros problemas cardiovasculares y diversos tipos de cáncer.

Asimismo, el considerable incremento en el uso y abuso del alcohol, ha causado serios problemas a la salud y productividad socioeconómica del individuo. El consumo de alcohol entre mujeres y jóvenes ha propiciado también trastornos en la familia como su desintegración. Además, la cirrosis hepática ocupa el quinto lugar como causa de muerte en el gru-

(*) Profesor de la Facultad de Psicología, UNAM

po de que 15-64 años, el cincuenta por ciento de accidentes de tránsito son ocasionadas por el alcohol; y en la industria la tasa de productividad ha bajado entre otras cosas por el alto porcentaje de ausentismo, debida entre otras causas a la intoxicación por alcohol.

En otra rubro, las enfermedades infecciosas del sistema nervioso ya sean causadas por virus o bacterias, son muy frecuentes en nuestro país dejando secuelas neurológicas a pesar de ser tratadas adecuadamente, también nuestra población presenta un gran número de casos de enfermedades como la esquizofrenia, la psicosis, el retardo mental y la demencia entre otras trastornos conductuales. El estrés, en sus diversas manifestaciones ha contribuido a la incidencia y la prevalencia de problemas como la ansiedad, la depresión y los desórdenes psicosomáticos que afectan actualmente a miles de personas en los principales centros urbanos.

Ante este panorama de salud, las psicólogas han desarrollado principalmente un modelo de intervención clínica para proporcionar ayuda "psicológica" ante los problemas y trastornos emocionales y mentales y de salud en general de la población.

Recientemente, en la Secretaría de Salud se desarrolló y llevó a la práctica un Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta dentro del marco del Programa de Descentralización del Gobierno Federal, como una estrategia para:

- Proporcionar servicios de salud de calidad a toda la población dando prioridad a grupos desfavorecidos.
- Proporcionar atención médica en forma integral al individuo, familia y comunidad, en respuesta al proceso salud-enfermedad, el cual se concibe como un proceso determinado por factores biopsicosociales.

Se ha planteada con una estructura de organización basada en la regionalización y el escalonamiento de los niveles de atención; de acuerdo a las necesidades de salud de la pobla-

ción. De tal forma que el tercer y segundo nivel de atención se enfocan principalmente a la atención y la rehabilitación del daño a la salud, preferentemente en su fase terminal, mientras que el primer nivel de atención se contempla la atención del 80% de las problemas de salud que requieren de consulta general, definiendo además las funciones que debe realizar el equipo de salud, para proporcionar atención primaria a los problemas de salud.

Par lo que, paralelamente sin dejar de atender al daño en su fase inicial, se realiza un abordaje de la población, fundamentando en la identificación de indicadores o factores de riesgo, para proporcionar una atención programada.

Por otra parte, aunque el sistema educativo del país prepare un gran número de psicólogas clínicas, ésto no implica que dicha orientación forme a los profesionistas idóneas para participar con el equipo de salud en el desarrollo de las funciones que le han sido asignadas en el primer nivel de atención con el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta. Para subsanar este déficit es necesario formar o actualizar a un nuevo tipo de profesionista. Dicho profesionista deberá formarse y/o capacitarse de acuerdo al modelo psicológico de atención primaria a la salud, con énfasis en la acción comunitaria, y cuyas acciones generales de trabajo deban ser:

- 1. Anticiparse al daño.*
- 2. Abordaje grupal y comunitario mediante la detección de patógenos conductuales que favorezcan la incidencia y evolución de la enfermedad.*
- 3. Atención integral al individuo, grupo y comunidad*
- 4. Atención programada a la salud de la población.*
- 5. Utilización y movilización de los recursos comunitarios para la salud.*

Para comprender y llevar a cabo este modelo de atención se parte de la concepción y los fundamentos de la Psicología de la Salud.

La Psicología de la Salud, ha sido conceptualizado como: "el conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico y profesional dirigidas a la: promoción y

mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de la enfermedad y de las disfunciones de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud y de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas; el análisis y mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas de salud" (APA división 38,1981).

En este contexto, los psicólogos de la salud han asumido que:

- a) Una sola disciplina de las ciencias de la salud es insuficiente para resolver los problemas relacionados con el cuidado general de la misma.*
- b) En las enfermedades crónicas e infectocontagiosas se encuentran factores conductuales y sociales que favorecen el origen, la evolución y el mantenimiento de estos padecimientos y,*
- c) Estos factores conductuales sociales, también juegan un papel importante y decisiva en la etiología y mantenimiento de muchos trastornos de tipo funcional adictivo y adaptivo.*

El modelo de atención a la salud que se ha adoptado en México proporciona el escenario ad-hoc para que el psicólogo de la salud, proporcione una atención primaria a los problemas prioritarios de salud que se presentan en la comunidad y que pueda manejarlos en el primer nivel junto con la comunidad.

Por estas razones es necesario desarrollar un posgrado, que forme psicólogos altamente calificados para diseñar, aplicar, validar a nivel individual, familiar y comunitario, técnicas y procedimientos psicológicos para:

- a) La promoción y el mantenimiento de la salud*
- b) La prevención y el tratamiento de la enfermedad.*
- c) La identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud y la enfermedad y sus disfunciones relacionadas.*

d) *El análisis y mejoramiento del sistema de salud.*

f) *La participación en la investigación epidemiológica conductual y la intervención buscando la validación de procedimientos que permitan la generación de nuevos conocimientos y de tecnologías adecuadas para este nivel de atención.*

Para poder atender a las necesidades de formación del tipo de profesionistas mencionado se diseñó un programa de entrenamiento de psicólogos de la salud a nivel de posgrado, que tiene las siguientes características; en primer lugar el programa de formación de profesionistas, se ubicó dentro de la Maestría de Psicología General Experimental. En este programa se tomaron los planes de estudio de esta maestría para entrenar a los alumnos en aspectos metodológicos básicos, como son las bases metodológicas para los diseños experimentales y de investigación necesarios en el abordaje de los problemas de salud, fundamentalmente para la prevención en los niveles individuales, grupales y comunitarios. De la misma manera se consideraron los aspectos metodológicos relacionados con los principios y procedimientos básicos para la elaboración de instrumentos de medición, de aplicación individual y comunitaria, así como los diferentes pasos para su validación, confiabilización y aplicación masiva. También se consideró la formación de los alumnos en los aspectos metodológicos básicos, para la aplicación, modificación y/o adecuación de los procedimientos psicológicos de intervención individual y comunitaria, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se ha considerado también el entrenamiento de los alumnos para el conocimiento y manejo de los principios psicológicos básicos que intervienen directamente en los procesos de salud y enfermedad, y se ha buscado su entrenamiento en el manejo y aplicación de los principios psicológicos básicos que permitan la promoción del cuidado de la salud en el individuo, el grupo y la comunidad. Se ha fundamentado el entrenamiento de los alumnos en las técnicas de penetración de comunidades así como las de persuasión y conducción de las mismas. La aplicación de la tecnología conductual y psicofisiológica a nivel grupal y comunitario juegan un papel importante dentro de la formación profesional de éstos psicólogos de la salud.

En términos generales se ha conceptualizado al especialista en Psicología de la Salud como el que conjunta dos tipos de habilidades; las del investigador y las del terapeuta y/o promotor de la comunidad, que por un lado puede planear, diseñar y conducir una investigación específica sobre los aspectos básicos de la incidencia y prevalencia de una enfermedad o de algunos factores de riesgo en la comunidad, y por el otro dar servicio o lo mismo o a sus individuos para el control y/o la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

La investigación en el aspecto de la incidencia y la prevalencia de los problemas de salud de la comunidad permite la evaluación de los efectos y del impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo subyacentes. Por otra parte el especialista en Psicología de la Salud precisa de la aplicación de la tecnología psicológica para la intervención, cancelación, reorientación o atenuación de los patrones de comportamiento con el objeto de promover la salud en una comunidad determinada.

De hecho la participación fundamental del Psicólogo de la Salud es en el ámbito de la prevención. Por esta razón la intervención del psicólogo de la salud requiere de la detección de manera precoz de la incidencia y de la prevalencia de los patrones conductuales que conducen a la enfermedad, cuanto todavía no han dañado a la salud de los individuos. Al mismo tiempo que se hace esta detección, se aplican los procedimientos de modificación de tales patógenos conductuales, lo que implica una intervención cognitivo-conductual para impedir el desarrollo de éstos y que en su lugar se puedan establecer patrones de cognición y comportamiento que favorezcan a la salud de los individuos.

Cuando el profesional de la psicología ha detectado precozmente la incidencia y la prevalencia de los patógenos conductuales de la comunidad, ha diseñado los procedimientos de cambio cognitivo-conductual en sus individuos y ha vuelto a evaluar los efectos de sus programas entonces: se ha hecho Psicología de la Salud.

Para poder formar a estos profesionistas se usó un campo de entrenamiento en el que los

alumnas se enfrenta a las necesidades reales de poblaciones con problemas de salud aportando intervenciones que tienden a la prevención. Para lograr este propósito se estableció un convenio con la Secretaría de Salud, en el cual las alumnas que participan en esta maestría son entrenadas como residentes de Atención Primaria para la Salud. Los lugares de entrenamiento que se propusieron fueron los centros de salud de San Antonio Tecómitl en Milpo Alta y el del Ajusca en Santa Tomás Ajusca. En estos centros de salud, las alumnas de la maestría realizan sus labores cotidianas en las que se entrenan en la aplicación de las conductas antes mencionadas con poblaciones que tienen grandes necesidades en la promoción de la salud.

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁREA RURAL.

Desde el año de 1973 se ha venido desarrollando una experiencia de transformación social global en una comunidad rural en la sierra de Puebla. Una comunidad indígena y un equipo de 13 profesionales de clase media urbana, han estado planeando, instrumentando y evaluando un proyecto orientado hacia la búsqueda de soluciones en relación a tres grupos de problemas: dependencia socioeconómica y política, asimetría cultural y dificultades ecológico-demográficas. Desde el inicio de esta experiencia, la salud ha sido una de las principales variables en estudio.

Por ésta se ha desarrollado un programa de salud desde 1974, y hace dos años se incorporó como una experiencia piloto para una área más amplia. Una de las miembros del equipo, una psicóloga clínica ha sido incorporada este año para el estudio de factores de riesgo de salud y una psicóloga social trabaja como supervisora para el desarrollo de esta acción interdisciplinaria.

Para un futuro cercano, es necesario considerar las siguientes perspectivas en la formación de recursos humanos en Psicología de la Atención Primaria a la Salud.

1. La generación de un modelo de atención en el área de la Psicología de la Salud con

énfasis en la atención primaria y la participación comunitaria.

2. *El establecimiento de líneas de investigación en problemas prioritarios en salud, que permitan aplicar el conocimiento generado por las ciencias de la conducta a la conservación de la salud.*
3. *La planeación, el diseño y la validación de innovaciones tecnológicas susceptible de ser instrumentada en el área de la salud.*
4. *La formación y actualización de recursos humanos capaces de contribuir teórica, práctica y metodológicamente al equipo de salud, y*
5. *La proposición de políticas y líneas de acción en el sistema de salud nacional.*

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. ENRIQUE PONTES GONZALEZ
Julio 22 de 1988

La atención primaria de salud, debemos entenderla como una estrategia para lograr una meta y la meta es la salud para todos en el año 2000, esta estrategia considera fundamentalmente la ampliación de la cobertura, la excelencia en cuanto a la efectividad y abatir costos ésto evidentemente con la conceptualización de que más vale un individuo sano, que curar a un enfermo, por que siempre la enfermedad dejará lesión y no se recuperará al íntegro.

Esto ha originado cambios históricos en el perfil de un equipo que se dedica a la atención de la salud, este cambio histórico, que estamos viviendo, aún no lo asimilamos y seguimos tratando de conceptualizar.

La personalidad del primer cambio sustantivo que hemos interpretado en estos momentos, es de que la atención a la salud no es patrimonio de un sólo profesional, ni única y exclusivamente del médico, sino de todo un equipo de salud; asimismo la personalidad del profesional médico que da atención a este servicio o que trata de englobar o de lograr esta meta de la salud para todos en el año 2000, ha cambiado sustantivamente a través del tiempo. Históricamente hemos cambiado el perfil del médico en, yo diría, tres características fundamentales; la inicial, cuando empezaba el ser humano a agruparse socialmente y formar comunidades primitivas, era una práctica de características místicas, con la explicación a un fenómeno, a través de la religión, o seres superiores, posteriormente viene con el avance de la ciencia el aspecto biológico y estamos asistiendo en esos momentos a

(*) Secretario Académico de la ENEP Zaragoza, UNAM

otra actividad mucho más importante, actualmente, la atención a la salud considerará también los aspectos sociales.

Todas estas concepciones filosóficas repercuten de manera directa en la educación superior de este país, modificando los currícula de las diferentes carreras que confluyen en la atención a la salud. Una vez desarrollados los diferentes currícula con su perfil profesional, con sus funciones profesionales para cada uno de los integrantes del equipo de la salud, se crean instituciones como: la ENEP Zaragoza, que lleva funcionando en sus siete carreras como son; psicología, enfermería, odontología, medicina, ingeniería, químico farmacobiólogo, ingeniería química y biología. En estas siete carreras, para tratar de lograr este cambio de actitud en el profesional, se ha implementado un modelo educativo denominado modular, con sus definiciones y características propias. Para la ENEP Zaragoza, el planteamiento modular es aquel en el cual un individuo es transformado en un profesional y cuyo centro de acción es la presentación del servicio a la comunidad, de tal manera que el principal objeto de transformación es el profesional mismo, a través del proceso enseñanza-aprendizaje.

Nuestra escuela tiene siete clínicas multidisciplinarias integradas; 6 en la comunidad de ciudad Netzahualcoyotl y una dentro del campus universitario. En nuestra clínicas se han vinculada 6 carreras de las 7 que funcionan de éstas, medicina, odontología y enfermería prestar atención individualizada en las clínicas de atención de tipo comunitario en las zonas de influencia en prácticas de comunidad. Psicología desarrolla fundamentalmente dos programas de trabajo a nivel educativo y a nivel de salud; la carrera de ingeniería química farmacobiológica realiza análisis clínicos; la carrera de biología trabaja los aspectos de sanidad y salud ambiental; ingeniería química está desarrollando algunos modelos para integrarse al equipo multidisciplinario. Como en cualquier tipo de actividad esta nueva conceptualización se veía en un momento limitada en la medida que no se integre la investigación para seguir generando conocimientos que enriquezcan este campo y que sigan dando mayor apartación hacia los programas de formación de recursos.

A lo largo de 12 años, hemos tenido aspectos muy favorables y aspectos que han limitado el

el desarrollo de este tipo de actividades, dentro de las favorables, podemos decir que la comunidad docente es joven y, por lo tanto, ve como propia este gran proyecto, lo que impulsa la realización de acciones tendientes a la atención primaria de salud.

Por otra lado, el cambio de perfil profesional genera resistencia en las profesionales ya existentes en nuestra media y por desconocimiento del plan de estudios, etiquetan y clasifican de manera equivocada al profesional que se está formando en Zaragoza. ¿Qué quiera decir con ésta? que no está totalmente clara y conceptualizada para todas las profesionales ya en ejercicio este tipo de estrategia y ésta nos ha detenido un poco en el avance, generando hacia el interior de la escuela, el desmoronamiento de algunas integrantes de la comunidad; como que no se sienten lo suficientemente motivadas para alcanzar nuestras metas.

¿Cuáles son las perspectivas que ya vea a futuro de toda este modelo de atención primaria para las carreras de la ENEP Zaragoza?. Son muy halagadoras, todas las carreras están trayendo posgrados, algunas ya están terminadas, como son: la especialidad en la atención primaria, odontología, que estamos haciendo conjuntamente con el sector salud. Se está desarrollando, en las carreras de ingeniería química y de psicología un proyecto interdisciplinario a multidisciplinario, mediante el cual se va a crear el centro de diagnóstico de reacciones adversas a los medicamentos, el famoso proyecto SIDAN, que ya está a punto de iniciarse en vinculación con el Sector Salud

En las tres áreas se están desarrollando maestrías y especialidades en las diferentes carreras, todas con la tendencia hacia la elaboración de las posgrados de atención primaria. Entre las dificultades que hemos encontrado, si queremos seguir avanzando en toda la estrategia y en la formación de profesionales adecuadas para la atención primaria tenemos que desistir un poco el carácter informativo que tiene la Universidad Nacional Autónoma de México y todas las Universidades del mundo; ésta no es patrimonio exclusivo de nosotros, ni problema exclusivo.

Se ha detectado que hemos perdido en gran medida, en el avance del conocimiento y en el carácter formativo, nos hemos convertido fundamentalmente en informadores, ésto en el terreno operativo; generando profesionales que no han sido totalmente formado, y esto va en detrimento del ejercicio de sus funciones profesionales, por lo que tenemos que buscar es estrategias para tratar de lograr un carácter de tipo formativo terminal, esta problemática se observa al igual en las universidades a nivel internacional.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. MIGUEL CRUZ RUIZ
Julio 22 de 1988

En primera instancia quiero recordar que el Instituto Politécnico Nacional, se fundó en 1936, el entonces Presidente, Lázaro Cárdenas, le confirió como función fundamental el de, neutralizar la dependencia técnica y económica del exterior, mediante técnicas que sirvan para utilizar y transformar los productos naturales a fin de mejorar las condiciones generales de vida humana; como premisa fundamental en el devenir del Instituto Politécnico Nacional se propuso ser la Institución Educativa Estatal, para llevar a cabo los proyectos del estado y con actuación en el ámbito nacional. Como parte importante del sistema de educación superior del país, ha venido modificando sus estructuras en los últimos años para propiciar una revisión curricular, que es el proceso en el cual estamos en este momento, en la escuela haciendo un diagnóstico, una revisión curricular para proponer una reestructuración curricular adecuada en la carrera de medicina y optometría que maneja la escuela.

La escuela superior de Medicina, creada en 1938, ha tratado de adecuarse a las diversas circunstancias históricas y sociales por las que ha transitado; como resultado de diversos procesos y la estructura académico-administrativa, particularmente desde la creación de la escuela hasta la década de los sesentas. En esta década surgen cambios significativos como la adopción de la estructura departamental que no tenía la creación de la sección de graduados, e investigación y la reestructuración del servicio social; su plan de estu

(*) Jefe del Depto. de Salud Comunitaria de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional

dios esta diseñada de acuerdo a la impartición de conocimientos por asignaturas, agrupados en las áreas; básica, clínica y social que se imparte de manera semestral o bimestral durante 5 años y los 2 años correspondientes al internado rotatorio de pregrado y al servicio social obligatoria. Las asignaturas básicas se imparten durante los 3 primeros años, las clínicas a partir del 3er. año y las sociales en forma horizontal durante las 5 años de la carrera.

El modelo conceptual educativo de la escuela superior de Medicina, maneja componentes de la actual atención primaria desde sus objetivos institucionales. En consecuencia, en el plan de estudios de la carrera de medicina se incluye desde el 1o. hasta el 6o. año, asignaturas con manejo programática de ciencias sociales aplicadas a la salud, como san clínica social que se lleva en el primer año con un total de 108 hrs., en el 2o. año estadística médica con 100 horas y metodología de la ciencia con 50 horas. En el 3er. año, nutrición de salud pública y antropología social con 81 y 72 hrs., respectivamente. En el 4o. año se cursa medicina social e higiene del trabajo con un total de 108 horas, medicina preventiva y medicina legal se imparten en 5o. año con 172 y 45 horas, respectivamente; por último en 6o. año se llevan proyección a la comunidad en el internado rotatorio de pregrado y ampliación comunitaria del internado rotatorio de pregrado metodología de la ciencia II, la primera tiene 280 hrs., y la 2da. tiene 60 hrs. En términos generales la distribución del horario por asignaturas refleja su énfasis en el conocimiento de las ciencias biomédicas; las prácticas escolares en el área social se realizan durante los fines de semana. Por otro lado, la enseñanza se realiza en el laboratorio, en el hospital y en la comunidad ya que éste es el lugar universalmente aceptado como generador de todos los problemas de salud o enfermedad. Las ciencias socio-médicas en conjunto ocupan actualmente 641 horas, o sea, el 9.6% de las 10,000 horas que dura la carrera durante los 5 años.

La escuela superior de Medicina, bajo este análisis crítico que ha hecho durante el semestre último del año pasado y éste, y de acuerdo con las tendencias mundiales actuales en lo que se refiere a atención primaria, ha iniciado una revisión diagnóstica orientada a

la reestructuración curricular de la carrera de medicina y optometría. Las características del perfil alternativo, como le llamamos, del egresado de la escuela superior de Medicina, en términos generales está orientado a que los alumnos tengan además de su formación clínica y básica, una orientación lo más sólida posible para comprender, detectar, delimitar y enfrentar los problemas de salud colectivos, es decir, en las comunidades.

Por lo que se refiere a las experiencias en el centro de actividades comunitaria del internado rotatorio de pregrado, éste se maneja con internos de pregrado y los alumnos estamos ahí dos meses, participan con pasantes de la carrera de optometría, con alumnos de psicología de la ENEP Iztacala; desde 1974, se han desarrollado algunos estudios de tesis de pasgrado de la UAM Xochimilco. En este sitio es en donde generamos los aspectos conceptuales y operativos metodológicos que permitieron en 1975, la instrumentación de modelos en el área de servicio social regionalizado, que se maneja con pasantes.

Las necesidades de cambiar la formación de los recursos humanos se deriva del análisis y caracterización de la situación por la que atraviesa el sector salud. En lo que al médico se refiere se planteó la necesidad de desalentar la tendencia de los estudiantes de medicina a la especialización y tratar de orientarlos a la formación y vocación en la medicina general; ante la imposibilidad de que las universidades, a nivel de pregrada formaran el recurso que las instituciones asistenciales requerían, se prefirió intentar la capacitación a nivel de pasgrado para la formación y vocación de un médico técnicamente preparado en la atención primaria de salud.

La experiencia de los últimos años en México ha mostrado que el médico familiar a nivel de especialidad sigue siendo fundamentalmente un médico de práctica curativa individual, desde luego la capacitación clínica adicional durante 3 años, en un medio hospitalario, le ha proporcionado una formación clínica superior a la del médico general no especializado, siendo ésto una alternativa de la crisis, por lo menos mientras los programas originales no se modifiquen de acuerdo a los criterios actuales de la atención primaria.

Para desarrollar este tipo de modelos se requieren recursos humanos esencialmente diferentes, que no es el médico general de carte tradicional se requiere de la formación desde el pregrado y en el posgrado darle una preparación diferente que justifique al mismo tiempo, los estudios de especialidad.

El objetivo general es formar recursos capaces de planear, organizar, evaluar y adecuar permanentemente los servicios de salud, partiendo de un diagnóstico de salud poblacional que permita que la línea de organización de las servicios se desarrolle por niveles, con base en la cúspide de la estructura de las servicios de salud. Tenemos varios objetivos de docencia, de investigación, de servicio, etc.

Se llevan líneas de investigación por las alumnos orientadas al diagnóstico de salud poblacional, del estudio regionalizado por perfil patológica, planeación integral regional, acciones de salud según patología detectada y apertura de modelos suburbanos y/o rurales de medicina comunitaria y atención primaria.

En el plan de estudio, el programa operativa es el de la residencia de atención primaria de la Secretaría de Salud, en el cual se ha integrada nuestra programa, es decir, el politécnico ha adoptado el programa operativa de la Secretaría de Salud, de la residencia a su programa académica; por consiguiente nuestra programa contiene centralmente las dos componentes, el programa de la Secretaría de Salud que prioriza la asistencia y el programa académica del Instituto Politécnico Nacional que prioriza las aspectos académicas y técnicas metodológicas.

El pregrado tiene tres áreas; el área de formación teórica-social, en donde se aparta al alumno todas los aspectos de tipo teórica, sociología médica, salud pública, psicología, etc., en el área docente en atención primaria con todas los aspectos operativas en el campo, y el área de investigación comunitaria, con una duración de tres años. En este año sale la primera generación de este tipo de médicas.

Por último, las funciones de las instituciones de enseñanza superior no se encuentran descontextualizadas de la dinámica general que priva en la estructura socio-económica a la que pertenece la Escuela Superior de Medicina, tiene claras tres grandes prioridades que deben determinar la participación de dichos recursos, debe de estar orientada, en última instancia, a resolver las necesidades sentidas y reales de la población, además de enfrentar los daños a la salud individual y colectiva, manifestándose en términos de enfermedad, para ello la continua superación académica y práctica de la enseñanza de la profesión deben ser las pilares básicos del sustrato docente de nuestra escuela; la segunda, la escuela debe también tomar en cuenta las necesidades de recursos humanos que tienen las instituciones prestadoras de servicios de salud para adecuarse a ellas y satisfacerlas, no obstante, como institución docente debe mantener su autonomía, principios y compromisos con los requerimientos de la salud de la mayoría, que no siempre esta ni presente, ni priorizada en las políticas de las instituciones de salud; tercera, la crisis socio-económica a nivel mundial en una realidad insoslayable de los países tercermundistas como México, la formación de recursos humanos para la salud, capacitados para enfrentar nuestras necesidades específicas tanto de salud como de enfermedad debe mantenernos alertas, actualizados y con criterios flexibles, orientados hacia la atención primaria en salud, que por el momento representa la estrategia alternativa más racional y factible de ser adoptada a nuestras necesidades de salud.

La atención primaria en salud no tiene porque ser nada más que una estrategia, es también por un lado, una tendencia programática y, por otro lado, mantener una estrecha relación con los niveles de atención, en especial el primer nivel; por último, debe ser estructurada como un conjunto de conocimientos, metodologías y procedimientos al servicio de los problemas de salud de sus pobladores.

Hacer una reflexión de las instituciones educativas como formadora de recursos humanos para la salud, con un enfoque preciso a la atención primaria, esta cumplida y por mucho, sin embargo, que es lo que sucede en realidad, porque a pesar de estos esfuerzos no se ven cristalizadas acciones concretas en nuestra población a nivel masivo.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

MESA DE DISCUSION COORDINADA

Coordinador
Dr. Ramiro Jesús Sandoval

Participantes:
Dra. Irene Durante Montiel
Dra. Graciela Rodríguez Ortega
Dr. Enrique Pontes González
Dr. Miguel Cruz Ruíz

PREGUNTA:

Quisiera hacer una reflexión sobre el tema que nos ocupa el día de hoy: la formación de las instituciones educativas como formadores de recursos humanos para la salud orientadas a la atención primaria, esta cumplida y por mucho sin embargo, ¿ Por qué a pesar de estos esfuerzos no se ven cristalizadas acciones concretas hacia nuestra población en un nivel masivo?

PREGUNTA:

Justamente hoy en este seminario, se trata un aspecto medular; la formación de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud. La mayoría de las escuelas coinciden en que no se ha logrado un avance sustantiva en el nivel de salud, el mejoramiento del nivel de vida de la población en general; se plantean estrategias, necesidades de más recursos frente al aumento de la población y con ello de problemas a pesar de que se intenta adaptar planes y programas a estas necesidades, yo quisiera preguntar concretamente a los ponentes ¿ Qué esta sucediendo en cada estado, de qué manera estan resolviendo sus necesidades de salud?. Por otra parte y en relación con la formación de recursos humanos, ¿ Estamos formando demasiados recursos o los estamos ubicando mal, los estamos distribu-

yendo adecuadamente en los estados y en los lugares donde se pueden formar líderes comunitarios identificados con sus necesidades?, quisiera conocer su opinión.

RESPUESTA: DR. RODRIGUEZ ORTEGA.

Uno de los puntos que usted acaba de tocar en relación a los estados, creo se visualiza muy bien desde la perspectiva del servicio social, éste, representa particularmente en Medicina y Enfermería, casi el único recurso para cubrir la atención de salud en áreas muy lejanas y de poca población. En el caso de Odontología, el problema es más complejo ya que requieren de la existencia de unidad dental para otorgar el servicio y esta condición únicamente la reúnen las ciudades o poblados cercanos a las capitales de los estados. Yo me atrevería a decir, que la responsabilidad no es exclusiva de las Universidades, corresponde en gran medida a cada estado cubrir sus necesidades. Cabe destacar que a pesar de que muchos de los estados tienen Escuelas y Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería, no alcanzan a cubrir las necesidades locales de cobertura de atención a ello se debe que la mayoría de las escuelas ubicadas en el área metropolitana envían pasantes de diferentes carreras al interior de la República. Para reforzar esta acción, es necesario que las escuelas conjuntamente con el Sector Salud desarrollen programas permanentes de Atención Primaria de Salud a fin de optimizar y dar continuidad a los programas existentes.

Quisiera agregar un comentario en relación a la participación del psicólogo, si bien es cierto que no se ha catalogado su acción como psicólogo de la salud en el campo de la psicología clínica, de hecho interviene en la resolución de problemas de conducta, orientación sexual y familiar, etc. considerando de vital importancia que se incorpore a las estrategias del sector salud preservar la salud mental de la población. Así por ejemplo en el estado de Veracruz se está organizando la maestría en psicología de la salud y su correspondiente programa operativo así como en León, Guanajuato la residencia de atención primaria que tiene la Secretaría de Salud que favorece el entrenamiento de psicólogos para la atención primaria, son acciones que deben generalizarse.

RESPUESTA: DR. CRUZ.

Quiero hacer algunas reflexiones en relación a la práctica de este tipo de actividades, no nosotros planteamos que los proyectos se deben iniciar para después ampliarse y desarrollarse como modelos que implican la necesidad de firmar convenios de colaboración interinstitucional. Hace 14 años dimos inicio, acorde con este planteamiento, al Plan Tojolabal en una comunidad, ahora manejamos 26 comunidades: colaboramos con los servicios coordinados de salud del estado de Chiapas y con la Universidad Estatal, en especial con la Facultad de Medicina. Al cabo de 3 años se esperaba dejar un modelo trabajando a cargo de la Universidad Estatal, sin embargo, por razones que yo no podría analizar con objetividad en este momento; la Universidad no se hizo cargo, diría no participó y algunos egresados de la UACH que alguna vez se interesaron en este modelo abandonaron rápidamente el trabajo. En relación con la pregunta que se nos hizo, el gobierno del estado debería participar considerando la problemática regional dentro del contexto nacional determinando presupuestas, problemática socioeconómica, evaluando estrategias, programas, recursos humanos, etc., a través de una adecuada coordinación interinstitucional, es factible incorporar a la acción las propuestas que se derivan de este tipo de reuniones obteniéndose mejores resultados en las comunidades impactadas por este tipo de programas. Es importante recordar que todo modelo experimental debe regirse y adecuarse a las necesidades y características regionales propiciando la participación comunitaria. Si nosotros no integramos salud con productividad, con mejoras de servicios en lo general, con aprovechamiento de recursos, con formación de cuadros y la participación comunitaria, no avanzaremos.

RESPUESTA: DRA. PORTES GONZALEZ:

Yo no quería opinar porque iba a parecer que nos habíamos puesto de acuerdo el Dr. Moreno y yo, pero no pude permanecer callado. Creo que no hemos entendido cabalmente que es lo que está pasando, considero que el cambio histórico de concepciones implican cambios que no hemos entendido; el aspecto fundamental y lo vuelo a repetir es que la salud no es patrimonio exclusivo del médico, decir que podemos solucionar los problemas de salud con servicio social es una aseveración que debe hacerse con cuidado, yo pregunto ¿Dónde están los programas de servicio social integrado, los equipos multidisciplinarios que se llevan a una comunidad y dejan resultados concretos para la salud comunitaria?

Estamos entonces, conceptualizando todavía, estamos proyectando cosas, la pregunta del Dr. Marena crea que engloba dos problemas fundamentales... dos procesos: el formativo y el operativo. Quiera recordarles que la concepción del nuevo modelo asistencial es de 1984, es muy poca tiempo el que ha transcurrido y es prematura evaluarla. Esperamos que con este cambio en el modelo asistencial, con esta reconceptualización del modelo asistencial dada por las autoridades competentes es un gran avance a larga plaza y obtendremos resultados concretos y específicos, además se está avanzando en la descentralización de los servicios de salud, que es una de las prioridades fundamentales para lograr esto. Es importante que los gobiernos estatales entiendan que se requiere de toda un equipo multidisciplinario que proporcione atención integral y que sea más efectiva para dar solución a los problemas de salud regionales, entonces veremos un mejor resultado, pero esto es solo el principio, así que es difícil decir a dar un resultado, una evaluación concreta. Hace 4 años que se ha conceptualizado el modelo asistencial y para echarlo a andar se ha requerido de la sensibilización de toda la gente que trabaja directamente con la atención de la salud; de aspectos educativos. En este sentido la Universidad debe entender la Atención Primaria como estrategia, que debe otorgar los elementos a los insumos para este modelo, conceptualizar conjuntamente el sector prestados del servicio y el farmadur de recursos humanos. Si no trabajamos de manera coordinada no vamos a lograr absolutamente nada.

En la ENEP Zaragoza, la reestructuración curricular de la carrera de médica cirujana proporciónó dos cambios fundamentales: el primero, es el integrar una función que se da "de facto" pero que nunca se especifica a se alvida en la curricula ejercer, esta función se llama investigación. Esta es generadora de conocimientos y es un aspecto fundamental para seguir avanzando y enriqueciendo los aspectos fundamentales de Atención Primaria. El segundo aspecto se refiere a la integración de un internado al plan de estudios de medicina modular, que difiere sustancialmente del modelo de internado convencional porque nuestra interna se convierte en un programa importantísima de integración de las 3 niveles de atención reforzando al mismo tiempo las prácticas comunitarias de tal manera, que nuestra alumna tiene 6 meses de práctica comunitaria dedicando dos días a la semana a prácticas de campo y 3 días a la semana de la atención individual en el área que le ca

rresponden realiza guardias en el servicio de urgencias del hospital de referencia, guardias ABC y 6 meses de hospitalización en el segundo nivel. A través del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes y en la medida en que este internado se abra en abanica y empiece a interactuar con otras carreras estaremos reforzando la que se ha hecho durante la carrera. Por otra parte y considerando que sobre toda las comunidades rurales utilizan la medicina tradicional mexicana, se ha creado un grupo de estudio con el fin de formalizar este tipo de conocimientos integrándolas a los currículos de las carreras correspondientes como parte de las estrategias de Atención Primaria a la Salud.

PREGUNTA:

Considera sumamente importante este tipo de eventos donde se reúnen las diversas profesionales de la salud y es posible intercambiar y conocer las diferentes puntas de vista y experiencias de nuestras colegas.

Quisiera hacer dos preguntas a la Dra. Graciela Rodríguez: tradicionalmente y de acuerdo con su formación, la psicóloga trabaja con el individuo, de hecho su práctica profesional se caracteriza por ser atención individualizada. Me llama mucha la atención que ya se habla de un psicóloga de comunidad ya que si para nosotras las médicas es sumamente difícil penetrar en la comunidad y hacer trabajo grupal, inclusive tenemos defectos en la relación médica-paciente en nuestra clínica, el consultorio, resulta sumamente interesante conocer cómo desarrolla su práctica profesional una psicóloga de comunidad.

En relación a la segunda pregunta, me gustaría pudiese ampliar el concepto de epidemiología conductual.

Dr. Cruz, la evolución de la medicina familiar en los diversos países del mundo ha llevado a utilizar diferentes términos para denominar a ésta; se habla de medicina general, de medicina familiar y medicina comunitaria. Considera que todas estas denominaciones existentes, sobre toda en los países de habla hispana son debidas a las traducciones de este término a nuestro idioma al respecto quisiera comentar que en algunas instancias educativas entre ellas la Universidad ha llegado al cansancio de que el término adecuada para las especialidades es el de medicina de familia, sin embargo una se pregunta ¿por qué en otras de las instancias educativas importantes del país como es el Instituto Politécnico Nacional

la denomina medicina general y comunitaria? ¿significa que se tiene clara el concepto de medicina de familia a que se pretende incluir en el nombre algunos elementos del perfil profesional?.

Por otra parte, cuando se habló de la formación de médicos familiares se enfatizó la importancia de este profesional para lograr las objetivos de atención integral de la salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención, así como de la importancia de incluir en las currícula de los profesionales de la salud aspectos relacionadas con la medicina de familia considera que importante definir con mayor precisión cuál es el impacto real de esta propuesta en la estrategia de salud y qué resultados podemos esperar de ella.

RESPUESTA: DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ;

En relación a la psicología comunitaria, creo que este es un aspecto muy importante a considerar en la solución de los problemas que enfrenta la Atención Primaria, nuestra trabajo parte de una aproximación sistémica y de una aproximación ecológica; la primera de ellas se refiere a la manera como analizamos la organización de la comunidad y en base a ella se instrumentan los programas que van a aplicarse, es decir, nosotros vamos a organizar a la comunidad es la organización de la comunidad la que nos da las pautas para poder introducirnos a ella. En cuanto a la ecológica tenemos la relación del individuo con su medio, existen estructuras mediadoras que son las que determinan las pautas del comportamiento del individuo, por ejemplo, no podemos aliviar en la atención a la salud, al padre, a la comadrana, etc., son quienes transmiten principalmente, toda esta serie de actitudes y creencias. El médico puede orientar a prescribir algún medicamento, pero el paciente, no escucha, no sigue las instrucciones. No sabe que es lo que hay que hacer a porque tiene que obedecer alguna indicación, a cual va a ser el resultado. En cambio si puede consultar a su alrededor y esa persona refuerza la indicación entonces se hace efectiva la consulta del médico. Por lo anterior, es necesario analizar las estructuras mediadoras que participan activamente convirtiéndose en el propósito fundamental de nuestra intervención en la comunidad. Se identifican las necesidades de la comunidad, se planean acciones y se programan grupos de autoayuda apoyándose en los recursos existentes y colaborando con los profesionales de la salud o asociados a ella que trabajen con dicha comunidad.

nidad. De esta manera se puede incidir también en otra estrategia básica: promover la salud mental las instrumentaciones antes descritas se concentran y dar como resultado una aproximación, ya no solo el individuo, sino al núcleo familiar y por ende a la comunidad. Intentamos que estas estrategias se instrumenten y permanezcan dentro de la comunidad con la asesoría del psicólogo.

En relación a la epidemiología conductual, es un término acuñado por la psicología conductual que se refiere a la salud conductual y cuyo objetivo central es orientar a los individuos para alcanzar su salud. Esto implica analizar los factores de riesgo que tienen relación con la conducta o con el comportamiento de los individuos, sobretodo aquellos indicadores que estan relacionados con la salud, es decir, nosotros tenemos indicadores para la enfermedad pero raramente encontramos indicadores de salud, nosotros analizamos cuales son los indicadores que promueven o mantienen la salud de las individuos, a eso llamamos "epidemiología conductual".

RESPUESTA: DR. CRUZ:

Bien, en lo referente a la denominación de postgrado, yo quiero señalar a ustedes lo siguiente: la especialidad de medicina general, familiar y comunitaria, se gestó como resultado de las experiencias que nosotros obtuvimos del trabajo en la selva, en la sierra, en áreas rurales, indígenas, ahí obtuvimos los elementos para este tipo de actividad.

Nosotros utilizamos componentes de la medicina familiar, revisamos, obviamente el currículum de los postgrados de medicina familiar, hablamos con algunos docentes y egresados de la carrera de medicina familiar. Lo que sucede es que cuando nosotros planteamos originalmente, a la Secretaría de Salud la posibilidad de hacer la integración de los programas y de que becase a los estudiantes de este postgrado, todavía no existía la residencia en atención primaria ya que estábamos formando recursos en especial para esta dependencia ya que, otro tipo de instituciones ya tenían su residencia en medicina familiar: se nos planteó que teníamos que denominarla medicina familiar, porque la que tiene la secretaria de salud son residencias en medicina familiar. El nombre original era medicina general comunitaria, este es el verdadero sentido del postgrado que nosotros planteabamos, sin que esto implicase que no tomásemos elementos de la medicina familiar, pero no todas las directrices conceptuales y operativas, en especial la sobrecarga de trabajo intrahospit-

talarios. No compartimos la idea de que debe existir tanta carga intrahospitalaria el médico familiar, planteamos que este médico familiar debe ser centralmente, un promotor de cambios, un organizador de la comunidad, que debe saber; administración en salud, planeación, programación, investigación, participación comunitaria, debe ser una gente que pueda trabajar con comunidades, no una persona que este dentro de un consultorio en una institución recibiendo pacientes que le envían, caería dentro de un segundo nivel, dentro de una actividad intrahospitalaria el nombre de medicina familiar fué para poder recibir residentes, - lo de atención primaria se da posteriormente, cuando los programas y planteamientos con la Secretaría de Salud, en relación con esta residencia fuerón específicamente coincidentes, entonces lo que hicimos fué los programas académicos y todos las componentes teórico-conceptuales junta con los aspectos formativos, adquisición de habilidades y destrezas, manejo de situaciones dentro las estructuras de salud.

En relación a lo otra pregunta, se nos dice ¿ cómo conciben la programación de la atención a la salud, basada en necesidades sentidas y reales de la comunidad en armonía con una programación de la atención basada en factores de riesgo ?. Para detectar y limitar problemas de salud de la población y formar el recurso, curso humano que requiere la institución para la aplicación de sus políticas son dos cosas diferentes que na siempre conllevan los mismos objetivos, las necesidades sentidas y reales de la comunidad se concluyen analizando las condiciones de salud locales y regionales con la gente que esta ahí, la que vive el problema en coordinación con el equipo de salud del lugar. Nosotros debemos tener la capacidad de escuchar; de interpretar lo que ellos plantean y ofrecer saluciones, - para que se vea que sí es factible actuar y que hagan suyos las programas, esto no quiere decir que se deben acatar al 100% nuestros planteamientos, de los representantes o instituciones. La primera fase es la detección de las necesidades sentidas, éstas generalmente - estan en armonía con los factores de riesgo. La integración la unificación de la necesidad sentida y la necesidad real con su abordaje desde el punto de vista de atención basado en factores de riesgo, no ofrecen ningún problema, pero se debe obtener conjuntamente con los habitantes de la comunidad, hablando con los jefes de familia y líderes comunitarios.

PREGUNTA:

Dr. Sandoval, considero que la función de las instituciones educativas como formadoras de recursos humanos para la salud, con un enfoque preciso hacia la atención primaria está cumplida y por mucho. ¿ Qué es lo que sucede en realidad?, ¿ Porqué a pesar de estos esfuerzos no se ven cristalizadas acciones concretas en nuestra población a nivel masivo?.

