

ISSN: 1870-2759

Altepepaktli

Salud de la comunidad

Volumen 2, No. 3, marzo 2006



Universidad Veracruzana • Instituto de Salud Pública

Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo

Rector

Dr. Ricardo Corzo Ramírez

Secretario Académico

Lic. Víctor Aguilar Pizarro

Secretario de Administración y Finanzas

Dr. Víctor Alcaraz Romero

Director General de Investigaciones

Dr. Porfirio Carrillo Castilla

Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dr. Ramón Flores Lozano

Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Mtro. Enrique Hernández Guerson

Director del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial

Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra

Editor

Dr. Roberto Zenteno Cuevas

Co-Editor

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Dr. Mauricio F. Mendoza González

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León

Dra. Edit Rodríguez Romero

Dr. Domingo Vázquez Martínez

Comité Editorial

Elisa V. Rodríguez Zapata

Diseño Editorial

Ma. Elena López Vázquez

Edición Digital

Altepepaktli es una publicación semestral del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. <http://www.uv.mx/isp/>

Se encuentra indexada en INBIOMED.

<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

El contenido de los trabajos es responsabilidad exclusiva de los autores. Se autoriza la reproducción parcial o total del material si se cita la fuente.

Contenido

Editorial

Dr. Víctor Alcaraz Romero

2

Artículos originales

La Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana: del consumo a la generación del conocimiento

Francisco Domingo Vázquez Martínez, Mauricio Fidel Mendoza González

3

Expectativas del proceso salud-enfermedad-atención médica en ancianos y prestadores de servicios

Edna Iveth Cortés Ramírez, Gustavo Adolfo Vargas Merino

12

Comité de salud del estudiante universitario: una visión desde la metodología participativa

María Luisa Sánchez Murrieta, Perla Madahí Calderón Rodríguez

20

Ensayos y artículos de revisión

Construcción del Estado Mexicano y descentralización de los servicios de salud

Edit Rodríguez Romero

28

Dr. Luis E. Ruiz (1853-1914) veracruzano, precursor de la salud pública en México

Guillermo Fajardo Ortiz

37

Plataformas electorales: propuestas en salud

Elsa Ladrón de Guevara Morales

43

Calidad de la argumentación en comunicación en salud

Enrique H. Guerson, Sandra Areli Saldaña Ibarra

56

La vejez: ¿responsabilidad de la familia?

Dulce Ma. Cinta Loaiza

67

Eventos académicos y científicos

72

ISSN 1870-2759, Volumen 2, N° 3, marzo 2006

Impreso en Xalapa, Ver., en los talleres de ARTES GRÁFICAS GRAPHOS, S.A. DE C.V. Tijuana 237 Col. Macuiltepetl

Sobre papel bond de 36 kg. en interiores y cartulina couché en portada

Tiraje de 1000 ejemplares.

El dar a conocer los resultados de las inquisiciones llevadas a cabo para conocer el mundo en el que vivimos ha sido siempre una tarea elogiada, buscada y recompensada. Ha sucedido así desde los primeros relatos sobre el descubrimiento de lugares en donde abundaba la caza o acerca de viajes a sitios desconocidos, convertidos después en presentaciones de pormenores sobre las características de los seres vivos encontrados, o acerca de las formas de ir más allá, en ciertas situaciones, de las limitadas fuerzas humanas, gracias al hecho de haberse percatado de la continua transformación de la naturaleza cuya regularidad permite, no sólo prever lo que luego sobreviene, sino igualmente poder explotarlo en beneficio propio. Hoy en día son las revistas científicas las que recogen los recuentos obtenidos en tareas de investigación realizadas, no circunstancialmente, sino bajo procedimientos cada vez más precisos en los que se cuida al extremo todo lo relativo a la forma mediante la cual puede alcanzarse un nuevo conocimiento puesto a disposición de quienes no sólo posteriormente lo usarán como material de lectura informativa, sino lo someterán a revisión antes de confiadamente aceptarlo al adquirir la seguridad de que, de seguirse los mismos procedimientos, podrá siempre verificarse lo comunicado.

Todos los esfuerzos que se efectúen en el sentido de comunicar cada nuevo conocimiento obtenido son dignos de encomio, sobre todo, cuando se abren nuevas puertas no sólo para el acceso al saber ampliado por la actividad científica, sino también porque en esa forma se facilitan intercambios entre académicos ubicados en instituciones diferentes y en otras latitudes. En este mundo de la globalidad proliferan los órganos de comunicación científica. Empeñarse en mantener uno más, parecería que es labor infructuosa pues al existir esas otras oportunidades de publicar los resultados de la investigación no hace falta efectuar la tarea adicional de publicar en un medio propio. Sin embargo, debe decirse que si ese medio se dirige a lectores especiales que en otras revistas no encuentran informaciones para ellos necesarias pues se relacionan con

un trabajo que por sus particularidades no está presente en otras partes, la revista científica que así se publica cumple una importante función. Este es el caso de la Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana cuyos trabajos se enmarcan en el estudio de los problemas de la salud presentes en situaciones de pobreza, o en metrópolis que se encuentran en transición entre los que habían sido anteriormente sus problemas endémicos y los que ahora empiezan a surgir no sólo por el aumento de las expectativas de vida, sino también porque enfermedades emergentes producto de los cambios mundiales: climáticos, de modificaciones en las costumbres, de flujos migratorios empiezan a aparecer y es necesario dar cuenta de ellos. Por esa razón, es bienvenido el mantenimiento de este esfuerzo editorial del Instituto de Salud Pública, pues puede ser el medio no sólo para que sus investigadores presenten sus hallazgos, sino también para que se recojan los de investigadores de otras partes del mundo que enfrentan los mismos problemas.

Seguramente en los nuevos números de esta revista veremos ampliarse sus comunicaciones para abarcar ese campo de las enfermedades emergentes y ese análisis del enfrentamiento a los problemas de salud que ocurre cuando la población tiene limitados accesos al conjunto de los beneficios de la civilización contemporánea y por ello vive en la frágil situación que surge cuando riesgos no del todo determinados aparecen en su habitat.

Empeño editorial digno que no tenemos duda tendrá cada vez mayor éxito al poner en manos de los estudiosos de México y de otros países las investigaciones llevadas a cabo en el Instituto y las que tenemos la confianza, como lo acabamos de decir, que pronto llegarán de otras partes del mundo en donde se encaran problemas de salud semejantes a los que ahora confrontan nuestros especialistas.

Víctor Manuel Alcaraz Romero
Director General de Investigaciones
Universidad Veracruzana

La Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana: del consumo a la generación del conocimiento

(The Master in Public Health of the Universidad Veracruzana: from consumption to the generation of the knowledge)

Francisco Domingo Vázquez Martínez*

Mauricio Fidel Mendoza González**

Resumen

Con la intención de dar seguimiento al desarrollo del nuevo plan de estudios (2005) de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana se presentan los resultados obtenidos en la evaluación realizada al finalizar el primer semestre de la Generación 2005-2007. Los principales aspectos manifestados como problemas desde la perspectiva de los alumnos fueron: la carga académica, la relación profesor-alumno y la metodología de enseñanza aprendizaje; aspectos que contrastan con la opinión de los profesores, que manifestaron como problema principal el trabajo en equipo, seguido de la carga académica y la evaluación del aprendizaje. Sin lugar a dudas, hay cambios positivos importantes respecto al plan de estudios con el que inició la Maestría (2001).

Es necesario mantener estos ejercicios de evaluación, que permitan en todo momento la mejora continua de los procesos de formación de profesionales de la salud pública.