RESPUESTA: DR. SANDOVAL:

Para fundamentar mi respuesta voy a tener que hacer aunque sea muy rápidamente un poco de historia, cuando en el ámbito universitario a través de la Secretaría de Atención Primaria que tiene la Facultad de Medicina empezamos hacer un análisis de cual era la situación que guardábamos a nivel nacional, respecto a la estrategia de atención primaria de la salud, concluimos que estábamos muy mal, porque no hemos visto, desde que la estrategia se origino que no hemos sido capaces ni siquiera de entender el concepto y , esto lo ratificó ahora que se han dado a conocer diferentes enfoques de parte de cada uno de ustedes, y que al fin y al cabo tienen un punto donde pareciera que se da la coincidencia, es algo que la misma estrategia no recomienda. Retomando el tema, vimos que se acercaba el décimo aniversario de Alma Ata y consideramos que era muy importante que, en el ámbito universitario, se discutiera con libertad este tema. Afortunadamente la propuesta fue aceptada y se ha registrado una gran participación de las diferentes instituciones invitadas. Hemos vivido esas deficiencias del conocimiento, parten del manejo de un concepto y hacen que nuestras dificultades para adoptar la estrategia sean grandísimas, necesitamos entender que la atención primaria a la salud es una estrategia, es imposible pensar que necesitamos formar gente de postgrado cuando esta estrategia debe estar inmersa en el contenido curricular de la licenciatura y debe influir en el currículum de profesiones afines. Otro aspecto importante es la participación en comunidad, es fundamental que nos adaptemos a las circunstancias que la comunidad nos esta demandando y que nos llegemos a imponer, porque regularmente no se obtiene ningún resultado. Finalmente, quisiera comentar la importancia de la participación de sectores afines a la salud sin cuya colaboración es más difícil avanzar.

COMENTARIO: DR. NOVALES:

La declaración de Alma Ata como se ha mencionado, plantea modificaciones en los programas de salud de las diferentes países, considero que el punto central es la participación de la comunidad, no sólo necesitamos del experto sino también de la participación de los miembros de la comunidad y junto con ellos buscar soluciones a sus problemas, es también importante la participación de los profesionales afines aún cuando se dificulta por problemas de carácter presupuestal, darle mayor peso al trabajo comunitario en los programas de servicio social. En cuanto a la psicología, considerar su importancia en la determinación de necesidades y problemática comunitaria para lograr una mejor integración y resultados de los programas superando las resistencias que por desconocimiento o información adecuada pudieran retrasar su implantación.

PREGUNTA:

¿Qué se está haciendo para preparar al pasante, o de qué manera incide en la comunidad para propiciar su participación haciendo responsable a la comunidad de su salud?.

RESPUESTA: DR. CRUZ:

Puede estar en tela de juicio una especialidad en atención primaria, como deberían estar todas, no nada más atención primaria. Qué es lo que quiero decir con esto, que el campo del conocimiento durante las últimas cuatro décadas ha crecido de una manera impresionante y esto obliga a las instituciones educativas a convertirse en informadoras. ¿Qué pasa con el aspecto formativo?. Yo les hablé de funciones profesionales terminales; qué pasa si lo único que estamos haciendo es transmitir información y perdemos los docentes nuestra capacidad formativa, esta deficiencia se va a reflejar en la práctica profesional de los egresados, a lo mejor si un médico general ejerciera cabalmente sus funciones, no necesitaríamos ninguna especialidad. Por desgracia no es así, la amplitud del campo del conocimiento no corresponde al tiempo determinado para la formación superior, luego entonces, la estrategia del postgrado debe entenderse como un complemento a una primera etapa de carácter informativo, es una respuesta a la falta de capacidad formativa que han tenido las instituciones de educación superior, insisto, este no es un problema nacional sino a un nivel internacional que todo mundo debe saber. Creo que no es avanzar cues-

tionar las especialidades, el avanzar es formar a los alumnos no sólo en las funciones operativas sino también en la investigación concebida como generadora del conocimiento que debe verse por el círculo, hacia los planes curriculares del progreso.

No hemos avanzado mucho, es cierto, pero por lo menos hoy una serie de conferencias en donde se presta el diálogo y discusión, este tipo de opiniones que seguramente van a dar un mayor impulso y un mayor avance a este tipo de actividades.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* ANTROPOL. RAQUEL BIALIK
Julio 22 de 1988

Acaban ustedes de presenciar un ejercicio de técnicas de penetración a la comunidad y con ésto doy inicio a mi presentación. Normalmente el ejercicio tiene un segundo momento, donde me quito el disfraz, saludo vuelvo a hacer exactamente lo mismo que hice, pero en tro de una manera decente sin dar portazos, saludo el Dr. Chavarría o al líder que me hizo favor de invitarme, saludo al auditorio y todo que ustedes acaban de presenciar, es un ejercicio concreto donde ustedes acaban de jugar el rol de la comunidad, yo estuve jugando todo el tiempo el rol del agente externo, penetrador, que portó un tipo de cultura, para ustedes a lo mejor fue un disfraz, pero un caftan, en un medio árabe o indú con la chalina que llevaba yo es perfectamente adecuado, el saludo que le hice al doctor es adecuado para aquella cultura, obviamente no para la nuestra.

Trataba de acercarme de hacer algún tipo de diálogo con ustedes, con la comunidad y no fuí yo, llegué a pensar que de veras me había equivocado de auditorio y que eran medio mudos o medio sordos o algo estaba sucediendo.

Quisiera empezar mi ponencia solamente pedir a algunas de las personas que abordé, porque me quedaban cerca, no por otra cosa, que me dijeran ¿qué sintieron?, ¿qué fue lo que paso en mi primer acceso, en mi primer entrada?

(*) Coordinadora y Profesora de SIPC-I, Depto. de Epidemiología y Comunidad Facultad de Medicina, UNAM.

En la comunidad la que esta hablando de que tipo de sensación tiene con el agente externa ¿quién sintió temor?, ¿par qué sintió temor... con una situación poca pensada para el auditoria de no saber qué hacer?. Entonces usted pensó que estaba como los de aquí de alguna manera somos profesionistas, pero no tenemos la aptitud profesional para atender a una persona, sólo la señorita que llamó y que estaba de acuerdo con usted, fue la única que se acercó y la abrazó, no, sí, había un temor ¿qué hacemos?. Le agradezca mucha.

Por último vamos a dejar que hable un paquita, ella me conoce hace algún tiempo ya, Paty no quieres decir que fue para ti.... "me causó una sensación de extrañeza, en primer lugar, fue cuando me di cuenta de que es la que estaba pasando, luego salió una persona con una indumentaria rara y pense que efectivamente estaba loca y cuando se acercabas te reconocí de inmediata"... ella me dijo "que susta me pusiste", una gente que me conoce, "ahora en la confusión tú seguiste con una conducta", ya dije, "buena, hay que preguntar, que quiere Paty.

Cada una de las conductas que acaban ustedes de narrar, desde las partizas, tiene una razón de ser, a sea, que implican esas partizas, es la penetración súbita a una comunidad, ustedes estaban haciendo algo, ustedes sabían porque están acá, ya agente externa, no me esperaban, me esperaban en el programa, pero no la conducta, no el tipo de vestimenta, que era ese disfraz que traía ya, alídense, simplemente extraponerla a una situación real. Ustedes me van a decir que al campo nunca se va disfrazada así, no esta toda exagerada, las partizas, una no entra aventando puertas y dando patadas, pero la entrada misma a la comunidad cuando no esta perfectamente planificada es así de extraordinaria y así de terrible y de impactante y la hacemos así toda el tiempo. El disfraz, claro que no van a ir así, pero si van con una bata blanca, con unas batas de Pier Cardian, con la máscara roja, con el vip, vip, con la grabadora, con el estetoscopio, esa, señores son disfraces.

En relación al lenguaje clave que ya les estaba hablando, cualquier idioma que media que media me suponía que a la mejor no me iban a captar, era hebrea, a sea ya estaba

hablando un idioma real, bueno me van a decir, nosotros nunca hablamos en idiomas extranjero cuando vamos a la comunidad, pero esos tecnicismos, y "el examen electroencefálicos aplicado con un rango de taca a tatata, eso es japonés para la comunidad, y el saludo, nunca saludan ustedes así, claro que no, eso no se estila aquí, pero como saludamos las mujeres de clase media, el smua, smua, hola chulis, bueno saluden así.

Esto es lo que normalmente hacemos cuando estamos en comunidades extrañas a la nuestra, pero además no sabemos lo que la comunidad esta sintiendo, que es lo que ustedes sintieron, acuerdense que ustedes eran la comunidad en ese momento, pero que imagen me llevo yo. Yo cuando me salí, pense que todos ustedes estaban mal, mi conducta era perfectamente feaciente, con lo que yo soy, lo que quería ser, lo que estoy representando en ese momento, y para mi los que andaban realmente mal, y aquellos locos, tontos, malos, todos los adjetivos que quieran eran ustedes.

Es como el agente externa, el académico, el profesional que tilda a la comunidad, yo quisiera jugar un poco con esto, donde por primera vez ustedes la comunidad, y experimenten lo que se siente, con eso voy a dar principio verdaderamente a la plática para la que fui invitada, que se llama capacitación in situ para formar los recursos humanos en la atención primaria de salud.

Para captar adecuadamente a cualquier recurso humano en atención primaria de salud, se rompe desde su concepción y planeación con la estructura y los programas docentes.

Nuestras preconcepciones adquiridas de modelos ajenos al medio sobre el que nos tocó incidir, hace indispensable un sólido conocimiento de ese medio y no sólo un conocimiento de fuentes diversas, sino que es necesaria la experiencia personal, ésto nos lleva a cuestionar respecto a quienes son los que enseñan la atención primaria de salud y quienes capacitan al recurso humano, es muy claro, que una sola rama del conocimiento como puede ser; la medicina, la psicología, o la antropología, por si sola no puede abarcar el extretis, ni los elementos teórico-prácticos de los que deberá hecharse mano al estar aplicando una

verdadera y eficaz atención primaria, es obvio aquí que la interdisciplina no sólo es adecuada, sino absolutamente indispensable y esta desde el período formativo para el recurso que se está capacitando para la atención primaria de salud, y no como casi siempre sucede cuando se forma el equipo operativo de campo.

El problema aquí, es que tampoco se enseñó previamente como deben darse estas interacciones y quienes son los elementos óptimos que deben integrar estos equipos, y no dar por hecho que la triada médica-enfermera-trabajadora social, es la única y ni siquiera la mejor, desenbocando en un largo período de adaptación entre estos miembros del campo de la salud, que realmente es tiempo muerto para el programa mismo. Señalamos esto, no con el afón único de la crítica, pero sí, como una estrategia para cuestionar lo tradicional, lo que se hace y sigue haciendo sin realmente analizar su validez y funcionalidad.

Simplemente se sigue replicando por ser lo que se conoce, por ser lo que otros hacen y lo introyectamos como lo que debe hacerse, entonces sí, se puede convertir en un método estéril y hasta retrógrado del actual.

Por último quisiera referirme brevemente al qué y cómo se enseña, cuando hablo de capacitación in situ, no me refiero únicamente al locus, al lugar físico mismo, incluyo además y sobre todo la necesidad de conocer primero y apropiarse todos los elementos locales específicos que conforman la cultura del grupo concreto donde llevamos a cabo la atención primaria de salud.

Requiere de darle un gran peso a las particularidades y subculturas regionales y locales y si bien, el modelo, como modelo puede ser garantizable, sus herramientas no pueden ser netamente individuales y concretas, cada rasgo particular de lenguaje, de hábitos, de cursos ambientales, etc., debe utilizarse en el trato diario, en las estrategias de acercamiento con las poblaciones, en los mensajes creados para tratar la patología, y poder hacer una promoción y prevención adecuada.

El concepto popular que se tiene de la salud y la enfermedad no puede dejarse como una mera curiosidad científica, debe tomar una parte integral de expediente diaria del quehacer médico en una apéndice. El qué y cómo se enseña incluso en el aula, no puede, ni debe ser ajena a la realidad con la que va a enfrentarse la atención a la salud, cuantas programas universitarios enseñan estos principios y dan a sus educandos herramientas realmente útiles y de aplicación inmediata. Por eso el ejercicio de penetración a la comunidad que aca bamos de hacer.

Porque ha de dejarsele al estudiante o residente o nuevos profesionales que averigüe por sí mismo que mucho de lo que aprendió alguna vez quizá le servirá, pero realmente se le de ja desarmado para que el mismo y ya en el campo resuelva este bache pedagógico y salga tan tas veces como pueda de los problemas que sin duda se le irán presentando ya en una fase de servicio y atención concreta a la población.

Pienso que este tipo de foros debe interrogar pero también sobre todo aportar soluciones viables, la atención primaria de salud, no es sólo una moda, esta y seguirá presente duran te mucho tiempo, ya que es una estrategia resolutive y costeable, y por ello debe cuidarse muy especialmente como se esta formando a su recurso que la deberá aplicar. Lo sencillo es lo más complejo, cuando ha pasado ya esa fase de depuración, que permite su simplifica ción y síntesis eso es la atención primaria de la salud y su gran valor, es que hace y no únicamente dice que hace.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. JOSE MANUEL ALVAREZ MANILLA
Julio 22 de 1988

El problema de los recursos humanos es sustantivo y depende de lo que se requiera hacer, me gustaría recordar una frase de Bernard Shaw que en alguna ocasión señalaba respecto al tiempo: "todo el mundo lo comenta, todo el mundo habla de él, pero es poco lo que se hace respecto a él para corregirlo"; quisiera también recordar una segunda frase, de mis amigos los brasileños que dice: "el que sabe hace y el que no sabe enseña", y creo que es fácil constatar ésto. Como dicen nuestros vecinos del norte, hay ciertos temas hacia los que se pega el "lips service", el bla, bla, bla como diríamos nosotros. En realidad el problema de recursos humanos hay que verlo en dos dimensiones; lo que se está haciendo y lo que se debería hacer.

Respecto a lo que se está haciendo, la historia comienza con dos programas que nacieron con una orientación ya específica, estos dos programas son fundamentalmente el A-36 generado hace 16 años en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, que aún antes de la reunión de Alma Ata, ya manejaba los conceptos de atención primaria a la salud y posteriormente, como les consta a mis colegas aquí presentes, la ENEP Zaragoza.

Esa fue la filosofía con la que se crearon los programas, ya no de la carrera de medicina, sino de la carrera de enfermería, psicología, odontología, aún la gente de biología y del

(*) Director General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Salud.

área de farmacia, participaron en este enfoque aunque pueda parecer un poco extraño. Finalmente, la que se está haciendo ya en el terreno es: 12 centros de formación de personal para capacitar la estrategia de atención primaria a la salud en 10 entidades de la República Mexicana con una población de alrededor de 400 estudiantes y un egreso anual estimado de 110 egresados de esta actividad.

Aunque la conferencia de Alma Ata, produce un documento hay dos situaciones: primera, una situación de inactividad que dura varias años y luego de repente la gente empieza a retomar el concepto y suceden cosas al respecto, una, muy concretamente la tendencia reificadora o codificadora de la atención primaria de salud, y la que se salga de ésta no es atención primaria de salud; y dos, una influencia de esta tendencia cosificadora la vemos en la que ha sido la participación comunitaria que se ha interpretado como crear comités de salud y se ha cosificado también, la participación comunitaria.

Es difícil que alguien hable de participación comunitaria y no se refiera a comités de salud sin haber evaluado cuál es la bondad de haber trabajado con esta estrategia, la otra posición igualmente reduccionista es; si no pueda vencerlos me una a ellos y cambia mi terminalografía, y a lo que estoy haciendo le llamo atención primaria, sea a no sea atención primaria a la salud; y todavía hay una tercera posición que es también reduccionista, la de confundir la atención primaria a la salud con atención precaria, dada por personal auxiliar a médicos descalzas a con atención primitiva.

Hay quien confunde, una de las estrategias de la atención primaria a la salud, debería de tratar de incorporar la medicina popular. Sin embargo, no podemos reducir toda la atención primaria a la salud a un atención primitiva, entonces esto me sirve para decir lo que no considero es atención primaria, a la que es una concepción restringida limitada.

La mayor sorpresa que ya me he llevado en los últimos tiempos, la tuve el año pasado cuando en una reunión en la región de Europa, declaró una estrategia franca para introducir la atención primaria a la salud con una serie de medidas. He oído muy insistentemente

que la atención primaria a la salud es una estrategia, pero muchas veces suena como que la gente que lo maneja dice una entelequia, creo que necesariamente aunque sea una estrategia tiene que aterrizar en funciones muy concretas que se ejecuten directamente, no puede existir en el aire como una abstracción, sino a través de las cosas que hace y, precisamente el programa de Europa marcaba alrededor de 60 acciones efectivamente dirigidas posiblemente un porcentaje menor del 15% en el área de medicina, para mejorar la salud de los pobladores de Europa, ésta quiere decir una cosa muy elemental pero también a veces muy difícil de comprender.

Debemos tener en cuenta que los recursos humanos que se han formado en un modelo que responde siempre ex-post-facto, responde al problema de salud, no a la salud, sino a la pérdida de la salud, eso es dominante y no creo que valga la pena seguir insistiendo en eso porque lo tenemos muy claro.

Lo que no tenemos muy claro es la necesidad de un personal que responda antes de que produzca el daño a la salud y ésta es si requiere una estrategia de penetración a todas las categorías de personal.

Quisiera comentar respecto a una encuesta que se hizo, que existe un profundo desconocimiento, aunque parezca una contradicción de lo que es el término atención primaria de salud. Recientemente el subdirector general médico del ISSSTE, hizo una encuesta a funcionarios de la misma institución en el área médica, a nivel alto e intermedio y para su sorpresa sólo aproximadamente el 10% de ellos tenían una noción, 5% conocían bien lo que era la estrategia de atención primaria a la salud o tenían una idea más o menos clara, otro 5% sabían lo que significaba el término y el restante 90% no tenían ni la menor idea de lo que significaba, de esto se pueden extrapolar una serie de conclusiones que cada uno de ustedes tendrá.

Quisiera concluir haciendo un señalamiento: no estoy de acuerdo en que los programas en el área de atención primaria a la salud sean de especialización, creo que no hay nada más

lejana que una especialización en atención primaria a la salud. La que tenemos son programas de pasgrada para formar líderes que nos ayuden en la estrategia; a ir incrementando las núcleas de difusión de atención primaria de salud, a través de acciones concretas, entonces, no estoy de acuerdo con la observación de que es una especialidad porque no la es, se trata de un programa de formación de liderazgo para extensión de la estrategia de atención primaria de salud.

Para terminar señalaré que esta estrategia se basa en la creación de centros, en áreas estratégicas y ya las hay en el norte de la República, las hay en el centro, las hay en el Distrito Federal y acabamos de constituir bases en el sureste.

Comenzar a formar el personal que permita reproducir la estrategia en dos sentidos; una, a través del manejo de servicios que incorporen la estrategia de atención primaria a la salud, ésta se incorpora espontáneamente, alguien tiene que hacerla, alguien tiene que tomar la función de liderazgo y decir así, vamos a trabajar. El otro es: los programas del A-36 y Zaragoza; con frecuencia de lo que han adolecido es de la falta de personal capacitado para hacer enseñanza en el sitio, no la discusión en el aula, creo que lo importante es la que se hace directamente en la comunidad y allí es donde necesitamos preparar gente, entonces en el aspecto de recursos humanos la primera que tiene que hacerse es la formación de líderes y docentes y a través de ellas se podrían instrumentar mecanismos para desarrollar

Necesitamos implementar el programa de educación continua, que nos permita llevar a la gente al conocimiento de lo que es la atención primaria a la salud y sobre todo como se hace. Además necesitamos llegar a un acuerdo con la parte educativa de como promover la enseñanza de la atención primaria a la salud, sin que necesariamente ésta represente cambio curricular, porque las evaluaciones que hemos hecho de los pasantes, que son el producto de las escuelas, nos muestran que están lejos de tener una actitud favorable, ni siquiera la noción de que es la estrategia de atención primaria de salud, creemos que la estrategia tiene que darse a base de ir creando centros, focos de difusión de las prácticas concretas de como se realiza la atención primaria a la salud en una comunidad.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* DR. JORGE GARCIA REYNA
Julio 22 de 1988.

Quiero hablar un poquito de la historia de la Universidad Metropolitana como una de las universidades, si no pioneras, si una de las que con más énfasis ha defendido este proyecto de atención primaria. La Universidad Metropolitana es la que ha retomado con más énfasis esta declaración de Alma Ata, desgraciadamente no ha cuajado como todos quisieramos, pero seguimos caminando en el proyecto y tal vez en un futuro no muy lejano, se de esta aplicación de una manera más efectiva.

La UAM fue creada como una Universidad alternativa, una Universidad diferente del estado allá por 1973-1974, con el fin de crear profesionales distintos, diferentes a las otras instituciones educativas. Esto se dió en un momento, tal vez coyuntural, la UAM presentó un proyecto en donde se buscaba que el profesionista estuviera estrechamente relacionado con la problemática social del país o la carrera de medicina vinculada con la problemática de salud.

Se creó una currícula, innovadora, diferente a las existentes y se empezó a implementar con dificultades muy serias, enfrentándose este diseño curricular a problemas económicos, con las instituciones de esa época que no concebían el proyecto como algo relativamente innovador, con gentes al interior de la Universidad, los docentes y alumnos de la UAM, eran un poco incrédulos del proyecto.

(*) Coordinador del Area de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana.

El proyecto caminó con muchos traspies, insistimos que es un proyecto que todavía está vigente, más en este momento, en que la situación del país requiere de priorizar sus actividades en materia de salud y la prioridad se encuentra precisamente en el área de atención primaria.

Uno de los problemas más importantes que enfrenta este proyecto es precisamente la falta de recurso humano que pueda formar el recurso humano, empezamos a formar un recurso humano sintener al recurso para formarlo, los profesores que ingresaron a la Universidad, traían un concepto muy diferente, venían de otras instituciones, aplicando modelos tradicionales de enseñanza y cuando llegan a la UAM, se encuentran con algo diferente, incluso se enfrentan a él.

Costó mucho trabajo meter a los profesores a la dinámica de este proyecto, hasta a la fecha todavía no se logra, es muy complicado, muy difícil, otra de los problemas que consistió en que en particular en el caso de la carrera de Medicina, la infraestructura existente en ese momento y hasta la fecha creo yo, no satisfacía el proyecto de la Universidad, el proyecto se acercaba mucho a la atención primaria de la salud, a la medicina comunitaria, y acabamos por llegar a los centros de segundo y tercer nivel a aplicar nuestro proyecto.

Si lo que es la medicina dominante, la medicina que ha dictado las pautas de salud en este mi país, de manera general y de pronta allí nos encontramos con el personal del área clínica que nosotros contratamos, en donde se veía nuestro proyecto casi como una locura no podrían concebir ni entender muchas cosas de nuestro proyecto.

El estudiante de pronto entró en una crisis, no entiende en donde está situado, le hablamos de un proyecto innovador comunitario de acercarse a la comunidad y lo mandamos a un hospital de segundo o tercer nivel, en donde nada de lo que está plasmado en el proyecto funciona, ni se aplica.

Consideramos que esta situación ha sido una de las principales causas para que nuestro proyecto no haya podido cristalizar, los que iniciaron el proyecto, radicales en su posición, hablaban únicamente de la participación comunitaria, del trabajo comunitario, sí, ¿pero cómo?.

El Dr. Alvarez Manilla hace un momento, consideraba la atención primaria como una actitud primitiva, si de pronto la gente cree que la atención primaria es ir alla a una comunidad rural con la pura bendición de Dios y sacar todos los problemas de salud todos los problemas sociales que tiene la comunidad, en mínimo recurso que la ciencia ofrece en estos momentos, crea que la atención primaria, en este momento ya no se puede considerar como trabajar debajo de un arbolito, ni atendiendo enfermos, la que cristianamente nos mande nuestra religión. La atención primaria en este momento debe ser beneficiada con los recursos que ofrece la ciencia; constantemente visitamos los centros de salud de los lugares donde nuestros pasantes estan haciendo su servicio social, nos encontramos con esta situación y aquí, en las instituciones es donde deben participar apoyando el desarrollo de la atención primaria, brindando el apoyo técnico, la infraestructura.

Las universidades, si tienen realmente un proyecto innovador, una currícula que sale un poco de lo tradicional, pueden ofrecer un recurso humano capaz de enfrentar, de resolver los problemas que presenta una comunidad, no solamente en materia de salud, sino en otros aspectos.

El Dr. Alvarez Manilla, hablaba de la formación de, no sé si entendí mal, de la formación de cuadros, de la formación de personal por parte de las instituciones de salud, que van a trabajar en el primer nivel de atención con una mentalidad diferente, con una política diferente para que puedan dar precisamente respuesta a la demanda, para que puedan dar atención, a través de éste, ese recurso humano que se va a insertar en su formación como médico de primer nivel, no es posible que a estas alturas hablemos de atención primaria, cuando nuestros estudiantes siguen inmersos en los grandes centros médicos de este país, crea que es una gran contradicción, creo que debemos enfocar como universales

nuestros recursos educativos al fortalecimiento del cuadro de enseñanza en el primer nivel de atención, sin olvidarse, por supuesto de que los hospitales de segundo y tercer nivel son importantes.

No vamos a negar que en el hospital general, el estudiante aprende muchas cosas, pero si permanece mucho tiempo ahí cambia su mentalidad, de pronto se identifica con lo alta especialidad, se olvida de la atención de primer nivel y obtenemos un recurso humano que lo único que aspira en la vida es llegar a ser como aquel gran especialista que le dió clases en el gran centro hospitalario. Si nosotros cambiamos las dos cosas, si mandamos estudiantes a las comunidades, no a hacer labar cristina, sino teniendo un programa, recursos, sistematizando nuestras actividades, organizándonos, con una currícula que nos permita aplicar nuestros proyectos y programas. Creo que vamos a poder cambiar un poco la mentalidad del médico.

La perspectiva que se presenta, considero a mediano plazo, es buena, si esto esta surgiendo, no podemos esperar cambios tan radicales. Nosostros tenemos ya quince años y todavía creemos que no hemos hecho nada, pero tenemos muchos deseos de hacer mucho y estamos en la lucha constante.

Este es un momento importante, estos cambios democráticos que se dan en el país van a influir para que la atención primaria sea considerada como algo prioritario. Es tiempo que las autoridades de salud lo entiendan así, canalicen sus recursos hacia la atención primaria de una manera importante, el Centro Médico del siglo XXI es bonito, va a ser bonito pero no necesitamos construir centros médicos del siglo XXI para captar enfermos que vienen de las comunidades con enfermedades que se pudieron haber atendido ahí, que se pudieron haber prevenido con la participación del médico y con la participación de lo comunidad, si cambinamos las dos cosas obtendremos cierta excelencia en la atención de salud a la población.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

MESA DE DISCUSION COORDINADA

Coordinador
Dr. René Chavarría Morales

Participantes:
Antropl. Irene Bialik
Lic. Lucina Rosales
Dr. José Manuel Alvarez Manilla
Dr. Jorge García Reyna

PREGUNTA:

Quisiera hacer la primera pregunta a los ponentes, tanto que me acompañan es esta mesa, como a quienes participaron en la anterior. Con la experiencia que se tiene en los diferentes campos administrativos a veces eludimos tocar el aspecto central de este tema; se han revisado algunos aspectos de la currícula, se han hecho algunos intentos, algunas incorporaciones, pero el tema central de las dos mesas de discusión se refería al estado actual y perspectiva de la formación de recursos humanos para la atención primaria de la salud.

Aunque uno parezca puntilloso, si me gustaría, que en este caso los ponentes que tienen la visión tanto del sector salud como del educativo, comentaran un poco más y pudieran hacer un pronóstico a corto mediano y largo plazo de esta estrategia. Desde mi perspectiva, yo veo esta situación en una etapa difícil, de verdadero inicio, es una corriente su mamente innovadora, con un gran desconocimiento, a todos los niveles, y creo que es ahora el principal reto a vencer. El Dr. Alvarez Manilla hablaba de la cosificación y de algunas de este tipo de estrategias, sin embargo creo que desafortunadamente, quienes hemos tenido oportunidad de asistir a este tipo de seminarios, hemos visto que poca gente tiene idea de un programa educativo real que permita establecer la estrategia de aten

ción primaria de la salud. Se que existe esta situación y me gustaría escuchar comentarios en este sentido.

RESPUESTA: DR. ALVAREZ MANILLA:

Programas operativos reales, existen concretamente en 10 entidades y 12 centros de formación de personal consideran las áreas de psicología, odontología, medicina y enfermería. También se han hecho cosas concretas a través del programa de planificación familiar, en el aspecto de formación de personal auxiliar de enfermería para la estrategia de atención primaria de la salud; en el área de IMSS-COPLAMAR en donde una parte de sus recursos ha trabajado la comunidad o con la comunidad, avocadas a capacitar la gente que trabaja en este programa. En relación a los recursos humanos, tenemos dos vertientes: una que llamamos "formación" en la cual, la mayoría de instituciones de pregrado han comenzado a prestar apoyo, pero poco se ha realizado en materia de formación de personal; en el área de posgrado ya creo que la mesa redonda pasada abordó ampliamente este aspecto y no quisiera profundizar. En el caso de desarrollo de personal es importante reiterar lo que mencionaba anteriormente, es necesario intensificar la educación continua del personal que existe. El problema fundamental es que no existe el personal para llevarlo a cabo, es decir, no se puede hacer las cosas sin el recurso, hay que llegar a un nivel crítico mínimo, que estimamos se daría en un lapso de dos años, tiempo en el cual ya tendríamos suficiente personal para producir impacto a nivel nacional sobre la infraestructura operativa. Ya creo que en términos de recursos humanos una reunión como esta abriría la posibilidad de desencadenar algún movimiento para intensificar la enseñanza de la estrategia de atención primaria en el nivel de pregrado y en el nivel de posgrado así como: una cosa que se llama sistema nacional de educación continua que prevé la incorporación de instituciones de salud y educativas, concretamente las universidades. En este proceso donde las universidades van a producir impacto a través de sus dispositivos para cambiar la concepción que actualmente tiene la mayoría del personal, mejorar dicho desempeño. Las perspectivas desafortunadamente son a mediano plazo, a corto plazo son esfuerzos insulares, aislados en un archipiélago de intentos que es todavía muy limitada. Por otro lado es importante hacer un señalamiento en el área educativa, recuperar las experiencias que ya se han mencionado; la de la UAM Xochimilco, la

ENEP Zaragoza y la del A-36, porque estas tienen mucha que decir, aunque sabemos que no han permanecido puras, han tratado de ser desvirtuadas. Precisamente porque es el mismo efecto que nos presentaba la Dra. Raquel Bialik, la invasión de una idea extraña, esa ha significado la atención primaria en el ambiente académico, una descripción en que la gente que creía que tenía toda el mundo acamada y que de repente se encuentra con que hay algo que descanace. Por ejemplo supimos de la experiencia de algún médico farmacia, director de una importante institución de salud, que le deja de hablar a su hija - porque se inscribió en el A-36, esta forma parte de la anécdota, pero nos revela la que ha significado la irrupción del elemento extraño, que actúa muchas veces como espina irritativa. Estos programas han intentado ser cambiados y no los cambiamos sino destruidos en muchas ocasiones. La perspectiva es que se abra la conciencia, que se comience a incorporar no solamente el lenguaje sino a la práctica, es decir la atención primaria no es, vuelva a repetir la de Bernard Shaw, todo el mundo habla de ella, pero pocos hacen algo para cambiarla. Con el tiempo cree que el cambio tiene que venir con la acción, allí es donde se va a ver si efectivamente mejora la salud y ese debe ser el único indicador de si estamos teniendo éxito o no en la atención primaria a la salud.

COMENTARIO: DRA. RAQUEL BIALIK.

Desea mencionar solamente que el avance, no específicamente en atención primaria para la salud, que han dado las autoridades para propiciar que los alumnos desde el primer nivel farmacéutico reciban este tipo de encuentros de filosofía. Para mí la atención primaria es una actitud, antes que la técnica y antes que toda la demás, por eso disiento un poco con el Dr. García, él sugiere que el primer nivel de atención es el más adecuada para ejercitar la atención primaria, y cree que el segundo y el tercer nivel de atención de ninguna manera son ajenos a la atención primaria, si se toma justamente como una filosofía, como la actitud que se requiere para llegar al proceso de salud-enfermedad eficaz y humanamente. Regresando al programa, este es muy incipiente, empezó en 1985, no tenemos egresados, les puedo decir que tiene el rechazo prácticamente del total de los académicos, lo mismo sucede en hospitales. Los primeros niveles son donde más se acepta y ahí es donde va toda la fuerza. La gran promoción son los primeros alumnos antes de ser filtrados, de ser tronados, de decir que tienen que cambiar de profesión. Toda el esfuer-

zo se esta realizando en este primer acercamiento y en este primer nivel.

Los resultados están por verse, pero ya se expone al estudiante, desde su primer año de ingreso a la facultad de medicina con el proceso no patológico. Lo interesante de este programa es la exposición con el proceso de la salud in situ, en la comunidad real, su impacto no es ese gran choque cultural que va a recibir, porque desde su primer año empieza a realizar entrevistas, a hablar con la gente, a empuercarse las patitas de vez en cuando con el medio que le va a tocar analizar, si se deja que esto trascienda vamos a ver resultados yo creo que no a muy largo plazo.

COMENTARIO DR. ALBERTO MORALES:

Yo quisiera hacer un breve comentario, recordar que muchísimos compañeros han declarado en diferentes ocasiones que de 80 millones de habitantes de este país, 15 millones no tienen acceso a los sistemas de salud. En otras fechas han dicho que 5, de 10 ... cualesquiera de las cifras es pasmosa. No podemos entonces aceptar que la atención primaria de la salud está cubierta, está satisfecha en todos sus ámbitos, como se celebrará aquí esta mañana. Con respecto al desconocimiento que se tienen al solo concepto de atención primaria a la salud, este se entiende como un problema en número de escuelas de medicina que existen en el país. Creo que es ese el problema, es todo lo contrario, nuestro país requiere más escuelas de medicina, de psicología, de arqueología, de antropología, requiere en suma, más preparación. No se trata de oportunidades de educación se trata de optimizar las existentes según las necesidades reales y sentidas de la población. No somos fábrica de desempleados, las instituciones educativas somos lamentablemente víctimas de una falta de apoyo para atender las necesidades reales de la población. El hecho de que exista una oportunidad por cada 10 egresados de entrar a una residencia, no implica que estemos excedidos de médicos, lo que implica es que estamos carentes de plazas y el estado debe proporcionar la solución a estos profesionales que haya capacitado. Entendemos, el problema es completamente al revés, no como se estaba manejando. Otra cuestión, también en el problema salud-enfermedad, es que el médico ha caído en un serio egocentrismo antropológico; el médico determina, diagnóstica y presupone soluciones para todo pero ¿bajo que condiciones? ¿qué conocimientos? Los que le da su carácter misiánico, patriarcal, pontificador, de otorgar la salud con sólo tocar a la persona, con un ple

no desconocimiento de como se comporta en el terreno social y económico del país. Deberíamos ser un poco más modestos, para entender cual es la verdadera relación casual en salud-enfermedad, el problema más que nada es solucionar los problemas socioeconómicos de este país. La población empezó a dar muestras de que la solución va por ahí, seamos entonces más realistas, seamos madestos, ¿cuántos de los que hoy aquí estamos presentes comprendemos el término de atención primaria a la salud?

COMENTARIO DR. CRUZ:

Yo creo que la atención primaria para la salud independientemente de que se nos planteo como una estrategia lo que representa es, digamos un *modus operandi* en las comunidades para las que se esta haciendo un trabajo. Lo que estamos haciendo es adecuarlos un *po*ca, desde el punto de vista conceptual, a determinadas limitantes para el desarrollo que nos han dado, pero que de todos modos quienes lo vamos a conceptualizar, a estructurar y a desarrollar somos los que lo estamos haciendo. La mayoría de nosotros estábamos *ge*nerando un conflicto en el egresado cuando lo enviábamos con una formación clínica-hopi-talaria a resolver problemas sociales para los cuales no tenía una formación, una concepción, allí surgía un conflicto que tiene que ver con el desempleo que se estaba señalando. La institución prestadora de servicios no requiere ya, en este momento, este tipo de médico, su objetivo esta orientado a resolver su problemática con antelación. Para mi esto es lo que esta sucediendo y es lo que crea confusión. Estamos aquí, algunos de los docentes de la División Superior de Salud, y todos los que no estan aquí estan en contra de esto, no entienden y no tienen porque entenderlo. Yo quisiera que nos ubicaramos en este otro modelo de egresados, que se esta apenas conceptualizandq estructurando y que se va a formar. Quisiera señalar textualmente una reflexión, el trabajo en la atención - primaria requiere apraximadamente de un 90-95% de personal no médico, como enfermeras trabajadoras sociales, etc. Todas las profesiones tienen que ver con la salud, pera de repente solo hacemos responsables al médico y a las institucianes de salud de este tipo de trabajo. La propia comunidad tiene un alto porcentaje del manejo de estas situaciones de ellos, esto genera otro nivel de conflictos; somas los médicos los que estamos avocados a resolver algo para lo cual no hemos sido lo suficientemente preparadas. La concepción biológica la tenemos muy desarrollada, pero psicológicamente apenas se estan infiltrando

las compañeras. La que he mas encontrada a nivel de salud comunitaria, el daño a la salud comunitaria, a la salud mental es impactante. Hay experiencias que estamos trabajando y crea que dentro de algún tiempo vamos a descartar toda la de las experiencias, se esta avanzando muchísima en esta de la representación que hizo la compañera, me parece estu penda, porque es la que ya he vivida continuamente en las reuniones, en las asambleas comunitaria con nuestras pasantes. Es decir no saben ni que hacer ni como para resolver los problemas, hablan en japonés con las pacientes, la hacen de buena intención pero no salen como, no las hemos adiestrada. No podría dejar de mencionar que esta es una fase de transición, ya vea en los pasgrados una necesidad de acelerar la preparación, la formación de esta que pudiera ser un nueva profesional de la salud.

COMENTARIO: DR. ALVAREZ MANILLA:

Crea que es muy importante visualizar que la salud tiene varios niveles de acción, el primaria estaría centrada en acciones inespecificas, que van dirigidas a mejorar la salud, pero si específicamente el desarrolla económica social, que es el factor que más incide sobre las tasas de salud, de salud positiva a negativa. En segunda lugar, hay acciones específicas para mejorar la salud, vamos a decir aquellas dirigidas a la colectividad y al ambiente como sería la salud pública, no son de la competencia de un médico ni de toda este personal que esta dedicada a la atención del individuo, pero son medidas de protección a la salud, aquí si el agregar fluor al agua a el proveer un sistema adecuada de control de calidad del agua, la disposición adecuada de excretas o de la basura, son servicios de salud pública, y crea que esta en los años que vienen van a dejar de ser terreno tradicional y exclusiva del médico, van a tener que incorporarse especialistas que hasta ahora han estado al margen. Existe un tercer nivel de realidad, de medidas específicas de personal dedicado a la atención a la persona, que es la que ha contemplado la atención primaria a la salud. La atención primaria a la salud ya la tamaría un poco como mezcla de la que ha sido la atención individual tradicional a la persona, con aquellas aspectos de salud pública ligadas al medio ambiente inmediata, sea el domiciliario, sea el comunitario. Respecto al primer nivel, el de las acciones inespecificas, crea que tiene como terreno predominante, la política, y ahí podemos entrar todas sin excepción como individuos pero, nuestra especificidad la adquirimos si vamos a actuar como profesionistas, como profesionales

de la salud pública, vamos a actuar a esos niveles globales, como profesionistas que - atienden a la persona y a la colectividad, esa es atención primaria a la salud. Enfocar esas causas primarias de la pérdida de la salud, en el momento en que no se ha perdido la salud, sería la conceptualización mínima que podíamos hacer y esta evidentemente involucra personal, personal que no se agota con el de atención tradicional de la persona, sea médica, odontóloga, enfermera o psicólogo. Cuando se está hablando de la participación comunitaria es muy importante reconocer que habitualmente se han tomado los tres niveles de atención; primaria, secundaria y terciaria. El primer nivel enfocada a la que no tiene espíritu, el segundo para hablarla rápida, los hospitales generales y el tercer nivel, los hospitales de concentración. Sin embargo, creo que hay otros dos niveles de atención, que son el autocuidado y la autoatención que va para el sujeto, que debe ser vigilante de su propia salud, ahí empieza un segundo nivel intermedio, en algunos casos lo hemos denominado manitar. Es un personal que no cumple funciones de salud para ganarse la vida, pero que puede hacer algunas funciones de salud agregadas a la que hace. Reforcemos los programas que ya existen, queremos atención primaria, entonces instalemos los programas en las escuelas. El problema y en esta si difiera con el Dr. Morales, no es tanto cuantitativa, es cualitativa. El hecho de que haya más escuelas, haciendo más de la misma no nos va a resolver el problema, en mi concepto, el cambio tiene que ser cualitativo. No se ha producido un cambio de actitud en el estudiante es más importante avocarse a ella, a cambios en la manera de operar, en las expectativas. Decía el Dr. García Reyna que llevan desde 1974 inventando el programa, buena pues ese es el cambio social, este es lento por definición, y la primera nación que debemos de tener es que educación y por lo tanto el problema de recursos humanos, se refiere al cambio social. No basta cambiar documentos hay que cambiar a la sociedad en su conjunto, porque es fue la gran lección que nos deja el A-36 no se puede cambiar una parte del contexto - si el contexto cambia, y se puede formar una profesional que este adaptada en las tareas de atención primaria a la salud y sin embargo el contexto va a tender a modificarla a a jalarla a hacer de nueva la que hacía antes, esta es la historia del cambio social y - creo que esa es la parte importante a considerar en el aspecto de recursos humanos.

PREGUNTA:

Dr. Alvarez Manilla, ha realizado excelentes comentarios que nos permiten ubicar un con texto más específico la problemática del área de atención primaria de la salud, ha ido de los aspectos conceptuales a los operativos entrelazando diversos aspectos que aquí se han comentada. Esperamos que estos seminarios, que continuarán desarrollándose, nos permitan seguir intercambiando y enriqueciendo nuestras experiencias. Solo haría una pregun ta más, Dr. García Reyna, por lo que hemos escuchado la mayor parte de las escuelas que participan con nosotros, en este momento de cambios curriculares en cuanto a adecuación de planes y programas de estudio, quisiera preguntarle ¿En la Universidad Nacional Autónoma Metropolitana se ha evolucionado, de ser así en que ha consistido?

RESPUESTA: DR. GARCIA REYNA:

Si la currícula de la UNAM, el plantel Xochimilco específicamente en la carrera de medici na no ha cambiada, si conceptualmente, el proyecto original se conserva, no se ha apli- cado por supuesto al pie de la letra por las razones que de manera breve mencione. He- mos tenido muchos problemas para llevarlo a cabo como esta escrito, pero éste es parte de la evolución de un programa de un proyecto, de la evolución de la sociedad. El pro yecto esta en fase rediseño, consideramos que tiene algunas fallas y se han creado comi siones responsables de rediseñar sin alterarlos en su concepción original, sin salirse de masiado del proyecto que se realizó a la por 1973. Nuestros egresados han tenido algu- nas problemas en cuanto a que no son esos egresados que nosotros quisimos formar al principio, son una especie de híbridos, médicos que se formaron en dos conceptos, sinu plenamente contradictorios, si dos conceptos que forman médicos que muchas veces no lo- gran entenderse. Les platicaba anteriormente que nosotros planteabamos la enseñanza en tres niveles, dando prioridad al primer nivel, dejando al segundo y al tercer como algo - importante pero no prioritario, tuvimos muchas dificultades para encontrar un espacio - adecuado en los primeros niveles de atención médica. Hemos actuado en el primer nivel de las instituciones de salud y hemos participado con organizaciones populares que creo es donde mejor hemos podido aplicar nuestro proyecto. Resumiendo nuestro proyecto = sigue vigente esta en fase de rediseño pero sin la intención de cambiarlo en su esencia, se tiene que hacer algunas modificaciones de acuerdo a la evolución que ha tenido.