Summary

It is presented the result obtained in an evaluation, which was made when the first semester of Generation 2005 – 2007 ended, being the objective the follow up of the new curriculum development (2005) of the Masters in Public Health of the Universidad Veracruzana. The main aspects of this evaluation declared as problems by the students were: the excessive amount of material to be check by them, the professor-student relation, and the learning education methodology; the professors opinion, who pointed out team work as a main problem, then the excessive amount of material to be check by the students and finally the learning evaluation, contrast with the students opinion about these aspects. Without doubt, there are important positive changes with respect to the curriculum in which the Masters (2001) was initiated.

It is necessary to maintain these evaluated exercises, that at any time allow the continuous improvement formation processes of public health professionals.

Palabras clave

Salud pública, formación profesional, evaluación de programas.

Key words

Public health, professional formation, evaluation of programs

*Investigador tiempo completo. Coordinador del área disciplinar de Comunicación en Salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. dvazquez@uv.mx

**Investigador tiempo completo. Coordinador del área disciplinar de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. mmendoza@uv.mx

Introducción

Los profesionales de la salud (enfermeras, médicos, nutriólogos, odontólogos, entre otros) forman parte de la respuesta social a las necesidades de atención a la salud de la población; además, aquellos con formación en salud pública son un enlace de conocimiento fundamental, explicativo y de aplicación, de los condicionantes o determinantes responsables de la salud o la enfermedad en las colectividades humanas; por lo tanto, conocer los procesos educativos para su formación, así como su perfil y características generales, debe ser una preocupación constante de la salud pública.

Como parte de esa inquietud, en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana se realiza una evaluación permanente de la Maestría en Salud Pública, con el propósito específico de contribuir al proceso de mejoramiento continuo de la misma y en última instancia, de los servicios de salud que se ofrecen a la población; máxime si consideramos que los egresados en su mayoría, se estarán insertando en los servicios de salud donde serán tomadores de decisiones y ejecutores de acciones.

En 1980 se crea el Departamento de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y se autoriza el plan de estudios de la especialización en Salud Pública; en septiembre de 1981 ingresó la primera generación de alumnos. A lo largo de 20 años, egresaron un total de 410 alumnos¹. En 1992, el Departamento de Salud Pública se convierte en Instituto de Salud Pública (ISP) y en el año 2001 su programa académico se transforma en Maestría en Salud Pública².

La Maestría en Salud Pública arrancó con un plan de estudios de seis cuatrimestres, los primeros tres de carácter general y los tres últimos a elegir entre alguna de las siguientes áreas disciplinares: Administración en Servicios de Salud, Comunicación en Salud, Epidemiología e Informática Aplicada a la Salud. Con el plan de estudios inicial egresaron dos generaciones

de alumnos (2001-2003 y 2003-2005). En agosto del año 2005 el programa da lugar con un nuevo plan de estudios. Desde su inicio, la Maestría estuvo sujeta a diversos procesos de evaluación, tanto internos como externos, situación que permitió identificar debilidades y fortalezas y proponer alternativas de mejoramiento que se reflejan en el plan de estudios puesto en marcha en el año 2005.

Es importante mencionar que las evaluaciones realizadas a la Maestría en Salud Pública^a se realizaron básicamente desde la perspectiva de los procedimientos metodológicos del aprendizaje participativo³. Esto es, en todo momento se planteó que la Maestría en Salud Pública debe procurar la integración de la teoría con la práctica, la discusión crítica y la realización de la investigación.

Entre los problemas que se detectaron en las mencionadas evaluaciones del plan de estudios 2001- 2003 destacaron: 1) la sobrecarga de conocimientos y de información que los alumnos debían estudiar; 2) el poco tiempo del que disponían los alumnos para estudiar y lograr un aprendizaje óptimo de lo que se les enseñaba; 3) la insuficiente vinculación entre las actividades teóricas y las prácticas; 4) la escasa discusión crítica de la información y; 5) la exigua investigación desarrollada^{4,5}. En síntesis, el plan de estudios 2001 tenía un carácter enciclopedista y estaba alejado de los espacios en los que se opera la salud pública.

En información levantada en 2002 y en 2004 se encontró que 100 por ciento de los estudiantes de la generación 2001 y 95 por ciento de la 2003 consideraron que el tiempo disponible para estudiar era *"muy corto o corto"* (Tabla 1) y ante pregunta expresa, 81 por ciento de los alumnos de ambas generaciones pensaban que el principal problema de la Maestría era el tiempo insuficiente para el estudio o la exageración de contenidos temáticos en los programas de asignatura.

^a Sobre todo la relacionada con el proyecto de investigación titulado La Evaluación longitudinal de la Maestría en Salud Pública (2002-2007) que se desarrolla en el propio Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Tabla 1

Número y porcentaje de alumnos según el tiempo de que disponen para estudiar las asignaturas de la Maestría en Salud Pública y Generación de Ingreso. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, 2002 y 2004

Tiempo disponible	Generación 2001		Generación 2003		Ambas Generaciones	
	No.	%	No.	%	No.	%
Muy corto	3	25	10	41.6	13	36.1
Corto	9	75	13	54.2	22	61.1
Adecuado	0	0	1	4.2	1	2.8
Muy largo	0	0	0	0	0	0
Total	12	100	24	100	36	100

Fuente: Referencias 4,5.

Estos y otros datos, de la estructuración del programa académico (Tabla 2), permiten concluir que el plan de estudios 2001 privilegiaba en gran medida la enseñanza sobre el aprendizaje, la teoría sobre la práctica y propiciaba la memorización en detrimento del aprendizaje significativo de la salud pública; esto es, en ningún momento facilitaba la integración entre la teoría y la práctica, la discusión crítica de la información ni el desarrollo de la investigación.

Tabla 2

Contraste entre los planes de estudio 2001 y 2005. Maestría en Salud Pública, Universidad Veracruzana

Elemento	Plan 2001	Plan 2005
Unidad de tiempo	Cuatrimestre	Semestre
Unidad académica	Asignatura	Módulo
Número de unidades académicas	35 a 37 asignaturas*	6 módulos
Total de créditos	190	190
Créditos teoría	120 – 132*	61
Créditos práctica	40 – 47*	129
Créditos optativos	6	19
Créditos tesis maestría	15	15
Créditos práctica de campo	17	
Total de horas	1650 – 1560*	2392
Horas teoría	990 – 900* (~ 58%)	457 (19%)
Horas prácticas	780 – 600* (~ 42%)	1935 (81%)

* Varían de acuerdo con el área disciplinar

Los resultados de las evaluaciones al plan de estudios 2001 coinciden, en general, con los provenientes de evaluaciones y análisis realizados sobre la educación en salud pública en el contexto latinoamericano y mundial. En este sentido, la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana tenía problemas y desafíos similares a los de muchos otros programas del área en el país y en el extranjero, a saber:

“1) La falta de precisión sobre el perfil del egresado que estamos formando, de las competencias básicas y específicas que debe dominar para poder influir y dar respuesta a determinadas necesidades sociales y prácticas de salud pública, 2) Un enunciado de valores muy general o disociado de los procesos de toma de decisión, en cuanto a la orientación del programa y de sus interacciones con el entorno, 3) Un modelo educacional clásico en el cual el saber se transfiere pasivamente del educador al educando, 4) La importancia limitada acordada a la adquisición de habilidades meta-cognitivas del aprender a pensar y a formular preguntas significativas, el desarrollo de una educación problematizadora, 5) La poca valoración del historial del alumno pese a ser el principal agente del aprendizaje por la relevancia de sus intereses generales y particulares y por la experiencia que trae al programa de formación, 6) La escasez y la debilidad de las tutorías y de los escenarios de aprendizaje como espacios de formación relevantes en la comunidad y en las instituciones, los problemas de calidad en la investigación y el déficit de producción de conocimientos en los posgrados, 7) El acceso limitado a la información científica, a la literatura de salud pública y el poco provecho obtenido hasta el presente del uso de Internet, 8) Los procesos y criterios de selección de los estudiantes, la escasa vinculación y aprovechamiento del sistema universitario, 9) El predominio de los enfoques disciplinarios y 10) Los modelos autoritarios de gestión”⁶.