SEXTO SEMINARIO

**PARTICIPACION COMUNITARIA EN
ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

DR. JOSE OSCAR HERRERA TELLEZ

DR. EDUARDO ALMEIDA ACOSTA

DR. JOSE MANUEL ALVAREZ MANILLA

ANTROPOL. RAQUEL BIALIK

LOS PROGRAMAS ACTUALES DE SALUD COMUNITARIA Y SUS RESULTADOS

* DR. JOSE OSCAR HERRERA TELLEZ
Julio 29 de 1988

Por acuerdo de la Asamblea General de la OMS y de la Junta Ejecutiva de UNICEF, a invitación del Gobierno de la URSS, hace diez años, como de todas es conocida, se efectuó la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en la cual se produjo como resultado de las trabajos presentadas, la que hoy conocemos como la "Declaración de Alma Ata".

En dicha declaración se conceptualiza a la Atención Primaria de Salud, como estrategia que tiene el propósito de lograr la extensión de la cobertura de servicios de salud, la cual comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de la población.

La Atención Primaria requiere de un enfoque intersectorial, por que la satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población depende de factores que interactúan entre sí y en su mayoría están fuera del control del sector salud.

Por otro lado, uno de los objetivos de esta estrategia, es obtener la máxima cooperación y coordinación en el plano operativo de todos los sistemas, sumando esfuerzos y evitando la duplicidad y obstáculos en la solución de problemas y hacer así más efectivas y productivas las soluciones mancomunadas para elevar el nivel de vida de la población.

Para convertir el enfoque intersectorial, base esencial de la atención primaria, en elemento funcional es necesario, entre otras cosas, un marco legal que propicie los trabajos interdisciplinarios e intersectoriales por parte de personas e instituciones involucradas, así como una consciente y decidida participación de la comunidad compartiendo compromisos y responsabilidades en beneficio de toda la población.

La participación de la comunidad en materia de salud, adquiere carácter de imperativo, en virtud de que la salud es un bien básico indispensable para existir, ser, desarrollarse y producir, lo que requiere del ejercicio constante, dinámico, responsable y solidario de toda la sociedad para lograr dicho bien.

En México existen numerosas experiencias de participación comunitaria en acciones de salud, cuyos resultados han sido valiosos y han servido en gran medida en la planeación y ejecución de programas que se han aplicado a través de los instituciones de servicios de salud.

Los antecedentes en nuestro país se remontan a la colaboración de la población desde 1921 en la eliminación de criaderos de mosquitos y el desratizado de puertos y ciudades fronterizas para el control de brotes epidémicos de enfermedades, como la fiebre amarilla, el tifo, el paludismo y la viruela, entre otras.

En 1934 se crearon dos áreas de servicios de salud con la participación de la comunidad, por el entonces Departamento de Salubridad Pública, uno en el Estado de Michoacán y otro en Nuevo León, en ambas experiencias se pudo constatar el enorme potencial que significa la participación del campesino por su aceptación e interés en la organización de los servicios de salud en beneficio propio y de sus familiares.

Entre otras de las experiencias, cabe destacar la participación comunitaria en el Programa de Bienestar Social Rural que la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó en 1953, con la finalidad de que por medio de la participación directa de los miembros de la comunidad se incrementara la calidad de sus viviendas, la economía familiar y colectiva. En

este programa se capacitaron promotores rurales, quienes a su vez capacitaron a familias de campesinos en tareas de mejoramiento del medio, producción y cuidado de la salud. Así como en actividades para mejorar la nutrición y la economía, tanto de la familia como de la colectividad.

En el actual régimen, tomando en consideración los enunciados de la "Declaración de Alma Ata" y de acuerdo con los intereses nacionales de incrementar el nivel de vida de todos los mexicanos, el ejecutivo federal envió una iniciativa, al Congreso de la Unión para elevar la protección de la salud.

Lo anterior da las bases para el surgimiento del actual Sistema Nacional de Salud, el cual sustenta en las disposiciones de la nueva Legislación Sanitaria. En este nuevo marco jurídico a la Participación Comunitaria se le define su espacio de acción y se establece como obligatoriedad, tanto para las instituciones del sector como para los gobiernos de los estados, el apoyar, promover e impulsar la constitución de grupos, asociaciones e instituciones de miembros activos de la comunidad para que al lado del equipo de salud y de las autoridades civiles participen en forma comprometida, sistemática, coordinada, informada y permanente para mejorar y conservar la salud individual y colectiva de la población.

En el Programa Nacional de Salud 1984-1988 se estableció claramente a la participación comunitaria como una de las cinco estrategias instrumentales esenciales para el logro de objetivos y metas trazadas en los 13 problemas sustantivos que la conforman y para consolidar el Sistema Nacional de Salud.

Con el propósito de que la Participación Comunitaria no quedará como un simple enunciado teórico, jurídico o programático, se hizo indispensable que se diseñara un programa operativo capaz de instrumentar este importante elemento estratégico, para que a través de una estructura programática propia se estableciera desde su ámbito de acción y objetivos hasta las bases y mecanismos de supervisión, control y evaluación.

En 1986 la Secretaría de Salud estructuró el Programa Nacional de Organización Participativa de la comunidad en Salud, como un programa de alta prioridad que debe formar parte inseparable y permanente del quehacer de las instituciones de salud.

PROGRAMA DE ORGANIZACION PARTICIPATIVA DE LA COMUNIDAD EN SALUD.

El proceso participativo de la comunidad en salud, conforme al Programa, esta inserto en el esquema organizativo de la atención primaria y tiene como eje para todas sus etapas a los equipos de salud que laboran en las unidades del primer nivel de atención médica del sector salud.

El objetivo esencial de este programa, es el lograr que la participación se lleve a efecto de manera sistemática, permanente, ordenada y metódica, de tal forma que puedan ser convenientemente supervisada y evaluada, para ir valorando constantemente el efecto de sus acciones en el estado de salud de la población.

Dentro de los objetivos específicos se destaca, entre otros, el propiciar mejores formas de organización de la comunidad para elevar cualitativamente y cuantitativamente la participación, mejorar los niveles de educación en salud de la población para modificar conducta y hábitos indeseables para la salud, elevar los conocimientos del personal de salud, informar a la comunidad en forma oportuna y clara de las acciones de salud a realizar, así como del uso racional de los servicios de salud, coadyuvar a mejorar la capacidad de gestión de las comunidades ante las dependencia que intervienen en acciones vinculadas con factores condicionantes de salud y propiciar la participación de la comunidad en acciones para el mejoramiento del medio ambiente y la conservación y mantenimiento de unidades médicas, así también como en acciones de programación, supervisión, control y evaluación de los servicios que se otorgan.

Para el logro de estos objetivos se han establecido metas a alcanzar en un mediano plazo

y son:

- *Integrar Comités de Salud en todas las localidades y/o colonias, barrios o manzanas y en el seno de organizaciones sociales o gubernamentales.*
- *Designar en el medio rural disperso un promotor social voluntario par cada 10 familias y en el medio rural concentrado y urbano, uno par cada acera y manzana.*
- *Capacitar a la totalidad de los promotores social voluntario para la ejecución de tareas específicas que le asigne el equipo de salud, de acuerdo a lo establecido en el Programa Nacional de Salud.*
- *Establecer convenios de concertación de acciones con organizaciones sociales en la comunidad.*
- *Formular en cada entidad federativa el Programa Estatal de Organización Participativa de la Comunidad en Salud con enfoque a corto y mediano plazo.*

Para coadyuvar en la solución de los problemas de salud el país y contribuir en el logro de objetivos y metas del programa, se establecen en el misma, una estrategia de carácter general y 24 específicas, agrupadas estas últimas en torno a cuatro materias, que son: organización, educación y capacitación, información y por último supervisión control y evaluación.

La estrategia general busca lograr que la comunidad sea elemento operativo del programa, asignándole para ello, actividades específicas en la gestión de los servicios, con el propósito de elevar los niveles de salud de la población.

Las estrategias específicas agrupadas en Organización son 6 y se refieren a la organización de las acciones de los promotores de salud y auxiliares, al apoyo a las organizaciones para incrementar la participación comunitaria, a la necesidad de organizar a la comunidad para posibilitar la incorporación de personal voluntario en acciones de salud, a la

incorporación a los recursos tradicionales para participar en acciones con el equipo de salud fomento de la conformación de Grupos Específicos para acciones concretas y la promoción de la colaboración de la comunidad en acciones para mejorar el medio ambiente y en el mantenimiento y conservación de las unidades de salud.

Las estrategias específicas agrupadas en Educación y Capacitación son diez y se refieren al diseño y desarrollo de acciones de educación con énfasis en: Nutrición, Salud Mental, Salud Bucal, Educación Sexual, Planificación Familiar, Riesgos de la Automedicación. Prevención de la Farmacodependencia, Salud Ocupacional, uso adecuado de los Servicios de Salud, Prevención de Accidentes, Prevención de la Invalidez y Detección Oportuna de Enfermedades. Capacitación permanente a los promotores y a los grupos organizados de la comunidad, el establecimiento de mecanismos de coordinación con centros e instituciones educativas, capacitación de los trabajadores de la salud para promover la participación de la comunidad, así como capacitar a la población, a través del equipo de salud y de los promotores, en la prevención y tratamiento de los problemas vinculados con la salud.

Las estrategias específicas agrupadas en información son 5 y hacen referencia a que se tiene que informar a la comunidad sobre las principales características de sus problemas de salud en forma oportuna y clara, a la utilización de los medios de comunicación social para la difusión de los programas de salud, así como el uso adecuado de los mismos y la captura de información sobre impacto de los servicios de salud y de las acciones de la participación comunitaria con los sectores social, privado y con el público en general, para que la población este bien informada de los problemas de salud, y de las acciones y logros que se están obteniendo.

Y por último, las estrategias específicas que se agrupan en "Supervisión, Control y Evaluación" son tres y se refieren a la necesidad de crear y establecer mecanismos permanentes de supervisión, evaluación y control para evaluar periódicamente el programa y así introducir e instrumentar oportunamente las modificaciones necesarias e impulsar a la comunidad, para que participe activamente en la supervisión y evaluación de las acciones

realizadas y del programa en su conjunto, así como promover que los sectores social privado, por conducta de consultas populares y otros foros, participen en la evaluación del programa y en la proposición de alternativas de solución.

SUBPROGRAMAS

Para favorecer la instrumentación del Programa Nacional de Organización Participativa de la Comunidad en Salud y con el fin de establecer los lineamientos que sirvan de base para la elaboración de las programas estatales en la materia, se han diseñado cuatro subprogramas, los cuales son: de Organización, de Capacitación, de Información y de Supervisión, Evaluación y Control.

Cada una de estas programas, además de sus objetivos establece las líneas estratégicas, las actividades específicas y las responsabilidades tanto institucionales como comunitarias.

Subprograma de Organización de la Comunidad, el cual parte de la premisa de que la organización de la comunidad representa uno de los requisitos básicos para que la participación de la población sea realmente de apoyo en las programas de salud y que las acciones esporádicas, aún de gran magnitud y las intervenciones de los habitantes provocan interferencias, en los programas si el dispencia de recursos.

Por lo anterior y ante la necesidad de orientar, organizar y normar la participación de la comunidad, la cual puede darse en dos formas genéricas: mediante la incorporación al equipo de salud de personal voluntario en tareas de salud concretas, ejemplo: vacunación, notificación de casos, etc., y mediante un organismo representativo (comité) que tiene a su cargo la ejecución de acciones de apoyo a programas de salud, ejemplo: saneamiento del medio, mejoramiento de la vivienda, organización de eventos, etc., se ha diseñado este subprograma con los siguientes:

OBJETIVOS:

- Definir las formas de organización de la comunidad para su participación en las acciones de salud.
- Precisar las responsabilidades institucionales y comunitarias en relación con la participación de la población.
- Diseñar las líneas estratégicas para lograr la integración formal de un organismo comunitario de apoyo a los servicios de salud.
- Establecer los mecanismos de interrelación entre el organismo comunitario y el equipo de salud, que permita el desarrollo conjunto de acciones.

SUBPROGRAMA DE CAPACITACION DE LA COMUNIDAD

Para que la participación de la comunidad sea realmente útil en la realización de acciones de beneficio para la salud, es necesario que cuente con la capacitación necesaria que facilite la intervención, tanto del personal institucional, como de los elementos voluntarios de la propia población beneficiaria.

Por lo que se requiere que la capacitación se haga en forma directa, a través de cursos o pláticas seriadas, dependiendo de los objetivos específicos planteados y contar con manuales de capacitación necesarios, para el personal de salud y para los promotores voluntarios.

Para lograr lo anterior el subprograma plantea los siguientes:

OBJETIVOS:

- 1. Lograr la capacitación del personal de los equipos de salud en la metodología del pro...

bojo comunitario y en los aspectos técnicos específicos de las acciones que se planean desarrollar en la comunidad.

- Adiestrar a los promotores voluntarios de la comunidad para el desarrollo de las acciones de salud en donde participen.
- Sensibilizar a la población y a los grupos formados de la comunidad para que acepten y participen organizadamente en acciones específicas de salud.

SUBPROGRAMA DE INFORMACION

Para identificar los logros del programa es necesario establecer los mecanismos que permitan el monitoreo, el análisis de los datos para conocer, entre otros aspectos, las acciones realizadas y los principales problemas o los que se enfrentan los recursos operativos y que repercuten en el grado de participación comunitario.

Para lograr esto el presente subprograma tiene el propósito de ser el sistema de apoyo en el desarrollo del programa y se plantean los siguientes:

OBJETIVOS:

- Coordinar el desarrollo de las acciones del Programa al proporcionar de manera sistemática información oportuna, confiable y coherente.
- Unificar criterios y procedimientos en la ejecución de las actividades que conforman el Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud y que deben ser objeto de información sistemática.
- Establecer los mecanismos adecuados para proporcionar a los niveles que lo requieren la información que se genera por las actividades de jurisdicciones sanitarias y en el

nivel estatal.

- Contribuir a lograr óptima eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos de las unidades de salud y jurisdicciones.
- Mantener informada a la comunidad sobre las actividades realizadas por parte del personal institucional, del comité de salud y de los promotores voluntarios.
- Lograr que participen activa y coordinadamente las otras instituciones del Sector Salud y otros sectores de la Administración Pública Federal Estatal y Municipal, así como los organismos sociales y privadas en los aspectos relativos a la ejecución e información del programa.

SUBPROGRAMA DE SUPERVISION, CONTROL Y EVALUACION

Para garantizar que el desarrollo del programa se cumpla de acuerdo a los objetivos, se requiere de mecanismos de control que aseguren la eficiencia y eficacia de las operaciones. Por esta razón en este subprograma se definen los lineamientos básicos para supervisar, controlar y evaluar las acciones contempladas en las áreas de organización, capacitación e información del Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud, con el propósito de detectar oportunamente las posibles desviaciones, corregirlas y retroalimentar etapas sucesivas del mencionado programa.

Los objetivos del subprograma para cumplir con lo anterior son:

- Establecer un sistema de supervisión, control y evaluación para procurar el funcionamiento adecuado, desarrollo y retroalimentación de las acciones que en materia de salud, se aplican en el seno de la comunidad.
- Definir la responsabilidad de cada unidad administrativa de los niveles central, esta

tal, municipal y local en la supervisión, control y evaluación de las acciones de participación comunitaria, en el marco de sus funciones y competencias.

- *Asesorar en aspectos de planeación, programación y presupuestación, a los responsables que llevan a cabo la ejecución, a fin de procurar la adecuada aplicación del programa.*
- *Verificar que las acciones se efectúen con la oportunidad y calidad necesaria para re solver los principales problemas de salud de la población.*
- *Vigilar el cumplimiento de las normas y los procedimientos establecidos para asegurar la disponibilidad oportuna y suficiente de los recursos humanos, materiales y financieros, así como su aprovechamiento racional*

PRINCIPALES AVANCES DEL PROGRAMA

A dos años de haberse iniciado formalmente las acciones del Programa Nacional de Organización Participativa de la Comunidad en Salud, ya son evidentes y significativos los logros que se han obtenido en todo el país.

A continuación enunciaré alguno de los resultados más relevantes del programa y que ya están repercutiendo en la calidad de la presentación de los servicios y en el bienestar de la población.

- *En cada una de las entidades federativas ya se cuenta con un Programa Estatal Anual.*
- *Se tienen reclutados más de 150,000 promotores voluntarios de salud en las áreas rurales y urbanas, a los cuales se les han dado cursos de capacitación en los 13 programas sustantivos del Programa Nacional de Salud.*
- *Se tienen constituido cerca de 15,000 Comités de Salud en asentamientos rurales y ur-*

banos, aunados a los que ya funcionan en Dependencias Federales y Paraestatales. En todos los casos estos Comités ya cuentan con reglamento de funcionamiento y acta constitutiva formalizada.

- El Programa se ha difundido en todas las instituciones del sector y se ha establecido coordinación de carácter programático con el Programa de Fomento a la Salud del IMSS y el de Participación Comunitaria del ISSSTE y DIF.
- Existen en los niveles estatal, jurisdiccional y local representantes del programa en todas las entidades federativas.
- Todas las Leyes Estatales de Salud, en concordancia con la ley general de salud, definen y establecen responsabilidades a las instituciones del sector, a los gobiernos de las entidades federativas y a la propia comunidad.
- Las Dependencias Federales, Paraestatales, Estatales y Municipales, así como los sectores social y privado han contribuido en la difusión de información sobre salud, en diversos medios, como son revistas, periódicos, radio, televisión, etc.
- Las acciones de la participación comunitaria se han reflejado en los resultados obtenidos en los 13 programas sustantivos del programa nacional de salud.
- Existe también participación de algunas comunidades en tareas de conservación y mantenimiento de las unidades de salud y en algunos casos de equipamiento y aportación de algunos insumos para el funcionamiento de los mismos.
- Se está apoyando a través de promotores voluntarios y de los comités de salud, al Programa de Nutrición y Salud en la distribución de alimentos a las comunidades de menor desarrollo económico social del país, asimismo; en las áreas rurales se están distribuyendo medicamentos, material anticonceptivo, sobres de deshidratación oral

atras insumos, en apoyo a las programas sustantivos de salud.

- *Con algunas organismos internacionales se han establecida relaciones de cooperación y concentración de acciones, entre ellas ratar e internacional, UNICEF, OMS y OPS.*

CONCLUSIONES

Sin lugar a duda en la presente administración se han lograda grandes avances en materia de salud y es inegable que la participación de la comunidad ha sida un importante elemento para la extensión de la cabertura y para el cambia estructural que ha experimentada el Sector Salud.

Más sin embargo, aún faltan acciones por realizar para cansalidar el Programa Nacional de Organización Participativa de la Comunidad y las respectivas programas estatales, pera los logros que se han obtenida a sala das años en que se han instrumentada el programa formalmente, nos llena de satisfacción y argulla al poder constatar la ename respuesta que se ha tenido por parte de la pablación y por las sectares social y privado, ejemplo de ella han sida entre atras las Días Nacionales de Vacunación, el Día Mundial de no Fumar y más recientemente el Día Naciona de Información sobre el SIDA.

Dentra de las acciones que debemos seguir impulsando se destacan la capacitación continua a todos los promotores voluntarios, el impuso a la autagestión de las comunidades y la elabraración de programas de participación comunitaria a nivel jurisdiccional y municipal.

A las instituciones farmadaras de recursos humanas para la salud, como carresponsables de la salud de nuestra país, nos corresponde impulsar la estrategia de atención primaria de salud para lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000", a través de una sólidad y comprometida farmación de las recurcas humanas que cantribuirón, en su práctica profesia nal, a la cansalidación del Sistema Naciona de Salud y par ende a elevar los niveles de bienestar de la población de nuestra país.

APORTES DE LA PSICOLOGIA EN LA PARTICIPACION COMUNITARIA
EN ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

* DR. EDUARDO ALMEIDA ACOSTA
Julio 29 de 1988

Voy a referirme en esta presentación a dos grandes conjuntos de ideas: Las relaciones entre instituciones y participación, y los elementos psicosociales de la participación. Son reflexiones a partir de 11 años de una práctica social participativa en una comunidad de la Sierra Norte de Puebla (Sánchez, M.E. y Almeida, E 1986).

LAS RELACIONES ENTRE INSTITUCIONES Y PARTICIPACION

Es preciso reconocer que en relación a salud se da una participación ineludible que responde a los que llamaríamos "el programa natural de atención pre-primaria a la salud"

Este programa corresponde a nuestras necesidades vitales:

- Respirar y movernos
- Comer y beber
- Ser estimulados y estimular
- Dormir y descansar

Prácticamente todos respondemos a las exigencias de participación de este programa

(*) Profesor Adscrito a la Facultad de Psicología UNAM

Sin embargo, conviene recordar que la satisfacción de estas necesidades vitales se ve con frecuencia obstaculizada por problemas que van más allá de las posibilidades individuales de solución y que corresponden a los "factores que propician los factores de riesgo de la salud".

- La contaminación y el hacinamiento
- La desnutrición y las carencias de agua
- El aislamiento y el stress
- El insomnio y el aburrimiento.

Son factores que podríamos llamar estructurales y que exigen por lo tanto soluciones sociales. Afectan la calidad de vida, las condiciones de vida y los estilos de vida.

¿Qué tanta se acupan las planes y proyectos, anticipatorias y programadas (Alvarez Manilla J.M. 1987) de atención primaria a la salud, de estos "factores que propician los factores de riesgo a la salud?".

Nos parece que sólo indirectamente se abacan a ella, y que los esfuerzos se aplican principalmente a eslabones intermedios de la cadena de problemas, es decir, a los "factores de riesgo", pero sin atacar las condiciones sociales que los propician. Es oportuno tener presente para enfrentar debidamente esta problemática que se da una dialéctica entre instituciones y comunidades de vida. Por un lado, es en las comunidades en donde se resienten individual y colectivamente los impactos estructurales negativos a la calidad, condiciones y los impactos estructurales negativos a la calidad, condiciones y estilos de vida y al mismo tiempo reside en ellas un poder muy limitado para atacarlas directamente. Por el otro, son las instituciones macrosociales las que determinan en gran parte este poder, pero son también las instancias que menos resienten los impactos concretos y cotidianos de los "factores que propician los factores de riesgo a la salud"

Esto nos lleva a formular la pregunta clave de esta conferencia; ¿qué tanta quieren la par-

participación comunitaria las Instituciones macrasociales de salud?, ¿qué tanto sienten que es necesaria?. Muchas veces los frenos a la participación vienen implícitos, y hasta explícitos, en la formulación de los mismos programas. Cuando se da participación comunitaria ésta conlleva, en la mayoría de los casos, cuestionamientos a los grupos dirigentes, y con frecuencia implica impugnación a privilegios de los mismos dirigentes. ¿Qué tanto quieren propiciar la participación comunitaria instituciones como?.

- La Organización Mundial de la Salud
- La Organización Panamericana de la Salud
- La Secretaría de Salud
- El Instituto Mexicano del Seguro Social
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

ELEMENTOS PSICOSOCIALES DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

Regresando a la dialéctica comunidad-institución podríamos establecer una gradación de categorías de participación de aquellas que se dan en comunidad de vida a las que provienen de acciones institucionales:

COMUNIDAD DE VIDA.....	PARTICIPACION NECESARIA.....	EJ. Familia
	NATURAL.....	Vecindario/comunidad
	LIBRE.....	Organizaciones sociales
	INDUCIDA.....	Programas Tecnoburócratas
INSTITUCION.....	OBLIGADA.....	Imposiciones por decreto

Es claro, a partir del cuadro anterior, que la participación es tanto más natural y espontánea cuanto más se aproxima a un tipo de participación comunitaria y cuanto más se aleja de una participación "institucional"

También es evidente que se dan con más facilidad los condicionantes psicológicos de la participación en las participaciones necesarias, naturales y libres. En estas casos

la participación se logra porque se dan:

- NIVELES DE INFORMACION
- VALORACIONES
- ASPIRACIONES
- COMPORTAMIENTOS

es decir:

- La gente sabe acerca de los programas.
- La gente piensa y expresa su pensar acerca de los programas
- La gente desea y quiere que se lleven a cabo los programas
- La gente actúa para llevar a cabo los programas

Para que un programa inducido, y sobre todo para que un programa obligada tuviera éxito debería aplicarse a lograr que estén presentes todos los condicionantes psicológicos de la participación (incluyendo desde luego, que la gente SEPA acerca del programa, y asegurándose que la gente lo valora positivamente)

Con frecuencia olvidamos que la PARTICIPACION es respuesta a condiciones concretas de vida, particulares y circunstanciales, y de organización de trabajo, que se dan en un medio específico, en un tiempo y un espacio determinados, en un medio que es una historia y una geografía, y que este medio existe en un contexto regional y nacional. Por esto último volvemos insistir, después de mencionar los condicionantes psicológicos, en los condicionantes estructurales de la participación comunitaria: la estructura económica y la estructura del poder condicionan participaciones actuales y posibles.

En la participación comunitaria, por otra parte, desempeña papel fundamental la consideración de los CUADRO. A veces los mismos términos nos llevan a olvidar de aspectos importantes; por ello evitamos los términos de líderes o de dirigentes. Hablamos de CUADROS

distinguimos cuatro tipos:

- *De participación*
- *De tradición*
- *De innovación*
- *De relación.*

Entendemos por CUADROS DE PARTICIPACION a las personas de la comunidad de vida (aldea, barrio, condominio, etc) que sin ser líderes o dirigentes, son elementos que favorecen la participación, que son presencia activa.

Los CUADROS DE TRADICION son personas de la población considerada que se esfuerzan por conservar las tradiciones locales por razones muy válidas de resistencia cultural, y que por lo mismo se oponen a innovaciones que piensan pueden afectarlos. Importa mucho su papel en la participación comunitaria.

Los CUADROS DE INNOVACION son elementos locales abiertos a nuevas experiencias fruto de su propia iniciativa o de iniciativas ajenas que ellos hacen propias. Son impulsores de cambio y favorables a la participación.

Los CUADROS DE RELACION, son actores sociales, exógenos o endógenos, que propician la participación comunitaria en la medida en que facilitan la realización de los programas gracias a los contactos que establecen y mantienen con las estructuras económicas y de poder.

CONCLUSIONES

Para lograr la participación comunitaria en atención primaria a la salud, tal y como se proponía hace diez años en Alma Ata, (OMS, 1988), es precisa ser muy lúcidos en relación

a los condicionantes institucionales, sociales y psicológicos de la participación comunitaria.

munitaria en atención primaria a la salud depende a la vez de instituciones macrasociales que se arriesguen a promover en verdad esa participación; de un ataque frontal a los factores que propician los factores de riesgo a la salud, en particular la contaminación y la desnutrición; y de la elaboración participativa de programas, de manera que las comunidades sepan, valoren, quieran y actúen en relación a esos programas.

La participación no puede descartar ni la tradición, ni la innovación. Necesitamos programas que dinamicen nuestras tradiciones para mañana.

Necesitamos crear mañanas para nuestras tradiciones.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Manilla, J.M. Atención primaria a la salud. México, D.F.
Secretaría de Salud, Mecanograma. Agosto de 1987.*
- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Alma Ata URSS,
6-12 de Septiembre de 1978. México D.F. U.N.A.M.
Facultad de Medicina, junio 1988*
- Sánchez, M.E. y Almeida, E. Desarrollo regional y participación. Boletín
Trimestral. El Colegio de Puebla, A.C. Puebla, Pue.
Enero - Marzo, 1986*

¿QUE TAN FACTIBLE ES LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN
LOS PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD?

* ANTROPOL. RAQUEL BIALIK
Julio 29 de 1988

Quiera iniciar esta presentación retomando la última frase de mi ponencia anterior para este mismo ciclo de análisis y, si la recuerdan ustedes, señalaba ya, respecta a la Atención Primaria de Salud, que su gran mérita es, entre otros, que HACE y no únicamente que DICE QUE HACE...

Par ella, traiga a ustedes un ejemplo concreta que dirigi sobre un Programa de Atención Primaria de Salud Integral en una zona marginal urbana de la ciudad de México, en el Barrio de Tepito, Col. Morelos, Delg. Cuauhtémoc, D.F. -El Taller de Salud- y, una vez conocido dicho programa, sus objetivos y alcances, es a partir de esa base que abardaré el tema de hoy, sobre la Participación Comunitaria, como la logramos y algunas consideraciones más generales sobre viabilidad y conceptualización.

Para que tengan ustedes una idea de como surgió este programa les doy algunas antecedentes. Piensa que llevar a cabo investigaciones en países como México implica un compromiso real, no sólo en cuanto a comprobar a a introducir conceptos dentro del acervo general de la Ciencia, sino que también y, prioritariamente, en darle una utilidad práctica a dicho conocimiento para la resolución de problemas existentes -que son ya muchos- o para su prevención.

(*) Coordinadora y Profesora de SIPC-I, Depto. de Epidemiología y Comunitad Facultad de Medicina, UNAM

Partiendo de una Filosofía de una Ciencia Aplicada, creemos que para programas asistenciales, como por ejemplo, de Salud, no es costeable realizar el tipo de investigación que se lleva en países donde los estudios son a largo plazo, sumamente costosos, altamente especializados y, tantas veces, meramente teóricos.

Por ello, desarrollamos una metodología científica que fue útil puesto que aportó pronto resultados teórico-prácticos y que culminó con la realización operativa del programa integral de salud que les he mencionado.

Los Micro-Estudios (M-E) son investigaciones muy concretas y de corto plazo de algún aspecto que interese en particular. Se inician a partir de un conocimiento previo o de alguna inquietud o necesidad por resolver por parte de los investigadores o ejecutores de algún programa, quienes forman un equipo multidisciplinario, donde cada uno tiene funciones específicas a cumplir y criterios particulares para operar dentro de la investigación.

No voy a profundizar en estos momentos sobre los Micro-Estudios, pues eso serlo, en sí, una presentación por sí misma. Sólo quiero recalcar que el Micro-Estudio concluye siempre aportando sugerencias concretas, prácticas y factibles respecto al problema original que generó la investigación.

Siguiendo una metodología operativa creamos y coordinamos un programa asistencial integral de salud en el Barrio de Tepito. Desde su génesis este programa se basó en los resultados de nuestras investigaciones, que se mantuvieron durante todo el período que éste operó bajo nuestro cargo (tres años).

De una investigación social se gestó la idea del Taller, como un programa integral donde se contempló al individuo dentro de su núcleo familiar y, a éste, como célula de toda una comunidad; y con este enfoque se atendería su problemática.

El Taller de Salud -cuyo nombre se tomó de otros miles de talleres que abundan en la zona-

sólo que éstos eran de hajoleros, tolaboreros y zopoteris, se basó en un enfoque émico, respetando y utilizando terapéuticamente los elementos culturales propios de esta comunidad.

El programa ofreció alternativas asistenciales derivados de necesidades reales, o través de satisfactores realistas.

Lo Atención Primaria Integral cubrió aspectos bio-psico y socio-culturales y trató a la población receptora del programa desde el período perinatal hasta la senectud, con apoyos interinstitucionales a todo lo largo del programa.

Desde el mismo nombre -un taller- como cualquiera de los que existen en la zona, el programa se acercó a sus usuarios con su mismo lenguaje, con sus propios pautas culturales. Se instaló en su medio, dentro de sus vecindades.

La detección de necesidades fue el motor que impulsó a la acción.

Si los datos demostraban una posible correlación directa entre tiempo libre "mal invertido" y distintos patológicos mentales como formadependencias y ruptura familiar, el Taller recurría entonces a la institución que proporcionaba actividades para el tiempo libre, los remitía a sus usuarios y hacía seguimientos intrafamiliares de los efectos que estos cambios dentro de la familia y en sus miembros -individualmente- y evolucionaron resultados: mejoría en el funcionamiento familiar.

O bien, detectamos que el 30% de los niños de esta zona reprobaban el primer año de lo primario. La coordinación interinstitucional giraba entonces hacia la institución educativa que proporcionaba Educación Especial. Con dicha atención, y tres meses después de iniciado este acción, el 100% de los educandos detectados y atendidos resolvieron este problema específico, simplemente con la detección oportuna del problema y lo entrega y profesionalismo absoluto de los maestros tratantes.

Para los ancianos, sujetos abandonados y con una autopercepción de inutilidad y decadencia, se propiciaron encuentros semanales -el Club de Oro- donde se brindó recreación y, sobre todo, atención individualizada y que culminó con la inserción de muchos de estos ancianos desamparados en casas-hogar bien atendidas, patrocinadas por otra institución.

Estos son sólo algunos de los ejemplos de Atención Primaria de Salud que efectuamos dentro del Taller incluyendo, por supuesto el Primer Nivel de Atención en Salud.

Un programa, de cualquier tipo, no puede estar enclaustrado dentro de cuatro paredes, sobre todo si su función es generar algún cambio o desarrollo de la población.

La población receptora debe participar y la participación se logra únicamente cuando el programa es honesto, resuelve necesidades reales y es simétrico entre los dos partes.

Sabemos que prácticamente no hay teórico contemporáneo de Atención Primaria de la Salud que no mencione a la participación comunitaria como uno de sus componentes fundamentales (Hevia, 1985).

El problema es que todas las recomendaciones que sugieren dicha participación, parten de la premisa de conjuntar miembros y facciones de la comunidad que de una u otra manera ya están organizando. Así, se habla de los consejos locales, de las asociaciones de vecinos, de instituciones magisteriales, religiosas, culturales, recreativas, etc. en las que se apoyará la participación de la comunidad.

Normalmente, las comunidades, aunque tienen jerarquías, roles adscritos y demás, representan conglomerados amorfos y desorganizados que se unen y organizan temporalmente, sobre todo en momentos críticos (como guerras, epidemias, desastres naturales).

Basar el inicio de esta estrategia de APS en alguna comunidad desorganizada -para este tipo de acciones- donde la participación de la comunidad no puede darse como dice "el libro" es, a priori, un programa destinado a fracasar pese a que se traten de llevar a cabo,

poso o paso, las "recetas" para su logro.

Esto no quiere decir que no sea posible o que no se este haciendo con éxito en algunos sitios, que sí cuentan con los elementos necesarios para dicho éxito: con personal de campo sensibilizado y bien capacitado para estas ocasiones y, comunidades bien organizadas y muy participativas -pero participativas integralmente y que han ejercido la participación comunitaria en muchas otras ocasiones y mucho antes de que entraran los programas de salud en sus ámbitos...

Lo que aquí queremos destacar es que lo que tradicionalmente se entiende como la participación comunitaria en los programas de Atención Primaria para la Salud, no es lo único y, en muchos programas, tampoco la mejor forma de llevarlo a cabo.

Si seguimos insistiendo en que el Centro de Salud es el ámbito institucional en el que ha de producirse la Participación Comunitaria (Martín, Z.A. p. 98) y que la comunidad "ha de participar..." (Alma Ato), estos conceptos se sienten como impuestos desde fuera, forzan la situación, con lo que menos aún se consigue su objetivo: la participación responsable y autogestiva de la población.

Se sigue hablando, escribiendo e imponiendo el que "los servicios de salud deben estar insertos en las comunidades" y nosotros añadimos: Y LAS COMUNIDADES DEBEN ESTAR INSERTAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

¿Cómo? nosotros ya lo hicimos y, de hecho, lo seguimos haciendo, con resultados favorables tanto para las instituciones como para las comunidades.

¿Cómo se puede hacer que las comunidades participen directamente en sus Programas de Salud? Hay distintas vías. Una es incluyendo personal comunitario dentro de los programas institucionales pero no como "voluntariado" sino como personal formado y formal de la institución.

Esto es en el caso de un programa operativo.

Una forma alternativa de participación comunitaria para programas de APS son los guiones de divulgación, que algunos de ustedes ya conocen.

Se conforman perfiles situacionales en cuanto a aspectos de salud y se personifica, de tal manera que, son actores de la comunidad los que cuentan sus historias, los que proveen las causas y el desarrollo de su proceso salud-enfermedad y los que apartan con su léxico sus conceptos y sus recursos reales, las posibles soluciones a los problemas de salud que presentan ellos y sus comunidades.

Esta estrategia es tanta participación comunitaria como investigación participativa.

Pasaremos a describir que son estos "Guiones"; que se esta haciendo con ellos a nivel de Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación en el proceso salud-enfermedad; por que se habla de participación comunitaria a través de estos y cuales han sido los resultados hasta el momento y cuales se vislumbran para el futuro.

Los Guiones de Divulgación son conjuntos de historias reales, presentadas en primera o tercera persona, donde el personaje narra el desarrollo de su patología, describe sus síntomas y consecuencias y propone alternativas realistas de solución a dicho problema de salud.

Nunca se trata de una persona única, sino ese personaje resulta de la síntesis de muchos casos locales, por lo que, su problema -enfermedad- resulta ser un concepto de la propia gente. Ahí es donde esta la participación de la comunidad (además del segundo "tiempo" cuando recibe el mensaje y actúa).

El médico y demás personal de salud resultan ser meros interlocutores; son quienes captan la información y la vuelven a revertir hacia la comunidad, quien la recibe, la interpreta

y modifica su conducta (ya sea asistiendo a la consulta a dirigiéndose al conducta correcta para atender su enfermedad; a sigue el conseja preventiva y prafiláctica, a bien, transmite el mensaje de educación para la Salud, cuando algún pariente a miembro de su comunidad presenta el cuadro expuesta en el Guión de Divulgación).

Es el médica a el profesional quien escribe el Guión; pera, en todas las casas, debe conocer perfectamente como se presenta la enfermedad en la comunidad y que salucianes viables aporta la propia comunidad. Elige sus temas na tanta par afinidad personal, sina par su magnitud dentro de la comunidad. La expresa localmente y, el resultado na se deja esperar; la comunidad la entiende, la hace suya y busca sus salucianes que, también quedan explícitas en el Guión, que nunca rebasa una a das hojas de papel, a veces candidubujas para hacerla más clara y atractiva.

Con esta metodalagfa y técnicas hemos presentada a diversas comunidades y en distintas instituciones de salud, temas de salud-enfermedad como:

- Alcahalismo en ("Pedra y el Alcahal").
- Embaraza (en "Cuida tu embarazo")
- Contral Pre-natal ("Cormela puedo evitarla" y "Marfa y sus hijas")
- Diabetes ("Conazca su enfermedad")
- Depresión ("La abuela triste")
- Contral de cáncer cérvica-uterina (en las Guianes "¿Tú canaces a está mujer?" y "Ay ca madre...")
- Tabaquismo (en "Se la fumó la muerte..."), etc.

En cada una de estas guianes, las abjetivas han sida un tanta diferentes; para sensibilizar, detectar, canalizar, infarmar, fomentar, entender mejor, rehabilitar, etc.,

Y sirve a nivel pramacional, preventiva, terapéutica y rehabilitataria.

Como se puede ver, es una herramienta útil, eficiente y de bajo costo.

A través de Cursos, Talleres y Seminarios lo hemos introducido en instituciones de Salud y ahora con algunos médicos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Quienes empiezan a llevarlo a cabo, constatan que es una eficaz alternativa de inclusión comunitaria.

Para terminar queremos indicar que todas sabemos, y así lo dicen los libros que "para que la participación de la comunidad en la protección de su salud sea efectiva, deberá ser: activa, conciente, responsable deliberada, organizado y sostenida.

Volvemos a preguntar: ¿es realista esta consideración?. Las comunidades, sobre toda aquellas que requieren de la Atención Primaria en Salud más básica, NO tienen estas características.

Cuando se toman mecánicamente estos conceptos y tratan de forzarse acciones comunitarias basadas en éstas, los resultados son, en general, o francos fracasos o logros muy parciales y momentáneos.

Por ella, debemos seguir buscando, siempre inspirados en los principios rectores de Alma Ata, pero con la apertura y el realismo necesarios para creando y resolviendo nuevas técnicas y estrategias que permitan efectivamente la participación comunitaria, que no es únicamente la mano de obra o el Comité apoyando al Programa de Salud...

Participar es tener parte en (Vargas Tentari) y hay muchas formas de hacerlo.

La nuestra no es diciendo sino haciendo y, que se sea ACTOR, en todo el sentido de la palabra.

Retomando, pues, la pregunta que da origen al título de esta panencia ¿qué tan factible es la Participación de la Comunidad en los Programas de Atención Primaria de Salud?

Mi respuesta sería, a través de otra pregunta : ¿qué nivel de participación comunitaria se busca conseguir y que tan endógena es el programa?

Mientras más se acerque a necesidades reales y mejor satisfaga dichas necesidades, mayor será su alcance y mucha más intensa la participación comunitaria, hasta alcanzarse la autogestión pero, justa en ese momento, dejará de ser un Programa Institucional para convertirse en un modus vivendi que debiera ser realmente la finalidad de todo Programa de Atención Primaria de Salud.

SEPTIMO SEMINARIO

SALUD MADRE-HIJO

LIC. GERONIMO MARTINEZ GARCIA

DR. FERNANDO AMADO Y LORCA

DR. HECTOR FERNANDEZ VARELA

LIC. JOSE RAMIRO ORTEGA P.

DR. JOSE MANUEL ALVAREZ MANILLA

LA POLITICA DE POBLACION DE MEXICO

* LIC. GERONIMO MARTINEZ GARCIA
Agosto 5 de 1988.

La conducta demográfica es quizá la manifestación más inmediata y concluyente de la forma en que una sociedad se percibe a sí misma, tanto en su pasado, presente y futura, como en sus relaciones con otras sociedades y con su propio ambiente.

La natalidad no es tan sólo una expresión de la capacidad biológica de procrear, sino que constituye la resultante dialéctica de concepciones y, actitudes y enfoques muy diversos referidos a los papeles del hombre y de la mujer, al compromiso con la sociedad de que se forma parte, a la función de los hijos, a las expectativas sobre el futuro y el lugar que en él ocupará la descendencia, al concepto mismo de bienestar a la valoración del hijo y de la hija, y, por tanto, de nueva cuenta, de los roles del hombre y de la mujer.

Asimismo, la migración no es solo resultante de la calidad de las condiciones de vida presentes, de la hostilidad del medio físico y social, de la información sobre otros ambientes y otras posibilidades y de las disponibilidades de medios para cambiar de residencia. Los movimientos migratorios también responden a una concepción sobre lo que cada quien desea para sí mismo y para los miembros de su comunidad y de su grupo familiar.