Ante esta situación, y en el contexto de superación académica permanente establecido en la Universidad Veracruzana, el cambio y la transformación del plan de estudios de la maestría en Salud Pública fue algo impostergable y se asumió como un compromiso ineludible ante las próximas generaciones de estudiantes y ante la salud de la comunidad.

En la tabla 2 se aprecian los principales cambios que tuvo el plan de estudios de la Maestría en Salud Pública según el antecedente del Plan 2001.

Para la reestructuración del plan de estudios se consideró importante utilizar un modelo que favoreciera los procedimientos metodológicos del aprendizaje participativo (vinculación teoría-práctica, discusión crítica y desarrollo de investigación)⁷ y una formación acorde con el Modelo Educativo Integral y Flexible vigente en la Universidad Veracruzana, de esta forma se optó por utilizar el modelo ofrecido por la Educación Basada en Competencias.

El primer paso para el desarrollo del actual plan de estudios de la Maestría en Salud Pública fue realizar la traducción de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) a competencias profesionales, para tal efecto la Junta Académica del ISP determinó el siguiente propósito clave⁸:

"Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario".

Después de establecer el propósito clave se establecieron las funciones clave, es decir, las necesarias para cumplir con el propósito principal:

1. Identificar, analizar y evaluar la situación de salud e inequidad de una población en un marco de participación social y promoción de la salud.
2. Analizar, evaluar, diseñar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud -con la participación de la población- que respondan a las condiciones de salud de la misma, y asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.
3. Promover y participar en la formación de recursos humanos en salud, así como en la producción y utilización del conocimiento para el beneficio de la salud de la población; de igual manera, en la educación para la salud de la población, buscando el empoderamiento de la misma en lo que se refiere a su salud.
4. Interactuar proactivamente con el medio, basado en valores, principios y una sólida formación conceptual y metodológica que le permita tomar

decisiones y realizar un trabajo conducente al logro de resultados satisfactorios y del aprendizaje permanente en la salud pública.

Para el caso del presente trabajo, se consideran de manera principal pero no exclusiva, las funciones clave uno y tres que son las que se desarrollan de manera principal en el primer semestre. La primera incluye básicamente a las FESP relacionadas con el diagnóstico de la salud y la tercera las relacionadas con la gestión del conocimiento, de manera particular la generación del mismo.

Una vez establecidas las funciones clave y principales se determinaron las competencias, que son dieciséis además de nueve consideradas como transversales y propias de la función clave cuatro. Para el caso específico del primer semestre se abordaron las siguientes competencias, además de las transversales que se desarrollan durante toda la maestría:

- Identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes, desde una perspectiva integral y de promoción de una cultura para la vida y la salud.
- Analizar e interpretar las desigualdades geo-territoriales, étnico-culturales y económicos-sociales en la distribución de la salud-enfermedad.
- Diseñar y ejecutar proyectos de investigación de acuerdo con las necesidades sociales relacionadas con la salud.

Para el desarrollo de las competencias enunciadas se conformaron dos módulos a cursar durante el primer semestre de la Maestría en Salud Pública (Tabla 3).

Tabla 3
Competencias desarrolladas según Módulo cursado en el Primer Semestre.
Maestría en Salud Pública, Universidad Veracruzana (Plan 2005)

Módulos	Competencias
Salud Pública 1 (Diagnóstico de salud)	· Identificar y analizar los principales problemas de salud-enfermedad de la población, su distribución y sus determinantes, desde una perspectiva integral y de promoción de una cultura para la vida y la salud. · Analizar e interpretar las desigualdades geo-territoriales, étnico-culturales y económicos-sociales en la distribución de la salud-enfermedad. · Facilitar y promover la participación social en las actividades relacionadas con los puntos uno y dos. · Recopilar, manejar, interpretar y diseminar la información de la salud de las comunidades con las tecnologías apropiadas en el marco de desarrollo actual de los sistemas de información.
Gestión del Conocimiento en Salud Pública 1 (Metodología de la Investigación)	· Diseñar y ejecutar proyectos de investigación de acuerdo con las necesidades sociales relacionadas con la salud. · Utilizar crítica y creativamente los resultados de los proyectos de investigación.

Los módulos Salud Pública I y Gestión del Conocimiento 1 se cursaron en el periodo agosto de 2005 a febrero

de 2006; cada uno de ellos consta de 75 horas teóricas y 240 horas prácticas. Los alumnos que conforman la generación 2005 son 31 y se integraron en once equipos que para el desarrollo de las horas prácticas se incorporaron a igual número de instituciones de salud en las que se desarrollan las FESP.

Una vez concluido el primer semestre con el nuevo plan de estudios surgen las siguientes preguntas ¿qué evidencias hay de que los alumnos desarrollaron las competencias establecidas? ¿hasta dónde el actual plan de estudios ha superado los problemas de carga académica que tenía el plan anterior? ¿qué problemas persisten y cuáles otros han aparecido?

El presente trabajo tiene como objetivo informar sobre algunos de los resultados obtenidos, hasta el momento, en el nuevo plan de estudios de la mencionada maestría y los contrasta con los obtenidos en el plan de estudios antecesor y con los resultados de las evaluaciones realizadas a otras maestrías semejantes.

Método

Para contestar la primera de las preguntas planteadas se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se hace un relato de los trabajos escritos, efectuados por los alumnos a lo largo del semestre y entregados en su versión última al final del mismo.

Para contestar las otras dos preguntas se exploró, al finalizar el semestre, la opinión de los alumnos a través de una pregunta abierta en la que se les pedía que expusieran por escrito los problemas que habían observado durante el desarrollo del primer semestre del actual plan de estudios. Posteriormente, se les aplicó una pregunta cerrada para ubicar con mayor precisión el problema más referido en la pregunta abierta y para poder contrastar los resultados con los de las generaciones 2001 y 2003.

Por último, y también al final del semestre, se les solicitó a profesores a través de una pregunta abierta que exteriorizaran los problemas percibidos por ellos.

Resultados

En total se realizaron 22 trabajos: once diagnósticos de salud y once proyectos de investigación. Los diagnósticos de salud que se desarrollaron en el módulo Salud Pública I; corresponden a la zona de influencia de ocho Centros de Salud de la ciudad de Xalapa, Veracruz (pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria V de los Servicios de Salud de Veracruz); a la población usuaria de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la ciudad de Xalapa y del Hospital Escuela de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Veracruzana; así como de la población estudiantil de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana (Tabla 4).

Tabla 4.
Listado de diagnósticos de salud resultado del módulo Salud Pública 1. Maestría en Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, 2005-2006

1. Diagnóstico de Salud. Centro de Salud José A. Maraboto C. Xalapa, Ver., 2005-2006.
2. Diagnóstico de las condiciones de salud de la población del área de influencia del Centro de salud urbano "Sebastián Lerdo de Tejada". Xalapa, Ver., 2005-2006.
3. Diagnóstico de salud priorizado del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver., 2005-2006.
4. Diagnóstico de Salud del centro de Salud Miguel Alemán. Xalapa, Ver., 2005-2006.
5. Diagnóstico de las condiciones de salud de la población del área de influencia del Centro de Salud Dr. Gastón Melo. Xalapa, Ver., 2005-2006.
6. Análisis de la situación del estudiante Universitario, Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana. 2005. Xalapa, Ver., 2005-2006.
7. Diagnóstico de la situación de salud del Municipio de Banderilla, Ver., 2005 por los alumnos de la Maestría en Salud Pública. Xalapa, Ver., 2005-2006.
8. Diagnóstico de Salud de la Clínica-Hospital del ISSSTE en Xalapa, Ver., 2005-2006.
9. Diagnóstico de Salud del Centro de Salud "Arroyo Blanco" de Xalapa, Ver., 2005.
10. Diagnóstico de Salud del Centro de Salud "Emiliano Zapata" de Xalapa, Ver., 2005.
11. Diagnóstico de Salud del Centro de Salud Revolución. Xalapa, Ver., 2005

El proceso para la construcción de los diagnósticos de salud incluyó: a) la integración teórica de un diagnóstico de salud estándar desarrollado durante las sesiones teóricas de la Maestría, en el Modulo Salud Pública 1, el cual contenía ocho apartados principales y 85 variables mínimas, consideradas como ideales (Tabla 5).

b) la instrumentación de un modelo de evaluación de la condición que se guardaba en cada unidad de práctica de campo de los alumnos, que incluía, un instrumento de cotejo acerca de lo que idealmente debía de encontrarse y lo que estaba presente o en todo caso, la evaluación de elementos aislados presentes en la unidad, así como una entrevista dirigida al directivo de dicha unidad ^{9,10}.