Aún la enfermedad y la muerte no pueden interpretarse solamente como expresiones del determinismo a que esta sujeta la vida humana. Estos fenómenos se explican, en gran parte

(*) Secretario General del Consejo Nacional de Población.

por el conocimiento y la valoración sobre lo que afecta a la salud y a la duración de la vida; sobre las repercusiones tanto en una como en otra, de las acciones presentes y sus consecuencias a través del tiempo; y sobre la responsabilidad que de estar sanos y de vivir tenemos frente a los demás, particularmente ante quienes, por razones biológicas o por circunstancias sociales dependen de una mismo.

La conducta demográfica, entonces, no es sólo respuesta, resultante a manifestación de fuerzas biológicas y geográficas; es, también una forma en que se expresa el pasado de un pueblo, su devenir actual y los horizontes que se ofrecen a su porvenir; en el encuentro de su idealidad y su cultura, la manifestación de sus valores y del marco de derechos que ha forjado en la lucha diaria por hacerse y conservarse, a través del ejercicio cotidiana de su quehacer político.

PROBLEMAS DEMOGRAFICOS

A la largo de la historia de la humanidad, las referencias sobre el deseada equilibria armónico entre el hombre y el ambiente siempre han estado presentes, preconizando un estado perfecto de la vida humana, sin embargo, la historia real nos enseña un cuadro bastante diferente; el de una sucesión de desequilibrios entre variables demográficas, sociales y físicas.

A esos desequilibrios solemos darles un nombre genérico: "problemas". Hablamos así de problemas económicos, políticos, financieros, sociales, ecológicos, educativos y, por supuesto, de problemas demográficos.

En esta forma, nos estaríamos enfrentando a un problema demográfica, a bien a un problema de otro orden pero con fuertes implicaciones demográficas, cuando un componente poblacional u otro de distinta naturaleza rompieran un equilibrio previo o rebasaran ciertos límites consideradas convenientes o aceptables. Tal sería el caso de un exceso de gente sobre la superficie habitable, o el de una población buscadora de trabajo que creciera

más rápidamente que la oferta de empleos o de una presión excesiva de la demanda de agua sobre el volumen disponible.

Ante los problemas, esto es, ante los desequilibrios, la sociedad reacciona buscando soluciones. Los mecanismos creados para llegar a ellas tienen también un nombre genérico: se les llama "políticas". Existen así, políticas económicas, sociales, regionales, sectoriales y, formando parte de todas ellas, ya sea de modo explícito o implícito, políticas de población.

POLITICAS DE POBLACION.

Las políticas de población son conjuntos articulados de medios en función de un fin, que no es otra cosa que la solución de un desequilibrio en el que intervienen una o más variables demográficas.

Sin embargo, siendo necesarias, estas medidas son insuficientes. Toda vez que los desequilibrios de población tienen otras características además de su naturaleza demográfica, es claro que deberá enfrentárseles no sólo con medidas demográficas sino también con medidas relativas a los campos suplementarios. Sólo así podremos aspirar a lograr verdaderas soluciones integrales. No se puede abatir la incidencia de embarazos tempranos en el medio rural, por ejemplo; si no se abate el analfabetismo y si no se transforman los valores que legitiman ese comportamiento y las necesidades económicas que lo motivan.

Esa es, pues, la función de las políticas poblacionales: ayudar a resolver los desequilibrios generados, en parte, por el comportamiento de las variables demográficas.

Las políticas de población, sin embargo, no son válidas o eficaces en abstracto, deben corresponder a un desequilibrio perfectamente definido; apoyarse en los medios legales, materiales, financieros y culturales adecuados; e instrumentarse bajo el mando de la autoridad política y administrativa. Dicho de otra manera, para cumplir con su propósito,

como social o políticamente inconvenientes. Ha sido la expresión de un propósito explícito de arribar a un estado de cosas deseable, a la consecución de una sociedad y de un país al que se tiene derecho y posibilidades.

LEY GENERAL DE POBLACION DE 1936.

La política de población de México adquiere una formulación muy elaborada con la promulgación de la ley general de población de 1936. Dicha ley fue la respuesta a la percepción del país prevaleciente en ese momento: un país con abundantes recursos con pocos brazos, cuya dispersión hacia imposible proteger nuestro territorio de la expansión extranjera.

Entre los problemas demográficos fundamentales a que estaba dirigida la ley general de población de 1936, se encontraban los relacionados con el crecimiento de la población y con su distribución dentro del territorio, y la fusión étnica de los grupos nacionales y el acrecentamiento del mestizaje mediante la asimilación de elementos extrajeros. También estaba dirigida a proteger el empleo de los mexicanos mediante disposiciones migratorias; a preservar los núcleos indígenas, y a conservar y mejorar nuestros recursos humanos.

El aumento de la población satisfacía los propósitos demográficos, económicos y políticos prevalecientes, mismos que se pretendían alcanzar a través del crecimiento natural, de la repatriación y de la inmigración. Estos fenómenos constituían el campo de acción fundamental de la política de población implícita en la legislación de 1939.

LEY GENERAL DE POBLACION DE 1947.

En 1947, el país promulgó una nueva ley general de población.

Puesto que la nación mostraba condiciones semejantes a las de 1936, especialmente en el aspecto demográfico, la nueva política de población conservaba los rasgos fundamentales de la anterior. Se dirigía a los mismos problemas, implicaba las mismas soluciones e

instrumentos y se basaba en los mismos principios generales.

El presidente Miguel Alemán Valdés dió a conocer, en su discurso de toma de posesión el primero de diciembre de 1946, su intención de seguir una política adecuada de colonización. Se abrían nuevas tierras al cultivo, tanto para aumentar la producción como para contribuir a resolver el problema de la sobrepoblación campesina de algunas regiones del país. Asimismo, se proporcionarían oportunidades a los mexicanos radicados en el extranjero que desearan regresar.

Aunque muy parecida a la ley de 1936, hubo dos factores, no completamente novedosos, pero de especial relevancia cuantitativa y cualitativa, que dieron un tono particular a esta ley general de población. Tales factores eran, por un lado, la segunda guerra mundial, que dió lugar a importantes corrientes migratorias y, por otro, la necesidad de trabajadores mexicanos en muchas empresas norteamericanas, sobre todo a partir del ingreso de los Estados Unidos al conflicto armado.

LEY GENERAL DE POBLACION DE 1974.

Para 1970, México había cambiado notablemente, su población se había duplicado en sólo veinte años y crecía a tasas nunca antes observadas. Entre tanto, la estructura de la economía había evolucionado hacia las actividades secundarias y terciarias, y las ciudades registraban ya ritmos de crecimiento que excedían la capacidad social para satisfacer las necesidades colectivas en materia de empleo, salud, educación, vivienda y alimentación. Unos cuantos asentamientos importantes absorbían la mayor proporción del crecimiento urbano y los problemas ecológicos empezaban a apreciarse.

El país se percibía como abundante en recursos naturales, pero empezaba a ser visto como incapaz de ampliar su frontera económica al ritmo que le exigía el acelerado crecimiento de su población. Se incrementó aún más el creciente copo de vases que proponían cambios significativos en la política de población. La respuesta surgió con la ley general de

población de 1974. Nuevos problemas reclamaban nuevos planteamientos e instrumentas diferentes.

El objetivo de aumentar el número de habitantes en nuestro territorio, manifestando en las legislaciones anteriores, sin duda había sido alcanzado. El crecimiento de la población estaba ya rebasando las posibilidades reales del desarrollo nacional, y resultaba altamente deseable modificar las tendencias del momento para poder asegurar una mejor calidad de vida a los mexicanos de esta y de futuras generaciones.

Por ello, la nueva ley considera como objetivo fundamental la regulación de los fenómenos que afectan a la población, para lograr la elevación sustantiva de su calidad de vida. Se necesitaron nuevos instrumentos para influir en la dinámica de la población. Estos incluían tanta acciones educativas, de salud pública, de capacitación profesional y técnica como sistema de protección a la infancia, los cuales deberfan ser articulados en los programas de planificación familiar que formularán los organismos públicos, y privados correspondientes. Los programas resultantes buscaban preservar la dignidad de la familia y asegurar el respeto absoluto a los derechos humanos y a los valores culturales de los mexicanos.

En concordancia con la ideología emergente en el mundo, la nueva ley promovía la plena integración de la mujer al proceso del desarrollo nacional. También se le otorgó un nuevo papel a la política migratoria, se abandonaron las provisiones asociadas al incremento demográfico y al mejoramiento de la especie a que hacían referencia las legislaciones anteriores, y se fortaleció su papel como instrumento para lograr los anhelos de un desarrollo sostenido e independiente.

Estos son los principales aspectos en materia de población que han regido la acción pública durante el último medio siglo. Como ha quedado expuesto, cada política ha respondido a las particulares condiciones económicas, sociales, políticas y demográficas imperantes en su tiempo.

Podría concluirse, por ello, que nuestras políticas poblacionales y las leyes en que las mismas encuentran fundamento nunca han surgido en el vacío social, económico o político. En cambio, cada una de ellas ha sido formulada en un contexto histórico concreto para per seguir objetivos definidos.

PROBLEMAS DEMOGRAFICOS ACTUALES DE MEXICO

México enfrenta principalmente dos grandes problemas demográficos: uno relacionado con el ritmo de crecimiento de su población, y el otro derivado de una inadecuada distribución territorial de la misma. Consecuentemente, nuestra política de población esta orientada hacia la solución de estos dos problemas, en el marco de una concepción integral de las relaciones que guardan los fenómenos demográficos con los procesos socioeconómicos del de sarrollo económico.

EL CRECIMIENTO DEMOGRAFICO

En este momento, México cuenta con una población que se estima en 82 millones de habitantes, cuyo ritmo de crecimiento anual es de 2 por ciento, mientras que hace tan sólo 17 años la población se incrementaba anualmente a una tasa de 3.5 por ciento.

LA NATALIDAD

Este descenso en la tasa de crecimiento de la población, que se explica por una declinación más acentuada en el nivel de la natalidad que en el de la mortalidad, implico el aumento del periodo de duplicación involucrado que paso de 20 años en 1970 a 35 en 1988. En ese lapso, la tasa bruta de natalidad se redujo de 43 a 27 nacimientos pro cada mil habitantes; mientras que el número medio de hijos por mujer paso de 6.5 a 3.3.

Este descenso de la fecundidad no ha ocurrido en forma homogénea en los diversos grupos sociales ni en las regiones geográficas que conforman el país. Los descensos más signifi

cativos se han registrado en aquellas áreas con mayores niveles relativos de desarrollo, entre las que destacan los estados del norte y las áreas urbanas, principalmente las zonas metropolitanas de México, Monterrey y Guadalajara.

De esta manera, se observan marcadas diferencias en la fecundidad por entidad federativa. A mediados de 1986, el distrito federal presentaba una tasa bruta de reproducción, el número de hijas que una mujer tiene al término de su período reproductivo, ligeramente superior a una hija por mujer, mientras que en Guerrero y Michoacán dicha tasa era de más de dos.

Atendiendo a criterios socioeconómicos, los diferenciales de la fecundidad más notorios son los asociados al nivel educativo de la mujer y a su grado de participación en la actividad económica. A medida que aumentan la escolaridad y la participación en la actividad económica, el número de hijos pro mujer disminuye rápidamente. Un buen ejemplo serían las mujeres cuya escolaridad es de uno a tres años de primaria. Las mismas tienen un promedio de siete hijos, mientras aquellas que han cursado estudios superiores tienen sólo tres. De manera similar, las mujeres económicamente activas cuentan al final de su período reproductivo con un promedio de cinco hijos, mientras que el resto tienen cerca de siete hijos.

LA MORTALIDAD

En cuanto a la mortalidad, se observa igualmente una tendencia descendente. En 1970 se registraban 10.1 defunciones por cada mil habitantes, en comparación con las 5.5. Que ocurría a principios de 1987. Actualmente la esperanza de vida por sexo es de 65 años para los hombres y 72 para las mujeres.

A nivel de entidad federativa pueden observarse también grandes diferencias. Para junio de 1986, 18 estados registraban niveles de mortalidad inferiores al promedio nacional, en tanto que los 14 restantes aún presentaban niveles elevados. Dentro de las entidades con

altas tasas de mortalidad, los casos extremos estaban representados por Oaxaca, Hidalgo y Tlaxcala, en donde los niveles eran superiores a siete defunciones por cada mil habitantes. Análogamente, la esperanza de vida al nacer era de 73 años, en Nuevo León, mientras que en Oaxaca apenas se acercaba a los 61 años, en esa misma fecha.

De continuar las tendencias observadas, México llegará a fin de siglo con una población cercana a los 100 millones de habitantes, que estará creciendo a una tasa de 1% anual, aproximadamente.

POLITICAS PARA ENFRENTAR EL CRECIMIENTO DEMOGRAFICO.

La reproducción es un fenómeno determinado por condiciones sociales, económicas y culturales y se inserta en la formación de los ciclos familiares. El comportamiento reproductivo provoca efectos directos en el tamaño de la familia, en la salud materna e infantil y en el bienestar familiar en general.

Esta es la razón de que las acciones emprendidas por el estado mexicano para afectar el crecimiento de la población incorporen aspectos de educación, comunicación social y de servicios de salud en planificación familiar. Dichas acciones constituyen la parte medular del programa nacional de planificación familiar.

PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

El programa nacional de planificación familiar 1985-1988 ha orientado sus acciones a promover cambios en los valores socioculturales y en el comportamiento de la población respecto a su reproducción, a través del suministro de información, educación y servicios en planificación familiar al individuo y a la pareja.

Para lograr este objetivo ha sido necesario emprender diversas actividades. Entre ellas

la cual es sensibilizar a la población respecto a la necesidad y

conveniencia de regular la fecundidad; las encominadas a brindar educación sexual a indiv duas, parejas, familias a grupos específicas, con el objeto de educarlas sobre su propia sexualidad y sobre la responsabilidad asociada a ella; las dirigidas a capacitar, tanto a las usuarias como a las prestadoras de servicios sobre el manejo adecuada de las anti-conceptivos; y las orientadas al mejoramiento de las servicios de salud en planificación familiar.

Con el propósito de instrumentar el programa nacional de planificación familiar se han considerada tres subprogramas: el de educación en planificación familiar, el de información y comunicación en planificación familiar y el de servicios de salud en planificación familiar.

SUBPROGRAMA DE EDUCACION EN PLANIFICACION FAMILIAR

El subprograma de educación en planificación familiar se lleva a cabo a través del sistema educativo; involucra la incorporación de referencias a aspectos poblacionales, en planes, programas y libros de texto. Fuera del sistema educativa formal, la sensibilización de la población sobre asuntos demográficos se realiza mediante la instrucción sistemática a maestras, médicas, líderes campesinas y obreras. Las actividades educativas se sustentan en el concepto de educación en población, el cual comprende población y desarrollo, población y ambiente, población y familia y población y sexualidad.

SUBPROGRAMA DE INFORMACION Y COMUNICACION SOCIAL EN PLANIFICACION FAMILIAR

Este subprograma se lleva a cabo a través de los medios de comunicación de masas: radio, televisión, cine y prensa. Los mismos preparación sistemáticamente información sobre diversos aspectos demográficos, así como sus implicaciones para el bienestar individual y familiar.

SUBPROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD EN PLANIFICACION FAMILIAR

Este subprograma esta a cargo de instituciones médicas del sector público, aunque las clínicas privadas, las farmacias y las servicios médicos particulares también juegan un importante papel. Se preparaban servicios médicos de planificación familiar a una creciente población de hombres y mujeres en edades reproductivas. Para lograr una mayor eficiencia en la prestación de dichos servicios, se han establecido metas por usuarias activas, por instituciones y por métodos anticonceptivos.

LAS MIGRACIONES INTERNAS, LA URBANIZACION Y LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION.

Las variables demográficas -como la fecundidad, la mortalidad y la migración- determinan la distribución espacial de nuestra población, uno de cuyas rasgos característicos en su tendencia a localizarse en ciudades, ésta es, a urbanizarse. A partir de la década de las ochenta, México puede ser considerado como un país predominantemente urbana.

La proporción de gente que habita en sus ciudades es superior al 50%. En la actualidad la población urbana esta creciendo a tasas muy elevadas: entre 1980 y 1985, las áreas urbanas absorbieron 87 de cada 100 nuevas habitantes.

En contraste con la evaluación reciente de las áreas urbanas, las tasas de crecimiento en el México rural se han ido reduciendo (aunque el número de habitantes ha continuado creciendo en términos absolutos), lo que se explica por la constante migración del campo hacia las ciudades. Mientras que las áreas rurales absorbieron 29 de cada 100 habitantes nueva en la década 1970-1980, entre 1980 y 1985, esa cifra había descendido a sólo 13.

Otra característica importante de la distribución espacial de la población en México es que su concentración geográfica ha ido aumentando en forma lenta pero continua. Entre 1970 y 1985, la proporción de la población que habitaba en ciudades de 100,000 a más habitantes aumentó significativamente en relación a la población total. Mientras que en 1970 esa proporción equivalía al 33.5% para 1985 ya había alcanzado casi la mitad de la



Otro indicador que ilustra el grado de esta concentración demográfica es la creciente proporción de gente que vive en las tres principales zonas metropolitanas: México, Guadalajara y Monterrey, que actualmente albergan a cerca de 48% de los habitantes urbanos de la república. Y más aún, la población de la ciudad de México, estimada en 18 millones de personas, es considerablemente superior a las de Guadalajara y Monterrey juntas.

Esta concentración se observa también cuando se comparan los patrones de asentamiento de la población con la porción ocupada del territorio nacional. En 1986, el 52% de los mexicanos vivimos en sólo el 14% de la superficie del país. A la fecha y simultáneamente con esta tendencia concentradora, ha estado también presente una considerable dispersión de la población rural, que puede definirse como la propensión a localizarse en miles de pequeñas localidades, de las cuales 123,000 albergan amenos de 2,500 habitantes, un total de unos 22 millones de personas.

El proceso de urbanización en México ha ocurrido en estrecha relación con su evolución ha dado lugar a patrones de urbanización heterogenas en diferentes partes del país. Sólo la mitad de todas las entidades federativas de México pueden ser consideradas como predominantemente urbanas. El distrito Federal por si mismo tiene una población 100% urbana, y esta seguido muy de cerca por Baja California y Nuevo León, conproporciones de alrededor de 80% en el otro extremos, en los estados de Hidalgo y Oaxaca, la población urbana representa sólo una quinta parte de la total.

Asimismo, la velocidad a la que ocurre el proceso de urbanización varia considerablemente entre regiones. Los estados que más rápidamente se urbanizan son Quintana Roo, Tabasco y Yucatán, mientras que Tamaulipas y Chihuahua muestran un ritmo más lenta.

Por último, debe señalarse que las principales ciudades y zonas metropolitanas de nuestro país no estan creciendo uniformemente. Entre las 12 zonas metropolitanas, las de Mérida y San Luis Potosí son las que registran las tasas de crecimiento más elevadas, mientras que Toluca, Chetumal, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, la Paz, Campeche, Manzanillo,

Chilpancingo y Morelia se encuentran entre las ciudades que están creciendo más rápidamente.

POLÍTICAS PARA AFECTAR LA DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL.

Desde hace varias décadas se han venido advirtiendo los problemas derivados de los actuales patrones de asentamiento de la población y, desde entonces se ha señalado la necesidad de efectuar modificaciones a los mismos. Desafortunadamente, los esfuerzos que los pasados gobiernos han emprendido para inducir cambios en la distribución especial de la población no han producido los resultados esperados. Por ello, la presente administración no sólo ha reconocido el problema en su estricta magnitud, sino que ha establecido la solución al mismo como uno de los principales objetivos nacionales.

El programa de descentralización de la administración pública federal, por ejemplo, se propone acercar las oficinas federales a sus usuarios, mediante la reubicación de oficinas y la transferencia de facultades decisorias a los gobiernos locales.

Otro ejemplo sería el programa nacional de desarrollo urbano 1984-1988, que está dirigido a convertir a las ciudades medias en nuevos centros para el desarrollo regional, a través del fortalecimiento y diversificación de sus actividades económicas con base en los recursos y oportunidades disponibles.

Las reformas al artículo 115 constitucional, por su parte, tuvieron por objeto fortalecer la capacidad política, financiera y administrativa de los municipios.

Otros ejemplos más son el programa nacional de fomento industrial y comercio exterior 1984-1988, que propone patrones de localización industrial más racionales para impulsar la desconcentración regional en 46 centros matrices; el programa nacional de desarrollo rural integral 1985-1988, que se ocupará de apoyar a las poblaciones de 2,500 a 15 mil habitantes mediante 20 centros de impulso a actividades agropecuarias dentro del marco de

la descentralización industrial (CIADI) y 80 de integración rural (CIR); el programa de la zona metropolitana de la ciudad de México y región centro, dirigida a controlar y regular las patrones de crecimiento actuales mediante una planeación más adecuada del uso de la tierra, la desconcentración de la administración pública federal y la reubicación industrial.

SISTEMA DE CIUDADES

Un última esfuerzo, que merece especial atención, esta relacionada con una serie de estudios sobre el sistema de ciudades de México que constituyen la base para la formulación de un programa para la redistribución de la población y cuyas etapas han sido las siguientes:

ETAPA 1. La elección del enfoque metodológica bajo el supuesto de que las asentamientos humanos forman conjuntos interrelacionados que comparten una base espacial, por la que mantienen relaciones estrechas de índole demográfica, política, cultural y comercial, bajo la supremacía de una de las ciudades involucradas. La teoría básica en la que se apoya el concepto de sistemas de ciudades sostiene que no todos los problemas de una ciudad son de carácter interno, que las ciudades no son entre aisladas y que ninguna de ellas es capaz de resolver por si sola todas sus problemas.

ETAPA 2. El diagnóstico de la distribución actual de la población de México, que se realizó teniendo en cuenta el concepto de sistemas de ciudades. Dicho análisis ha permitido identificar 19 subsistemas de ciudades y 14 ciudades relativamente aisladas, consideradas como subsistemas incipientes.

ETAPA 3. Estudios de las características físicas, económicas y sociales de las áreas de asentamientos de la población o subsistemas con potencial para absorber población adicional. Tales estudios contribuirán a determinar bajo que condiciones la capacidad potencial puede transformarse en real. Por consiguiente, se efectua una investigación sobre

cada subsistema, en la que se consideran los siguientes aspectos:

- a) Descripción general del subsistema
- b) Su dinámica demográfica reciente
- c) Su dinámica económica reciente
- d) La estructura social del subsistema y sus condiciones de vida y de trabajo.
- e) Su infraestructura productiva y social
- f) Las facilidades de transporte y comunicación
- g) Su infraestructura social
- h) Las características físicas y geográficas de su territorio.
- i) La disponibilidad de recursos naturales y su uso real y potencial
- j) Sus condiciones ambientales.

La identificación y conocimiento preciso y detallado de los subsistemas de ciudades constituyen condiciones fundamentales para diseñar una política sólida de desarrollo urbano y regional. En primer lugar, esto posibilita considerar realísimamente a las ciudades como subsistemas y no como unidades independientes, lo cual es más conveniente, dado que las acciones de política que afectan una ciudad repercutirán necesariamente en el resto de los asentamientos del subsistema de que forma parte. A través de una política de desarrollo urbano y regional se intenta promover la especialización económica de las ciudades en función de sus recursos naturales, humanos y financieros. En segundo lugar, dicha especialización producirá mayores beneficios no sólo para las ciudades del mismo subsistema, sino también para otras de otros subsistemas.

El fomento de subsistemas de ciudades derivará, finalmente, en la posibilidad más real para otras áreas del país de poder competir con las ventajas que ofrece la zona metropolitana de la ciudad de México. El desviar parte de las corrientes migratorias que se dirigen a esa área hacia otros subsistemas resultará particularmente importante en un momento en que el gobierno de la república ha resuelto promover decididamente la descentralización de la vida nacional.

ETAPA 4. La formulación del programa nacional de distribución de población, basado en el concepto de sistemas, se llevará a cabo, finalmente, tomando en consideración los resultados a que se haya llegado en cada uno de las etapas anteriores. Se procederá a la selección de aquellos subsistemas que muestren las condiciones más favorables para absorber población en el corto y mediano plazos, a los cuales se dará un decidido impulso.

Etapas posteriores involucrarán la formulación de programas específicos basados en análisis sobre la disponibilidad de recursos en los subsistemas seleccionados.

El resultado final tendrá la forma de un conjunto de programas de desarrollo regional, uno para cada subsistema, entre cuyas metas principales estará la reorientación sustantiva de la migración que actualmente confluye en áreas ya congestionadas.

EPÍLOGO

Los anteriores son algunos de los factores más sobresalientes sobre los que se apoya la política de población de México. Como ha podido apreciarse la política demográfica del estado mexicano no puede concebirse como un instrumento de naturaleza únicamente demográfica, ni tampoco como una serie de acciones dirigidas a encontrar un sustituto para la política de desarrollo de nuestro país. Nuestra política de población constituye, junto con diversos planes y programas económicos y sociales, uno de los principales medios de que disponemos para elevar la calidad de vida del pueblo mexicano.

ORIENTACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR
PARA DEFICIENTES MENTALES

* DR. FERNANDO AMADO Y LORCA
Agosto 5 de 1988

MEXICO 1988

Población total 82 millones; población minusválida 7% 5.7 millones; población minusválida en edad fértil (15-49 años) 3.0 millones.

ESTRATEGIAS DE PLANIFICACION

- Programación estatal institucional.
- Talleres de programación nacional y jurisdiccional.
- Logística de suministros
- Programa estatal interinstitucional.

ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR LA OFERTA DE SERVICIOS

- Estrategia de extensión de cobertura de servicios de salud para la población rural dispersa.
- Horizontalización de los servicios.
- Atención integral a la salud de los adolescentes.
- Orientación sexual y planificación familiar para minusválidos.

(*) Director de Supervisión y Apoyo a la Capacitación de la Dirección
General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud

ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR LA OFERTA DE SERVICIOS

- *Orientación sexual y planificación familiar en consejos tutelares, reclusorios y hospitales Psiquiátricos.*
- *Capacitación a empleados de farmacias.*
- *Mercadeo social.*
- *Nuevos métodos anticonceptivos.*

ESTRATEGIAS PARA LA AMPLIACION DE LA DEMANDA DE SERVICIOS.

- *Comunicación educativa.*
 - * *Radio*
 - * *Televisión*
 - * *Cine*
 - * *Impresos*
 - * *Encuesta CAP*
- *Educación formal en niveles medio superior y superior.*
- *Promoción a sectores social y privado.*

TEMARIO DEL CURSO BASICO DE ORIENTACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR

- *Planificación familiar y salud*
- *La familia como educadora sexual*
- *Anatomía y fisiología de los órganos sexuales*
- *Concepción, embarazo, parto y puerperio.*
- *Métodos anticonceptivos*
- *Desarrollo psicosexual adolescencia*
- *Adulto*
- *Respuesta sexual humano*
- *Disfunciones sexuales*

- *Sexualidad humana*
- *Apuntes sobre sexualidad en la historia de México.*
- *Aborto provocado*
- *Prostitución*
- *Enfermedades sexualmente transmisibles*
- *Promoción en planificación familiar*
- *Elementos básicos de didáctica*

TEMARIO DEL CURSO BASICO DE ORIENTACION SEXUAL PLANIFICACION FAMILIAR Y DEFICIENCIA

- *Conceptos actuales sobre deficiencia mental*
- *Deficiencia mental y sus causas*
- *Aspectos genéticos de la deficiencia mental*
- *Infancia, deficiencia mental y educación*
- *Adolescencia e identidad sexual del deficiente mental*
- *Problemática de la madre adolescente*
- *Problemática de la madre adolescente deficiente mental*
- *Factores de integración de adulto deficiente mental*
- *Actitudes de padres y profesionistas ante la sexualidad del deficiente mental, la procreación y el matrimonio.*
- *Aspectos jurídicos y deficiencia mental*
- *Algunas técnicas didácticas aplicables a la educación sexual del deficiente mental.*

TEMARIO DEL CURSO BASICO DE ORIENTACION SEXUAL EN LA MINUSVALIA

- *Marco conceptual de la rehabilitación*
- *La familia y el minusvólido*
- *La educación sexual de las personas con deficiencia mental*
- *Adolescente minusvólido*
- *Madre adolescente deficiente mental y sus hijos*

- *La sexualidad en el lesionado medular*
- *Problemática psicosocial; alternativas de manejo de lesionado medular parapléjico*
- *La sexualidad en el ciego adulto*
- *La sexualidad en el hemipléjico*
- *La sexualidad en la tercera edad*
- *Problemas sociales*
- *La situación del minusválido en el derecho civil y familiar mexicana*

TEMARIO DEL CURSO BASICO DE ORIENTACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR EN EL CIEGO

- *Marco conceptual de la rehabilitación del ciego*
- *La familia y el ciego. Alternativa de manejo*
- *Aspectos etiológicos de los problemas visuales que causan ceguera*
- *Sexualidad en la infancia, pubertad y adolescencia del ciego*
- *Padres ciegos con hijas ciegas*
- *Sexualidad en el adulto ciego*
- *Problemas sociales relacionadas con la sexualidad de las ciegas*
- *Aspectos jurídicos en la sexualidad del minusválido*
- *Promoción y consejería de orientación sexual y planificación familiar a ciegas y débiles visuales.*

SALUD MADRE-HIJO SU VINCULACION CON LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

* DR. HECTOR FERNANDEZ VARELA
Agosto 5 de 1988.

Desde tiempos muy remotos, prácticamente en todas partes en casi todas las culturas surgidas en la evolución del hombre ha existido preocupación, hacia los problemas fundamentales de la salud y el bienestar en general de la mujer, en su función de madre y del niño en proceso de formación, crecimiento y desarrollo. Es así como en todas las culturas aparecen, con distintas facetas, expresiones múltiples de ideas y acciones dirigidas al cuidado de la madre y el niño, impregnadas por supuesto, de los más variados matices y dependiendo estos, naturalmente de las épocas, los lugares y el pensamiento y filosofía prevalentes en distintos momentos de larga procesa histórica.

Existe evidencia de lo que en este sentido aconteció en el despertar de las culturas primitivas en distintos rumbos del planeta, particularmente en aquellas que alcanzarán desarrollo y esplendor y capaces de dejar en alguna forma, constancia documentada de tal evidencia. En China, Egipto, India, Asiria, Babilonia y en la vieja Grecia, miles de años antes de nuestra Era, quedaron testimonio de esos cuidados y atenciones, sobre todo los relacionados con la higiene, alimentación y enfermedades (1).

En nuestro país ha existido de siempre honda tradición en el cuidado y atención a madres y niños y, dentro de los núcleos aborígenes de la época prehispánica, al decir de Sahagún, (2) ya se registran manifestaciones de tal preocupación las que, en fases sucesivas, van

(*) Jefe del Depto. de Investigación Médico Social, Instituto Nacional de Pediatría.

ofreciendo modalidades de magia y hechicería, devoción, caridad y conmiseración, beneficencia, asistencia social, atención médica indiferenciada y finalmente, atención médica, pediátrica y obstétrica con fuertes tintes preventivos, a más de los curativos, con la debida consideración de los factores familiares, sociales y comunitarios (3, 4).

En la década de 1921 a 1930 que en cierto modo podemos considerar como la época del arranque de la organización y estructura formales de los cuidados y atenciones que el Estado dedica y conduce para la preservación y superación de la salud de madre y niños tienen lugar acontecimientos múltiples en este terreno, inspirados por las experiencias que eminentes profesionales mexicanos pudieron acumular, a favor de sus investigaciones y estudios en nuestro propio medio y del avance y progreso recogidos en la evolución de la medicina, de la obstetricia y de la pediatría en otras latitudes, muy particularmente de las escuelas francesa y norteamericana que guiaron fuertemente dichos inicios. En efecto, es precisamente en esa fecunda etapa que tienen lugar los dos primeros Congresos Mexicanos del niño (1921 y 1923) que revisan con gran amplitud y visión todos los aspectos antropológicos, sanitarios, médicos, sociales, económicos, educativos, legislativos, etc., que de alguna manera influyen y en no pocas ocasiones condicionan por sí mismos, la salud y el bienestar de ese importante sector de la población constituido por las mujeres en edad fértil y los niños y adolescentes. Surgen también en dicha etapa los primeros centros de higiene infantil en la ciudad de México -que bien pronto se extienden a las jurisdicciones políticas del Distrito Federal y otras entidades federativas- así como el Servicio de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad Pública, la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, de tan feliz memoria, que establece una Maternidad para atender en el parto y el puerperio a las gestantes enviadas por los centros mencionados y crea el servicio de Provisión de Leche para los niños lactantes y preescolares allí vigilados. También se reorganiza y moderniza la Casa de Cuna de Coahuacán, se funda la Sociedad Mexicana de Puericultura que tantas y tan fecundas acciones realizará en la consolidación de tales servicios y se inician poco tiempo después los trabajos preliminares para la erección de un Hospital de Niños en la ciudad de México (5).

Para el año de 1984 ya se encuentran funcionando en el país cerca de una centena de centros higiene materno infantil con la misión de influir sobre todas aquellas circunstancias que en una o en otra forma condicionan la salud y el bienestar de las madres y los niños, centros que al principio funcionaron un tanto aislados del resto de los servicios de salud (se llegó a crear dentro de la administración pública en el gobierno federal, un Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil (DASI), más tarde incorporado con rango de Dirección General, a la Secretaría de la Asistencia Pública y luego a la de Salubridad y Asistencia al fusionarse la primera con el antiguo Departamento de Salubridad Pública. Con esto, los servicios para madres y niños se incorporaron al resto de los de Salud Pública, integrándose con ellos en su estructura y función, pretendiendo que se beneficiaran de la aplicación simultánea de los demás programas de salud, tales como el de saneamiento ambiental, el control de padecimientos transmisibles, los programas de mejoramiento de la nutrición y de educación para la salud, etc.

Los programas de estos centros y servicios, desde su inicio y en su evolución posterior, contemplaron tanto los cuidados individuales preconcepcionales, prenatales y postnatales a las madres y a sus hijos, como aquellos que tienden a solucionar algunos problemas socioeconómicos de ambos (niños huérfanos o abandonados, madres solteras, madres que trabajan, debilidad económica, etc.) Entre sus objetivos destacaban primordialmente los de abatir los índices de morbilidad y mortalidad materna e infantil mediante la prevención y el combate de las causas principales de dicha morbilidad y mortalidad (promoción comunal del saneamiento del medio, control de las enfermedades transmisibles comunes, principalmente diarreas, infecciones respiratorias, padecimientos vulnerables a la vacunación específica, accidentes; mejoramiento de la nutrición, etc.)

Y es aquí en donde sentimos que debemos señalar los vínculos que deben necesariamente existir entre los programas de salud para madres y niños y los de atención primaria de la salud, que constituye el objetivo central de esta presentación.

En efecto, si correlacionamos los principios, objetivos, actividades y mecanismos opera-

cionales de los programas de salud materno infantil que acabamos de resumir ubicados siempre ya dentro de los planes generales de salud y de desarrollo global del país con los conceptos y el enfoque correcto de la atención primaria de la salud, comprobaremos por un lado, que ambos comporten el empleo de tácticos y procedimientos muy similares y se insertan dentro del contexto económico social, apoyándose y formando parte, muy importante por cierto, de los planes y programas nacionales de salud. Por el otro, la salud materno infantil, incluida la planificación familiar, siempre se considera como uno de los elementos componentes de la misma atención primaria de la salud cuando se la define como "La asistencia sanitaria esencial, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar" (6), y cuando se afirma que "los servicios facilitados por la atención primaria de la salud pueden variar de un país a otro y de una comunidad a otra, pero en todos los casos abarcan al menos, las siguientes actividades; el fomento de una nutrición apropiada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluido la planificación de la familia, la inmunización contra las enfermedades infecciosas; la prevención de las enfermedades endémicas de la localidad y la lucha contra ellos; las enseñanzas relativas a los problemas sanitarios predominantes y o los métodos de prevenirlos y luchar contra ellos y el tratamiento adecuado de los enfermedades y lesiones habituales" (7). Parecería pues que al enumerar el catálogo de actividades básicas de uno y otra estaríamos refiriéndonos a una misma cosa. Así como antes insistíamos en que la salud materno infantil no es solamente parte de la salud pública sino que es la salud pública misma aplicada a los sectores más vulnerables y numerosos de la población, al menos en los países en vías de desarrollo, podríamos en los tiempos actuales aplicar ese mismo enfoque al concepto prevalente de la estrategia conocida como atención primaria de la salud. Notense además los elevados contenidos preventivos de uno y otro y no se olvide lo hemos dicho en ocasiones anteriores y no hoy inconveniente en repetirlo que si hoy algo convincentemente eficaz desde el punto de vista preventivo en materia de salud, es todo aquello que puede efectuarse durante la atención de una mujer embarazada y la vigilancia o supervisión regular de un niño menores de cinco años, que desde hace dos años viene realizando el Instituto Nacio

nal de Pediatría con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF), en dos comunidades marginadas sin servicios de salud permanentes, de la Delegación de Tlalpón. Los resultados finales de dichos trabajos se encuentran aún en fase de evaluación, estando pendiente el procesamiento electrónico de ciertos datos y su valoración estadística; pero como quiera que sea, los resultados preliminares nos permiten afirmar que la ejecución de estos programas de atención primaria de salud, enfocados a madres y niños primordialmente, han sido muy bien recibidos y aceptados por la comunidad que ha participado de manera interesada y activa, colaborando en la aplicación de ciertas acciones consideradas como estrategias básicas (8) en crecimiento y desarrollo infantil, nutrición, inmunizaciones, manejo familiar de padecimientos comunes (diarrea, incluyendo rehidratación oral, infecciones respiratorias, prevención de accidentes y planificación familiar) todo ello enmarcado por acciones permanentes de educación para la salud).

BIBLIOGRAFÍAS

1. *Padran Puyau F: La evaluación de la pediatría; variaciones sobre el tema. Universidad Autónoma de Salud Luis Patasí, 1978: 3-8*
2. *Sahagun B. Historia general de las casas de la Nueva España, México, Editorial Porrúa, 1988.*
3. *Velasco Ceballos R: El niño mexicana ante la caridad y el estado, México, Ediciones de la Beneficiencia Pública en el Distrito Federal. 1985: 81*
4. *Hernández, Sánchez Vázquez O: Breve reseña histórica sobre Asistencia Infantil en México. Bol Sac Med Centr Mat Infantil "M. Avila Camacho", 1950: 135*
5. *Avila Cisneros I: Hitos en la evaluación de la Pediatría en México independiente por publicarse.*
6. *Organización Mundial de la Salud: Alma Ata, Atención Primaria de la Salud, Ginebra, 1978.*
7. *Organización Panamericana de la Salud: Salud para todas en el año 2000, estrategia, Washington, 1980*
8. *Grant J P: Estado Mundial de la Infancia 1988. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Borcelana, Romagraf, S.A., 1988: 1-3.*

PRINCIPIOS DE LA DETERMINACION PSICOLOGICA
PARA LA SALUD MATERNO-INFANTIL

* LIC. JOSE RAMIRO ORTEGA P.
Agosto 5 de 1988

El problema de la salud materna-infantil nos conduce de la mano al lugar de la equívoca, de aquella que no puede decirse sin titubeos, máxime si de determinación psicológica se trata.

Por principios de cuentas conviene recordar que la psicología académica y la psiquiatría arrastran varios lastres, a saber: individualistas, fragmentarias, fenoménicas y encubridoras. Desde aquí es desde donde hay que afirmar o tomar distancia de los seductores y a veces sofisticados resultados que tales planteos disciplinarios traen a nuestros ojos.

De común, ya por vía del biologicismo ya por vía de la empiria, la relación materno-infantil es afirmada en su inmediatez y así abstraída de las estructura en que se encuentra INSERTA.

Estructuras que, como tales, nos plantean la necesidad de superar el positivismo y de criticar con decisión los esquemas y prácticas pasificantes y mitificadores.

1. LA PERSPECTIVA COMUNITARIA.

Marie Langer y su equipo de trabajo, han demostrada tanta la posibilidad como la necesidad

(*) Jefe del Departamento de Ciencias Sociales y de la Conducta.

de generar propuestas de acción que quiebren la falsa dicotomía individuo-sociedad en lo referente a lo salud mental. Esto es, que en una primera instancia el problema de la salud materno-infantil debe ser pensado desde la perspectiva comunitaria. Aquí, son dos los supuestos que vertebran el trabajo: a) no son los sujetos individuales sino los grupos quienes resultan ser los verdaderamente "sonos" o "enfermos"; y b) la salud consiste en una adopción activa a la realidad.

La comunidad encuentra un nivel general de determinaciones en su pertenencia a un sistema económico productivo que sostiene amplios y heterogéneos cruces entre lo nacional y lo internacional.

En este nivel se determina no sólo la forma en que se produce y distribuye la riqueza social, sino también, la forma en que han de relacionarse los hombres entre sí. La lógica de lo público y lo privado, los caracteres de la relación que entre los sujetos ha de producirse y las formas de mediación que les serán pertinentes. En pocas palabras, el lugar del hombre y la mujer, y las formas concretas que ha de revestir su relación.

¿Cómo pensar las determinaciones psicológicas sin comprender la naturaleza real de este marco estructurante?

En otro corte que se desprende de lo anterior podemos ver a las comunidades configuradas como grandes grupos que son cruzados por diversos mecanismos de asistencia, control y regulación institucional. Aquí, la contradicción entre la organización y movilidad social, por un lado, y la desintegración y el control parecen ser los vectores más notables.

Longer señalaba que... "las comunidades son más sonas en tanto son más participativas...", en tanto se apropien de sus propias condiciones de vida. Esto implica que la vida misma, la cotidianidad, deben promoverse en un sentido horizontal, en su democratización.

¿Cómo pensar la salud materno-infantil sin aplicar las formas de participación de la mujer en la vida social, sin gestar un movimiento hacia la mayor posibilidad de integración del hombre a las condiciones de la vida familiar? ¿Cómo, además, pensar en la atención pri

maria de salud sin democratizar tanto las estructuras gremiales, como el propio marco asistencial, es decir, qué tan posible resulta generar participación desde una práctica que pasiviza?.

Todo esto, también significa que la atención psicológica debe dirigirse hacia la promoción de una pedagogía vincular que posibilite el ensayo de otros roles, la clarificación de los mecanismos de relación interhumana y, en pocas palabras, hacia la posibilidad de asumirse y vivenciarse como parte de un grupo, como el emergente, el productor y producto de la realidad grupal. Si la investigación de las determinaciones psicológicas del vínculo materno-infantil se encuadran grupalmente, la diada madre-hijo aparece relativizada y al mismo tiempo, más ampliamente clarificada. Por este camino comenzará a ser muy evidente que la condición vincular tanto actual, como la histórica de la madre posibilita y determina las condiciones mismas en que el hijo podrá rígidamente o creativamente intentar su propio desarrollo, su discurso por otros grupos.

En la medida en que el grupo implica una estructura de relación en la cual la relación yo-otro requiere de un tercero, la promoción del trabajo en grupos con propósitos preventivos y asistenciales para una madre significa la posibilidad tanto de clarificar como de hacer que la depositación de sus propias carencias afectivas hacia su hijo sea menos apremiante y quizás, en tanto sea más consciente, menos paralizante para ambos.

II. EL LUGAR DE LO INCONSCIENTE

A pesar de todo y, no obstante, que consideramos que la salud está directamente relacionada con la adaptación activa a la realidad, hay en todo humano, en tanto que sujeto, un nivel digamos una región en la cual todo resulta impredecible: lo Inconsciente.

S. Freud define al sujeto como escindido y en conflicto. Escindir producto de una "barra" llamada represión que demarca dos sistemas, articulados y distintos a la vez, funcionando

con leyes propias. Por una parte, la conciencia y el pre-consciente (lógicos ambos) regi-

dos por la razón y la coherencia; por el otro lado, lo incidente, lo reprimido, lo carente de lógica, donde existe lo atemporal. Ambos sistemas en permanente pugna donde uno significa la descalificación y acaso la verdad del otro. Donde uno afirma el otro niega, donde la conciencia acepta, suprime, olvida en el otro lugar, inconsciente, se encuentra lo expulsado aquello de lo cual ni se quiere ni se puede saber.

La gran trampa, dice Freud, es que se reprime para dejar intacta la conciencia, para controlar lo displacentero, sin embargo, una vez efectuada la represión lo reprimido se hace más eficaz, se ramifica, se torna tanto más poderoso y retorna por caminos mínimos o espectaculares: por el sueño, el chiste, un lapsus o quizás por la patología (neurosis, perversión o psicosis).

Lo reprimido traza las circularidades, las repeticiones, los vínculos que irán conformando nuestra vida. Constituyéndonos y siendo ajeno a nuestro control constituye quizá la parte más amplia de nuestra vida psíquica.

¿Cómo controlar aquello que desconocemos y a lo cual no existe un acceso directo?

Freud pensaba que a la humanidad se le habían asestado tres golpes, tres heridas narcisistas, uno lo dió Copérnico, otro Darwin y otro él mismo. Hoy sabemos que hay más golpes, no obstante, sigue siendo difícil digerirlos, perder la omnipotencia y aceptar que hay algo en la estructuración psíquica sobre lo cual no vale moralizar, que es, verdad, impredecible. Un orden al que sólo se conoce por sus efectos y sobre el que poco puede anticiparse, como no sea la disposición por escucharlo

OCTAVO SEMINARIO
ECOLOGIA Y SALUD

BIOL. SALVADOR MORELOS OCHOA

DR. ANDRES GUERRERO ALVAREZ

MTRO. JAVIER URBINA SORIA

QUIM. ISABEL CORONA SAPIEN

MESA DE DISCUSION COORDINADA

RESCATE Y REVALORACION DEL MANEJO TRADICIONAL
DE LOS RECURSOS NATURALES

* BIOL. SALVADOR MORELOS OCHOA
Agosto 19 de 1988

Me gustaría a la luz del programa que se tiene preparado para el día de hoy, comentarles brevemente cuales son las acciones que se han venido desarrollando por parte de la Subsecretaría de Ecología, particularmente, en materia de educación ambiental con aspectos que tiene que ver con la salud, en primer lugar yo trabajo en la Dirección de Educación Ambiental de la SEDUE, hoy tres acciones fundamentales que se han venido desarrollando en apoyo a los programas de salud ambiental que impulsa el Sector Salud; uno de ellos es la incorporación dentro de los libros de apoyo, de los materiales de apoyo didácticos, a los maestros de primaria sobre aspectos de salud ambiental.

El año pasado se imprimió un libro que se llama "Paquete didáctico de educación ambiental" que contempla aspectos de educación ambiental y aspectos de educación para la salud en relación en los aspectos ambientales y que fue ampliamente distribuido en el territorio nacional, el tiraje fue de alrededor de 600,000 ejemplares y podríamos decir en términos generales, que actualmente cada maestro que se encuentra en servicio del territorio nacional a nivel primario tiene este material didáctico.

Entonces, uno de los esfuerzos que se ha hecho por parte de Ecología y del Sector Salud en cuanto a la salud ambiental, es pues trabajar en el ámbito de la educación formal, concretamente a nivel de educación preescolar, pero con mayor énfasis en la educación primaria mediante qué?, pues mediante la elaboración de éstos paquetes didácticos que se le

entregan al maestro y que de alguna manera pretende ir formando una conciencia sobre lo importante que es la conservación del ambiente y la conservación de la salud, a partir de los problemas ambientales que se generan.

Por otro lado, otro de los proyectos que tiene relación con el tema de la mesa que es Ecología y Salud y que se han venido desarrollando, durante el presente año, en la Subsecretaría de Ecología, es el trabajo directamente relacionado con las industrias y directamente con lo obreros, para ésto, se firmó un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que el Dr. Guerrero mencionaba que probablemente de las instituciones de salud, la que tiene una mayor posibilidad de atención en cuanto a salud ocupacional es precisamente el Seguro Social y nosotros hemos firmado un convenio con el Seguro Social para realizar un programa. Primero de diagnóstico en el área metropolitana, de cuales son las condiciones de salud ambiental que prevalecen en las industrias de esta zona y por otro lado, un programa educativo tendiente a ir promoviendo la incorporación de reivindicaciones sobre la salud ambiental y sobre la conservación del ambiente en los sindicatos y en las organizaciones en general de los trabajadores. El programa se llama "Los trabajadores y el ambiente" e inclusive está por desarrollarse un curso nacional con este nombre, que tiene la intención de formar un grupo de monitores que desarrollen el programa en cada uno de los centros regionales de capacitación que tiene el Seguro Social en todo el país, entonces es trabajar con los representantes sindicales, con los representantes de las comisiones mixtas de higiene y seguridad en el trabajo para que se conviertan en promotores de la formación de una conciencia ambiental en sus centros de trabajo y finalmente les comentaríamos un poco más sobre el proyecto que se nos indicó que hablamos, que es el Rescate y Revaloración del Manejo Tradicional de los Recursos Naturales.

La Subsecretaría de Ecología hace 5 años comenzó a trabajar un proyecto con ese nombre Rescate y Revaloración del Manejo Tradicional de los Recursos Naturales con un objetivo fundamental que era, el atender a las poblaciones indígenas del país con miras a hacer una labor de promoción de ese rescate de las tradiciones que tienen los grupos indígenas. A la fecha se han desarrollado varios proyectos pilotos en varios estados, se tra

bajó en la región Huichala, en la región Cora en el estado de Nayarit, en la región Purépecha de Michoacán, se ha trabajado alga con mayas de Campeche y alga en Náhualtl de toda la República.

El proyecto en términos generales, consiste en la siguiente: es un programa de educación ambiental dirigido fundamentalmente a maestras de educación indígena bilingüe-bicultural tanto del nivel preescolar y del nivel primario. El programa consiste en que nuestras promotoras dan un curso de educación ambiental a las maestras en cada una de las zonas indígenas con el objetivo fundamental que realicen una concientización con sus alumnas y con la comunidad de la que forman parte en cuanto a la conservación de las recursos naturales, partiendo del hecho que el mejor argumento para la conservación de las recursos naturales en estas zonas, que es la vinculación del análisis de la problemática ambiental alrededor del manejo de las recursos que tienen, de tal forma que a partir de estos proyectos se ha podido establecer una marca general que actualmente esta en revisión y que nos permita el trabajo permanente con las grupos indígenas del país pensando fundamentalmente las cosas:

La conservación de los recursos naturales si bien interesa a toda la sociedad en su conjunto, no va a ser asumida más que por las grupos poseedores de los recursos, ¿quién va a defender las basques?, pues las indígenas que son las poseedores del bosque. Ellas son quienes la tienen que defender y nosotros apoyar para finalmente ellas son propietarias del recurso, las que tienen más probabilidades de ejercer una defensa en bien de esos recursos y por otra lado, partiendo que en las culturas mexicanas existen elementos fundamentales a nivel concepción que permiten un replanteamiento de la sociedad-naturaleza, que puede ser retomada por las instituciones oficiales, por las instituciones de investigación para desarrollar una propuesta de desarrollo del país que sea no sólo propia sino independiente a las que se nos impone desde el extranjero.

Nosotros pensamos en cuanto a la relación sociedad-naturaleza y en cuanto a la apropiación de las recursos naturaleza, una de las fuentes a las que tenemos que acudir es precisamente a las grupos indígenas que conocen nuestras recursos naturales desde hace cientos

de años, que han establecido una relación armónica con la naturaleza y que pueden aportar elementos fundamentales para una reordenación del desarrollo de nuestro país.

A parte de los cursos que nosotros damos a los maestros y promotores bilingües, se han elaborado una colección de audiovisuales que nos permiten convencer a las autoridades no sólo del sector público, sino de las instituciones de educación superior y otros sectores como la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos y de la Secretaría de Salud y la iniciativa privada de que es necesario invertir en proyectos de esta naturaleza, de tal forma que una de las estrategias que se ha seguido es la elaboración de los audiovisuales. Tenemos una colección que se llama "Cultura Popular y Ecología". Estos audiovisuales no han permitido un doble trabajo; por un lado el trabajo directo con las comunidades indígenas en el análisis, en la reflexión sobre el manejo de los recursos naturales que están desarrollando.

En la importancia de rescatar el acervo colectivo que se encuentra no escrito en ningún lado y por otro lado el presentar estos mismos materiales a otras instancias que pueden ampliar la cobertura de este tipo de programas. Yo pienso de una manera más concreta sobre la importancia que tiene el trabajo de rescate y revaloración del manejo tradicional de los recursos naturales, la podríamos ver a partir del análisis de un ejemplo muy particular que es la Medicina Tradicional.

Para poder seguir comentando materiales, el material se llama "Medicina Tradicional y Ecología". Este material es una entrevista doble, está elaborado con base en una entrevista que se le hace al Dr. Xavier Lozoya, que es Director de un Centro de Investigación del Seguro Social sobre Medicina Tradicional y por otro lado a una curandera de Hueypan, Morelos que desarrolla prácticas de medicina tradicional. El material pretende por un lado hacer énfasis en lo importante que es para la Atención Primaria de Salud el trabajo de rescate de la Medicina Tradicional del conocimiento de cómo se cura a partir de las plantas y por otro lado, de la vigencia que tiene este tipo de alternativas médicas en la actualidad.

La forma en que se utiliza el material audiovisual en las comunidades indígenas es la siguiente:

Se les proyecta el audiovisual y se empieza a trabajar con ellas, buscando trabajar sobre toda en el terreno afectiva para lograr una sensibilización respecto a las contenidos que se requieren trabajar, se comienza planteando algunas preguntas, por ejemplo, aquí hay representantes de comunidades náhuas de toda el país, todas con un nivel académico de secundaria, entonces les decimos que tenemos una duda, ¿en cuántas de sus comunidades existen todavía prácticas tradicionales de curación? y levantan la mano todas las personas; ahora nos gustaría saber ¿cuántas de ustedes han observado prácticas de curación con técnicas de medicina tradicional?, de igual forma levantan la mano todas las personas.

Otra pregunta con otra connotación fue ¿a quiénes de ustedes les han hecho práctica curativa a partir de la medicina tradicional? la que sucede en este caso frecuentemente es que levantan la mano un 10 ó 15%, entonces es aquí donde comienza el juego nuestra de decir que no es creíble, no es posible que más de 90% de personas que viven en comunidades y que subsisten prácticas de Medicina Tradicional, sólo el 10 ó 15% las hayan curado con alguna práctica de esta naturaleza, entonces comienza una a trabajar con el grupo, habla una maestra que agacha la cabeza y le preguntamos a ver maestra, ¿a paca la han curado de un empacho a alga?, "sí", entonces porque no levanta la mano, porque fueran a pensar que era ya supersticiosa. Cuando una llega a ese momento durante la discusión les dice uno, buena, ya crea que la maestra ha planteado con su respuesta la incongruencia en términos culturales cuando hablamos de Medicina Tradicional.

La Medicina Tradicional es cierta o no es cierta, porque si no es cierta no tiene caso el esta discutiendo aquí, entonces, dicen si es cierta que nos curamos, entonces ya les dije, ustedes no necesitan un médico, ellas respondieron, si queremos un médico en nuestra comunidades ¿por qué?, ¿qué cura la Medicina Tradicional? y ¿qué cura la medicina oficial, digamos la medicina moderna?, ¿cuáles son las aspectos que se curan y las que no se curan?.

Y entonces comienza de un conocimiento fundamental a la prevalencia que puede tener este tipo de prácticas en el momento actual. Para tratar de llegar a una conclusión, que va en el sentido de que nivel el curandera es capaz de curarla toda, y el médico es capaz de curarla todo. Para las condiciones de muchas comunidades indígenas donde viven estas personas la más sana, la más coherente que pudiera suceder es que el curandera y el médico trabajaran a la par. Ahora esta no siempre se puede dar por una serie de tradiciones y una serie de problemas de tipo socio-económico o de la misma carga cultural que existen en las comunidades.

Otra aspecto que se plantea a las maestras es el que finalmente son producto de la comunidad donde han sido originadas, ellas no sólo son producto de su esfuerzo individual, sino que también son producto del esfuerzo comunitario que se hizo para que ellas pudieran acceder siquiera a la secundaria que tiene. En ese sentido ellas tienen una responsabilidad concreta con la comunidad que van a atender y una de las aspectos fundamentales es el revertir los conocimientos que la comunidad tiene hacia la misma comunidad. Nosotras hacemos mucha énfasis que desde la perspectiva de las instituciones de investigación de las grupos gubernamentales, lo que sucede es que el indígena se convierte en un estudiante, yo voy, hago mis trabajos como bióloga en etnobotánica, saca una lista de plantas medicinales, publica y me vuelva famosa y la comunidad no le pasa absolutamente nada, sigue en sus mismas condiciones. ejemplos hay muchas, se muere la señora de las hongas alucinantes en la miseria más espantosa, mientras muchas se hicieron millonarias, publicando libros con los conocimientos que ella pueda darles a conocer.

Entonces, el trabajo que nosotras hacemos va en este sentido, diciéndales la labor de rescate que no tiene que ver únicamente y exclusivamente con el yerbero y el curandero, sino que tiene que ver con la comunidad en general; ¿quién sabe de medicina tradicional en sus comunidades?, ¿quién sabe de medicina tradicional aún en nuestra ciudad de México?, ¿quién sabe de medicina tradicional en las colonias como las de ciudad Nezahualcoyotl?. Pues mucha gente, no sólo sabe el curandera, sabe la abuela, la mamá, hay gente que sabe curar, no las grandes enfermedades pero sí un poco las enfermedades más comunes de la población mexicana.

SALUD OCUPACIONAL Y SALUD AMBIENTAL EN RELACION
CON LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

* DR. ANDRES GUERRERO ALVAREZ
Agosto 19 de 1988

Estamos ya a diez años de la declaración de Alma Ata, en la que se postuló a la estrategia de atención primaria, como el método ideal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

La mayoría hemos tenido la oportunidad de escuchar alguna disertación o debate sobre la posibilidad real de alcanzar esto meta, sin embargo a pesar de las controversias o las dudas que pudieramos tener al respecto de la viabilidad de esto meta, hoy más consideraciones importantes que hacer, primero el bien común que se esto abordando, tratar de conseguir un nivel satisfactorio de salud para todos y de alguna manera este bien es un objetivo aceptado comunmente en su consecución donde se podría establecer alguna clase de duda o cuestionamiento.

Ya han escuchado la definición de lo que se consideró como la estrategia de la atención primaria, sin embargo, es importante analizar los componentes que la integran porque de ella se desprenden las implicaciones y los subprogramas para la consecución, hemos de mencionar primeramente la extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente como uno de los componentes que integran esta estrategia, la organización y la participación de la comunidad en la consecución de este objetivo, el desarrollo de la articulación intersectorial, de la investigación y de tecnologías apropiadas, la disponibilidad de insumos y equipos técnicos, la formación y utilización de recursos humanos, el financia

miento del sector y la cooperación intersectorial, posteriormente iremos correlacionando estos puntos; dentro de estos componentes de la estrategia el tema concreto que pretendemos abordar en esta plática, es la salud ocupacional y salud ambiental los que se integran dentro de las áreas prioritarias consideradas en la estrategia de atención primaria, describiéndose dos programas: uno que fue denominado "Programa de Prevención de Enfermedades Ocupacionales" con varios puntos en su haber. El primer punto se efectúa a través de la revisión de los enfoques y métodos actuales en la medicina ocupacional e higiene del trabajo en función de las características idóneas de la mecanización y tecnificación del agro y la tecnología industrial; aquí se parte del supuesto de que los problemas de salud en el trabajo, se van a derivar del avance tecnológico y de la modernización en la producción que se desarrolla en la industria agrícola o en la industria de la transformación; otro punto es la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades ocupacionales y de los accidentes, a través de la coordinación con el área médica o con los servicios de salud en la detección, la prevención y el tratamiento de los daños ya reconocibles a la salud, el desarrollo de investigación sobre costos económicos, sociales y de los problemas ocupacionales, incluyendo el diseño de mecanismos para el financiamiento de estos estudios, en lo particular considero que este punto es un avance dentro de la estrategia porque de alguna manera se considera a la viabilidad económica de los proyectos, aquí la investigación no solamente se refiere al aspecto biológico de las repercusiones a la salud sino incluso sobre los costos que pudiera implicar su detección y su prevención, además incluye el interés por discutir los mecanismos para el financiamiento de estos estudios, normalmente el rubro financiamiento es una situación muy delicada que se presenta en cualquier programa, debido a la implicación política que tiene el manejo de estos rubros, el tratar de incluirlos como una estrategia de trabajo implica el tener siempre contacto con la realidad y la viabilidad política y económica; otro punto es la organización y operación de instituciones que desarrollen programas de salud ocupacional e higiene industrial, éstos están entrelazados con el siguiente, que se define como actividades intersectoriales para la protección, la salud y el medio ambiente elementos integrantes de las principales actividades de desarrollo industrial, aquí hay alguna consideración que se debe hacer en primera instancia, el problema de salud ocupacional se reconoce como un problema de gran magnitud no so

lamente en cuanto a la población que se ve afectada por éste tipo de problemas, sino por la cantidad de elementos o sectores que se ven involucrados en la atención de estos problemas no se considera que sea de la competencia de un solo profesional, la resolución o la atención a este tipo de problemática, se reconoce que debe partir de un supuesto de participación intersectorial, normalmente estamos acostumbrados a pensar en que los problemas de salud están siendo atendidos por personal de salud, principalmente médicos y enfermeras; sin embargo, hay muchas cuestiones de índole general que repercuten directamente sobre las daños a la salud, inclusive dentro del documento de Alma Ata, señalan un ejemplo relativo a la construcción hidroeléctrica en el que se altera profundamente el nicho ecológico y la organización ecológica de un área y puede que de inicio no se consideren repercusiones o impactos en la salud, sin embargo, el sólo hecho de alterar la naturaleza y el equilibrio ecológico a la larga y como elemento final incluye, la afectación del hombre; por último dentro de este mismo programa están incluidas las estrategias que reconocen los problemas de salud ocupacional y seguridad de la mujer, como miembro de la fuerza de trabajo, éste es un punto un tanto específico acerca del papel de la mujer dentro de la fuerza de trabajo, desde luego es muy laudable este esfuerzo; en la personal considera que es innecesario hacer esta distinción entre la que es el trabajo del hombre y el trabajo de la mujer, porque ambas se encuentran expuestas a los mismos factores de riesgo. El segundo programa prioritario se denomina "Salud ambiental y manejo del agua potable" con enfoque intersectorial.

En la atención de los problemas de salud ambiental, se enfatiza de manera más amplia la importancia de la colaboración institucional e incluso internacional. Se ha definido algunas estrategias: a) establecer metas nacionales realistas y formular planes de acción que cubran toda la población si nos remontamos a las rubricas, a los componentes de la estrategia de atención primaria, identificamos aquí una consideración acerca de la ampliación de cobertura que ya se habla señalada; b) dar prioridad a grupos de bajas ingresos de las áreas rurales y de las áreas marginadas. De este modo existe continuidad con el objetivo de acercar los servicios de salud a los sectores con mayores necesidades, otra es dar prioridad a la participación activa de la comunidad en los sistemas de agua y saneamiento, si

nos referimos a los primeros componentes de la estrategia en atención primaria identificamos aquí el rubro de participación de la comunidad en cuanto a la autorresponsabilidad del cuidado de la salud; c) adoptar tecnología compatible con las condiciones del país y fomentar la manufactura local de equipo independientemente de que esto pudiera considerarse como obvio, en lo particular me parece que es un punto que hemos descuidado, normalmente cuando se ensayan tecnologías para la solución de algún problema se retoman experiencias que han ocurrido en alguna otra parte del mundo y por lo regular esas iniciativas se desarrollan más bien en países de economía desarrollada, de tal manera que la metodología usada en aquellos países involucra su gran avance tecnológico y una gran infraestructura económica que no puede ser reproducida en los países que no tienen esas condiciones como el nuestro, en este sentido tenemos que ser más insistentes en la elaboración de proyectos que consideren tecnología propia o que de alguna manera sean innovadores en cuanto al desarrollo de tecnología, más simple o más sencilla, que responda a las necesidades del país.

Dentro de este programa de salud ambiental también se menciona el fortalecimiento de las instituciones, el adiestramiento y la educación continua del personal de salud, la exploración de nuevas fuentes de financiamiento.

Nuevamente estamos viendo una correspondencia con las estrategias de desarrollo sectorial y la participación intersectorial además de la inclusión aquí del punto de promoción de la educación continua del personal de salud. Considero que aquí se hace referencia especial al personal de salud por un plan relativo a ese tema, sin embargo si nos referimos nuevamente a la complejidad del problema de salud ambiental, tendríamos que hablar de una gran cantidad de profesionales vinculados con el área de salud. Estaríamos hablando de Ingenieros Químicos, Ingenieros Civiles, que no se identifican como personal de salud en forma tradicional, sin embargo, si esta gente esta desarrollando un programa de infraestructura que va a modificar profundamente las condiciones ecológicas de algún área, esto va a repercutir a largo en la salud y deben ser considerados incluso para estos programas de educación y capacitación continua, esta última recomendación de explorar nuevas fuentes de financiamiento, podemos considerar que no es una recomendación sino una exigente necesidad en

aras de hacer viable los proyectos, sobre todo en las condiciones en que se encuentran los países de la parte sur del mundo, donde hay una gran problemática en cuanto a la carencia de recursos económicos, pues es indispensable de alguna manera satisfacer este punto, sin embargo, considero que hasta el momento un gran problema y por el cual no se han podido atender estos asuntos es precisamente por falta de financiamiento. Considerar recomendaciones para la operación de este programa de salud ambiental a través de identificar los problemas de contaminación causados por las tecnologías de producción y promoción de su solución con el mejoramiento de técnicos de monitoreo, legislación y adiestramiento de personal, además recomienda el mejoramiento de la disposición de los desechos, principalmente de los sólidos y la participación del sector salud en el análisis del impacto en la ecología humana en los proyectos de desarrollo. Aquí se recomienda a partir del concepto anterior evaluar las repercusiones a largo plazo de los proyectos de infraestructura, insistir en los análisis del impacto ambiental que pueden ocasionarse a corto, mediano y largo plazo, este asunto se ha visto obstaculizado por muchas cuestiones que a veces son más bien de carácter político y no de financiamiento, tenemos el caso de Laguna Verde, por ejemplo, en el vemos que el análisis de impacto ambiental que se hizo en su oportunidad, no fue del todo adecuado dado las condiciones tecnológicas que se tenían en aquel momento, pasaron por alto algunas cuestiones que tienen una determinada relevancia entre las posibles consecuencias en un futuro tal vez no muy lejano, en fin estos son dos de los programas que incluyen la estrategia de salud para todos en el año 2000 en relación a los problemas de salud ocupacional y ambiental, yo quisiera referirme específicamente a lo que son estas dos áreas de trabajo, que de alguna manera considero que no sólo en México, sino que en gran parte del mundo han sido relegados a un segundo término, principalmente insistió por implicaciones de orden político y tal vez económico.

La salud ocupacional es una nueva disciplina que en términos generales, partió de lo que se considera inicialmente la medicina del trabajo.

Considerándose como una rama de la ciencia de la salud, que tiene como propósito promover y mantener el más alto bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, previniendo todo daño causado a la salud por las condiciones de su trabajo,

protegerlas de su emplea cantra las riesgos resultantes por la presencia de agentes perjudiciales a su salud, calacar y mantener al trabajadar en un empla conveniente a sus aptitudes fisialógicas y psicalógicas y en suma, adaptar el trabaja al hombre y cada hombre a su trabaja; partimos de la medicina del trabaja porque fue la primera disciplina que formalmente se acupó de las problemas de salud derivadas de un trabaja formalmente instituida. El reconacimienta de das enfermedades profesionales tiene sus antecedentes en la edad media can un médica italiana apellidada Rassini, a partir de es identificación de que habia ciertas profesianes en las que desarrallaban padecimeintos típicas, se empezó a cansiderar la importancia del trabaja en la producción del algún daño a la salud; esta conceptualización ha tenida una evaluación a la larga del tiempo, y la conceptualización que se ha hecha de este problema es cada vez más compleja y más amplia en cuanta a sus consecuencias y sus arigenes, de tal manera que el médica al verse enfrentada a la resalución de problemas de salud que el cansideraba como producta del trabaja, se veia limitado en cuanta a su participación porque identificaba a elementos en la producción de daño que el na podia mejorar y ésto fue más evidente en la época de la revolución industrial, cuando la tecnologfa y el avance científico expusieron a las trabajadares a elementos que antes na habia sida conacidas, entances, el médica empezó a identificar su carencia de canacimientas.

Par ejemplo; las agentes químicas, agentes mecánicas, vibraciones, nuevas radiucianes, procedimientas que antiguamente na habían sida identificadas y empezó a manifestar una deficiencia en cuanta a su capacidad para abardar, tal vez na la enfermedad en sí misma, sino la salución en cuanta a la prevención en este tipo de riesgos, que le obligó a recurrir a otra tipo de profesianes que na eran conocidos como personal de salud: ingenieros, administradores de empresas, físicos, químicas, ingenieras civiles, psicólogos, biólogas, politólogos, a través de los cuales se identificaban ya no sólo causas biológicas de la enfermedad sina un cúmula de problemas de orden tecnológica, polttica, económica, incluso de diseña industrial.

Con estos antecedentes se amplió la concepción de la que son los problemas de salud en el trabaja y se acuñó el término de salud ocupacional.

Esta disciplina enfoca el problema de la atención y la prevención de los riesgos ocasionados por la actividad laboral, pero desde un punto de vista multidisciplinario que invalua la participación y la metodología de múltiples disciplinas.

La salud ocupacional es un término aceptado en forma generalizada y utilizado actualmente para definir una actividad multidisciplinaria que hace obligatoria la participación de ramas científicas procedentes de la medicina, la ingeniería, la sociología y muchas otras reunidas por principios y métodos basados en la investigación científica, cuyas acciones tienen por objeto preservar y mejorar la salud de los trabajadores.

Se considera como salud ambiental no solamente el estudio de enfermedades resultantes del progresivo y constante deterioro ambiental y debe considerarse en su estudio al ambiente mismo, para ello es indispensable la participación de diferentes profesionales, cuyas acciones están encaminadas a la preservación y mejoramiento del medio y la reducción de sus efectos nocivos.

Atendiendo a la estrategia de atención primaria, tenemos que remontarnos a la estrategia o al enfoque del riesgo para la resolución de los problemas de salud y en particular para los problemas que no atañen en este momento que es el de la Salud Ocupacional y la Salud Ambiental. Debemos identificar un factor de riesgo que definina las actividades y las estrategias que se involucran con estas dos áreas de atención. Este factor de riesgo es la producción industrial se considera pues a la producción industrial como un avance en la modificación de la naturaleza en cuanto al beneficio que pueda aportar al hombre, sin embargo, también se reconocen las consecuencias negativas que se derivan de su tipo de producción, la transformación en cantidades masivas de la naturaleza y la generación de productos no conocidos hasta ese momento o no fabricados en norma natural, el hecho de que la producción sea masiva implica una acumulación en el ambiente, la idea ecologista de que todo producto o toda sustancia dentro del ambiente, de alguna manera se incorpora en un proceso de degradación o incorporacional ambiente, aquí la falla consiste en que las cantidades de productos o desechos industriales son tan grandes que el sistema biológico no es suficiente en cuanto a tiempo para irlos degradando conforme se vean produciendo, ésto produce una acumu

lación, una contaminación del ambiente y a la larga un deterioro del mismo, identificamos entonces que el primer efecto de la producción industrial es el deterioro del ambiente, sin embargo el hombre al estar expuesto a estos contaminantes por su necesidad de estar inmerso en ese ambiente empieza a ser víctima y sujeto a los efectos de estos contaminantes, es entonces pues que aquí el factor de riesgo que estamos identificando como el de la producción industrial atañe tanto al aspecto laboral que sería la situación que se genera intramuros de la industria o sea hacia el interior de la industria, donde haya acumulación de carácter masivo y con una gran especificidad en cuanto a los efectos, estos son de mayor intensidad en los trabajadores de la industria que al público en general, sin embargo, esta misma fuente genera productos y desechos hacia el medio exterior y de alguna manera hacer porticipar al resto de la población en el deterioro de su salud a con secuencia de estos agentes.

Vemos que a pesar de que se trata de dos poblaciones distintas, una que esta dentro de la empresa que es la de los trabajadores y otra que esta fuera que es la población inmediatamente circundante al centro productivo y no nada más esta población sino, incluso a larga distancia también se pueden presentar efectos, recordemos el ejemplo de Chernoville en la que la nube de radioactividad viajó a otros continentes, la fuente de este riesgo es la misma, es la producción industrial entonces, las acciones deben centrarse al control de la contaminación en la raíz, en el origen de la contaminación que es la fuente generadora del contaminante, es entonces pues que en éstas área, que podrían haber presentado alguna característica diferente que las hiciera aparecer ajena una de otra, en realidad tienen un sustrato de trabajo común que es la producción industrial aquí habría que hacer una salvedad en cuanto se considerará una contaminación ambiental producida por fuentes móviles, esto es vehículos que generan la mayor parte de la contaminación atmosférica en el orden del 75%.

A través de su proceso productivo, existen algunos problemas de carácter técnico y de organización social en cuanto a la atención de estos problemas, las estadísticas en cuanto a este tipo de riesgos son definitivamente deficientes y de las mejores que se tienen en México son las del Instituto Mexicano del Seguro Social, ellos reportan año con año la

frecuencia de daños a la salud que son muy semejantes a cualquiera de otras años, reportan que en 1981 hubo más de 600,000 riesgos de trabajo o sea daños a la salud por efectos del trabajo, de estas el 89% fue accidentes dentro del trabajo, el 10.8 fueran accidentes que ocurrieran en el trayecto del trabajo a la casa o de la casa del trabajador a su trabajo y fueran reconocidas solamente 0.2% de enfermedades de origen laboral, esta durante mucho tiempo dió idea de que las enfermedades del trabajo no existían y que eran un mito que en realidad el trabajo podría considerarse como sano desde el punto de vista de la producción de enfermedades, sin embargo no es más que una mala interpretación, que afortunadamente ya se ha corregido incluso por la misma institución, se ha reconocido que las enfermedades de trabajo no es que no existan, sino que no son reconocidas, no son aceptadas legalmente. La presentación de una enfermedad como de origen laboral tiene varias implicaciones de carácter legal:

1. Es una indemnización económica que implica una erogación por parte del estado a través del Seguro Social o de la empresa a través de las cuotas patronales.
2. La implicación política que acarrea el reconocimiento de las enfermedades del trabajo, el aceptar que estas cifras tenían que ser inversas de que el 89% de los riesgos de trabajo son enfermedades y no accidentes, implicaría un tremendo gasto económico y además que sería un buen punto para la organización comunitaria que plantea la propia estrategia de salud, cosa que fuera deseable si se presentará en forma masiva.

Por eso es entonces que se insiste a través de la estrategia del reconocimiento, de la detección de los riesgos causados por contaminantes ambientales y aquí definitivamente si nos toca en primer término al personal de salud insistir en esa identificación, ¿por qué hasta ahora no se identifican este tipo de problemas?, pues las razones son varias, podríamos citar el desconocimiento de ellas, el avance tecnológico en el área médica y en otras áreas ha sido menor, que en el avance tecnológico como es el área de la industria, la medicina no ha avanzado en la misma forma que las procesos productivos, también está el problema de que el conocimiento que se difunde en las escuelas y universidades no es

actualizado necesita un proceso de filtración, de regeneración y resulta que el personal de salud no está capacitado adecuadamente para la detección de este tipo de problemas, principalmente a por el desconocimiento de su existencia así en términos generales, la ciencia todavía no los reconoce, son consecuencia de elementos que antiguamente no se conocían. Por ejemplo: no existían exposiciones a una nueva radioactiva, se sospecha las posibles consecuencias, pero no se puede determinar con antelación, inclusive hay una gran cantidad de productos químicos que se registran como nuevos cada año, de los cuales, por ser de nueva invención no se conocen los efectos que podrían dar a mediano y a larga plaza por el desconocimiento que podría existir ya en nosotros como profesionales de la salud, las carreras de medicina, incluso en la mayoría de las otras carreras, no se tienen contenidos sobre aspectos de salud ocupacional y salud ambiental, inclusive revisamos el currículum de la carrera de ingeniería, en la que se refiere a las salidas terminales en seguridad industrial, sólo se plantea la seguridad hacia la maquinaria, hacia el equipo, hacia las instalaciones, no considerón como sujeta de la seguridad al hombre, ellas justifican que las instalaciones se traducen en la seguridad del hombre, en la que insistimos es que de entrada no se visualiza la seguridad del hombre como elemento fundamental, sigue predominando el enfoque productivo de las carreras.

La estrategia marca una amplia participación intersectorial para la atención de estos problemas, ésta, insisto es indispensable pero también al mismo tiempo es muy difícil de aplicar hasta donde le compete a cada institución el abaraje de tal a cual problema, resulta muy compleja aplicarla en la realidad, considero que ha faltado concentración en este tipo de acciones, podemos nosotros considerarnos motivados o conscientes de este problema y estar trabajando bajo un supuesto como es el de la salud para todos.

Sin embargo, convencer a toda el mundo, a otros sectores de esta cooperación a través de esta estrategia resulta sumamente difícil en el área de salud ocupacional, es un gran problema tratar de convencer a la empresa, al empresario, a la iniciativa privada de que la salud para todos es un bien básico que podemos conseguir en el año 2000.

Este objetivo visto por otros sectores se ve subordinado a prioridades de carácter económico o político de tal manera, que sigue siendo responsabilidad del sector salud propagar por la consecución de esta meta y es nuestra responsabilidad entonces insistir en la cooparticipación e incluso definir los roles o los papeles que deberán jugar no nada más instituciones de salud y de los otros sectores, sino incluso, de los diferentes tipos de personal de salud que se involucran en la atención de esta problemática, es importante pues integrarnos a esta estrategia o pesar de la dudas que se tengan acerca de la viabilidad con respecto a la meta para el año 2000, considera que es una buena oportunidad que se nos dé de insistir en la protección de la salud y estar promoviendo estas acciones para lograr las metas establecidas.

APORTES DE LA PSICOLOGIA AMBIENTAL EN
LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

* MTRO. JAVIER URBINA SORIA
Agosto 19 de 1988

En este trabajo se describe de una manera general cuales podrian ser las aportes na sala - mente de la Psicologia Ambiental sina también de atras campos de la Psicologia en la Atención Primaria a la Salud.

Para iniciar, se formula la pregunta: ¿cuál es la importancia de la participación de la Psicologia en las acciones preventivas en el área de la salud?. La respuesta se irá dando a la larga del trabajo pera la idea fundamental es sencilla y a veces pareceria innecesaria mencionarla. Si se analiza un poca, las causas últimas que modifican la calidad ambiental residen, casi invariablemente, en el comportamiento humano, es decir, las conductas cotidianas de la gente, las de todas nasatras san las que alteran, para bien a para mal, la calidad ambiental.

Al enterarse esta calidad ambiental hay una influencia recípraca del entorno hacia nasotras. Estas influencias pueden ser benéficas a perjudiciales y sus efectos pueden incidir na sólo en la salud física de las personas sina también y es necesaria mencionar sobre la salud psicológica que regularmente se alvida cuando se habla de Atención Primaria a la Salud.

Es importante que canforme se lea este trabajo se vayan procurando establecer das relaciones. Una entre el comportamiento humano y el estatus que guardan las problemas ambientales y la otra entre la calidad ambiental y la salud humana.

(*) Profesor del Depto. de Psicología Ambiental, Facultad de Medicina, UNAM

En la psicología ambiental se parte del supuesto de que la gente se relaciona con el entorno en una forma cognoscitiva, que se refiere a todos nuestros pensamientos, motivaciones y demás procesos intelectuales, y en una forma conductual que se refiere a la conducta abierta.

Cada una de estas dos formas de relación con el ambiente puede tomar una de dos fases: la primera, llamada activa, en la que podría decirse que hay una mayor participación de las personas y la segunda, llamada reactiva, en la que prácticamente debemos comportarnos como la hacemos; en muchas ocasiones no es decisión nuestra, aunque así lo consideramos, el habernos comportado de tal manera sino que las condiciones ambientales no guiaron a cierto comportamiento.

Si se colocan estas dos formas con sus respectivas dos fases en una matriz de doble entrada, se tienen cuatro modos de interacción con el ambiente; interpretativo, evaluativo, operativo y responsivo.

Cada uno de estos modelos tiene sus campos de contenido.

En el modo interpretativo son la representación cognoscitiva del ambiente espacial y la personalidad y el ambiente.

En el modo evaluativo se estudian las actitudes hacia el ambiente y las evaluaciones ambientales.

En el modo operativo se hace el análisis de la conducta ecológicamente relevante y de la proxémica, que es la conducta espacial humana que incluye la privacidad, la territorialidad, el espacio personal y el hacinamiento.

En el modo responsivo se revisan la respuesta humana al ambiente físico, dividida en ambientes estresantes, impacto del ambiente edificado e impacto del ambiente natural y la psicología ecológica.

Los temas del mapa interpretativa, la representación cognoscitiva del ambiente espacial y la personalidad y el ambiente, se refieren a la manera en que adquirimos información sobre nuestro ambiente, codificamos esa información, la almacenamos, la decodificamos, la recuperamos y la utilizamos en nuestros desplazamientos cotidianos en donde vivimos, trabajamos y estudiamos, es decir, cual es el esquema, la idea del ambiente que nos formamos para poder vivir en él.

En este modo de interacción se ha utilizado mucha una técnica que desarrolla un arquitecto: los mapas cognoscitivos.

Debe precisarse por cierto que la Psicología Ambiental es un campo interdisciplinario que tiene tanta de psicología como de muchas otras disciplinas. Tiene algo de Salud Pública, de Arquitectura, de Urbanismo, de Planeación, de Geografía y de Sociología, entre otras. Se le ha quedado el nombre de Psicología Ambiental porque la común a todas las relaciones que se han estudiado es el comportamiento humano y dada que el comportamiento humano es el objeto de estudio de la Psicología.

Volviendo con los mapas cognoscitivos, esta es una técnica sencilla en la que se le pide a la gente que haga un dibujo de su colonia, de su barriada, de su ciudad o de cualquier lugar y se analiza cuales son los elementos comunes que todos nosotros utilizamos para organizar nuestro esquema del ambiente.

Estos elementos generales se han clasificado en sendas, bardes, barrios, nidas e hitos, como elementos orientadores del medio ambiente. Pudiera pensarse que este tipo de procesos intelectuales o que este tipo de apropiaciones del ambiente sólo se desarrollan cuando tenemos cierta edad. Esto no es cierto.

Tal capacidad queda bien establecida aún en niños de seis años; en cuanto son capaces de expresarse esquemáticamente, los niños dibujan lo que para ellos es su ciudad y en estudios extensos que se han hecho sobre este tema se ha encontrado que para la mayoría de

los niños de la Ciudad de México, por ejemplo: el cielo ya no es azul; el cielo es gris o negro; la ciudad para ellos son edificios y coches.

En el modo evaluativo se incluye tanto lo que opinamos a propósito del ambiente como nuestra tendencia o pretensión de hacer algo a propósito de esa opinión que tenemos sobre la calidad ambiental. Esto es muy importante en lo que se llamaría educación ambiental o conducta pro-ambiental. Así por ejemplo, la mayoría de quienes vivimos aquí opinamos que las características de nuestro entorno no son adecuadas. Hay una contaminación atmosférica excesiva prácticamente todos los días, hay un problema de transporte grave, hay deficiencias en la vivienda. Sin embargo, en aquellos elementos que consideramos anómalos, que juzgamos negativos, muy pocos de nosotros tomamos una actitud de resolución; reconocemos que algunos aspectos están mal, pero no adaptamos un comportamiento cotidiano que vaya en relación con dicha opinión. Los conductores solemos razonar "yo no contamina, yo solamente utilicé mi coche, sólo me transporto pero no contaminé" o en el caso de los recursos naturales: "de ninguna manera desperdicio agua, yo únicamente me baño"

Para evaluar el ambiente, para tomar en consideración en algún tipo de estudio lo que la gente opina de la calidad de su ambiente, se han desarrollado ya instrumentos para prácticamente cualquier tipo de escenarios: residenciales o habitacionales, laborales, escolares, recreativos, terapéuticos y totales.

En la evaluación de los ambientes residenciales puede evaluarse desde una recámara o un cuarto de baño hasta una unidad habitacional; en los ambientes laborales desde una pequeña oficina a un puesto de trabajo, hasta grandes centros industriales; en los escenarios escolares desde un salón de clases (es muy importante la ecología de un salón de clases), hasta campus universitarios completos; en los ambientes terapéuticos, quizá los más cercanos al campo de la salud se consideran no solamente los hospitales sino todos aquellos escenarios que en teoría debieran apoyar la rehabilitación de las personas sea en lo físico o en la psicológica; finalmente, en los ambientes totales son aquellos sitios en los que la gente tiene pasar períodos prolongados de su vida, por ejemplo cárceles, orfanatorios, cuarteles y hospicios entre otros.

Más cercanamente a lo que es el tema de esta sesión, Ecología y Salud, se estudian dentro del modo operativo el análisis experimental de la conducta ecológicamente relevante y la conducta especial humana.

Uno de los hechos que difícilmente podrían negarse es que la contaminación atmosférica es un problema grave y que es una amenaza constante para la salud de quienes vivimos en esta ciudad.

Ya es conocido que la contaminación en el área metropolitana de la ciudad de México se produce por las más de 30 mil industrias que están en o alrededor de la misma y por los cerca de tres millones de vehículos que en ella circulan.