Tabla 5

Criterios incluidos en el diagnóstico de salud estándar, construido en el Modulo Salud Pública da la Universidad Veracruzana, generación 2005 - 2006

Elementos del Diagnóstico de salud	No. de Variable
- Antecedentes	2
- Aspectos geográficos	7
- Factores de riesgo del ambiente físico	8
- Demografía	11
- Daños a la salud	20
- Factores de riesgo del ambiente social	16
- Factores de riesgo del ambiente económico	7
- Recursos para la salud	14

Con dicha información fue desarrollado un ejercicio metodológico para realizar cada diagnóstico de salud acorde a la realidad local, a partir de considerar dicha actividad como un proceso de investigación permanente, de interpretación y análisis de la situación de salud de la población, que llevara a la definición de requerimientos y a la acción para contribuir a mejorar

y orientar las intervenciones institucionales, de tal manera que permitiera mejorar las condiciones de salud de esa población particular¹⁰.

En relación con el módulo Gestión del Conocimiento 1 los alumnos planearon, desarrollaron y terminaron once proyectos; esto es, uno por equipo y por institución de salud donde realizaron sus actividades prácticas (Tabla 6).

Tabla 6

Títulos y contribuciones de los proyectos de investigación realizados por los alumnos de la maestría en Salud Pública, generación 2005, durante el primer semestre, según sede de prácticas. ISP

Sede	Título del proyecto	Contribuciones
Centro de Atención Integral al Estudiante Universitario (CENATI-UV)	Diagnóstico de salud universitario: una propuesta basada en la metodología participativa.	Determina qué tanto se apega el Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana a la metodología participativa.
CSU * Arroyo Blanco	Conocimiento de la población femenina sobre nuevos métodos de planificación familiar.	Establece la información que tienen las usuarias del centro de salud sobre métodos anticonceptivos y el uso que hacen de ellos.
CSU * Banderilla	Los grupos de ayuda mutua y sus efectos sobre la salud de los integrantes.	Informa sobre el impacto que tiene la participación en el grupo de ayuda mutua en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
CSU * Emiliano Zapata	Factores de riesgo asociados a IRA en menores de 5 años en la unidad de primer nivel de atención de la colonia Emiliano Zapata	Describe la información que tienen las madres de menores de 5 años, en el área de influencia del centro de salud, sobre IRA.
CSU * Gastón Melo	Competencias y funciones del personal del centro de salud Gastón Melo	Especifica niveles de motivación, satisfacción y desempeño del personal del centro de salud.
CSU * José A. Maraboto Carreón	Percepción de la calidad de la atención en los servicios de salud.	Identifica el discurso que tiene el personal del centro de salud sobre el tema de calidad de la atención.
CSU * Miguel Alemán	Motivación de la usuaria para participar en la detección oportuna de cáncer cervicouterino	Precisa razones por las que, las usuarias del centro de salud sí se realizan el Papanicolaou.
CSU * Revolución	Diagnóstico de salud en el primer nivel de atención.	Define los obstáculos para la realización del diagnóstico de salud en el centro de salud.
CSU * Sebastián Lerdo de Tejada	Motivos de abandono del control prenatal	Explica las razones de abandono del control prenatal en embarazos del área de influencia del centro de salud.
Clínica-Hospital ISSSTE Xalapa, Ver.	Prevalencia de la operación cesárea en la Clínica Hospital del ISSSTE en Xalapa, Veracruz	Expresa la opinión de las post operadas de cesárea sobre el parto normal y la cesárea.
Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana	Información anticonceptiva en adolescentes gestantes	Registra el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las adolescentes embarazadas.

*CSU (Centro de Salud Urbano)

De cada proyecto se elaboró un protocolo de investigación y un informe de resultados, mismos que fueron previamente presentados de manera oral ante el personal de las instituciones de salud, profesores y alumnos del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana^b; de esta forma se contribuyó al desarrollo de la competencia: *recopilar, manejar, interpretar y diseminar la información de la salud de las comunidades con las tecnologías apropiadas en el marco de desarrollo actual de los sistemas de información.*

Respecto de los resultados a la pregunta abierta, de los 31 alumnos 30 entregaron un escrito. La mayoría lo hizo de manera anónima [8 -26 por ciento- escribieron su nombre]. En total se expusieron 61 problemas [un promedio de dos por alumno participante] (Tabla 7). Entre los problemas expresados destacan lo relacionados con la carga académica, la relación profesor-alumno y la metodología de enseñanza aprendizaje.

Tabla 7

Frecuencia de problemas manifestados por los alumnos y los profesores de la Maestría en Salud Pública según tema al que se refieren. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, 2006

Tema de referencia	Problemas manifestados por los alumnos		Problemas manifestados por los profesores	
	No.	%	No.	%
Carga académica	14	23	10	22
Relación profesor – alumno	10	16	3	7
Metodología enseñanza aprendizaje	7	11	2	4
Evaluación del aprendizaje	5	8	7	16
Competencias transversales	5	8	3	7
Infraestructura y equipo	5	8	0	0
Contenidos de aprendizaje	4	7	1	2
Profesores	3	5	1	2
Trabajo en equipo	3	5	12	27
Otros	4	7	6	13
Total	61	100	45	100

A la pregunta expresa sobre la opinión de los alumnos respecto del tiempo que tienen para estudiar las unidades didácticas, aprender sus contenidos y lograr sus objetivos destaca que 45 por ciento de los alumnos lo consideran corto, 39 por ciento muy corto y el resto adecuado (Tabla 8).

Tabla 8

Número de alumnos según el tiempo de que disponen para estudiar las asignaturas de la Maestría en Salud Pública. ISP Generación 2005

Tiempo disponible	Generación 2005	
	No.	%
Muy corto	12	39
Corto	14	45
Adecuado	5	16
Largo	0	0
Muy largo	0	0
Total	31	100

En cuanto a la pregunta abierta realizada a los profesores, ésta se realizó en la sesión de evaluación realizada al final del semestre. Participaron 20 profesores, trece con sede en el Instituto de Salud Pública y siete en los servicios de salud en donde los alumnos realizaron sus prácticas. Todos los profesores que intervinieron en esta experiencia colaboraron a excepción de uno que realizó sus actividades en el Instituto y cuatro en los servicios de salud (Tabla 7).

Discusión

El nuevo plan de estudios resuelve, en general, muchos de los problemas que tenía la Maestría y que tienen numerosos posgrados en Salud Pública en México y en otros países.