Diariamente se emiten a la atmósfera 15,000 toneladas de contaminantes, principalmente bióxido de carbono, nitrógeno e hidrocarburos. También, diariamente en general 15,000 toneladas de basura, de las cuales solamente se recoge el 80%, el resto se queda tirado en la ciudad hasta que por su proceso de descomposición orgánica se incorpora al aire que respiramos.

En la zona oriente de la ciudad viven aproximadamente 2.5 millones de personas que no tienen servicios sanitarios, que hacen sus necesidades fisiológicas al aire libre y cuyas heces fecales después del proceso de descomposición, se integran también al viento que sopla hacia la ciudad.

Evidentemente se olvida en muchas ocasiones que no solamente las llamadas fuentes fijas y móviles son las productoras de contaminación; la mayor parte de nosotros con las cosas que hacemos todos los días agravamos el problema, ya sea usando aerosoles, usando indiscriminadamente el automóvil o acabando con las áreas verdes.

Un ejemplo de lo que es el efecto de la contaminación en esta ciudad es la reducción de

la visibilidad promedio. En 1970 una persona con visión normal alcanzaba a ver aproximadamente

mente hasta 12 kms; en 1980 esta distancia se redujo a 5 km. y en 1983 a 3 kms. Lo dramático de estas cifras resalta cuando se recuerdan escenas de películas de ciencia ficción en las que toda ocurría entre esmog y polvo; si se creía que tal situación no ocurriría ya esta ocurriendo en esta ciudad.

De las inversiones térmicas ya no es necesario hablar pues han sido archidiscutidas. Se sabe que la inversión térmica no es perjudicial en sí misma; lo malo es que ocurre en nuestra ciudad con alta contaminación.

Lo que la comunidad académica, lo que los responsables del sector público, lo que el sector social, lo que diversas organizaciones han hecho para aliviar este tipo de problemas y sus correspondientes efectos sobre la salud, por desgracia no ha dado resultado. Una posible explicación de estos fracasos puede estar en el hecho de que generalmente en este tipo de acciones se olvida un elemento que es fundamental el comportamiento humano.

Por ejemplo; el dirigente de uno de los grupos ecologistas afirma que fue un absoluto fracaso la distribución de calcomanías para dejar de usar el automóvil particular un día a la semana.

Lo mismo ocurrió en la campaña más reciente, efectuada en el invierno de 1987-1988. Si se trata de recordar cuantos compañeros o familiares dejaron de usar su coche, a más sencillamente cuantas automóviles se vieron por la ciudad circulando con la calcomanía, se aceptará que fueran muy pocas. No hubo realmente una reducción del tráfico durante el período fuerte de esta campaña y aún más, no faltó quien circulara por ejemplo; los días martes en un coche con una calcomanía que decía "ya no contaminamos los martes"

Un factor que podría aliviar el problema de la contaminación en la ciudad de México son las áreas verdes. La recomendación internacional es que deben de existir de nueve a doce metros cuadrados de área verde por habitante. En el Distrito Federal tenemos 0.41 metros cuadrados de área verde por habitante, incluyendo algunas áreas como los camellones

que difícilmente podrían considerarse áreas verdes. ¿A qué se debe esto?. Evidentemente a que las áreas verdes van disminuyendo porque se sigue construyendo en la ciudad y a que cada día llegan más habitantes. Pero también a que conductas de diferentes tipos y niveles (políticas y vecinales, individuales y colectivas) hacen que los millones de árboles que anualmente se siembran en la ciudad no estén en pie sino unos cuantos días.

Pasando ahora a la conducta espacial humana, también conocida como proxémica, debe mencionarse su estrecha relación con el aumento poblacional.

Aún con el intenso programa de planificación familiar que se ha efectuado durante los últimos años, tenemos una tasa de reproducción muy alta. Aquellos de ustedes que estén cerca de la evolución en las tasas de crecimiento demográfico quizá estén en desacuerdo con los datos siguientes pero reconocerán que todavía es temprano para aceptar cambios definitivos en la tendencia de crecimiento poblacional.

La población del mundo se duplica aproximadamente cada 35 años; la de Latinoamérica lo hace cada 25 y la de México cada 21. Es decir, cada 21 años tenemos un nuevo país; una doble cantidad de habitantes que lo de 29 años atrás. Si se compara este crecimiento con el de otros países, por ejemplo: Inglaterra, se tiene que ahí la población se duplica cada 231 años, lo que significa que en el tiempo en que por cada habitante del Reino Unido va a haber dos habitantes en México por cada habitante va a haber 294 mil habitantes.

Si a esto le agregamos la tendencia hacia la migración a las grandes ciudades tenemos entonces que uno de cada cinco mexicanos viven en el área metropolitana de la ciudad de México, que representa menos del 1% del área total del país y que cada uno de cada tres habitantes vive en cualquiera de esas tres ciudades: México, Guadalajara o Monterrey.

Son obvias las implicaciones que en aspectos de reproducción y de migración tienen que ver los conceptos psicológicos, tales como las motivaciones y la aceptación social.

Recuerdos que a raíz de los temblores de 1985 un número importantes de personas se trasladó a la provincia; mucha de la gente que se fue ya regresó por causas que pueden atribuirse a la propia persona, como, "no me sentía bien", "no me hallaba", "pues yo me críe aquí" o bien por elementos sociales de la comunidad a la que lelgaban; seguramente han oído sobre los anuncios en periódicos que decían "has patria, mato un chilango". La gente no fue bien recibida en otras comunidades y todo esto finalmente es comportamiento social.

Desde 1980 México estubo entre los tres primeras ciudades con mayor población en el mundo. Hoy somos el mayor asentamiento humano que ha tenido el mundo, y seguramente lo seguiremos siendo por lo menos en los próximos 15 ó 20 años.

Pasando propiamente a la conducta espacial humana, el hacinamiento debe considerarse más como un asunto psicológico que por el hecho de que haya mucha gente en un lugar. El hacinamiento es una percepción individual de cada quien ante una situación física externa y se le considera como uno de los más graves estresores ambientales.

La territorialidad se entiende como la apropiación y defensa de áreas y de objetos y puede tener una implicación importante para nuestro comportamiento cotidiano y por ende por nuestra salud, porque muchos veces esta apropiación hace que entremos en conflictos sociales, como son los casos de las colonias o de los colles cuyos vecinos han colocado barreras para que nadie que no vivo ahí pueda tener acceso a su "territorio". Prácticamente estamos volviendo a lo edad medio, amurallando colonias y poniendo guardias.

La privacidad, que se ejemplificará un poco más adelante se entiende como una necesidad individual de que cada quien pueda decidir cuando, como y de que manera la información sobre sí misma se transmite a los demás. Este concepto es de particular importancia en escenarios habitacionales y laborales, en los que la común es no encatrar lugares en las que tengamos privacidad.

En el modo responsivo se estudian las ambientes estresantes, el impacto del ambiente ff

sica y natural y la psicología ecológica.

Se habla de ambientes estresantes cuando la gente se encuentra en situaciones que exceden a que no alcanzan los límites de tolerancia humana.

Uno de los principales estresores ambientales es el ruido, que no sólo puede causar sordera sino que también influye en cerca de 36 padecimientos fisiológicos. El ruido acelera el proceso de sudoración, altera la presión sanguínea y el ritmo cardíaco.

Otra estresor ambiental es la contaminación. Recientemente se ha caído en la cuenta de que puede ser tan grave exponerse a un ambiente contaminado como el saber que se va a exponer a dicho ambiente contaminado; en el primer caso el daño es fisiológico pero en el segundo caso puede producirse el daño fisiológico directo además de un daño psicológico.

Hay otra tipo de estresor ambiental llamada disfunción arquitectónica que se refiere a lugares laberínticos o muy complicados en los cuales no encontramos el camino. Este es en realidad un polo de la que llamaríamos contaminación visual. La heterogeneidad extrema y la homogeneidad extrema se consideran también como estresores ambientales.

En cuanto al impacto del ambiente edificada, el ejemplo más adecuada puede ser el de una de las escenarios más cercanas a cada quien: la vivienda.

En nuestro país hacen falta actualmente alrededor de 12 millones de unidades de vivienda, déficit que para el año 2000 aumentará a 18 millones de unidades de vivienda. Anualmente se construyen, con todas las proyectos oficiales y privadas, de un millón a millón y medio de unidades de vivienda. Esto supone que nunca vamos a poder cubrir el déficit de vivienda.

Pero si el aspecto cuantitativa es grave, el cualitativa tiene quizás mayor gravedad. El

mayor esfuerzo de construcción de vivienda ha sido en lo que se llama "vivienda de interés social". En este tipo de unidades lo que menos se cuida es que guarden relación con las necesidades humanas y los criterios y normas arquitectónicas han ido disminuyendo en rigurosidad y haciendo que la vivienda tenga cada vez peor calidad.

Piénsese en el baño dentro de una vivienda; se cree que el baño se utiliza para dos tipos de actividades; fisiológicas y de aseo, todos nosotros utilizamos el baño para otras cosas además de estas dos: para hacer berrinche, para leer el periódico, para estar solos.

Esta falta de consideración de los elementos más rigurosamente ligados al comportamiento humano en la definición de las características de la vivienda ha llevado a verdaderos fracasos mundiales en vivienda. En San Luis Missouri en EUA hace algunos años hubo de demostrarse una unidad habitacional construida hace 20 años, porque era la única manera que había de acabar con la agresión y la criminalidad que ahí se daba. Esta unidad se construyó por haber ganado el primer lugar en el concurso que se hizo para la edificación del proyecto. Desafortunadamente en este tipo de concursos se toman en cuenta factores económicos, políticos o estéticos, pero no las necesidades humanas.

Otro elemento del ambiente edificado, ya no tan cercano a nosotros pero de igual rango es el transporte.

El transporte en la zona metropolitana ocurre de diversas maneras: los trolebuses que son muy baratos y silenciosos pero que con una poca de lluvia o con una suspensión de la energía eléctrica provocan un desastre escandaloso; los autobuses de ruta 100 que también son baratos pero no tan silenciosos y no tan sanos ecológicamente, que pasan muy de vez en cuando, que implican molestias como el hacinamiento; los taxis colectivos que son el transporte más caro e inseguro del mundo, con una gran cantidad de accidentes.

El principal medio de transporte es el automóvil particular, aunque sólo se transporta en ellos el 20% de la población. En promedio cada vehículo lleva de 1.3 pasajeros. La

ciudad prácticamente se ha edificado para el automóvil; el número de habitantes de la zona metropolitana de la ciudad de México ha crecido mucho en las últimas décadas, pero ha crecido mucho más la población de automóviles; en 1950 había 40 personas por cada automóvil, en 1960 había 20 personas por cada automóvil; en 1970 había 10 personas por automóvil y en 1980, 5 personas por automóvil.

El que haya tantos automóviles y el que la gente use para todo el automóvil, hace que la velocidad normal en la ciudad de México sea de entre 20 y 25 km. por hora y en las horas pico sea de 4 a 8 km. por hora. El uso intensivo del automóvil tiene también costos sociales importantes. En 1985 ocurrieron diariamente más de 50 accidentes graves en el Distrito Federal, con un saldo de siete personas muertas, lo que hace un total anual de más de 2,550 defunciones por accidentes de tránsito.

En cuanto al metro, ciudades como Barcelona, París, Londres y Tokio, de las que doblamos su tamaño o su población, cuentan con sistemas de transporte colectivo mucho más amplios y diversos.

Esto lleva desde luego a problemas de vialidad. Casi el 50% del área física de la ciudad se dedica al automóvil. La mitad la ocupan edificaciones, parques, jardines, etc., y la otra mitad la ocupan estacionamientos, calles, ejes viales, periférico, viaducto, circuito interior y glorietas. En este favorecer al automóvil se han cubierto los ríos que cruzaban la ciudad. México quizá sea la única ciudad importante del mundo que no tiene ríos los que hay están cubiertos y circulamos sobre ellos.

Para finalizar, el último tema es el de la psicología ecológica. Ecología es un término que para bien o para mal, para gusto o disgusto de los ecólogos, ya no significa lo que significaba hace 10 ó 15 años. Ahora ecología es un término del cual diferentes gremios profesionales y organizaciones sociales se han apropiado, dándole un sentido diferente más amplio.

La psicología ecológica trata, fundamentalmente de los escenarios conductuales entendidos como lugares en los que cíclicamente ocurren patrones de comportamiento humano recurrentes con independencia de las características de las personas que los frecuenta.

Por ejemplo: supongan un estadio deportivo en el que caben más de 100,000 personas. Cuando hay un evento atractivo y este lugar se llena, asisten personas de todas las clases sociales, desde los que llegan en su coche al polco hasta los que llegan a pie; de todos los niveles educativos, desde los que nunca fueron a la escuela hasta los que tienen posdoctorado; de diferente estado civil, con hijos o sin ellos, en fin personas con muchas diferencias entre ellas. Pero cuando están ahí, todas o la inmensa mayoría se comportan de la misma manera; lo que las dirige a comportarse de esa manera es el entorno en el que se encuentran, lo que se llama el "escenario conductual"

Al hablar del escenario conductual debe hablarse también de la teoría de la saturación que supone que cada escenario tiene una específica para albergar un determinado número de ocupantes y de actividades. En muchos de los lugares que utilizamos para vivir, trabajar, estudiar o recrearnos, los límites de saturación son rebasados constantemente.

Hasta aquí la descripción sucinta de los problemas ambientales y de salud en los que la psicología ambiental puede tener aportaciones. El razonamiento inicial de que existe un intercambio constante, una permanente influencia entre el comportamiento humano y la calidad ambiental y entre ésta y la salud humana, cobra un sentido social que exige de las instituciones educativas tanto un trabajo serio y sostenido de investigación como la formación de recursos humanos interdisciplinarios capaces de afrontar con eficiencia los retos de un ambiente que hoy resulta más amenazante que favorecedor de una adecuada calidad de vida para nuestras comunidades.

CALIDAD DE AGUA Y LA SALUD

* QUIM. ISABEL CORONA SAPIEN
Agosto 19 de 1988

Identificando las áreas de la atención primaria, sabemos que atención primaria la comprenden atención médica, salud pública, asistencia social.

Cuales son las áreas de competencia en salud pública, podríamos decir que es la calidad de agua y saneamiento básico, las actividades de salud pública vienen siendo el saneamiento básico, el control de fauna nociva, el control de brates, vacunación etc. La parte en la que vamos a enfocarnos son el saneamiento básico y sus acciones que son: potabilización del agua, el mejoramiento de la vivienda, la disposición sanitaria de excretas y el control de la fauna nociva.

¿Por qué se menciona fauna nociva como una actividad del área salud pública y como una acción del saneamiento? porque el área de control de fauna nociva como actividad de salud pública se refiere a la fauna nociva como transmisora, y la acción de fauna nociva como acción de saneamiento básico se refiere a roedores, piojos, pulgas, etc.

La base legal en el agua potable se define como aquella cuya gestión no causa efectos nocivos a la salud y se reglamenta en el artículo 209 de la Ley General de salud y el saneamiento básico su definición que es la dotación de servicios de agua para uso y consumo humano, la disposición sanitaria de excretas, manejo de desechos, desechos sólidos, control de fauna nociva, así como el mejoramiento del ambiente. Todos éstos entornos que forman

parte del saneamiento básica es la parte esencial para el mejoramiento de la salud.

Una deficiencia de la calidad de agua y cantidad, vienen a constituir un factor de riesgo para el bienestar y salud de la población, así tanto como el deterioro de una calidad de agua como un deficiente saneamiento básico, que como ya lo mencionamos el saneamiento básico que viene a ser un deficiente control en el manejo de excretas, en el manejo de basuras, en el manejo de aguas residuales, en el manejo de agua en la vivienda, la fauna nociva como podemos saber que generalmente las áreas suburbanas marginadas, áreas rurales vamos a enfrentar muchísima fauna nociva y transmisora en la vivienda y porque es eso, por un deterioro en cuanto a saneamiento básico.

Quiénes tenemos atribuciones en esta área, aquí en la materia de agua y saneamiento, vamos a iniciar con agua que viene a formar parte de saneamiento, también todo mundo tiene que ver en ella y que pasará, tiene ingerencias La Secretaría de Salud, Hacienda y Crédito Pública, SPP, SEDUE, SARH, gobiernos estatales, gobiernos municipales las juntas de agua potable, ¿qué pasa con todas estas Secretarías a con todas estas administraciones que tenemos o que tienen ingerencia en el agua?, la falta de coordinación en cuanto a las acciones que se están efectuando y por otra parte cada quien hace sus investigaciones, pero sin comunicárselos entre una y otra. ¿Quién es el afectada?, la población, es cierta, hay muchísima información pero de que nos sirve, todas sabemos que se han hecho muchas investigaciones sobre agua potable, que se han hecho muchas investigaciones sobre tratamiento, sobre equipos, pero ¿quién lo sabe?, ¿quién tiene la información?, ustedes buscan en un lugar información, este tipo de información no la van a encontrar tienen que estar buscando de Secretaría en Secretaría para poder obtenerla, no existe un banco de datos que lo tenga.

LA DISPONIBILIDAD DEL AGUA.

En el censo nacional de población de 1980 reporta que el 61% de la población del país cuenta con servicio de agua potable, un 30% con servicio de alcantarillada, si al problema que reparta este rezago se agregan todos los hacinamientos; los polos de desarrollo se verán

disminuidos en todos estos servicios. Esto es todo lo que nos esta diciendo el censo, pero yo les puedo asegurar que todavfa en cuanto a calidad del agua puede ser menor, esto es en cuanto a la diponibilidad pero en cuanto a la calida todavfa estamos mucho muy abajo, todo ésto, toda el censo nos indica que 25 millones de mexicanos no tienen acceso al servicio de agua potable entubada, hay más población con servicio de agua "si es cierto", pero que tipo de servicio de agua tenemos, el servicio de agua entubada vamos a decir que 25 millones de mexicanos tienen acceso al agua por medio de hidratanes públicos para la red de agua potable tiene sus fallas físicas, cuantas veces hemos visto hidratanes públicos en los cuales hay encharcamientos a sus alrededores, tienen fugas, lo que determina el desperdicio en su manejo tanto el de su casa como del transpote. Asimismo, también tenemos que en algunas colonias el servicio se provee a través de carrostanque, de pipas y las condiciones de control se encuentran escasamente reglamentadas.

Es necesario que los reglamentos se apliquen con el fin de optimizar este recurso e implementar las estrategias necesarias ante las autoridades como del recurso humano y financiero para que esto se lleve a caba en un nivel óptimo.

¿Qué otro problema tenemos con la disponibilidad de agua?, lo que viene siendo un desperdicio, el agua destinada a las industrias, debe ser reciclada para evitar su mala distribución, otra situación que se presenta es la contaminación de agua potable en las fuentes de abastecimiento ocasionada por las industrias para ello se requiere de presupuesto, personal y reglamentos específicos para el fin de controlar este problema. Así como concientizar a las autoridades responsables de la industrias para buscar los mecanismos que apoyen en la solución.

Los técnicos identificamos el problema ¿dónde esta?, ¿cómo podemos resolver?, pero desgraciadamente nosotros no tenemos un poder de decisión, también es un problema la contaminación de aguas negras a las fuentes de abastecimiento, tenemos muchas fuentes de agua de buena calidad pero desgraciadamente han sido contaminadas con aguas negras, las cuales son utilizadas muchas veces en tratamiento para riegos de hortalizas.

ASPECTOS DE CONTAMINACION VINCULADAS CON LA ATENCION PRIMARIA

La carencia de la disposición de excretas reduce estos beneficios por la contaminación de mantos acuíferos, mediante la falta de educación de nuestro pueblo, de hábitos higiénicos para el manejo de excretas y en 1985 la población integrada al 77.9% de habitantes, con 68.2% de carácter urbano, 31.8% de tipo rural con un crecimiento demográfico de 2.1% y se estimó un total de 65,666 casos por 100,000 habitantes como cifra promedio de incidencia por enfermedades transmisibles por el agua.

Es bien conocido por todos nosotros que el agua es uno de los factores transmisores de enfermedades, la mortalidad por diarrea asociados a la contaminación del agua y la falta inadecuada a la distribución de excretas ocupa el primer lugar entre los niños entre los 1 y 4 años de edad, los estados con tasas más altas son: Oaxaca, Tlaxcala y Chiapas, los que tienen más baja son: Sinaloa, Durango y Nuevo León, asimismo las principales causas de mortalidad registradas en los Hospitales Rurales del Programa IMSS-COPLAMAR de esta década dieron infecciones intestinales por enfermedades públicas 14.3% afecciones respiratorias, infecciones del recién nacido por falta de saneamiento en la vivienda 13.2%, el conjunto de estas dos causas representan las dos quintas partes de las defunciones registradas en las unidades hospitalarias y en los de servicios municipales, la provisión en cantidad y calidad suficientes son menores, porque bien es conocido por nosotros que agua potable no es 100%, entubado y sólo a un 30% se le da un tratamiento de desinfección, las malas condiciones sanitarias de abastecimiento existentes y se deben principalmente insistir, por falta de recursos económicos, falta de personal idóneo para manejar este tipo de sistemas, carencia o insuficiente cobertura de los procedimientos de vigilancia y control del agua y es responsabilidad de los sistemas de abastecimiento llevar a cabo el control del agua que se distribuye.

Lo real es que el costo del agua para la población es menor al precio real, porque el tratar el agua cuesta mucho dinero, se debe ser más riguroso en el control de las aguas residuales que contaminan las fuentes de abastecimiento, lo que corresponde a SEDUE y la

Establecer procesos de seguimiento en cuanto a vigilancia y control continuo desde el punto de vista de la salud pública sobre la aceptabilidad de la potabilidad del agua para consumo humano, aquí estarían involucradas las autoridades estatales y municipales, coordinados por la Secretaría de Salud.

También es importante como una alternativa de solución, elegir tecnologías alternativas para las zonas rurales, debido a los caminos inaccesibles, y la falta de energía eléctrica, así como personal capacitado para manejo del agua ¿qué tenemos que hacer?, buscar alternativas de solución, por ejemplo: el uso de hipoclorito, capacitar al personal que se va a hacer cargo de los sistemas de abastecimiento, si es que cuenta con tubería, sino cuenta con tuberías y existe sólo un pozo, educar a la población, ¿qué otra cosa tenemos que hacer?, son las letrinas, hacer prototipos de letrinas adecuadas para evitar fecalismo al ras del suelo y por ende la contaminación, entonces tenemos que orientar a la gente para que aprenda a utilizar la letrinas de acuerdo a su tipo de suelo, a su condición socioeconómica y a su educación.

ECOLOGIA Y SALUD
MESA DE DISCUSION COORDINADA

Coordinador
Dr. José de Jesús Moreno Sánchez.

Participantes:
Dr. Andrés Guerrero Álvarez.
Mtro. Javier Urbina Soria.
Q.PB. Isabel Corona Sapien.

COMENTARIO: MTRO. JAVIER URBINA SORIA:

Evidentemente cualquier aventuramiento general para todos los problemas se mencionaron, pues sería irresponsable de mi parte, en realidad de lo que se trata es precisamente de poner atención en un elemento que aparentemente no se ha tomado en cuenta en forma suficiente y que podría ser el responsable del poco éxito o del amplio fracaso de algunas acciones que se han tomado para resolver estos problemas, por ejemplo, en lo referente a la vivienda, definitivamente sale más económico en el momento hacer una vivienda con las características que se están construyendo aunque no reúna las condiciones necesarias de vida para una familia.

En lo que insistimos en este tipo de situaciones, son una demostración quizá estas cosas no son graves en sí mismas, pero lo que implica es la necesidad de tomar en consideración con más profundidad las necesidades humanas, las características y las necesidades de la población. Otro ejemplo de la contaminación atmosférica en la ciudad, no mencioné que en la campaña de no contamine, solo se distribuyeron el 5% de las calcomanías de "no usar mi coche un día a la semana" ya que al respuesta de la comunidad fue bastante baja a pesar de que hubo intervención de actores, políticos e intelectuales reconocidos, no se consideró el impacto final que puede tener el mensaje y las necesidades de uso de

este medio de comunicación es de llamar la atención sobre la necesidad de que antes de echar a andar una iniciativa de gran alcance, por lo menos se pruebe en pequeñas comunidades en pequeños grupos, lamento sinceramente no poder dar respuesta específicas en algunos casos, se está trabajando por ejemplo, se está desarrollando una investigación que se llama el "Volkswagen de la vivienda", es decir, hasta dónde se puede reducir el tamaño de la vivienda sin que sea dañino para la gente, sabemos que son cada vez más chicas y que la tendencia es no solamente hacerlas más chicas sino entregarlas incluso casi en obra negra, hasta donde está la capacidad humana de adaptación para poder resistir este irse achicando, desde luego hay patrones culturales, una vía de solución para este problema será definir las normas de construcción en base: comportamiento humano a las características socioeconómicas y ambientales.

COMENTARIO: BIOL. SALVADOR MORELOS:

Las cualidades terapéuticas intrínsecas de los recursos curativos tradiciones, especialmente herbolarios, soslayando paralelamente la efectividad terapéutica simbólica que deviene de la cultura en la que se inscribe los actos rituales, los rezos, las limpias, etc. y considero que es justamente en este último contexto donde se mantiene la supervivencia de la Medicina Tradicional, este comentario nos dá pie a reflexionar sobre un aspecto fundamental para todas las aquellas instituciones que de alguna manera ya sean educativas o gubernamentales, estamos trabajando en el rescate y la revaloración porque resulta que en épocas recientes, desde la SEP, el Seguro Social, en fin Instituto de Investigación y Educación Superior, comienzan a aparecer proyectos de rescate, de revaloración y generación de nuevas alternativas tradicionales, todo esto surge desde la perspectiva, de la cultura moderna occidental, no desde la perspectiva de la cultura de los grupos indígenas, un problema fundamental que a nosotros se nos presenta con el trabajo con los grupos indígenas, es práctico. Nosotros les decimos que tienen que hacer una revaloración de las prácticas productivas tradicionales que se encuentran en la memoria colectiva de una comunidad indígena y convencemos a la gente que haga, pero ¿cuáles son los elementos de referencia que les damos para hacer esa revaloración?, pues implícitas o explícitamente los elementos de referencia que les estamos dando son los nuestros, los de la cultura occidental, los de la ecología moderna desarrollada en Europa, o en Es-

tados Unidos. En otras condiciones completamente distintas a las que ellas viven, entonces, ese es un problema que tendríamos que resolver muchos de los trabajos de Etnobotánica o muchos de los trabajos de Medicina Tradicional sienta que tienen ese problema fundamental, que las ajenos a la comunidad indígena no hemos podido superar las condiciones para presentar elementos de referencia que permitan la revaloración pero que estén contextualizados en la que muy bien se mencionaba aquí, la cosmovisión indígena. Por otro lado habría que mencionar otro factor interesante aquí, que es el luchar contra el etnocentrismo de las grupos indígenas, por que cuando ya trabaja uno en las comunidades rurales, en las comunidades indígenas se comienza una a dar cuenta que también existe una especie de etnocentrismo a etnocentrismo que en cuanto al rescate y la revaloración de los tradiciones se expresa en conservar para conservar, necesitamos conservar esta práctica tradicional porque es parte de la cultura de nuestra pueblo y ese no es un argumento válido en un mundo actual, esa además lleva implícita la idea que la cultura es algo estático, que no cambia, y que no debe de responder a las necesidades cambiantes de una comunidad y de una sociedad que se presenta. Son dos aspectos que definitivamente valdría la pena conjugar, crea que han quedado de manifiesta una serie de problemas de lo que podríamos llamar "Ecológica y Salud" que tienen que ver con el agua, con la psicología con el rescate de la Medicina Tradicional.

Es necesario reflexionar ¿cuándo se van a incorporar los criterios psicológicos?, ¿cuándo se van a decidir a aplicar las normas existentes a el diseño de nuevas normas para la resolución de los problemas de agua?, ¿cuándo se va a trabajar realmente para mejorar la salud ocupacional a trabajar en cuanto a la conservación de los recursos naturales?, crea que hasta la fecha no hemos dejado precisamente en manos de quienes tienen las discusiones y aspiramos a que el funcionario tome conciencia de que tiene que hacer los casos bien, crea que se está llegando a un nivel, en el cual esta ya no es posible, no podemos esperar que la buena voluntad de las que detentan el poder en este país sea lo que deciden como se van a resolver los problemas, que si algo hay que hacer es impulsar proyectos que promuevan la organización de la sociedad para que la lucha por reivindicaciones que le están haciendo falta. En Ecológica podría poner un ejemplo; cuando se van a instalar una planta de tratamiento de agua en un municipio, si le preguntamos a la

SEDUE probablemente nunca, ya que el costo es elevada parte de su costo es de 1500 a 2000 millanes de pesas, analiza desde el punta de vista económico no lo van a instalar, para las das mil y tantos municipios de este país, que cada una tenga una planta de tratamiento de agua y cada uno tenga su relleno sanitario, económicamente no es posible, pero como se puede acceder a que esto sea algo posible?, algo viable en la medida en que se convierte en una demanda sentido en la población, en éste país como en todos los -- otros países del mundo independientemente del sistema social del que hablemos, las decisiones del gobierno se toman en función de lo importante que puede ser para la población el que se tome una medida.

Si existe una base social que luche por agua, que luche por mejor ambiente, una conservación de recursos se tomarán medidas al respecta, si no tendríamos que reflexionar en el papel que jugamos como individuos y como miembros de grupos que pueden finalmente ser causa de opinión, para que se tomen medidas correctas, en este sentido pienso que las Universiddes juegan un papel fundamental las comuniddes universitarias y en general en la población particularmente la relación comunidad-universidad; es importante, cuando uno está en una reunión universitaria es fácil impugnar, decir no se hace ésto, y sí es cierta, ésta es parte de la función que uno tiene que cumplir, pero eso no basta, sino que hay que tomar una actitud más protagónica, más comprometida. Si me permite el Mtro. Urbina retomar algo de su presentación, no se trata sólo de hacer una breve evaluación ambiental sino poder tener una actitud ambiental consecuente.

COMENTARIO: MTRO. ANDRES GUERRERO:

Me parece muy acertada la intervención del Biologo en cuanto a la óptica de responsabilidad que cada uno de nosotros tendría, y esto no dependiendo de otra cosa más que del papel que nos vaya tocando en algún momento de nuestro desarrollo. Hay algunas respuestas que si quisiera tomar en cuenta porque de alguna manera nos hemos descontextuado lo que es nuestro país, insistiendo mucho en la corresponsabilidad en otros sectores ajenos a la salud y creo que por ahí debemos insistir un poco, porque el atender un asunto tan particular como el de la salud sin contemplar algunos aspectos organizativos nos limita, nos dificulta y nos impide cumplir nuestros objetivos. No debemos perder de vista que incluso la declaración de Alma-Ata incluye dentro de sus preceptos fundamenta-

nosotros; como que cada uno de nosotros tiene una pequeña parte de responsabilidad - para poder lograr ésto.

*NOVENO SEMINARIO
LA PARTICIPACION MULTISECTORIAL EN SALUD*

DR. JOSE MANUEL ALVAREZ MANILLA

DR. MANJEL RUIZ DE CHAVEZ

DRA. MERCEDES JUAN

DR. GUSTAVO BAZ DIAZ LOMBARDO

DRA. GEORGINA VELAZQUEZ DIAZ

LOS SECTORES DEL DESARROLLO Y LA SALUD

* DR. MANUEL RUIZ DE CHAVEZ
Septiembre 2 de 1988

Como todo valor humano, la salud es importante por sí misma, es objetiva y no depende de preferencias individuales. En suma, constituye un valor que se presenta como un atributo de la vida y se asocia a la calidad de la misma.

La salud, como ingrediente de la vida, depende, tanto del funcionamiento orgánico del individuo como de la sociedad en la que éste se desarrolla.

Existe una relación recíproca de causa-efecto entre desarrollo y salud: el desarrollo equivale a la producción de bienes y servicios que, además de generar capital, coadyuvan al bienestar individual y colectivo, del que forma parte la salud; ésta, a su vez, constituye un factor indispensable para consolidar la fuerza de trabajo que se requiere para el progreso.

En esencia, además de las condiciones económicas, sociales y culturales prevalecientes, la salud es manifestación de la actividad creciente del hombre sobre la naturaleza, para obtener los medios que le permitan subsistir y acceder a niveles superiores de desarrollo.

En México se ha mejorado la salud y, a través de ella, se ha influido favorablemente sobre el desarrollo. Los resultados se pueden valorar a mediano y a largo plazos, no tanto respecto a la riqueza material, sino por el bienestar general de la población y la superación

(*) Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud

global de la calidad de vida. Brevemente enunciaré los más significativos.

La tasa nacional de mortalidad general, durante el sexenio, ha continuado en descenso.

Para finales de este año se estima que habrá descendido a 4.5 por 1,000 habitantes.

La mortalidad infantil, uno de los indicadores de mayor relevancia de nivel de salud y de la cobertura de los servicios, se estima que descendió de 33.0 en 1983 a 22.9 por 1,000 nacidos vivos registrados en 1987.

Actualmente, la esperanza de vida en los mexicanos es de 69 años, por arriba de la meta señalada en el Programa Nacional de Salud.

En la lucha contra las enfermedades, se va ganando la batalla, sobre todo en el combate a poliomielitis, sarampión, tosferina, tétanos, sífilis, gonorrea, lepra, dengue y brucelosis. De mantenerse el mismo comportamiento, se superarán las metas comprometidas para este sexenio.

Los incrementos en la esperanza y calidad de vida de la población, significan que más individuos son rescatados de algunos de los llamados "riesgos de la existencia" pero que, por ende, quedan expuestos a otros tipos de riesgos y enfermedades, cuya atención va a requerir de insumos más costosos, lo que nos obliga a hacer previsiones de recursos para anticipar demandas futuras.

Ante estos resultados es justo preguntarse: ¿Cómo pudieron mejorarse los indicadores si estamos en crisis?

Si bien es cierto que la experiencia histórica nos enseña que es inversa la relación entre crisis y salud, que a mayor crisis menor salud, es de reconocerse que esto puede variar y romperse el binomio cuando existe un verdadero compromiso político que confiere a la salud su máxima prioridad y se tienen la imaginación y el pragmatismo para obtener

mayor provecho de los disponibles.

Reconocido por el actual gobierno el alto valor social que reviste la salud, por su importancia para el desarrollo y como factor básico de cambio estructural, el derecho a la protección de la salud fue promovido a rango constitucional.

A partir de ese cimiento jurídico y político, se identificó como elemento estratégico la consolidación del Sistema Nacional de Salud, para aminorar los efectos de la crisis e iniciar los cambios cualitativos necesarios para modernizar el quehacer de la salud.

La conformación del Sistema Nacional de Salud se puede entender como una gran labor de coordinación de acciones, responsabilidades y recursos, a fin de armonizar los programas que se realizan en el ámbito federal con los que llevan a cabo los gobiernos estatales y los que efectúan los sectores social y privado. En síntesis, conlleva una verdadera movilización social en pro de la salud, que sólo puede darse cuando se fortalecen los lazos de colaboración, apoyo recíproco, solidaridad y corresponsabilidad.

Ahora, a seis años de distancia, la edificación del Sistema Nacional de Salud manifiesta sus frutos a través de la coordinación, desarrollo y mayor eficiencia de las dependencias y entidades del Sector, Salud, que se proyectan en la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios.

Todas las instituciones del Sector han registrado, además de un incremento en el número de usuarios y derechohabientes, la ampliación de sus principales actividades y servicios.

En estos últimos seis años, gracias a la ampliación de la cobertura potencial de los servicios permanentes de salud, se ha podido beneficiar a alrededor de 15 millones de personas más, lo que significa que, no obstante el crecimiento demográfico, se ha incrementado la cobertura hasta beneficiar al 93.9% de la población.

La mayor parte de la población que no es protegida con servicios permanentes, recibe cuidado por parte de 13 mil auxiliares de salud ubicadas en comunidades dispersas, lo que representa la atención del 97.4% de los asentamientos de 500 a 2,500 habitantes.

El Sistema Nacional de Salud, durante la presente administración ha venido perfeccionándose a través de la integración y modernización de las instituciones del Sector, la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, el impulso a la participación comunitaria y el desarrollo de mayor actividad intersectorial.

Como otros productos del Sistema Nacional de Salud, destaca la integración conjunta y ordenada del Programa Nacional de Salud y sus correspondientes versiones estatales; la definición de un modelo de atención a la salud que enfatiza las bondades de la medicina preventiva; y la emisión de normas técnicas obligatorias, para una mejor organización y prestación de los servicios.

A partir de criterios y políticas homogéneas, operan cuadros básicos de insumos y equipo médico que posibilitan la compra consolidada de medicamentos y material de curación para todo el Sector Salud, lo que permite economizar en la adquisición de insumos que, por el volumen comprometido, reducen sus precios.

Se da con mayor vigor la participación de las instituciones de seguridad social en programas de salud pública en beneficio de toda la población, tales como inmunizaciones, planificación familiar, educación para la salud y saneamiento ambiental.

La modernización de la Secretaría de Salud y la descentralización de los servicios, han creado un modelo de operación del Sistema Nacional de Salud que distingue dos ámbitos: el normativo, a cargo de la Secretaría; y el operativo, a cargo de los Servicios Estatales de Salud y de las "Instituciones Federales Prestadoras de Servicios"

La Secretaría de Salud ha cambiado radicalmente su estructura y funciones; la nueva organi-

buciones la han llevado a reforzar la planeación integradora, que busca anticipar los requerimientos del sistema en su conjunto y la implantación de normas, las cuales permiten evitar disparidades en la caída y las formas de atención, teniendo una vocación cada vez más dirigida a normar que a operar.

Entre los principales logros de las estrategias instrumentales del Sistema Nacional de Salud y, por ende, del cambio estructural, destaca particularmente la descentralización.

A la fecha, se han descentralizado servicios de salud apoblación abierta en 14 entidades federativas, en las que se han fusionado orgánicamente los distintos servicios de salud de la S.S.A., I.M.S.S.-COPLAMAR, y los correspondientes a cada estado. En la medida en que se descentraliza, se extinguen las agencias federales en la entidad y se apoyan las acciones en favor de la responsabilidad, confianza y capacidad de los gobiernos estatales.

La entrega de los servicios y recursos a estos 14 estados de la federación significa, en el contexto estatal, que más de 50% de los recursos humanos, materiales y financieros, ha quedado a cargo de los gobiernos estatales.

La experiencia mexicana en esta materia ha despertado el interés de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes han enviado misiones de estudio, las cuales han derivado informes y recomendaciones que describen el proceso descentralizador como una medida enérgica, práctica e innovadora, que, por estar firmemente avalado en una política y proyecto nacional, muestra progresos altamente significativos que les confieren carácter irreversible.

Nosotros y ustedes mismos, seguramente, hemos podido constatar que la participación activa y comprometida de la población, si está bien orientada y organizada, aporta recursos nuevos y diligentes, tal es el caso de los Días Nacionales de Vacunación Contra la Poliomielitis, que en México han alcanzado niveles del 90% de cobertura de la población susceptible. Este padecimiento se encuentra en franco descenso, y es factible su erradicación

para 1990.

En sarampión se ha disminuido el número de casos, gracias a la aplicación intensiva de vacuna. El paludismo continúa descendiendo, debido al reforzamiento de las medidas para su combate.

Los usuarios del Programa de Planificación Familiar suman ya 7.6 millones, lo que ha favorecido un descenso de cerca de 20% en la tasa de fecundidad durante los últimos seis años, las instituciones del sector público atienden actualmente al 62% de las parejas usuarias, en contraste con el 53% de 1982.

Se ha trabajado de manera sin precedente en el combate contra las adicciones, a través del Consejo Nacional y los Consejos Estatales. Se continúa el desarrollo de programas contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, así como contra la farmacodependencia y el tabaquismo. Conocemos más sobre estos problemas que afectan a la salud, y nos preparamos cada vez mejor para afrontarlos.

Se ha realizado una vigorosa campaña para la prevención y detección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), dotando a laboratorios estatales y regionales de equipo especializado. Paralelamente, se ha establecido un amplio programa de difusión y orientación al público. Se ha proscrito la comercialización de la sangre, y se observa un control riguroso para evitar la transmisión por transfusión sanguínea.

La asistencia social ha sido particularmente favorecida en el presente régimen, al conferir al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la responsabilidad de proporcionar y coordinar servicios asistenciales. Ello facilitó en gran medida la concertación de esfuerzos para atenuar las diferencias que sufren los grupos más desprotegidos, respaldándose en la formación de Sistemas Estatales y Municipales de Asistencia Social para apoyar el desarrollo de la familia y de las comunidades de escasos recursos, contribución voluntaria en las tareas sociales.



A fin de coadyuvar en la resolución y vigilancia del problema de alimentación y nutrición en el país, la Secretaría de Salud ha impulsado el Programa Nacional de Alimentación, y coordina el concurso de diversos organismos de orden federal y estatal para la ejecución de la Encuesta Nacional de Nutrición y del Programa Nutrición y Salud. Este último beneficia ya a 1.7 millones de personas de las áreas rurales dispersas, con mayor rezago socioeconómico, mediante la distribución de alimentos.

En beneficio de las zonas rurales y urbanas marginas, la Secretaría de Salud pudo en marcha el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, financiado parcialmente por el Banco Interamericano de Desarrollo y que comprende la construcción de 366 centros de salud y 10 hospitales generales. En este año estarán concluidos un hospital general y 91 centros de salud.

La regulación sanitaria se aborda ahora sobre nuevas bases: definición normativa, que permite el deslinde de atribuciones, entre la Federación, los estados y los municipios; mayor participación de los usuarios; desarrollo de una red de laboratorios que apoya la vigilancia epidemiológica y el control de calidad de diversos productos; incorporación, en esta área, de pasantes de diversas carreras universitarias en función de servicio social; renovación del Catálogo Nacional de Giros y Establecimientos; y simplificación de procedimientos de gestión sanitaria.

A pesar de las limitaciones y ajustes financieros, destacan: la mayor participación de los Estados en el financiamiento de los servicios; una mejor distribución regional de los recursos; la rehabilitación y ampliación de Centros de Salud y de Hospitales; la reposición y complemento del equipo en unidades de primero y segundo niveles; y la participación de un programa de plena cobertura, que ha implicado la construcción de unidades de primer nivel y de nuevos hospitales, así como la homología salarial.

El proceso de cambio estructural ha dado lugar a la generación de un valioso acervo ideológico y de doctrina sobre la salud, para fundamentar la acción pública, a fin de que ésta no se limite a un ejercicio técnico o sustantivo de gestión de recursos, sino que se

conciba en un concepto más amplio, como una verdadera tarea que conjuga el quehacer y el propósito, en una verdadera política de salud.

El Gobierno de la República ha superado antiguas concepciones de la salud, colocándola ahora en un concepto integral que abarca el componente biológico de los individuos, los efectos del medio ambiente, las condiciones socioeconómicas, los factores de comportamiento humano y la capacidad de respuesta social organizada a los problemas de salud.