Con la determinación de las competencias del profesional de la salud pública, a partir de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, se resuelve de manera satisfactoria el problema referente a la falta de precisión sobre el perfil del egresado, se le da una orientación muy precisa al programa y a su interacción con el entorno el cual se puede entonces visualizar como un espacio idóneo para el aprendizaje; se supera el modelo educativo clásico y se impulsa a los alumnos a la búsqueda activa de información y conocimiento, se aprovechan al máximo los escenarios institucionales y comunitarios para desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje; se aprovechan más las oportunidades que ofrece la Universidad Veracruzana para la formación integral de los alumnos, se rompe con el predominio de los enfoques disciplinarios y se favorece un abordaje integral de los problemas en salud pública.

^b En todo momento se realizaron actividades conjuntas de las diferentes acciones a emprender en los módulos Gestión del Conocimiento 1 y Salud Pública 1, lo cual permitió la conformación de espacios de retroalimentación con el personal de las diferentes áreas de práctica.

También, hay que decirlo, persisten problemas que es imposible resolver con el solo cambio en el plan de estudios, aunque se facilita su solución, como son los modelos autoritarios de gestión que se siguen presentando y que los alumnos denuncian entre los problemas que refieren.

Los resultados obtenidos al finalizar el primer semestre permiten afirmar que los alumnos están desarrollando las competencias establecidas en el plan de estudios y en particular las pertenecientes a los módulos de Salud Pública 1 y Gestión del Conocimiento 1 (Tabla 3).

Los 22 trabajos planeados, realizados y presentados de manera oral y escrita son una evidencia clara de ello. Estos resultados contrastan con los obtenidos con el plan de estudios 2001 en donde los alumnos se dedicaban fundamentalmente al estudio teórico.

La situación anterior permite aseverar que los alumnos de la maestría están transcurriendo de un proceso de consumo a uno de generación de información y conocimiento.

Es notorio que el nuevo plan de estudios no resolvió el problema de carga académica. Los alumnos y los profesores manifiestan de manera sistemática y generalizada que el trabajo que realizaron los alumnos fue abrumador y que obstaculizó un mejor aprovechamiento y aprendizaje en los alumnos. Es indudable que la carga académica se modificó: del consumo de información y de las lecturas inacabables se transcurrió al trabajo práctico abrumador (levantamiento de información, elaboración de bases de datos, obtención de resultados, entre otros), lo que, de alguna manera, impidió un análisis más detallado de los resultados obtenidos, tanto en el diagnóstico de salud como en las investigaciones realizadas. Al decir de un profesor:

"Sigo pensando que el manejo de dos investigaciones por semestre es una exageración, ahora el problema no es de exceso de lectura sino de exceso de talacha y sigue habiendo poco tiempo para la reflexión y el análisis..."

Es indispensable buscar el equilibrio entre las actividades teóricas y prácticas. Aquí es

indispensable no perder de vista que lo que se busca es el desarrollo de competencias específicas en donde, tanto los elementos teóricos como prácticos tienen un lugar.

Con el nuevo plan de estudios y la estructura modular, han aparecido nuevos problemas como los referentes a la coordinación del módulo y a la relación entre los profesores que participan en él, tanto dentro del propio Instituto de Salud Pública como fuera de él. La figura del coordinador de módulo es nueva y no está contemplado su perfil ni sus funciones. Los coordinadores de los módulos cursados desarrollaron sus funciones de manera circunstancial.

Los profesores anteriormente integraban el programa de la asignatura que impartían y se desentendían de los programas de otras materias; ahora eso no es posible, los contenidos de una unidad (la parte integrante de un módulo) guarda una vinculación muy estrecha con las otras unidades y con los objetivos del módulo, de tal forma que los profesores tienen que desarrollar una comunicación mucho más estrecha con sus compañeros, muchos de los cuales no están en el Instituto, sino en las instituciones del Sector Salud. Las necesidades de comunicación se han incrementado sustancialmente y los canales abiertos, de acuerdo con las condiciones anteriores, están resultando ser insuficientes. Ahora se plantean la falta de comunicación y coordinación como problemas importantes, que obligan a actualizar y ampliar los canales de comunicación existentes.

Al decir de un profesor:

"La coordinación con el maestro a cargo del módulo fue bastante complicada. Sugiero establecer una mecánica de comunicación más fluida entre coordinación de docencia, coordinador de módulo y maestros participantes"

Otro de los problemas que han surgido es el referente a las competencias transversales, para las cuales, se deberán establecer en futuros momentos, criterios más específicos de evaluación a partir de hechos cumplidos y de acciones desarrolladas en el ejercicio de aprendizaje de la salud pública.



Alumnos de la Maestría en Salud Pública (ISP)

Referencias bibliográficas

1. Sánchez C. Veinte años del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. *Salud Pública*; 2001. 1:16-18.
2. Rodríguez R. Historia del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. *Salud Pública*; 2001. 1:6-9.
3. Viniegra V. Los intereses académicos en la educación médica. *Rev Invest Clin*, 1987. 39:281-288.
4. Vázquez M, Luzanía V. Evaluación longitudinal de la Maestría en Salud Pública, 2002-2003. Informe 2002-2003. Xalapa, Ver. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana; 2003
5. Vázquez M, Luzanía V. Evaluación longitudinal de la Maestría en Salud Pública, 2002-2003. Informe 2003-2004. Xalapa, Veracruz. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana; 2004
6. Organización Panamericana de la Salud. La calidad de la educación en salud pública: un desafío impostergable. Relato de la reunión de consulta, Santiago de Chile, noviembre 2001. Organización Panamericana de la Salud, mayo 2002. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos # 32).
7. Viniegra V. Op. Cit.
8. Hernández G, Vázquez M. (Coordinadores). Taller de Planeación Educativa en Salud Pública. Memorias. Xalapa, (México) Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana; 2005.
9. Mendoza G. Diagnóstico de salud (Generalidades). Monografía. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México; 2005.
10. Mendoza G. Guía para integrar el protocolo del diagnóstico de Salud. Monografía. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México; 2005.
11. Mendoza G. Guía para integrar el reporte final del diagnóstico de salud. Monografía. Instituto de Salud Pública de la Universidad

Expectativas del proceso salud-enfermedad-atención médica en ancianos y prestadores de servicios

(Spectatives in health-sickness, medical attention process in elders and public health personal)

Edna Iveth Cortés Ramírez *

Gustavo Adolfo Vargas Merino**

Resumen

La transición demográfica, entre otros factores, hace que la población se esté envejeciendo a un ritmo que se debe considerar importante. Los servicios de salud no están preparados para hacer frente a una población envejecida, cuyas necesidades son en cierto modo, muy diferentes a las de los niños, adolescentes o adultos jóvenes. Aquellas pocas acciones que se realizan para la atención de los ancianos, siempre han sido planeadas tomando en cuenta la perspectiva de quienes tienen la responsabilidad de atenderlos, es decir, gente joven.

Este trabajo tuvo como objetivo conocer qué es lo que esperan los ancianos de los servicios de salud, desde el punto de vista de ellos mismos, así como el de los prestadores de servicios en cuanto a qué es lo que esperan de su trabajo hacia ellos; luego, enfrentar ambas expectativas y así ayudar a obtener estrategias congruentes con las necesidades reales de la población anciana. El hallazgo principal de este trabajo fue que los ancianos claman más por una eficiencia administrativa, abasto de medicamentos y eficacia de los tratamientos, mientras que los prestadores de servicio, se enfocan más en considerar un trato especial hacia los adultos mayores.

Palabras clave

Expectativas , salud, ancianos.

Summary

The epidemiological transition, among other facts, makes population become old in a fast and important rate. Our public health services are not prepared to attend our old population. In a certain way, this population have very different needs from the ones that children, teens and young adults have. The actions that we have been doing for taking care of elders have always been planed from the young people's perspective, who have the responsibility to look after them.

The main goal of this research was to know what elders expect from the health services. In the same way, this research was looking for knowing what the medical personal are expecting from their work to elders. After knowing both expectations we can get congruent strategies that will help the real needs of our population.

The main finding of what elders expect was: a more efficient administrative work, a better distribution of medicaments and treatments more efficient. On the other hand, medical personal are more focused on consider special treatments for elders.

Key words

Expectations, health, elder.

El artículo es producto de la práctica de campo realizado durante la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana y cuyos autores son: Edna Iveth Cortes Ramírez, Yaneli González Vargas, María Graciela Téllez Jiménez, Gustavo Adolfo Vargas Merino. Trabajo asesorado por los Mtro. Josefina Aguirre Martínez, Dulce M. Cinta Loaiza, Enrique Hernández Guerson y S. Areli Saldaña Ibarra.

* Maestra en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. edna_cr@yahoo.com.mx

** Pasante de la Maestría de Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. multiplex_xalapa@hotmail.com

Introducción

Si bien es verdad que, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, el envejecimiento de la población es un fenómeno que apenas inicia, también lo es que éste tiende a moverse a un ritmo bastante acelerado: por un lado la transición demográfica hace que ahora las personas vivan muchos más años y por el otro, la tecnología en cuanto a planificación familiar, cada vez más diversa y a mayor alcance de todos, evitará a largo plazo que la población se renueve; teniendo como consecuencia un inminente envejecimiento poblacional.

Ante tales circunstancias, se ve de improviso la necesidad de ajustar los procedimientos de atención médica para el adulto mayor, los que bien sabemos, son diferentes a aquellos que requiere un niño, un joven o bien un adulto joven.

El ajuste a los procedimientos y estrategias de atención en salud, desde luego se han hecho por gente experta, no obstante, gente experta joven. Regularmente nunca se le ha preguntado a los ancianos, qué es lo que ellos esperan de los servicios de salud, de tal manera que se puedan implementar estrategias y procedimientos acordes a sus expectativas reales. De hecho, desde las múltiples perspectivas que existen, como pueden ser la biológica, demográfica, psicológica o social, por mencionar sólo algunas, no existe un criterio unánime para describir a la ancianidad y desde luego, mucho menos, uno que haya sido definido desde la opinión misma de los ancianos.

Se considera que no sería conveniente llegar al año 2030, con más de la sexta parte de la población total del país como adulta mayor¹ (y por lo tanto usuaria de servicios de salud) sin tener un real conocimiento de cómo tratar a un tan importante segmento poblacional. Por tal motivo, es importante realizar trabajos de investigación como éste, con la intención de construir para y desde los ancianos y los prestadores de servicios estrategias claras, concretas y resolutorias de los múltiples problemas que se dan en el diario acontecer, durante el encuentro entre los servicios de salud y los adultos mayores. Por tal razón es que esta investigación tuvo como guía la siguiente interrogante:

¿Cómo son las expectativas del proceso salud-enfermedad-atención médica en los ancianos usuarios y prestadores de servicios de salud?

Desde luego que la respuesta supuesta, concuerda con la del sentido común del punto de vista de la “gente joven”; es decir, que las expectativas del proceso salud-enfermedad-atención médica en los ancianos usuarios y prestadores de servicios de salud son divergentes porque los ancianos quieren recibir un trato que responda a sus necesidades emocionales y físicas mientras que los prestadores buscan ofrecer un trato que responda a estándares de eficiencia administrativa. Sin embargo, como se podrá ver adelante, los resultados no fueron precisamente los que se habían supuesto. Una razón más para darse cuenta que antes de suponer las cosas desde fuera del criterio de los interesados, hay que preguntarles.

Método

La realización de esta investigación fue durante julio de 2004 en la ciudad de Martínez de la Torre, Veracruz, toda vez que para esa fecha, su Jurisdicción Sanitaria era la única en el estado de Veracruz, que contaba con la implementación del Seguro Popular; hecho que para fines de este trabajo se consideraba como una variable importante de tomar en cuenta.

Este trabajo se caracteriza como cualitativo, por su nivel de profundidad² es reinterpretaivo en algunas partes e interpretativo en otras y exploratorio de acuerdo a su intencionalidad³ porque trató de comprender e interpretar cómo son las expectativas en el proceso salud-enfermedad-atención médica desde los ancianos y los prestadores de servicios de salud.

La postura teórica que guía este trabajo es la que se identifica como no racional-colectivista⁴, que postula que cada persona es una combinación de la realidad externa e interna, es decir, que el conocimiento, significados, creencias, entre otros, se construyen con elementos del exterior y de lo que existe dentro de ellos.

Es importante mencionar que el enfoque no racional colectivista también es conocido por otros autores como hermenéutico, el cual

surge como una respuesta a las reflexiones positivistas de la ciencia y busca confrontar, complementar y explicar un nivel en función del otro.

Como tipos sociales, es decir, aquellas personas o grupos con una característica identificada⁵, se consideraron a ancianos y a prestadores de servicios de salud. Estos tipos sociales, se transforman en las variables discursivas, que constituyen aquellos discursos que son representativos para el trabajo⁶, en este caso: para los ancianos: edad (60 años o más), sexo, con y sin seguro popular. Para los prestadores: médicos que trabajen en el turno matutino, consulta externa y sexo.

El diseño inicial⁷ consideró dieciséis eventos de entrevistas focalizadas, técnica que se tomó en cuenta ya que los participantes poseen la característica de tener la experiencia de ser actores activos en la recepción u oferta respectivamente de los servicios de la Secretaría de Salud de Veracruz.

Un primer grupo se pensó como aquel constituido por ocho prestadores de servicios de salud (médicos), considerándose inicialmente a médicos de consulta externa con el fin de mantener homogeneidad en el rango de servicio. Por limitantes de la plantilla laboral se realizó con ocho médicos entre los que había tanto de especialidad como generales, siendo tres mujeres y cinco hombres.

Un segundo grupo estuvo constituido por ocho ancianos, cuatro mujeres y cuatro hombres, con el fin de mantener balance y homogeneidad en cuanto a sexo de los participantes. De cada uno de los dos grupos de cuatro ancianos, se dividió en dos con derecho al seguro popular y dos sin derecho al mismo, esto con la intención de conocer las posibles diferencias de expectativas entre los beneficiarios y los no beneficiarios de este programa social.

Prestadores de servicio

En este caso, se realizó un muestreo teórico que buscaba tener representados los atributos de los participantes, de tipo *criterio*⁸, este tipo se define como todos los casos que cumplen algún criterio; útil para asegurar la

calidad⁹, es decir, se seleccionaron a aquellos médicos que cumplieran con los criterios de sexo, consulta externa o de especialidad y que además fueran recomendados por el director del hospital o centro de salud, como aquellos con mejor desempeño en cuanto al trato con adultos mayores, (uno de los directores de los centros de salud, señaló a esta propiedad como ser “*taquillero*”).

Ancianos

En este caso, también se realizó un muestreo teórico de tipo criterio, es decir, se logró contactar a los ancianos con ciertos criterios predefinidos tales como: edad (60 años o más), sexo, paciente con o sin seguro popular, entre otros.

Tabla 1
Tipo y número de eventos para la categoría de expectativas.
Martínez de la Torre 2004

Variables Discursivas		Tipo de evento	No. de eventos
Ancianos Hombres	Dos con Seguro Popular	Entrevistas focalizadas	2
	Dos sin Seguro Popular		2
Ancianos Mujeres	Dos con Seguro Popular	Entrevistas focalizadas	2
	Dos sin Seguro Popular		2
Médicos Hombres	Tres de consulta de especialidad	Entrevistas focalizadas	3
	Dos de consulta externa		2
Médicos Mujeres	Uno de consulta de especialidad	Entrevistas focalizadas	1
	Dos de consulta externa		2

Una vez seleccionada la muestra de prestadores de servicios de salud y ancianos, se procedió a visitarlos en su consultorio y domicilio particular respectivamente, con la intención de realizarles una entrevista de aproximadamente 25 minutos en promedio cada una de ellas. Las entrevistas se llevaron a cabo con un entrevistador y un observador.