Se han sentado las bases para una nueva concepción entre política social y desarrollo económico. De esto manera, los programas de salud se han convertido en una inversión para crear condiciones políticas y económicas que permitan superar las desigualdades en el bienestar de los mexicanos.

En este marco, se han acrecentado los ejercicios de planeación en el seno de los Comités Estatales de Planeación (COPLADE), para responder cabalmente a los problemas locales de salud de acuerdo con las peculiaridades y disponibilidades regionales, cuidando de que en los niveles exista congruencia entre lo federal y lo estatal.

Ello garantiza que los gobiernos de los estados desarrollen una política social acorde, y que la suma de esfuerzos dé como resultado la atención que merecen las prioridades nacionales.

En el entorno del cambio estructural en salud, los sectores del desarrollo han multiplicado los impactos positivos de lo político social.

El esfuerzo agropecuario y forestal ha hecho posible que la producción rural superara la producción de otros sectores, con el consecuente beneficio a las comunidades agrícolas.

El reparto agrario está a punto de concluir. Con la regularización de la tenencia de la

tierra a todos sus propietarios, y los documentos legales que la acreditan, se dan

mejores condiciones para más obras en el campo.

Nuestro Gobierno, ha dado un fuerte impulso a la ampliación de las comunidades y la infra estructura rural.

Con la puesta en operación del Sistema Integral de Estímulos y la Producción Agropecuaria (SIEPA), la activación productiva y el mejoramiento de los niveles de empleo e ingreso de la población rural se ha mejorado.

La acuacultura y la pesca ribereña, se han venido fomentando en apoyo al ingreso y autocon sumo para las comunidades rurales.

Por otra parte, dentro de las políticas y programas para la modernización del sector rural, destacan los programas de crédito y aseguramiento de semillas mejoradas, fertilizantes y asistencia técnica al campesino.

En 1987, no obstante los factores climatológicos adversos, en conjunta los 10 principales cultivos (arroz, frijol, maíz, trigo, ajonjolí, algodón semilla, cártama, soya, cebada y sorgo) registraron un aumento del 3% en superficie sembrada y de 9.6% en superficie cosechada, respecto al año anterior; y la producción de oleaginosas se significó por un incre mento de 23.5%. Lo anterior, sólo para citar algunos de los avances en el agro mexicano.

He citado en primer término la producción de alimentos y la economía rural, porque con la fuerza de trabajo campesina se sostiene la alimentación nacional, se provee de materias primas a la industria y, con la exportación agropecuaria, se cosechan divisas que fortale cen a nuestra economía.

En particular y por la que respecta a la salud, los avances en la producción agrícola con secuentemente impactan: en la disponibilidad de mayor cantidad de alimentos, que disminu- yen la situación de desnutrición existente, y, por tanto, en la resistencia humana para

luchar contra las enfermedades.

En el ámbito industrial, la producción de farmacológicos refiere avances. En México, se ha logrado producir 23 compuestos más, que no se fabricaban en 1982, y se encuentran en etapa avanzada de fabricación otros 37 productos.

Aún cuando la dependencia tecnológica sigue siendo elevada, cabe resaltar que al inicio de la presente administración el 80% de los principios activos y materias primas era importado. En la actualidad, se estima que, para fines de 1988, las importaciones de estos insumos disminuirán al 60%.

Por lo que respecta al mercado farmacéutico, en 1982 se identificaron en México 76 empresas de capital mayoritario extranjero, que absorbía 72% del mercado total; y el restante 28% correspondía a 242 empresas de capital mayoritario mexicano. Hoy, la preferencia en la compra a las empresas nacionales se va acentuando cada vez más. Así esperamos que, para finales del presente año, el 50% de las ventas totales se realice en empresas de capital mayoritario mexicano, lo que favorece sin duda el desarrollo de la industria nacional.

Con el propósito de ampliar la producción de hemoderivados, el Gobierno Federal, con la participación del sector privado, creó la empresa Laboratorios Biológicos Mexicanos, con la cual se espera hacer frente a futuras demandas en este rubro. Paralelamente, está en desarrollo el importante Centro Regional Latinoamericano, productor de vacunas, el cual se instala y operará con asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

Se pueden constatar que, durante la presente administración, la búsqueda de la autosuficiencia en materia de insumos para la salud ha sido uno de los aspectos prioritarios.

Como han podido apreciar a lo largo de esta exposición, las políticas del desarrollo y la política de salud han estado estrechamente vinculadas, lo cual hizo posible afrontar la

crisis y contender con sus presiones económicas y sociales.

El mejor aprovechamiento de los recursos, la adopción de nuevas enfoques de atención, el compromiso participativo de la comunidad y la apertura de nuevas fuentes de financiamiento, armonizados en el Sistema Nacional de Salud, han permitido concatenar logros y hacer converger acciones que hoy por hoy avanza, pese a las adversidades económicas.

El quehacer de la salud es tarea permanente que seguirá requiriendo de imaginación, responsabilidad, convicción y firmeza en el propósito. No basta recuperar la capacidad de crecimiento, ni abatir el ritmo inflacionario; es necesario continuar modificando los factores sociales, económicos y culturales que dañan o ponen en riesgo a la salud; de ahí la imperiosa necesidad de conjugar mayores esuerzas entre desarrollo, bienestar y salud, en su connotación nacional, regional y local.

COORDINACION MULTISECTORIAL Y SALUD

* DRA. MERCEDES JUAN
Septiembre 2 de 1988

Las necesidades actuales de proteger a un mayor número de habitantes con menos recursos, han reforzado el papel de los servicios no personales de salud; la estrategia instrumentada en foros internacionales de los que derivan el espíritu de Alma Ata y las campañas vinculadas con él en los países en vías de desarrollo, obligan a que los servicios de atención primaria, el saneamiento básico, la regulación sanitaria, así como las acciones de educación para la salud y la adopción de estrategias para lograr mayor cobertura en la protección específica por vacunación, adquieran predominancia sobre los servicios de consulta externa.

Igualmente la administración de recursos, apoyada cada día más por estrategias de planeación con sólidas bases metodológicas como la proyección de escenarios y el uso de técnicas económicas han permitido que desde el mismo proceso de programación, se aseguren acciones multisectoriales coordinadas, que aunque son ejecutadas por distintos sectores de la administración pública, inciden de manera determinante en el bienestar y la salud de la población.

El ejercicio de las tareas de la administración pública, cada vez se torna más difícil fundamentalmente como resultado de la gran complejidad de las acciones que han de realizarse en cada campo, así como por la necesaria coordinación de ejecución para coincidir

(*) Secretaria Técnica del Gabinete de Salud de la Presidencia de la República

en objetivos sintetizadores. La respuesta a estos problemas por los modernos sistemas de administración que se han ido incorporando al modelo mexicano, se encuentran sustentados en la planeación, razón por la cual las bases de operación de este proceso de coordinación fueron incorporadas a la administración pública como bases normativas en el Sistema Nacional de Planeación e incorporadas como vertientes de instrumentación en el Programa Nacional de Salud.

Así los problemas derivados de una estructura multifacética para la prestación de servicios de salud, que durante muchos años propició una diferente calidad en los servicios otorgados por las instituciones de seguridad social y de atención a población abierta, encontraron solución en la idea de consolidación de un sistema nacional de salud, el cual armónicamente estructurado, facilita el ejercicio sistemático de la coordinación y propicia la integración formal de instancias de definición política, que modulan el quehacer institucional y disipan rigideces.

Se ha creado la figura del coordinador sectorial, el Secretario de Salud, que en la administración pública mexicana es el responsable de establecer el marco conceptual del ejercicio institucional, identificando los centros nodales de comunicación y/o continuidad con otros sectores.

De ahí que la coordinación intersectorial como estrategia básica del Sistema Nacional de Salud, se complementa con otras cuatro que permiten el funcionamiento armónico y amplían los mecanismos de participación; estas estrategias son la sectorización, la modernización, la descentralización y la participación de la comunidad.

Por otra parte, siendo la función del Ejecutivo Federal la conducción de un programa de gobierno único, que contiene a la vez componentes autónomos y complementarios que sólo se concretan a través de la acción sectorial, se han establecido, para la armonización de la estructura, gabinetes especializados que tienen como fin conjuntar y sintetizar líneas políticas intersectoriales en beneficio de la población; uno de los cuales es el Gabinete de Salud.

En este contexto y dentro de los componentes funcionales del sistema de planeación para la salud, el estado mexicano ha instrumentado instancias de coordinación que cumplen la función de definir y dar continuidad a las acciones que concurren en las políticas de salud, tomando en consideración los distintos enfoques sectoriales e institucionales y que, en muchos de los casos sirven para recoger las expresiones comunitarias tanto de las agrupaciones científicas y profesionales como de la población receptora de servicios. Así se inscriben; el ya mencionado Gabinete de Salud que preside el C. Presidente de la República y el Consejo de Salubridad General.

Órgano asesor de la Presidencia, con fundamento constitucional, presidido por el Secretario de Salud; distintas comisiones y comités sectoriales que como grupos de trabajo, integran los objetivos y metas de las instituciones de salud, y los grupos interinstitucionales de salud, cuerpos colegiados con representantes de cada una de las instituciones del Sector Salud cuyo propósito fundamental es identificar acciones operativas en la que es posible llevar a cabo la coordinación.

El Programa Nacional de Salubridad 1984-1988, formulado como el instrumento reorganizador y disciplinario del Sector Público General en el campo de la salud, constituyó el marco de referencia para la coordinación multisectorial, generando la congruencia entre la operación y funcionamiento de las entidades agrupadas en el sector y la complementación de acciones con las demás dependencias y entidades de la administración pública que tienen ingerencia en la salud. El proceso para hacer efectivas las acciones intersectoriales ha requerido del fortalecimiento de diferentes etapas, desde la concertación y planeación, hasta la evaluación de resultados.

Al analizar las acciones relevantes que se han realizado, es conveniente destacar algunos de los temas que han tenido como eje el tratamiento intersectorial, con decisiones de orden político en el seno de Gabinete de Salud y/o Consejo de Salubridad General, y mencionar además los trabajos de otros organismos que desde su origen han contemplado la vocación de participación intersectorial reflejada en su estructura operacional.

La descentralización de los servicios de salud a la población abierta, es muestra objetiva de las bondades de las acciones coordinadas, tanto interinstitucionales como intersectoriales, entre las distintas instancias de la administración pública federal, comprometidas con los objetivos de elevar la calidad de vida de los mexicanos, dentro de un marco de mayor libertad y democracia.

Esta tarea descentralizadora en salud se inició con una revisión minuciosa de los elementos e instrumentos necesarios para lograr el objetivo propuesto. Así para la puesta en práctica de las políticas y estrategias se estableció en el año de 1983 un comité descentralizador de los servicios de salud a población abierta, integrado por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Programación y Presupuesto y la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, en el que se desarrollaron los trabajos preparatorios y se convinieron los mecanismos e instrumentos en aspectos de orden administrativo, laboral, financiero, patrimonial y técnico se estableció el marco jurídico para la descentralización y la Secretaría de Salud readecuó su estructura a su nuevo carácter normativo.

Dentro de las acciones de coordinación sectorial, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del Programa IMSS-COPLAMAR, pusieron especial atención a efecto de lograr la coordinación programática en salud y posteriormente la integración orgánica de sus recursos y servicios dentro de los servicios estatales de salud, bajo la gestión de los gobiernos de los estados.

Asimismo, la Secretaría de Salud en el marco de la coordinación sectorial, estableció una vinculación estrecha y respetuosa con los gobiernos de los estados, para la redistribución de competencias en materia de salud.

Por otra parte, en marzo de 1986 se creó por acuerdo presidencial el Consejo Nacional de Salud, que preside el Secretario del Ramo e integran los titulares de los servicios estatales de salud, cuyo propósito es la coordinación para la programación, presupuestación y

evaluación de la salud pública; en su seno se han analizado los aspectos que inciden en la operación de los servicios estatales de salud, derivándose compromisos y acuerdos a cumplir, tanto por la Federación como por los estados, a fin de lograr las abjetivos del Programa Nacional de Salud de manera homogéna en toda el país. Es indudable que el Consejo Nacional de Salud se ha constituido como un cuerpo colegiado, que a través de la coordinación ha venido logrando importantes avances para superar dificultades concretas de los programas de salud en la realidad operativa, permitiendo la consolidación paulatina de la descentralización de los servicios de salud a población abierta.

Dentro de la coordinación intersectorial que ha favorecido el proceso de descentralización, destaca la desarrollada con la Secretaría de Programación y Presupuesto y la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, así como con la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología para efectos patrimoniales de los inmuebles y la relativo a control sanitaria y con la Secretaría de Educación Pública para los asuntos vinculados con la formación de recursos humanos para la salud.

El desarrollo del proceso ha permitido a la fecha la integración orgónica y descentralización operativa de 14 entidades federativas, que en su conjunta cubren el 50.16% de la población abierta del país. Al total de estos estados, se han descentralizado el ejercicio de algunas rubras de la regulación y el control sanitaria de la salubridad general.

Otra lema relevante es el relativo al Programa Integral de Desarrollo de la Industria Farmacéutica. Al final de 1982 como consecuencia de la crisis económica del país, se agudizaron los problemas de la industria farmacéutica, evidenciándose la gran dependencia del exterior en tecnología e insumos, escasez de divisas, ausencia tecnológica y la falta de financiamiento entre otros.

Conforme a los acuerdos del Gabinete de Salud y el Consejo de Salubridad General y con la participación fundamental de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, se pusieron en operación por parte del gobierno, una serie de medidas de corto y mediano plazo, que

requerían de la participación intersectorial coordinada con diversas dependencias oficiales y del sector industrial correspondiente.

Una de las medidas adoptadas fue la de formular los cuadros básicos del sector salud, por lo que el Ejecutivo Federal instituyó el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud y creó la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos para tal fin. Esta comisión se encuentra bajo la responsabilidad del Consejo de Salubridad General.

Posteriormente a fin de impulsar a la industria nacional, se expidió el Decreto para el Fomento y Regulación de la Industria Farmacéutica y el acuerdo que establece el Programa Integral de Desarrollo 1984-1988. Asimismo como parte del cumplimiento de las medidas propuestas en dichos ordenamientos y para fortalecer el cumplimiento de éstas, se llevó a cabo la reestructuración de la Comisión Intersecretarial de la Industria Farmacéutica (CIFA).

Con el funcionamiento de diversas subcomisiones se elaboraron y publicaron, en mayo de 1984 las reglas de operación para la adquisición de medicamentos y sus materias primas y en abril de 1985, las normas de aplicación del Decreto Farmacéutico.

Es importante destacar que dadas sus características y la complejidad de la problemática enfrentada, todas estas acciones se lograron gracias a la participación coordinada de las entidades y dependencias involucradas.

A la fecha se han obtenido los siguientes avances:

- Se implementaron en el sector salud los cuadros básicos de medicamentos y material de curación y pátresis, actualizándose en 1987 el de medicamentos, éstos funcionan como norma para las compras del sector salud. Asimismo con la publicación en febrero de 1987 se implantaron los correspondientes a material, reactivos y medios de diagnóstico para laboratorios y el de instrumental y equipo médico.*

- *El sistema de concursos consolidados para las compras del sector salud en medicamentos y material de curación, ha evitado problemas de desabasto en las claves del cuadro básica de mayor consumo y valar terapéutica, y favorecida el ahorro presupuestal en las instituciones que integran el Sector Salud.*
- *El ajuste de medicamentos del mercado privada que deben llevar en su presentación el nombre genérico y la marca comercial, considera a la fecha un total de 2,550 productos que comprenden el 34% de los medicamentos del mercado privada.*
- *La disposición y venta al público de los 125 medicamentos del Programa de Medicamentos Básicos Sintomáticos, que no requieren receta médica y son comercializados con precios preferenciales.*
- *La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, ha avanzado en la instrumentación de sistemas de costo-precio, que permitan ejecutar la política de precios iguales a productos iguales, así como en el perfeccionamiento de los mecanismos de fijación o modificación de precios de los medicamentos.*
- *A través de la Junta Directiva del Subprograma de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico del Programa Integral de Desarrollo de la Industria Farmacéutica y de las acciones de fomento y regulación de esta industria se ha logrado la fabricación de 49 nuevas materias primas e intermedios básicos que entran en la composición de 257 genéricos del cuadro básica de medicamentos del Sector Salud.*
- *A fin de actualizar la Farmacopea Mexicana y dar cumplimiento a lo que se establece al respecto en la Ley General de Salud y en el decreto y acuerdos relativos al fomento, regulación y desarrollo de la Industria Farmacéutica, el 26 de septiembre de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo de creación de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, en la que participan además de las dependencias y entidades del Sector Salud, científicas de gran experien*

cia y renombre que pertenecen a los centros de educación más importantes de México y el Sector Privado; actualmente se tiene un avance del 96% de la farmacopea, misma que aparecerá a finales de 1988.

- El estado participa directamente o en conversiones con la industria privada en proyectos estratégicos prioritarios, como: biológicos, antibióticos y hemoderivados.

Al respecto en marzo de 1987 se presentó ante el C. Presidente el Proyecto para el Desarrollo de la Planta de Producción de Biológicos Mexicanos S.A. de C.V., misma que se encuentra en proceso de instrumentación.

A lo largo del tiempo se han realizado esfuerzos interinstitucionales para abordar los problemas específicos en la materia de formación de recursos humanos e investigación acorde de la problemática de salud nacional y facilitar la consolidación del Sistema Nacional de Salud para ello requiere tanto del personal capacitado, como de planteamientos estratégicos en el desarrollo de la investigación, al fin de resolver los problemas fundamentales de la salud y promover la producción tecnológica nacional.

En consecuencia, al inicio de la presente administración y en concordancia con lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo, las instituciones del Sector Salud atendieron la necesidad de coordinar sus acciones en materia de formación de recursos humanos y de investigación con las instituciones educativas, para elaborar e instituir los programas de formación de recursos humanos y de investigación en salud, motivo por el cual se acordó la creación de las Comisiones Interinstitucionales respectivas, integradas por la Secretaría de Programación y Presupuesto, la de Educación Pública, de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional de Educación Profesional Técnica, el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, las Universidades del país, a través de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, los Institutos Nacionales de Salud y por la Academia Nacional de Medicina y la Academia de la Investigación Científica.

Así las comisiones establecieron como propósitos básicas, la identificación de las áreas de coordinación entre los sectores educativos y de salud, en el proceso de formación de recursos humanos que requiere el Sistema Nacional de Salud y la contribución para la formulación de políticas de investigación en salud y de coordinación de acciones para su ejecución y desarrollo, de lineamientos para regular tanto la apertura y funcionamiento de las escuelas y facultades de medicina y enfermería, como el ingreso de estudiantes a dichas áreas, la elaboración de la normas básicas para la enseñanza de enfermería. Así como el perfil y el plan de estudios del técnico en farmacia, el que se lleva en 5 planteles del CONALEP. En el pasgrado, la coordinación de acciones ha permitido uniformar criterios, sistematizar actividades y elevar la calidad de los cursos, destacando en este ámbito la aplicación del examen nacional de selección de aspirantes a residencias médicas como instrumento único de ingreso a los cursos de especialización, también se establecieron las bases para la creación del Sistema Nacional de Enseñanza Continua del personal de la salud y se implantó el programa de educación continua dirigido al personal técnico en investigación.

En el marco de la descentralización se llevó a cabo la creación de los grupos estatales de programación de recursos humanos para la salud, habiéndose instalado a la fecha en 19 estados, también se estableció el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, que permitió apoyar, coordinar y promover la investigación científica y tecnológica dirigida a proteger, promover y restablecer tanto la salud individual como la colectiva.

Cabe destacar que el Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas (CIOMS), entre las medidas propuestas de su XX Conferencia, para enfrentar el desequilibrio en la formación de recursos humanos para la salud, recomendó la constitución en otros países, de órganos semejantes a la Comisión Interinstitucional de México.

Otro de los Programas Interinstitucionales es el de Planificación Familiar del Sector Salud que se inserta en el marco de la política demográfica del país, a través del Pro-

grama Nacional de Población, instrumenta que norma y coordina la participación de los sectores públicos, social y privada, e involucra a las diferentes dependencias del Ejecutivo Federal que realizan acciones específicas en la materia, procurando la coherencia de los distintos sectores programáticos.

Es así, como de conformidad con lo señalada en la Ley General de Población, el Consejo Nacional de Población encabezada por la Secretaría de Gobernación, propuso la articulación, de las actividades sectoriales e intersectoriales que inciden en la conducta reproductiva de la población, a través de diversas acciones, entre las cuales se incluyen:

- La capacitación y el adiestramiento específico.
- La sistematización de programas de comunicación educativa.
- El incremento en la prestación de servicios en las áreas rural y urbana marginada.
- El incremento en la prestación de servicios en las áreas rural y urbana marginada.
- La implantación de un sistema unificado de registro e información.
- El manejo logístico adecuado de los insumos.
- El desarrollo de investigaciones.

Con objeto de dar operatividad a la anterior, en el seno del Gabinete de Salud se aprobó la incorporación en la Ley General de Salud, de la planificación familiar como servicio de salud y con carácter prioritaria y se incluyó el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

Asimismo, se dictaron acuerdos para ampliar y fortalecer los mecanismos de coordinación y concertación entre la Secretaría de Gobernación y los sectores de educación y de salud.

Dentro de la participación en comités interinstitucionales, el Grupo de Planificación Familiar elaboró el Programa Sectorial correspondiente, que responsabiliza a los servicios de salud en la materia y cuyas metas se han venido cumpliendo e incluso, desde el punto de vista global, han sido rebasadas, lo que ha contribuido al descenso de la tasa global de fecundidad. En apoyo a la descentralización de los servicios de salud a población abier

ta el grupo interinstitucional en coordinación con el CONAPO, las instituciones de salud tanto a nivel central como del total de las entidades federativas y los consejos estatales de población, formuló y publicó los programas estatales interinstitucionales de planificación familiar que ya se encuentran en operación.

El Sector Salud también ha llevado a cabo acciones concertadas de educación en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, con el objeto de incorporar conocimientos en materia de reproducción humana, orientación sexual y planificación familiar dentro del sistema de educación formal y extraescolar, tanto para las instituciones de los sectores público, social y privado. Lo propio ha ocurrido en el área de comunicación coordinada por la Secretaría de Gobernación, cuyas actividades tienen como propósito complementar la labor informativa, así como sensibilizar y encauzar actitudes alrededor de la salud materno-infantil, la regulación de los nacimientos y el fomento de la lactancia materna, entre otros.

Cabe mencionar finalmente que México forma parte del Plan de Acción Mundial sobre Población emanado de la conferencia realizada en Bucarest en 1982 por países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, organismo que otorgó al Gobierno de México el Premio de Población 1986, en reconocimiento a sus logros en la materia.

Otra acción de gran relevancia es la creación del Consejo Nacional Contra las Adicciones, ya que el consumo de sustancias susceptibles de causar adicción afecta la salud y el desarrollo de los individuos, y por su magnitud y trascendencia tiene repercusiones en los ámbitos familiar, económico y social, representando un grave problema de salud pública.

En lo referente a la farmacodependencia, las investigaciones epidemiológicas realizadas en México en 1986, han demostrado que aproximadamente el 10% de los estudiantes de enseñanza media y media superior del país alguna vez han consumido drogas y que el 0.6% de éstos son consumidores habituales.

Las drogas más frecuentemente utilizadas son los inhalantes, la marihuana, las anfetaminas y la cocaína en menor porcentaje. Por su parte el alcoholismo en México es un problema de salud que afecta a 1.7 millones de personas mayores de 20 años, de los que el 20% son bebedores excesivos, en su mayoría hombres entre los 30 y 50 años de edad y su distribución geográfica es más o menos homogénea en todo el país.

A su vez, el consumo de tabaco genera una de las adicciones socialmente aceptadas más importantes del país, ya que se estima que el 70% de los hombres mayores de 15 años y el 35% de las mujeres de esa misma edad lo consumen y un número importante de niños entre los 10 y 14 años es ya afecto al tabaco, lo que hace que cerca de 20 millones de mexicanos padezcan esta adicción.

Ante esta situación, se creó por decreto presidencial el Consejo Nacional Contra las Adicciones, coordinado por la Secretaría de Salud, que vincula a los Consejos Nacionales contra la Farmacodependencia y Antialcohólico e incorpora el Programa contra el Tabaquismo, dando así cumplimiento a lo que establece la Ley General de Salud en materia de adicciones.

Dentro de este marco se conforman 12 grupos de trabajo, de análisis y de asesoramiento intersectorial, en las áreas consideradas como prioritarias; salud, educación, legislación e investigación; integrados por profesionales de las comunidades científica, médica, educativa, jurídica, gubernamental y privada, para la revisión, análisis y enriquecimiento de los programas específicos contra las adicciones, que fueron elaborados en primera instancia por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con aportaciones sustantivas de los Institutos Nacionales de Perinatología, de Enfermedades Respiratorias y de Nutrición. Asimismo, se han constituido comités intersectoriales cuya función es abordar una problemática específica para el análisis, estudio y propuesta a corto y mediano plazo, entre lo que resalta por su peso específico social, el de las sustancias inhalables, y el del alcohol etílico de caña. Igualmente se ha logrado la participación de las instituciones, entidades y agrupaciones de todos los sectores, las que vienen realizando acciones específicas propias de su organización.

Por otro parte, acorde con lo político de descentralización lo Secretario de Salud ha suscrito acuerdos de coordinación en materia de adicciones con los gobiernos de los estados federativos e instalado los consejos estatales contra las adicciones, o fin de que éstos, estructuralmente similares al Consejo Nacional operen en el nivel local con acciones eficientes contra estos males sociales.

En lo relativo a contaminación ambiental es indudable que los problemas ecológicos causados por la contaminación ambiental han derivado o través de los años en un detrimento de la calidad del agua, aire y suelo de una gran parte del territorio nacional, y lo más grave es que este deterioro ha empezado a hacer mella en la salud de la población en general y la vida silvestre. La concentración poblacional en grandes centros urbanos como lo son, el área metropolitana del valle de México, Guadalajara y Monterrey, requieren de un mayor consumo de aire de alta calidad, necesidad que no se satisface plenamente ya que ahí se ubica un porcentaje muy alto de la planta productiva del país que en sus procesos genera gran cantidad de materias o sustancias que aunadas a la emisión de humos y gases de varios millones de vehículos con sistemas de combustión contaminante, se incorporan o adicionan al aire, alterándolo y modificando sus características naturales y degradando su calidad. Además existe una gran contaminación de los cuencos hidrográficos causada por desechos sólidos y materias peligrosas y el poco cuidado que se ha tenido en mantener inalterado el nicho silvestre, en cuanto a su flora y fauna.

Para dar solución a estos problemas que durante más de 40 años se fueron acumulando, se requiere de la participación coordinada de los distintos sectores de la sociedad, para generar una conciencia activa al respecto y además, para ejercer de manera sostenida las acciones necesarias.

Lo problemático expuesto dió origen a la formación de la Subcomisión de Contaminación Atmosférica en zonas Metropolitanas dentro de la Comisión Nacional de Ecología, que formuló 21 acciones contra la contaminación atmosférica en el Distrito Federal y los Municipios del Estado de México que integran el área metropolitana. De estas acciones o cumplirse en

el corto plazo emanaran resultados positivos, destacando; el cambio de combustible contaminante por gas natural (70 millones de pies cúbicos diarios) en la termoeléctrica del valle de México, la sustitución por nuevas gasolinas que contienen menor cantidad de tetraetilo de plomo y a las que se les han incorporado un aditivo especial que mejora su combustión y reduce la emisión de hidrocarburos no quemados; la reducción del contenido de azufre en el diesel para el consumo de los automotores del valle de México y la realización de importantes modificaciones en las técnicas de recolección y disposición de desechos. Además se elaboraron programas de educación, capacitación, educación para la salud y vigilancia epidemiológica, los cuales operan desde el mes de septiembre de 1986.

Asimismo y paralelamente a estas acciones se integraron 100 acciones necesarias de ecología presentadas en la X Reunión de la Comisión Nacional de Ecología, para hacer frente a los problemas derivadas de la contaminación ambiental, abarcando a todas las áreas de riesgo en el país e incluyendo a las áreas metropolitanas de Guadalajara y Monterrey. Estas acciones quedaron enmarcadas en los siguientes rubros: contaminación del aire por fuentes móviles (vehículos) y fuentes fijas (industrias y servicios); contaminación del suelo, del agua y emisión de ruidos; conservación y restauración de recursos naturales; control de plaguicidas, detergentes, sustancias y materiales peligrosas y de lenta degradación; así como educación y salud en la materia.

Como resultado de su ejecución, se han iniciado obras de recuperación en importantes cuencas del país como: operación de plantas para el tratamiento de aguas, protección de especies marinas de lagos y rías, protección de especies en peligro de extinción mediante el sistema de santuarios y de parques ecológicos, se implementó infraestructura para que en el futuro se mantengan en operación acciones preventivas de deterioro ecológico, además se llevan a cabo estudios y programas para mejoramiento de los sistemas de control y regulación. Asimismo se concertaron voluntades de los sectores privado y social en materia de ecología legislándose en la Ley General de Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente. Por otra parte, las consecuencias derivadas del uso indiscriminado de plaguicidas en la producción agropecuaria de la República Mexicana, se manifiestan en daños importantes al

ambiente, al equilibrio ecológico y aún a la economía al provocar rechazo por parte de algunos países de aquellos productos agrícolas de exportación que contienen altos índice de residuos tóxicos.

La salud de la población mexicana se ve afectada por el riesgo que significa el consumo de estos productos en los alimentos y el agua, pero también por el peligro que entraña el proceso mismo de los plaguicidas, su producción, transporte y utilización. Los esfuerzos a nivel internacional por evitar el uso de estos productos, han enfrentado serias resistencias, derivadas de la utilidad de estas sustancias para la agricultura, sobre todo cuando no han sido suficientemente desarrollados otros medios efectivos para el control de plagas.

La presencia de enfoques diferentes en lo que se refiere a políticas de regulación de los plaguicidas por las distintas dependencias, impidió que los criterios sanitarios, agropecuarios, ecológicos y económicos se aplicaran de manera coordinada, dando lugar a posiciones diferentes dentro de la administración pública respecto al uso y regulación de algunos de estos productos de ahí que a instancias de un proyecto de acción elaborado por el Consejo de Salubridad General, se formó una comisión de trabajo, integrada por representantes de las Secretarías de Salud, Agricultura, Desarrollo Urbano y Comercio y Fomento Industrial que se abocaron al análisis y propuesta de alternativas de solución de este problema.

Como resultado de los trabajos de esta Comisión se publicó el catálogo oficial de plaguicidas, que contiene el total de productos autorizados para su uso en el territorio nacional, las recomendaciones de aplicación, así como las medidas de protección de ambiente se publicaron las normas oficiales de: determinación de residuos en agua, suelo y alimentos; clasificación toxicológica, envase embalaje y etiquetado de productos agrícolas, pecuarios y de jardinería. Normas que integraron por primera vez criterios industriales, agropecuarios, ecológicos y sanitarios. Actualmente se trabaja en un sistema de registro único de las dependencias involucradas.

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados obtenidos, puede afirmarse que las estrategias de actuación intersectorial, constituyen un importante recurso potencial para la solución de muchos de los problemas de salud; sobre todo aquellos en los que las acciones no personales juegan un papel definitivo. Sin embargo, el reto consiste en eliminar la búsqueda de preeminencia institucional que tiende a desviar los objetivos de muchas de estas acciones.

Por otra parte, la estrategia de actuación que el sector salud ha seguido hasta ahora, utilizando espacio de coordinación con otros sectores en un ámbito de orientación para la salud dentro del Gabinete Legal de la Presidencia de la República, permite la toma de decisiones y la definición de acciones responsables dentro del marco del Programa Nacional de Salud, pero sin desprenderse del proyecto de desarrollo nacional.

En este orden de ideas es importante reconocer que las acciones de protección a la salud tendrán mayor penetración en la medida en que se incremente la participación intersectorial, para lo cual las instituciones de salud deberán pugnar con el propósito de que los demás sectores de la administración y de la población compartan e incorporen en sus programas los objetivos de bienestar social, con igual importancia que las objetivos sustantivos de su actividad.

LA COORDINACION INTERSECTORIAL EN MATERIA DE SALUD

* DR. GUSTAVO BAZ DIAZ LOMBARDO
Septiembre 2 de 1988

A partir de que 15 entidades federativas han firmado los respectivos convenios de descentralización de los servicios de salud, con la S.S.A., a nivel federal y algunos otros están sobre este mismo camino; uno de los temas que ha cobrado justa relevancia, el de la coordinación intersectorial, que no es otra cosa que la participación de todas las secretarías del aparato administrativo del gobierno, sus órganos anexos y sus organismos, bajo una única dimensión programática.

En el presente sexenio y desde la toma de posesión del Presidente de la Madrid, se estableció un Plan General de Gobierno, que marcó las prioridades nacionales y que es replicado como "Programa General de Gobierno" en cada uno de los estados.

Una fundamental política de la actual administración y seguramente de la siguiente, es la descentralización de la vida nacional y la respuesta más clara y avanzada la ha establecido el sector salud.

Los servidores públicos de los estados descentralizados, que hemos vivido esta responsabilidad coincidimos plenamente en que consolidar la descentralización de los servicios de salud, lleva implícito vencer varios obstáculos de carácter técnico, jurídico y administrativo, pero que la real consolidación debe y tiene que lograrse bajo un aspecto fundamental que es el político y en este sentido la coordinación intrasectorial, es decir entre todas

(*) Director General del INstituto de Salud del Estado de México.

las instituciones que conforman el sector: IMSS, ISSSTE, DIF y las propias de cada entidad, pero principalmente la coordinación o quizá más apropiadamente la concertación intersectorial en el capítulo más necesario de realizar pero al mismo tiempo más difícil de lograr.

Hemos creído conveniente, en esta presentación, enfocar nuestra atención hacia algunas reflexiones sobre concertación intersectorial, que más que nada son el producto de nuestra experiencia.

Partimos del hecho, de que al tomar posesión del gobierno de los estados, sus ejecutivos cuentan con un programa general de gobierno, resultado de minuciasos y metodológicos estudios y en el que se marcan las políticas rectoras de la acción, los problemas fundamentales y los programas de acción en orden de prioridades.

Para implementar dichos programas, sus objetivos y sus metas, los gobiernos estatales deben ajustarlos en relación a los escenarios de gasto y costo, bajo una estricta dimensión presupuestal.

Recordemos que el presupuesto de cada entidad federativa corresponde para su integración de 2 grandes fuentes: la primera es la generación interna o propia del estado, íntimamente vinculado y dependiente de sus condiciones sociales, económicas, políticas y apoyado en su política fiscal, la segunda fuente y correspondiente a nuestro régimen político es la aportación de la federación, que es la retribución de la federación a la participación estatal, también condicionada por la política fiscal nacional.

Quisiera en este momento hacer recuerdo de 3 aspectos que la historia de nuestra renovación administrativa se han encargado de juzgar y modificar.

1. La asignación de los recursos federales independientemente del monto determinado, se daba a los estados "etiquetando" por sectores gubernamentales, es decir, para comunicaciones, para educación, para agricultura y ganadería, etc., y las representaciones

estatales de la Secretaría de Programación y Presupuesto, se encargaban de coordinar y apoyar su correcta utilización.

2. En lo referente a salud la SSA, generaba su presupuesto para los estados, en una forma independiente a través de los entonces Servicios Coordinados de Salud Pública y el gobierno local "Apoyaba" a los servicios con que podía o creía conveniente.
3. Cada sector o secretaría de gobierno elaboraba sus programas tanto sexenales como anuales y en función de prioridades, con las consiguientes repercusiones presupuestales para cumplir con sus objetivos. Sus presupuestos eran también autorizados de acuerdo a las prioridades y posibilidades.

Actualmente se ha modificado esto:

1. La federación establece su participación financiera a cada estado y la otorga vía Convenio Único de Desarrollo, esto da a los gobiernos estatales la posibilidad de dirigir este presupuesto hacia sus principales prioridades, bajo el apoyo y supervisión de la delegación de SPP, pero además mediante los estudios diagnósticos de los COPLADE, Comité de Planeación del Desarrollo Estatal, que integra a todas las secretarías del estado, órganos y organismos.
2. En los estados descentralizados en materia de salud, se ha generado un convenio de "Coofinanciamiento" entre federación y estado que asigna un presupuesto al sector, basándose en indicadores más específicos a los problemas, programas y objetivos, así mismo vía Convenio Único de Desarrollo se asignan presupuestos auxiliares para la infraestructura en salud.

En forma adicional y lo expreso de manera muy relevante esta reforma fiscal en materia de salud nos ha proporcionado la posibilidad de ejercer de manera inmediata las cuotas de recuperación para reinvertirlas en acciones en favor de la salud.

3. Los gobiernos estatales, hemos cambiado una prespuestación por cada sector a una planeación integral contenida en el programa general de gobierno, desde luego en base a las prioridades de cada área.

Como puede entenderse el camino de estas reformas ni ha sido fácil, ni esta aún terminado, es importante avanzar para lograr una concertación sectorial y una repercusión a las comunidades en cuanto a las acciones que se dan cada vez más unificadas.

Por otro lado, el organismo de mayor relevancia para la coordinación intersectorial es por su propio peso y figura el COPLADE.

Debe entenderse que si la labor que hemos desarrollado para lograr coordinación sectorial, ha sido difícil y aún no esta totalmente consolidado, seguramente encontraremos una gran inercia para la intersectorial.

En los estados descentralizados y para los programas generales de gobierno el sector salud y los nacientes servicios de salud estatales, son aún un hermano nuevo y por lo tanto poco conocido. Es fácil reconocer que Salud, Educación, Comunicación, Agricultura y Ganadería, Promoción y Desarrollo Industrial son capítulos fundamentales del progreso y mejora, pero ligarlos, coordinarlos, concertarlos y llevarlos en esta forma al municipio y a las localidades es todavía un camino que no conocemos bien a bien.

Los COPLADE estatales y municipales tienen en este problema su principal preocupación y más justificada razón de existir. El desarrollo regional y local no podrá darse sin coordinación sectorial.

Elevar la educación de nuestro pueblo y mejorar sus condiciones de salud, es lo más importante que tenemos que hacer, pero no es posible realizarlo si sólo asignamos esta responsabilidad a las Secretarías de Educación y Salud del Estado, si no actuamos en forma conjunta, unificando prioridades, horizontalizando y unificando programas, poco habremos de lograr.

La reconceptualización jerárquico-política que se ha dado al artículo 115, que dimenciona un "Nuevo Municipio" más fuerte y más confiable y la descentralización y, desconcentración municipal poco modificarán si no se dan en el marco de una coordinación intersectorial.

LA PARTICIPACION MULTISECTORIAL EN LA SALUD
AREA RURAL

* DRA. GEORGINA VELAZQUEZ DIAZ
Septiembre 2 de 1988

Los cambios en la conceptualización del proceso salud enfermedad y la evidencia de la relación entre el grado de desarrollo socio-económico y las condiciones de salud; así como entre el nivel de vida y la salud de las grupos humanos, ha determinado que se considere indispensable la participación de otros sectores sociales y económicos como educación, agricultura, empleo, vivienda, industria, obras públicas, ecología, abastecimiento de agua, energía y comunicaciones entre otros; en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población; es precisamente en ésta donde con claridad se expresan las desigualdades sociales de un país, determinadas por sus características estructurales.

En un interesante artículo de Draper P., y Dennis J., (1), los autores hacen consideraciones acerca de las implicaciones políticas y sociales del hecho de que los gobiernos decidan en la práctica (y no sólo en declaraciones) dar un valor prioritario a la salud; en este sentido, llegan a especular en relación con la posibilidad de que un secretario de salud "del futuro" afirme que la necesidad más importante no es precisamente crear más habilidades o capital para crecer económicamente, sino lograr una transformación eficiente del potencial humano (incluyendo habilidades y capital) para alcanzar el bienestar; para lograr lo anterior el Secretariado de Salud a que hacen referencia podría crear una "comisión para promover la salud" donde deberían participar representantes de todos los sectores involucrados.

(*) Coordinadora General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COMPLAMAR.

Lo que esta detrás de este planteamiento es la participación multisectorial expresada como coordinación intersectorial para promover y mantener la salud en el glosario de términos de la estrategia de atención primaria de la salud (2).

En el Plan Nacional de Desarrollo Vigente y en el Programa Nacional de Salud, se conceptualiza la salud dentro del marco de multicausalidad y se definen estrategias para mejorar el nivel de salud de los mexicanos entre las que está claramente establecida la coordinación intersectorial.

Ahora bien, trasladar o traducir en actividades y procedimientos las declaraciones normativas no es tarea fácil; es conveniente reconocer que hemos avanzado en este sentido; pero que nos falta mucho camino por recorrer. La tradición de "trabajo individual" o institucional aislado es difícil de desarraigar; también estamos transitando en forma lenta al trabajo de equipo y el compromiso de definir objetivos comunes a los que podemos llegar cada uno recorriendo su camino, con sus recursos y con pleno respecto a los otros.

Sin embargo, persisten limitaciones para la toma de decisiones en los diferentes niveles de las organizaciones. La desconcentración administrativa contribuye a dar autonomía a los niveles locales y al mismo tiempo permite que se cumplan en éstos decisiones que se tomaron en los órganos centrales.

Voy a referirme a la experiencia de coordinación intersectorial del Programa IMSS-COPLAMAR que administrado pro el IMSS y financiado con fondos federales e institucionales trabaja atendiendo la salud de la población del medio rural; para ello, aplica un Modelo de Atención que se sustenta en la participación organizada de la comunidad en el diagnóstico de salud, planeación, ejecución y evaluación de actividades; en el respecto y trabajo conjunto con la medicina tradicional, el uso de tecnología simplificada y la coordinación con otras instituciones que operan en el nivel local, para optimizar recursos y mejorar juntos las condiciones de salud de la población rural marginada.

En 1974, al iniciarse la solidaridad social en México, como parte de la extensión de la seguridad social a grupos sin capacidad contributiva, se trabajó en el campo con instituciones públicas y privadas presentes en el medio rural. Esta coordinación inicial se estrecho y amplió en 1979 al formarse el Convenio entre el Instituto y el Gobierno Federal, a través de la organización COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), integrada por 11 organizaciones destinadas a promover el desarrollo rural, entre las que se encontraban: Instituto Nacional Indigenista, Comisión Nacional de Zonas Áridas, Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital; la Forestal FCL; el Fideicomiso del Fondo Candelillero; el Fideicomiso de Obras Sociales a Campesinos de Escasos Recursos; Productos Forestales de la Tarahumara; FIDEPAL; Patronato del Maguey; Fondo para el Fomento de las Artesanías y la Campaña Forestal de la Lacandona.

La apertura de caminos, introducción de agua, fomento de actividades agrícolas, de formación de cooperativas, traducción de mensajes al idioma local, alfabetización, etc., fueron parte de las actividades desarrolladas por las organizaciones que formaban COPLAMAR, desde el inicio del Convenio en 1979, hasta 1983, en que por decreto presidencial desaparece COPLAMAR. El programa conservó las siglas por respecto a las comunidades que así identificaban los servicios médicos en los que confiaban y habían aprendido a aceptar.

A partir del 1983, el Instituto se hace cargo de promover la participación comunitaria, que anteriormente tenía a su cargo COPLAMAR, misma que había constituido el mecanismo mediante el cual la población retribuía los servicios de salud que recibía sin ningún costo. A la fecha persiste la situación anterior, lo que ha cambiado es la forma como la población retribuye los servicios; el énfasis se pone en el autocuidado y en la participación de los individuos como promotores voluntarios (cuidando su salud y la de otras 9 familias) en los Comités de Salud y en el Análisis de riesgos que amenazan su salud, planeación de actividades y evaluación de resultados. (El Programa tiene una infraestructura de 2,234 Unidades de primer nivel y 51 Hospitales de segundo nivel en 17 Estados del País).

Para 1984, como consecuencia de los decretos de descentralización se constituyó el Comité

de Operación del Programa donde participan el Gabinete de Salud, Secretaría de Salud, Secretaría de Programación y Presupuesto, SEDUE, Consejo Nacional de Pueblos Indígenas, Secretaría de la Reforma Agraria, Secretaría de la Contraloría General de la Federación, Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, Instituto Nacional Indigenista, Confederación Nacional Campesina y Central Campesina Independiente. Esta organización se reproduce a nivel de los Estados en las Consejos Estatales de Vigilancia a nivel de los municipios en los Comités Municipales (existen activos a la fecha 636; que trabajan en estrecha relación con 8,789 Comités de Salud).

Los convenios y compromisos de coordinación con otros sectores se pueden formalizar en cualquier nivel de la estructura; igualmente en ese nivel se hace el seguimiento y se evalúan resultados. En otras circunstancias se invita al Programa a participar en alguna actividad en la que aporta su experiencia y se compromete a realizar acciones específicas; por ejemplo: la distribución de alimentos donados por CARE-Internacional a pobladores de las zonas rurales; para lo que se apoyó en la distribución y selección de beneficiarios, de acuerdo con las condiciones de salud de las familias. En este Programa de Nutrición y Salud, México-CARE 1987-1988, como es sabido también participó CONASUPO y otras instituciones.

El Programa tiene convenios de coordinación con los siguientes sectores: Secretaría de la Reforma Agraria (Unidad Agrícola Industrial para la Mujer y Producción de Alimentos), Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (áreas de fomento a la vivienda e investigación de tecnología simplificada para saneamiento, educación ambiental, etc.), Secretaría de Educación Pública (INEA para alfabetización; Instituto Nacional Indigenista para acercamiento a la medicina tradicional, capacitación, comunicación radial, orientación alimentaria, etc.); Confederación de Pueblos Indígenas (promoción y conservación de la salud, capacitación); y Fomento Educativo de Desarrollo Rural; Alcohólicos Anónimos (referencia de pacientes); "Lluvia, Tequio y Alimentos" que opera en Oaxaca.

En términos generales la coordinación se inicia con intercambio de información; luego se

definen objetivos comunes, actividades procedimientos, plazos y responsables.

El Programa IMSS-COPLAMAR puede aportar información confiable acerca de los áreos donde opero, de esto manero, los otros sectores no requieren invertir recursos en la realización de investigaciones previas o la introducción de los programas. Esto ha sido la experiencia con SEDUE que dispone de recursos para mejorar la vivienda rural; el personal de IMSS-COPLAMAR puede identificar en su universo de trabajo familiar que requieren mejorar sus viviendas y puede precisar los riesgos a que están expuestos los miembros de las mismas. La coordinación entre ambos áreos permite optimizar recursos, evitar la duplicación con un presupuesto oportuno a sus necesidades y contribuir al mejoramiento de sus condiciones de vida y salud. La misma situación se presentó en cuanto al uso de semillas y de especies menores para mejorar la producción de alimentos, relación que se ha mantenido con el Sector Agrícola y Agrario. Con INEA se complementó el proceso de alfabetización con educación para la salud para identificar riesgos y prevenir daños. Los agentes de ambas instituciones intercambian información y la enseñanza se orienta a aspectos que son importantes específicamente en esa localidad y no en general.

El personal del programa actuó como intérprete de otros servicios que llegaron en forma temporal o permanente a las comunidades y de esto manero en un diálogo constante entre las instituciones y la población; así como por medio de cursos de capacitación se va logrando juntos voluntades y responder en forma más eficiente y oportuna a las necesidades de los pobladores del medio rural.

No me extenderé en más detalles creo que con estos ejemplos ha quedado claro como estamos aplicando en el ámbito rural la estrategia de coordinación intersectorial del Plan Nacional de Salud.

Lo anterior ha permitido que se disminuya el analfabetismo en el universo de trabajo del Programa, que se mejoren las viviendas, se creen huertos familiares mediante técnicos del cultivo biointensivos, así como granjos de especies menores, que el 25% de las familias

protegidas logren algún producto terminal en saneamiento y que debido a estas acciones y a las que realiza el personal de salud comunitario e institucional se disminuyan los padecimientos con puerta de entrada por vía digestiva y respiratoria, el número de niños deshidratados por diarrea, se identifique mayor número de niños desnutridos y se avance en el número de niños desnutridos que se recuperan.

Persisten dificultades, algunas veces determinadas por el agente o representante de la institución o sector; esto es en una dimensión estrictamente individual; en otras circunstancias el flujo de recursos o abasto de insumos dificulta que se cumplan programas conjuntos cuando uno o algunos de los involucrados no cumplen, y por otra parte, el afán o presión por lograr metas institucionales puede entorpecer el esfuerzo hacia un objetivo más general y de más trascendencia. La población entonces "se desgasta" si se vale utilizar este término y no aprende ni comprende desde su perspectiva, como aplicar las mensajes de "participación" y de trabajar juntos hacia objetivos comunes que repiten, las instituciones. Es conocida y reconocida por todos la presencia de múltiples comités en comunidades pequeñas, los que además están constituidos por las mismas personas.

En nuestra experiencia es factible trabajar juntos, debemos hacerlo y consideramos que es la única manera de avanzar. Me felicito de estar acá con ustedes con profesionales en formación de diferentes disciplinas que pronto trabajarán en terreno y que desde su formación están aprendiendo a trabajar en equipo. En mi opinión, es importante definir con precisión los objetivos, actividades y procedimientos que a cada uno le corresponde, para de esta manera equivocarnos menos.

Avanzar hacia la disminución de las desigualdades en salud y hacia las desigualdades en general, es tarea de todos, instituciones, profesionales, organizaciones y población. Las comunidades son capaces de entender nuestro papel y de identificar el propio en esta tarea. Cualquier esfuerzo por trabajar coordinadamente en beneficio de la salud de la población rural es válido y merece nuestro compromiso profesional e institucional para retribuir por la misma parte del beneficio que hemos recibido en nuestra formación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) *"Valuing health. Social and political implications"* Draper P. y Dennis J. OMS. *"Measurement in health promotion"* Reg. Pub. Series No. 22, 1987.

- (2) *Glosario de Términos para APS de la Serie "Salud para todos"*. OMS Ginebra, 1984

CLAUURA

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

DR. FERNANDO CANO VALLE

MEXICO A DIEZ AÑOS DE ALMA ATA

* DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ
Septiembre 12 de 1988.

Sean mis primeras palabras para agradecer a la Unión de Universidades de América Latina y a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, su invitación a participar en este importante evento.

La Unión de Universidades de América Latina, en su búsqueda permanente por la respuesta educativa permite a nuestras universidades contribuir al desarrollo armónico de América Latina, a través de la formación de cuadros del más alto nivel, consciente de su responsabilidad y compromiso con nuestros pueblos. Ha trabajado desde su fundación en 1949 en el desarrollo de la educación superior en América Latina, apoyando el intercambio y la cooperación universitaria y promoviendo la reflexión y análisis de los diferentes campos del conocimiento y del quehacer profesional.

Las conferencias de Facultades y Escuelas Universitarias de la UDUAL, han ofrecido no sólo el espacio y las condiciones para la construcción del pensamiento latinoamericano, sino también la solidaridad para el necesario apoyo de nuestras universidades en ese peregrinar de vicisitudes que enfrentan en lo particular aspectos económicos y políticos; es una demostración de ese renovado interés, se vuelve evidente en el área de la salud el promover, a través de la Facultad de Medicina el análisis de las implicaciones en la formación del personal de salud.

(*) Asesora en Recursos Humanos, Organización Panamericana de Salud en Washington

Se ha adquirido el compromiso por todos los pueblos del mundo en el trabajo hacia la meta de salud para todos y en particular con la estrategia básica adoptada en la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata en 1978, por su parte la Facultad de Medicina, de la UNAM, ha sido líder en la búsqueda de modelos de formación de personal de salud que rompan con los esquemas tradicionales en el reforzamiento de una práctica médica exclusivamente individual, centrada solamente en el cuadro de la enfermedad y ha buscado articularse en una práctica transformadora que incorpore la prevención y la promoción con elementos básicos dentro del enfoque integral de la salud de las comunidades. En esa dirección se han orientado los programas de formación, iniciados a partir de la década de los 70's., Programa de Medicina General Integral A-36, los programas de las Escuelas de Estudios Profesionales (ENEP) y condiferentes enfoques, ha desarrollado experiencias como la de la Medicina Familiar, que a lado de otros proyectos desarrollados por otras universidades mexicanas, han constituido importantes estímulos, que como ya lo señalábamos en la décimo novena conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina reolizada en Quito Ecuador en octubre de 1987, convierten a México en uno de los países más avanzados en el desarrollo de alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana y mundial.

Por eso presentar nuestros puntos de vista sobre un tema que ustedes hon venido discutiendo en estos seminarios, puede llevarnos o incurrir en repeticiones y en contradicciones, sin embargo, esta presentación reiterativa o conflictivo, estimulo a que se onolicen algunos de los puntos de vista y experiencias que ustedes ya han discutido.

Quisiero plantear en primer término como marco de referencia de estas consideraciones, lo referente a nuestra concepción de Atención Primaria y sus implicaciones en la formación de personal de salud, señolor que la formación de personal de salud para lo atención primaria obliga a puntualizar el significado o concepto de atención primaria de salud, porque creo que no es posible avanzar en el tema, sin detenerse al menos en la concepción educacional y en lo concepción de atención primaria, porque esa concepción educacional la vemos como un instrumento para el desarrollo integral del hombre y de su compromiso con la sociedad, obliga también a profundizar en la concepción integral que tenemos de salud y educación

como derechos del hombre y obliga a su vez a reflexionar en el profundo compromiso que esa declaración conlleva.

Conscientes del significado de salud, tenemos que enfrentarnos a la pregunta que para directores, docentes y estudiantes representa llegar a la formulación y operación de los procesos educativos destinadas a formar cuadros al servicio de la sociedad y en el caso particular a la conservación de la salud de la población, lo que podría contribuir al desarrollo de generaciones más saludables en la amplia concepción de salud y bienestar.

Las implicaciones de la Meta de Salud para todos en el Año 2000, ha sido objeto de diversas interpretaciones, estas interpretaciones han llevado a operacionalizaciones muy diferentes a veces incluso contradictorias, sobre todo a raíz de la adopción de atención primaria como estrategia fundamental para alcanzar dicha meta.

Estas interpretaciones representan indudablemente posiciones diferentes frente a la concepción, no sólo de salud, sino frente a concepciones diferentes sobre el mundo y la sociedad en que se vive. Creo que podríamos resumir dos corrientes fundamentales que resumen esas posiciones.

La primera se refiere, las actividades mínimas adoptadas en la declaración de Alma Ata y las características de las mismas, que han sido interpretadas por algunos en el sentido de que la meta podría lograrse con programas especiales, revestidos de prioridad, dejando a los sistemas formales de salud liberados a su propia dinámica, es decir, como programas aislados, específicos o especiales. En esta interpretación y su consiguiente operacionalización está implícito lo que podríamos considerar como la aceptación de la salud desigual o bien la formulación de programas para cubrir la demanda de las necesidades de la población.

La segunda corriente plantea, que el logro de las metas exige el desarrollo de estrategias que involucren fuertemente a los sistemas de salud como un todo y que esa propuesta implica

el cumplimiento de una serie de principios fundamentales entre los cuales tenemos que centrados básicamente en la equidad, esta interpretación lleva a conceptualizar la meta como un avance en el sistema de valores nacionales e internacionales resultantes de aceptar a nivel mundial una meta de equidad.

Diversos grupos en el mundo han profundizado en esta corriente, que lleva a considerar que las bases fundamentales de la meta de salud para todas, no puede reducirse a unos cuantos valores cuantitativos, debe aceptarse que la solidaridad, la equidad, la justicia social y la participación amplia de la comunidad, son las bases fundamentales que sustentan esa meta.

Compartimos en gran parte la interpretación de los grupos de investigación y difusión de la atención primaria de salud sobre toda de los que funcionaban en la escuela de Salud Pública de Buenos Aires, quienes han desarrollado la atención primaria de salud en tres direcciones: como estrategia se concibe la atención primaria, como núcleo fundamental de las sistemas nacionales de salud, como parte fundamental del desarrollo de esos sistemas y tendría como objetivo transformar y ser vehículo fundamental en la transformación de los sistemas de salud, a fin de lograr equidad y eficiencia social.

Los sistemas de salud, se conciben como la puerta de entrada del sistema, desarrollando en una amplia base social. El programa proyecto propone proteger a los grupos sociales, considerando sus problemas prioritarios.

El desarrollo de la atención primaria implica una nueva concepción de la atención a la salud, significa acerca, ampliar y volver accesible al sistema de salud a toda la población.

Los modelos específicos centrados en las experiencias aisladas, pueden ser válidos como caminos para formulación de estrategias, pero el propósito fundamental es la transformación de los servicios de salud, para convertirse en accesible y posible para toda la población, no podría concebirse la atención primaria, sino se inscribe en un sistema escalonado de re

ferencia y contrareferencia un modelo de atención de este tipo, obliga a la organización de los sistemas de salud en eficientes sistemas de información, de vigilancia epidemiológica y a la adaptación de medidas que garanticen un nivel primario de alta calidad para toda la población frente a una concepción de este tipo.

¿Cuáles deberían ser las características del personal a formar?, ¿cuáles serían los criterios para la selección de los responsables de estas niveles?, ¿cuáles deben ser los procesos a desarrollar para la formación del personal y para su educación permanente?.

Crea que ustedes en estas seminarios, han discutido y han profundizado en las posibles alternativas. Para mí en este momento, debe prevalecer en el conocimiento el marco de referencia en la interpretación de la atención primaria, la que representa la convergencia de alternativas de grupos, aquellas que consideran la atención primaria como una solución para atender poblaciones sin acceso a los servicios de salud, aceptando su condición de marginalidad de no contribuyentes al sistema privado, el criterio de que la solución de los problemas está en manos de personal empírico, sin calificación, de individuos que resuelven sus problemas de salud sin que eso implique el acceso a niveles superiores, a quedada reforzada a través de la interpretación de la declaración de Alma Ata y de las consiguientes documentas ha que dió origen.

A nuestra juicio la organización del sistema de salud, puede considerar tareas simples en manos de personal capaz de realizarla, acorde con sus capacidades, ella requiere el conocimiento por parte de los niveles superiores de las tareas encomendadas a ese personal, de su trascendencia y sobre toda la responsabilidad de la supervisión del proceso a fin de garantizar la accesibilidad a toda el sistema, el conocimiento de la atención primaria y de sus implicaciones no debe ser privativa de un grupo y crea que ese es un punto en que debemos poner mucha atención, es responsabilidad y compromiso de toda el trabajador de la salud, no puede quedar limitada a un grupo de prácticas acciones llamadas primarias, llámese a este grupo calificada como profesional a no profesional, la que implica conocer que con esa atención se está dando respuesta a un derecho integral y universal para todas las hom

bres como "es el derecho a la salud".

El personal de salud cualquiera que sea su nivel, debe ser capaz de conocer a la población cubierta, sus características, sus demandas y sus necesidades, debe ser personal consciente y comprometido con el proceso, lo que deriva una gran responsabilidad para su selección, para su formación y para su servicio.

Creo que las propuestas de Almo Ata y los documentos subsiguientes en cuanto a personal de salud, han sido como decía antes interpretados a veces inadecuadamente y han dado respuestas de programas inadecuados. Es indudable que la propuesta de la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria surge y debemos reconocerlo en una coyuntura desesperante para el mundo, surge como reconocimiento a las grandes desigualdades del subdesarrollo y del desarrollo y aún dentro de cada país surge el momento de la búsqueda de un nuevo orden económico y social, búsqueda de consiguientes caminos que permitan ofrecer mejor perspectiva de salud, tomando en cuenta los recursos a veces mínimos existentes en los países, de ahí, que sus propuestas parecieran centrarse en mínimos, incluso de personal.

Desgraciadamente en muchos países no hemos quedado en esos mínimos así el primer documento la declaración de Almo Ata y el informe correspondiente a la conferencia reconoce el recurso humano como el recurso más importante de todo el país y señala que con frecuencia este recurso no se utiliza adecuadamente. La conferencia en esa ocasión centró su atención en una manera práctica de alcanzar una cobertura total, señalando que una manera práctica es utilizar trabajadores o agentes sanitarios de la comunidad que se pueden preparar en un breve plazo y creo que ese mensaje fue tomado al pie de la letra en muchos países, criterios de educación, de adiestramiento, de readiestramiento que fueran mencionados, acompañaron la recomendación de dotar al personal de conocimientos y aptitudes para que asuman la responsabilidad administrativa y de supervisión del personal sanitario de la comunidad, curanderos y profesionales ya mencionadas en este documento, sin embargo, ya se plantea que las categorías de personal a diferentes niveles del sistema han de variar de acuerdo con cada país.

Crea que es esa pequeña alusión a la adecuación de los sistemas de salud y del personal a las necesidades de los países no han sido trabajadas con la suficiente profundidad, el segundo documento de 1979, referente a la formulación de estrategias para alcanzar la salud para todos, se integra a la formación y perfeccionamiento del personal de salud y señala la necesidad de tomar enérgicas medidas para asegurar la disponibilidad de un número suficiente de personal de salud de las categorías apropiadas, menciona la conveniencia de tomar en cuenta en determinadas sociedades al personal que practica la medicina tradicional; parteras y personal voluntario. Asimismo señala la necesidad de ofrecer al personal orientación social y la formación de técnica para que pueda atender a la población.

El tercer documento sobre preparación de indicadores, la relación entre el personal de atención primaria y el de este del sistema de salud, llama la atención a la integración de funciones del personal de los distintos niveles de atención (secundaria y terciaria).

El cuarto documento en 1981, sobre procesos de gestión para el desarrollo nacional, enfatiza la planificación de recursos humanos, incorporando a todas las grupos profesionales y centrando su atención en el médico, la enfermera, e involucrando el problema de personal en el campo prioritario.

En la infraestructura de los servicios de salud, crea que no se ha discutido lo suficiente en relación a la incorporación del concepto integral de infraestructura de los servicios de salud, en particular del personal de los distintos niveles de atención para la estrategia de atención primaria de salud.

Ustedes han marcado un camino, la Facultad de Medicina de la UNAM, quiero felicitar al Dr. Cana Valle, por haber podido llevar a la práctica una posición de avanzada, en la aplicación de los proyectos de desarrollo de la atención primaria, para la formación de personal de salud y su relación con la coyuntura actual. Partiendo de hecho que en este sentido tenemos que ser muy sinceros que a diez años de la adaptación de la meta de salud para todos, seguimos viviendo lógicamente en un continente cargado de profundas desigual

dades, no sólo entre diferentes subregiones y países, sino dentro de los mismos países y especialmente entre sus diferentes grupos sociales.

Los recursos humanos para la salud no son ajenos a esta situación y nos mueve preguntarnos ¿hasta qué punto la estrategia de atención primaria puede generar sugerencias para un cambio en las procesas de desarrollo de recursos humanos y en particular para su formación y su utilización?.

Centremos un poco en lo que estamos viviendo en este momento en materia de producción y utilización, creo que se ha avanzado bastante en este sentido, en los últimos años los problemas relacionados con el número de personal disponible para los servicios de salud y en particular el recurso médico.

Todos los elementos de abordaje científico, de la fuerza de trabajo en salud, han cobrado importancia y han llegado a ocupar un lugar digno, de primera en las investigaciones de salud en el continente, y creo que hay que detenerse en una corriente interpretativa de las tendencias de formación de médicos, centrando su interés en la que ha dado en llamar la explosión de médicos y creo que los últimos años las investigaciones que se han hecho, han mostrado que las primeras interpretaciones eran muy simplistas.

Es indudable que en casi todos los países del mundo hubo un crecimiento superior, incluso al aumento de la población en parte coincidente con las prioridades de extensión de cobertura y por otra parte, en el continente americano como producto directo de la expansión de la educación médica.

Consideramos que concluye sobre el exceso de médicos en países en donde existen grandes grupos de población carentes de atención y en donde los problemas de desempleo y subempleo médico, son coincidentes con esos desequilibrios de cobertura, lleva consigo una gran responsabilidad y no debe de ser realizado ese diagnóstico con ligereza, porque implica una irresponsabilidad.

Los estudios sobre fuerza de trabajo en salud, están ofreciendo caminos para el conocimiento profundo del problema, aún cuando existen medidas concretas a tomar en materia de estos estudios de desarrollo de la capacidad para analizar la situación actual y sus tendencias.

Se ha avanzado mucho en la constitución de grupos de investigación en el continente, la creación de sistemas de información para alimentar estudios de análisis conyuntural y también de tipo prospectivo con especial énfasis a las situaciones previstas para alrededor del año 2000, yo creo que el problema va más allá, es parte de la política de salud de los estados y de la voluntad de los gobiernos y el desarrollo de la capital de los países para enfren - tar el desarrollo de la capacidad crítica para la propuesta de alternativas.

Creo que es función de las universidades conscientes de su papel a jugar en la sociedad, profundizar en el desarrollo de esas capacidades críticas por parte de los grupos universitarios dedicado al campo de la salud y a todos aquellos sectores que tienen relación con ellos, para la propuesta de alternativas al estado.

Creo que es fundamental readecuar los procesos de formación del personal de salud, por su articulación en la práctica de atención primaria.

El papel de la Universidad, a mi juicio, va más allá del proceso de formación del recurso profesional, debe estar profundamente comprometido con el estudio de sector, con el análisis de la estructura de personal, con las alternativas de modificación o transformación de los sistemas de salud. En este sentido la Organización Panamericana de la Salud, ha promovido el estudio del marco de referenci en que se desenvuelven las políticas de salud, el contexto social, económico y político, la situación de salud y sus determinantes, la fuerza del trabajo, la estructura y funcionamiento de los servicios de salud como base para el desarrollo de nuevos modelos de servios y la formación del personal con el enfoque estratégico.

Con ese sentido prospectivo se da en el contexto de los servicios de salud por articular el proceso educativo de la práctica de salud y en especial, por aquellos que propugna por la incorporación de la atención primaria como estrategia fundamental.

Una de las contribuciones más importantes de las instituciones formadoras del personal de salud en el continente, como es la Universidad Nacional Autónoma de México, ha sido la profundización en el análisis de la práctica médica en el proceso de formación de recursos humanos en salud, pero aún más el papel que también puede jugar el espacio universitario en el desarrollo de ese personal, y de proyectos muy diferentes.

Es importante enfatizar que ningún proceso docente, podrá tener impacto si no parte del adecuado conocimiento del campo de trabajo y de la responsabilidad del personal que en él se articula, en el caso particular de los modelos de atención primaria y las llamadas prácticas comunitarias, el reconocimiento del papel jugado con las ciencias sociales, la epidemiología y la administración de los servicios, ha venido a constituirse en piedra angular de la formación de personal de salud, sin el conocimiento y adecuada aplicación de esos campos los problemas de atención primaria no son identificables.

Quisiera insistir en esto, porque no podemos avanzar sin ese conocimiento de profundidades de esos campos, la articulación adscrita: del personal en formación o ya graduados a los servicios de salud y en particular con énfasis en modelos de atención primaria, podría compararse y debe pensarse en ello en la atención en un quirófano, en una sala de hospital, por personal que jamás tuvo conocimiento y práctica en cirugía o en medicina clínica. El problema fundamental surge de considerar que la atención primaria de salud, por su complejidad, nada más alejado de la realidad que esto, la construcción y operativización de modelos educativos que incorporen una práctica transformadora, es profundamente científica y requiere la incorporación de los campos de conocimiento que permitan abordar integralmente el proceso salud-enfermedad.

Los grandes fracasos en la incorporación de la salud pública y la medicina preventiva, en la formación a nivel universitario, han sido en gran medida producto de esa incorporación adicional, de esa incorporación de añadidura que no ha ofrecido una práctica en lo concreto, que no ha comprometido al personal de salud con la situación que se propone incidir, definir con claridad un proceso informativo es el primer paso para poner en eviden

cia la intencionalidad y la responsabilidad de la institución.

Quisiera insistir en eso, porque creo que a veces no, nos damos cuenta que estamos incurriendo en graves irresponsabilidades, luchar porque se den las condiciones no sólo para una adecuada formación científico tecnológica, sino para el desarrollo de un juicio crítico de un compromiso que permita la incorporación del personal a una comunidad participativa, es uno de los grandes retos que plantea la atención primaria. Lograr que ese personal así formado lleve a incorporarse en una fuerza de trabajo remunerada que le permita contribuir a la transformación de los sistemas de atención a la salud, constituye el otro reto, no sólo es formar lo es también incorporarlo al conocimiento científico de la problemática a tratar, esta indisolublemente ligado a la capacidad para adecuar la selección de una tecnología que ha de usarse a los diferentes niveles reconocer que debe haber una división técnica del trabajo en una organización que propugne para alcanzar una mejor calidad de atención, es en muchas ocasiones será difícil de lograr y difícil para el médico.

El papel de la Universidad, es fundamental y no podría darse sin una adecuada articulación interna entre centros formadores de recursos humanos en salud y el sector salud y hacia la comunidad. Por eso insistimos en que la atención primaria debe ser producto de un trabajo conjunto entre los servicios, instituciones docentes, participación activa y consciente de la comunidad. Esta posición es fácil de decir, no de llevar a la práctica, ya que es difícil para nuestras universidades de América Latina, con su debilitada economía incidiendo sobre todo en los sectores sociales y en particular en salud y educación, afectando por lo general en primer término a los presupuestos universitarios, todo ello confluye para pedir el desarrollo de la potencialidad intelectual y la capacidad para integral al personal en formación en una práctica científica de salud, en una práctica que vea la atención primaria en el contexto integral de la atención a la salud, en una práctica transformadora, como debe de ser los sistemas de salud.

Por eso creo que no, nos podemos limitar a considerar que todo esta dado en la elaboración de los programas de formación de personal, va más allá de la búsqueda de transformación de

los sistemas de salud, va a la búsqueda de un compromiso y que genera la responsabilidad de todos los sectores.

Es cierta que parte del problema formativo tiene como determinante los problemas económicos, el papel del estado, la institución misma en su aislamiento, en su falta de compromiso. Nuestras instituciones con frecuencia terminan por caer en el desarrollo de proyectos o de programas que se satisfacen así mismos, que se satisfacen a veces en la evaluación o en la interpretación de un programa sin medir el grado de impacto, el grado de articulación que tanto en los sistemas de salud como en la sociedad en conjunto tienen los programas y por eso, creo, que no es posible esperar una incorporación crítica y comprometida que parte de estos nuevos modelos.

La creación de universidades con fines de lucro, que llevan a la práctica la educación como mercancía y que están proliferando en toda América Latina, no podrán desarrollar jamás proyectos de este tipo, el proceso de incorporación de personal de salud en su formación al gran campo de la atención primaria dentro de la atención integral de salud, no involucra a todos, incluso a todos los programas, envuelve a los programas de atención a la salud integral, los programas de salud ocupacional, considero los programas de salud materna-infantil involucra los programas de salud escolar etc., y esta incidencia en ellas, para revalorizarlas requiere compromiso, imaginación, decisión y desarrollo de toda la capacidad de la universidad, de los servicios de salud y de las profesionales vinculadas y dispuestas a contribuir a la formación de los recursos humanos que nuestros países necesitan, recursos capaces de servir, de educar y contribuir a la búsqueda de la verdad científica y a la solución de los problemas de salud de nuestras comunidades.

Crea que esta reunión evidencia ese compromiso de ustedes para cristalizar la Meta de Salud por todas según la declaración de Alma Ata.

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD
DESDE LA PERSPECTIVA UNIVERSITARIA

* DR. FERNANDO CANO VALLE
Septiembre 12 de 1988

El 12 de septiembre de 1978 en "Alma Ata", pequeña población de la Unión Soviética, la Organización Mundial de la Salud propuso como meta para todos los países miembros "Salud para todos en el año 2000", la Atención Primaria de Salud surgió como estrategia fundamental para la consecución de este fin.

Resaltan en la declaración de "Alma Ata" los siguientes conceptos:

La conferencia reitera que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, resalta como un derecho humano y fundamental, la promoción y protección de salud del pueblo, indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.

El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos. Obligación que sólo puede cumplirse mediante la adaptación de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos de las organizaciones internacionales y de la comunidad entera, en el curso de los próximos decenios debe ser:

(*) Director de la Facultad de Medicina, UNAM

El que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, la Atención Primaria de Salud es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de justicia social.

La Atención Primaria de Salud, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de desarrollo.

La Atención Primaria de Salud comprende cuando menos las siguientes actividades:

Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención; promoción del suministro de alimentos y de una nutrición adecuada, abastecimiento de agua potable y saneamiento básica, asistencia materno infantil y planificación familiar, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, tratamiento de enfermedades comunes y suministro de medicamentos esenciales.

México se ha sumado plenamente, nuestro país coincide plenamente con los principios establecidos en la Declaración de "Alma Ata" y en los últimos años, el sistema nacional de salud se ha orientado al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud, comprometiéndose en el reto de lograr la Salud para todos en el año 2000. En efecto, los derechos sociales son obligaciones de hacer por parte del Estado. Este grupo de derechos comprende: el derecho al trabajo, particularmente a condiciones justas y favorables en el desarrollo del mismo, el derecho de sindicación, el derecho a la seguridad social, el derecho a un nivel de vida suficiente que incluya alimentación, vivienda y salud adecuadas, el derecho a la educación y los derechos en materia cultura y científica, perfilando así el contexto en que debe entenderse el concepto de salud-desarrollo. Es aquí en donde se

se enfatiza la importancia del Sistema Mexicana de Salud. Esta aceptación conlleva retos a enfrentar; reconocer necesidades y cumplir procesos, modificar estructuras y funciones con propósitos benéficos para todas, atender demandas y generar información veraz; es necesario. Implica tener presente el crecimiento poblacional que nos empuja a serios problemas de desequilibrio entre recursos y demanda, servicios públicos satisfactorios, concentración urbana y dispersión rural.

Causas y efectos se sinergizan mutuamente: la enfermedad o pérdida de la salud momentánea o permanente reduce la productividad, la capacidad para el logro de las funciones, reduce el intelecto y condiciona falta de participación social y política; si a esto le sumamos gastos masivos en salud y los servicios siguen fuera del alcance y del goce efectiva de las mayorías desfavorecidas, ello significa que toda política de población y por lo tanto, de como establecer indicadores que se ajusten de tal manera a la realidad de las hechas para servir de base efectiva y logros óptimos; los únicos indicadores de resultados representan algunos de los productos del Sistema de Salud, pero no la totalidad de los objetivos.

Hoy hace diez años de la Declaración de "Alma Ata", es indispensable hacer un análisis crítico de los avances obtenidos, así como de los problemas que se han presentado para establecer el Sistema de Atención Primaria de Salud en nuestro país. Es por ello, que como parte de los actos conmemorativos, la Facultad de Medicina, la Facultad de Psicología, la ENEP Zaragoza, la ENEP Iztacala y la Unión de Universidades de América Latina, han realizado la serie de seminarios "La Atención Primaria de Salud desde la Perspectiva Universitaria", el programa contó con diez seminarios que iniciaron el 27 de mayo y concluyen el día de hoy, se revisaron las siguientes tópicos:

- Las Enfermedades más frecuentes
- Disponibilidad de medicamentos.
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Fundamentos nutricionales en Atención Primaria de Salud

- *Formación de recursos humanos en Atención Primaria de Salud*
- *La participación comunitaria en Atención Primaria de Salud*
- *Planificación familiar y salud materna infantil*
- *Ecología y Salud*
- *Infraestructura de los servicios, financiamiento y las necesidades de la población*
- *La participación multisectorial en salud.*

Se analizaron los problemas de salud más frecuentes en México, las enfermedades transmisibles, no transmisibles, las poecimientas provocados por accidentes, intoxicaciones y violencia, así como los problemas de salud mental. En cada uno de los casos, se especificó el estado actual y las perspectivas de abordaje dentro de la Atención Primaria de Salud. Se hizo un análisis crítico de los problemas existentes y planteando soluciones concretas que mejorarán la aplicación de los programas para el control de las enfermedades.

Se abordó el aspecto de recursos terapéuticos para la Atención Primaria de Salud, analizando el cuadro básico de medicamentos, los problemas de accesibilidad y disponibilidad y costos, así como algunas alternativas farmacológicas dentro de la Herbaria Nacional.

También se refirió al estudio de las enfermedades prevenibles por vacunación, describiendo el estado actual de los niveles de la cobertura de vacunación a nivel nacional, haciendo énfasis en sarampión, poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis.

Se enfocó a los problemas de alimentación y nutrición, se describió la alimentación del mexicano, el estado actual de desnutrición en nuestro país, los problemas psicológicos en la formación de hábitos y las alternativas nutricionales dentro de la Atención Primaria de Salud.

Se abordó uno de los aspectos fundamentales para la Universidad, que es la formación de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud, analizando el estado actual en los programas de pregrado y posgrado, presentando las experiencias de las Facultades de Medicina

na, Psicología y de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales Iztacala y Zaragoza, del Instituto Politécnico Nacional y la Universidad Metropolitana. Se discutieron los planes de estudio, así como su interrelación con las instituciones de salud. Sin lugar a dudas, uno de los aspectos básicos es la participación comunitaria que el tema de análisis del sexto seminario, se describieron los programas actuales de salud comunitaria, los problemas para la participación de la comunidad, las aportaciones de la psicología en el trabajo comunitario y se analizaron los aspectos de investigación.

También se abordó los aspectos de la salud madre-hijo, se presentó un estudio actualizado de la distribución de la población a nivel nacional, así como los niveles de crecimiento y los índices de migración relacionados con aspectos económicos, sociales y culturales. Se realizó un análisis crítico de los programas de planificación familiar y de salud materno infantil.

Se revisaron los aspectos de la ecología y su interrelación con la salud, describiendo fundamentalmente los problemas de contaminación ambiental y de la disponibilidad de agua potable, así como sus implicaciones en las metas de salud.

Por última, se abordó la problemática de la participación multisectorial, describiendo los niveles de coordinación y las experiencias en áreas urbanas y rurales, analizando la participación de los diversos sectores de desarrollo y salud.

En los seminarios participaron como se mencionó, profesionales de la Facultad de Medicina, la Facultad de Psicología, la ENEP Iztacala, la ENEP Zaragoza, la Unión de Universidades de América Latina, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Metropolitana, la Universidad Autónoma del Estado de México, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional de Nutrición, el Consejo Nacional de Población y diversas dependencias de salud y educativas, apartaron más de sesenta expertos en los tópicos tratados, y en suma, acudieron al

rededor de 800 personas abarcando estudiantes de pregrado, posgrado, médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadoras sociales y enfermeras, biólogos, economistas, abogados filósofos.

Aún cuando el material reunido en estos seminarios se editará en breve, a través de las memorias constituyendo sin duda, una aportación de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el desarrollo de las estrategias; se hizo ver a lo largo de esta actividad académica, los siguientes aspectos, entre otros, que se desean resaltar:

- La Atención Primaria de Salud representa un movimiento mundial que replanteo la forma tradicional de enfrentar los problemas de salud de la población. Las recomendaciones contenidas en la Declaración de "Alma Ata", no han sido suficientes para que la Atención Primaria de Salud se lleve a la práctica, sin distorsiones o negaciones; se identifican una educación profesional con ausencia de contenido social, con orientación individual y centralización de los sistemas de salud y la separación de éstos y el pueblo como factores condicionantes.
- Se ha aceptado la necesidad de reiterar los elementos fundamentales y evitar inadecuadas interpretaciones como llegar a confundirse con el primer nivel de atención dentro del sistema de salud, o bien, pensar que es una forma primitiva o empírica de atención independiente a las demás actividades de salud.
- La participación activa no manipulada de la sociedad, implica determinar las necesidades, priorizarlas, formular programas correspondientes y evaluarlos a cabo de las organizaciones naturales del propio pueblo. Este enunciado es la piedra angular del concepto de Atención Primaria de Salud.
- Una de las mayores incoherencias, es la de aceptar la multicausalidad de salud como reconoce la Organización Panamericana de la Salud y pretender enfrentarla con recursos y acciones pertenecientes a la atención médica.

La salud se ha enfatizado, es demasiado importante para dejarla exclusivamente bajo la responsabilidad de una profesión, de una disciplina, de una institución o de un sector. De ahí, que la Atención Primaria de Salud es la forma más clara de democratización para preservar ese valor social.

Los problemas vinculados con el sentido de la vida y con la meta del hombre en su existencia, no pueden desprenderse del pensamiento político social; este determina en gran medida la formación de la constancia a los enfermos, ya sea por medios propios o por instituciones o servicios organizados por la comunidad; así debere ser en el sentido del hombre sano como en el enfermo.

El examen del desenvolvimiento histórico de ese pensamiento, constituye un material valioso del cual se pueden extraer los modos de actuar con igualdad, eficiencia, racionalidad y oportunidad en el presente y en el porvenir. Según el punto de vista humanista, el hombre es el pasado y su presente.

Señor Rector, en esta conmemoración de los diez años de "Alma Ata", la Universidad aporta una vez más sin ataduras lo que cree que es mejor para su país, permítame citar textualmente:

El 7 de junio del presente año, usted mencionó, "La Universidad quedarla mutilada en sus mismos fundamentos si abdicara de la crítica, de la facultad de analizar todo conocimiento, todo hecho, incluida ella misma y la sociedad donde se inserta. Sufriría asimismo una mengua sustancial si dejara de ser el espacio en que se manifiestan todas las ideas, todas las corrientes científicas y filosóficas, donde los universitarios confronten las opiniones que tienen acerca de ellas, sin dogmatismos ni hegemonías ideológicas. Sin embargo, tal libertad no puede ser concebida como el derecho a ignorar la observancia de los programas de trabajo y de investigación, o a soslayar el cumplimiento de los planes y programas de estudios, que constituyen, a su vez, el derecho de los estudiantes a que se les dé la educación que se les promete.

La Universidad configura un ámbito privilegiado en el cual han de discutirse sin cortapisas, pero con fundamento y respeto, todas las corrientes del pensamiento, todas las posiciones ante la vida. Es parte esencial de la conciencia crítica del país y, también en este sentido, un logro invaluable del pueblo de México.

INDICE

Introducción	1
Universidad y Sociedad	4
Panorámica, Perspectiva y Proyección de la Atención Primaria de Salud.	7
	17
	30
	37
PRIMER SEMINARIO	
"Enfermedades más frecuentes"	
Enfermedades no Transmisibles, Estado Actual y Perspectiva.	42
Enfermedades Transmisibles, Estado Actual y Pers pectiva en la Atención Primaria de Salud	46
Relaciones entre la Prevención Primaria en Salud Mental y la Atención Primaria para la Salud.	
"Problemas Metodológicos y Conceptuales.	49
SEGUNDO SEMINARIO	
"Recursos Terapéuticos para la Atención Primaria de Salud"	
Atención Médica Primaria, sus Insumos y su Vinculación con la Atención Primaria de Salud.	60
Ventajas y Desventajas del Cuadro Básico de Medicamentos en Atención Primaria de Salud.	65
Costo y Accesibilidad de Medicamentos en Atención Primaria de Salud.	74
La Medicina Tradicional en la Realidad Político Social de México.	80

Enfoque Psicológico en el uso de Medicamentos en Atención Primaria de Salud	95
Mesa de discusión coordinada	108
TERCER SEMINARIO	
"Enfermedades Prevenibles por Vacunación	
Enfermedades Provenibles y la Atención Primaria de Salud.	126
Situación Actual de las Enfermedades Prevenibles en México, Niveles de Cobertura Vacunal.	134
Estado Actual de la Poliomielitis en México	138
Aspectos Específicos sobre Difterina, Tosferina, Tétanos, Tuberculosis	145
Aspectos Específicos sobre Sarampión	152
Mesa de discusión coordinada	158
CUARTO SEMINARIO	
"Alimentación, Nutrición en Atención Primaria de Salud"	
Alimentación y Nutrición en Atención Primaria de Salud	181
La Alimentación del Mexicano	186
Estado Actual de la Desnutrición en México	191
Hábitos Alimentarios	194
Mesa de discusión coordinada	204
QUINTO SEMINARIO	
"Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud"	
Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud.	219
	225
	233
	237
Mesa de discusión coordinada	242
Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud	253
	258
	262
Mesa de discusión coordinada	266

SEXTO SEMINARIO	
"Participación Comunitaria en Atención Primaria de Salud"	
Los Programas Actuales de Salud Comunitaria y sus Resultados.	275
Aportes de la Psicología en la Participación Comunitaria en Atención Primaria a la Salud	288
¿Qué tan Factible es la Participación de la Comunidad en los Programas de Atención Primaria de Salud?	295
SEPTIMO SEMINARIO	
"Salud Madre-Hijo"	
La política de Población de México	305
Orientación Sexual y Planificación Familiar para Deficientes Mentales	322
Salud Madre-Hijo su Vinculación con la Atención Primaria de Salud	326
Principios de la Determinación Psicológica para la Salud materno-infantil	332
OCTAVO SEMINARIO	
"Ecología y Salud"	
Rescate y Revaloración del Manejo Tradicional de los Recursos Naturales	337
Salud Ocupacional y Salud Ambiental en Relación con la Atención Primaria a la Salud	343
Aportes de la Psicología Ambiental en la Atención Primaria de Salud	354
Calidad de Agua y la Salud	356
Mesa de discusión coordinada	362
NOVENO SEMINARIO	
"La Participación Multisectorial en Salud"	
Los Sectores del Desarrollo y la Salud	369
Coordinación Multisectorial y Salud	380
La Coordinación Intersectorial en Materia de Salud	396
La Participación Multisectorial en la Salud, Area Rural	401
CLAUSURA	
México a Diez Años de Alma Ata	409
La Atención Primaria de Salud desde la Perspectiva Universitaria	421

IMPRESO EN LOS TALLERES GRAFICOS DE LA
FACULTAD DE MEDICINA.

U. N. A. M.

CIUDAD UNIVERSITARIA

ENERO 1989