Las entrevistas fueron transcritas utilizando el software de reconocimiento de voz *Dragon Naturally Speaking versión 5.00.200.348* respetando totalmente la forma de expresión y las opiniones de los entrevistados. La depuración fue mínima, ya que en todas y cada una de las entrevistas se cuidó de no inducir en absoluto al entrevistado hacia ninguna respuesta específica.



Entrevista a adultos mayores.

Categorías de análisis para los prestadores de servicio

Expectativas. Se refiere a lo que están esperando los prestadores de servicio en el momento de brindar su atención y que a su vez se dividió en varios apartados que consideraban todas aquellas expresiones de los entrevistados en torno a: prevención, conocimientos, percepción del anciano, eficiencia, eficacia, proceso de administración de la atención, trayectoria de la atención, infantilización, buen trato y seguro popular.

Insatisfacción profesional. Se refiere al estado de disgusto por las condiciones laborales que reducen su eficiencia. Misma que se divide en apartados tales como: condiciones de trabajo (administrativas, recursos humanos, recursos materiales e ingreso económico), calidad del trabajo, retroalimentación, responsabilidad compartida y faltas.

Categorías de análisis para los ancianos

Expectativas. Se refiere a lo que están esperando los ancianos en los servicios de salud y está dividida en apartados como son: autopercepción, limitación de las capacidades, buen trato y seguro popular.

Insatisfacción. Se refiere al estado de disgusto por la falta de calidad y calidez de la atención médica. Ésta se divide así misma en: organización, atención recibida, profesionales y resultados de la atención.

Resultados

Las entrevistas con prestadores de servicios se realizaron en el Hospital General “Manuel Ávila Camacho” y los Centros de Salud Urbanos “Plaza Verde” e “Independencia” suscritos a la Jurisdicción Sanitaria No. IV de Martínez de la Torre, Veracruz de los Servicios de Salud de Veracruz. Las entrevistas con los adultos mayores, usuarios de estos servicios, fueron en sus hogares.

Características de los participantes

Los prestadores de servicios fueron aquellos médicos y médicas que estuvieran en contacto con los adultos mayores: ya fuera en consulta de especialidad o en consulta externa. En total, fueron cinco hombres y tres mujeres. La edad promedio de estos médicos (as) fue de 50 años, con un nivel de escolaridad de licenciatura o postgrado y cuya ocupación principal es su servicio en la Secretaría de Salud, aunque en algunos casos se dedican a la práctica privada o trabajan en alguna otra institución de salud.

Los adultos mayores fueron dos mujeres y dos hombres residentes de Martínez de la Torre, que cuentan con seguro popular y tres mujeres y dos hombres sin seguro popular. Su edad promedio fue de 70 años, con bajos niveles de escolaridad y cuya situación actual es de desempleo o amas de casa. Solamente en uno de los casos, se trataba de una mujer adulta mayor que vivía sola, el resto vive y depende de sus familiares: hijos (as), esposo (a) y nietos (as).

Los resultados de este trabajo giran en torno a dos ejes: las expectativas y la insatisfacción. Ambas categorías son analizadas tanto para prestadores de servicios como para ancianos. Y en el caso de las expectativas se dividen en tres apartados para su análisis: la salud, la enfermedad y la atención médica.

Expectativas en los ancianos: la salud, la enfermedad y la atención médica

En el caso de los ancianos, se encontró que las expectativas en salud tienen como principio que la salud es valorada a partir de la enfermedad, es decir, a partir de que se pierde y que es necesario emprender acciones para recuperarla. Por otro lado, aunque los ancianos

manifiestan que no les gusta estar enfermos y hacen cosas para cuidarse, la atención médica es solicitada en condiciones donde el dolor es insostenible o la enfermedad está muy avanzada:

"es que yo voy cuando ya siento que ya...que ya de a tiro me siento mal...no me gusta...ino me gusta! Siento que me enfermo más si voy a un hospital y ya fui porque si me sentía yo muy mal...es que andaba yo muy alterada de los nervios, y mi presión la tenía muy alta..." (Anciana-70 años-con seguro popular-2)

En cuanto a las expectativas en enfermedad, los ancianos valoran la gravedad de su padecimiento a partir de la forma en que éste interrumpe sus actividades cotidianas o su funcionalidad:

"Yo tengo un dolor en la pierna, aquí, un dolor que se me sube hasta acá me llega hasta la cadera y ya llegando ese dolor a la cadera no me deja caminar, la cintura y la cintura ya no la puedo doblar" (Anciano-68 años-sin Seguro Popular-2)

Las expectativas en atención médica giran en torno a dos componentes: el buen trato y el seguro popular. El buen trato para los ancianos tiene diferentes matices: por una parte, es la realización de estudios y una explicación efectiva por parte del prestador de servicios acerca de la situación en que viven, la indicación de medicamentos "buenos" (es decir, efectivos para ellos), tener una relación con el prestador de servicios basada en la confianza y la amistad. El buen trato es además que se dirijan hacia ellos con respeto (y sólo en el caso de una anciana se hizo referencia a que le gustase que utilizarán algún diminutivo o frases cariñosas):

"...pues encontrar en los médicos a un amigo (...), al doctor le contamos los problemas físicos que tenemos, entonces encontrar en el doctor un amigo en quien confiar, una persona que te sonría y que te inspire confianza..." (Anciana-63 años-con Seguro Popular-1)

En cuanto al seguro popular, se observó que aquellos ancianos que están afiliados, no tienen información precisa acerca de lo que abarca el seguro (qué servicios y cuáles enfermedades), pero están satisfechos con la atención recibida y ello se explica porque les ha permitido tener acceso a consultas y estudios que en otras circunstancias no hubiesen podido realizar:

"...me dijo el doctor que me daban un folleto para que yo me ilustrara en cuanto a las obligaciones de lo que yo tendría derecho, pero le digo, ni siquiera nos acordamos de haber leído y yo inclusive le comentaba a mi esposa, debíamos de leer el folleto que me dieron para saber a lo que tenemos derecho, desgraciadamente, y ahí tengo el folleto, lo voy a leer ¿por qué? Porque voy a volver a adquirir el seguro". (Anciano 67 años-con Seguro Popular-2)

Y en aquellos ancianos que no están afiliados al seguro popular, se manifiesta la necesidad de información y de adquirirlo:

"...el seguro popular, eso a mi me haría mucha falta, pero la desgracia es que no hay ahorita inscripciones hasta el primero de noviembre (...) a ver si ahora si puedo entrar, para poder ir ahora si, digamos, más seguido, para una cosa, ya uno está en una edad, en que ya el cuerpo no está en las mismas condiciones, que una persona joven, digamos, ya todo le duele a uno, pues hay que estar todo el tiempo ahí, prefiere también digamos, el seguro popular." (Anciano-68 años-sin Seguro Popular-2)

La insatisfacción de los ancianos

Aunque los ancianos expresan estar satisfechos con los servicios de salud en el trato y el diagnóstico, hay evidencias que nos señalan que la expresión verbal de satisfacción no es congruente con sus vivencias, a saber: son mal atendidos por algunos prestadores de servicios, pues no los tratan de buena forma, no les hacen preguntas o no tienen la disposición para atenderles; tienen que comprar medicamentos que no son surtidos, aunque no cuenten con los recursos para hacerlo; sienten que se les indica medicamentos que no son "buenos"; pasan por largas esperas en el hospital; consideran que el tiempo de la consulta no es suficiente y, la mayoría de ellos, aunque han sido atendidos, siguen con sus dolencias:

"... que a veces no le hacen caso a uno, a veces esa es la cosa, que no sé, como que lo toman a uno como que ni lo dejan, y ya le dan a uno la consulta, como que hay algunos médicos que le atienden de mala gana, y otros me han tratado bien más que la verdad, pero otros como que no y eso es lo que halla uno como que no le hacen caso a uno y esa es la única cosa que yo pueda decir de ahí, porque... está un médico que si me trata bien, y uno dice yo quiero irme con ese médico porque con los otros no, como que no les gusta ya, atender a uno, pues no sé... no me explico vaya por qué..." (Anciana-73 años-Sin seguro Popular-3)

Expectativas en prestadores de servicios: la salud, la enfermedad y la atención médica

En el caso de las expectativas en salud de los prestadores de servicios, se encontró que la salud es abordada desde dos modelos: el primero, enfocado a la enfermedad, curativo y que se centra en las patologías del anciano y el segundo modelo, que se fundamenta en la salud, preventivo y que se plantea como propósito una vejez digna y una calidad de vida elevada para los ancianos:

"La prevención sería desde la infancia, hacerles ver que el crecimiento, el desarrollo va teniendo desgastes y va formando enfermedades degenerativas y desde el inicio del kinder, primaria, clases a los niños después a los adolescentes (...). Pues así sería, hacer campañas, yo creo que desde la universidad..." (Prestador de servicios-femenino-3)

En las expectativas en enfermedad por parte de los prestadores de servicios, se tiene que, por una parte, están cuestionando los conocimientos que ellos mismos deben poseer para poder brindar una atención específica a los ancianos y señalan que ello amerita una capacitación especial por parte de los servicios de salud y un interés propio de ellos:

"Lo que me refiero es que no tenemos un programa bien específico para estos adultos mayores que nos diga cómo debe ser la atención para esos adultos mayores, me imagino que debe haber una forma específica, especial, de tratarlos, de manejarlos. Y en cuanto a programas, en cuanto a la cuestión de conocimientos, le diré que no estamos capacitados para atender las verdaderas patologías de los pacientes adultos." (prestador de servicios-masculino-3).

Por otra parte, los prestadores de servicios perciben a los ancianos como personas que tienen padecimientos específicos, que no acuden a los servicios de salud oportunamente (guardan el dolor para no molestar a quienes les rodean) y que han tenido una trayectoria de vida difícil que explica en muchos casos, el abandono en el que viven:

"...el paciente mayor muchas veces, es gente olvidada, gente frustrada, que eran alcohólicos, eran fumadores, o tenían dos familias, y ahora viven con la primera esposa, entonces muchos hijos no los quieren, generalmente los trae la hija, porque ya son viudos, por que la esposa los dejó, verdad, entonces este, son ávidos de afecto..." (Prestador de servicios-masculino-4)

Las expectativas en atención médica para los prestadores de servicios abarcan diferentes conceptos: la calidad y calidez como parte del desarrollo de su trabajo y el tiempo extra para atender a sus pacientes como señal de dedicación al trabajo.

Los prestadores de servicios, miden, pesan, revisan la historia clínica de los ancianos, pero también agregan elementos que les permitan construir una relación de confianza y se establezca un puente de comunicación con ellos. Y a esto, los ancianos han respondido con diversas formas de agradecimiento que les permiten distinguirse ante quien los atiende:

"Por la calidez que le das al paciente él se siente muy agradecido y muy confortado cuando le das un trato personal, si..... entonces sienten agradecimiento, incluso en la consulta que se da cuando vienen de manera subsecuente ellos pues.... traen un dulce, una paleta, una naranja, algo que ellos sienten una manera de agradecer la consulta" (Prestador de servicios-femenino-2)

Así, se descubrió que para los prestadores de servicios, el buen trato es: darles comodidades durante las consultas, realizar exploraciones lentas e interrogatorios cuidadosos (en consideración a la lentitud de sus movimientos, al deterioro de sus capacidades cognitivas, al analfabetismo o la vivencia de la discapacidad). Otro elemento del buen trato es el lenguaje con el que se dirigen a ellos: llamándoles por su nombre como demostración de respeto, eliminando las frases cariñosas o los diminutivos puesto que, para algunos ancianos desde la experiencia de los prestadores de servicio, puede ser ofensivo dirigirse de esta forma:

"Generalmente, cuando es un adulto mayor (...) me refiero a él ya con su nombre, es en ocasiones antes de preguntarle por el padecimiento hacer algún comentario en relación a sus hijos, a sus problemas familiares, a veces ya en la confianza con el médico y se entabla un poco de conversación fuera del padecimiento, (...) muchas veces vienen para que escuchemos sus problemas familiares ¿sí? y posteriormente se trata el padecimiento se les hace un poquito más de énfasis porque a veces tienen problemas ya de sordera o de visión." (Prestador de servicios-femenino-2)

Los prestadores de servicios hacen una diferenciación entre los grupos de edad a los que

atienden y eso les hace concluir que el trato a un anciano debe ser diferente al trato que se le da a un niño puesto que en los ancianos, aún con las dificultades que tienen para entender indicaciones y procedimientos, éstas pueden ser superadas a base de explicarles con paciencia:

"...entonces esto requiere un esfuerzo doble, apoyarse en un familiar, tener paciencia y ganas de escuchar..." (Prestador de servicios-masculino-2)

En cuanto al seguro popular, los prestadores de servicios expresan que no hay diferencia en términos de trato y desempeño, entre la población afiliada al seguro popular y la población abierta. Aunque los prestadores de servicios, notan en los ancianos que están afiliados al seguro popular, un cambio en sus expectativas y ello tiene una parte positiva, pues los ancianos acuden a hacerse un chequeo con propósitos preventivos, pero también tiene una parte "negativa" pues se vuelven más exigentes con el servicio que solicitan:

"La única diferencia es que el Seguro Popular viene porque ya pagó, porque ya devengó, o más bien, ya erogó, algo económico, y ya siente confianza o siente un respaldo, de que va a venir y él dice: 'vengo a un chequeo general, porque tiene quince años que no me hago un chequeo general...' (Prestador de servicios-femenino-3)

La insatisfacción de los prestadores de servicios

Los prestadores de servicios sí expresan abiertamente que se encuentran insatisfechos y ello tiene varios motivos:

Las condiciones de trabajo, que abarca desde un ingreso económico insuficiente y una carga excesiva de trabajo, la parte administrativa de quince minutos para una consulta (cuando para el anciano se necesita más tiempo), la falta de recursos humanos como geriatras o la falta de materiales y áreas especiales para los ancianos:

"...La otra es tener médicos geriatras, vamos a decirlo así, para enfocarnos a sus patologías específicas, de acuerdo a su edad, y tener psicólogos o psiquiatras para lo que sigue, porque de acuerdo a mi experiencia insisto, infinidad de pacientes adultos mayores que he tratado no requieren de otra cosa más que antidepresivos y su patología, como sería

una artritis, pues ya sería tratarlo por todo". (prestador de servicios-masculino-3)

La falta de retroalimentación con el anciano por la disminución o pérdida de sus capacidades físicas o cognitivas:

"...y a veces pues hay que repetir, incluso el paciente, a veces no comprende bien, o a veces no entiende bien la letra, se le vuelve a recordar en qué horario se debe tomar su medicamento, se le indica, porque a veces se va el paciente y no sabe qué hacer con la receta, que tienen que pasar a caja, por su medicamento, se lleva su nueva orden de análisis..." (Prestador de servicios-femenino-2)

La falta de recursos de los ancianos para seguir sus tratamientos o someterse a intervenciones quirúrgicas y la falta de asistencia y cuidados por parte de quienes son responsables de ellos, impactando en su recuperación:

"En ocasiones es difícil porque.. yo me he dado cuenta que vienen a veces solos, no los acompañan algún familiar. En ocasiones, ellos no saben leer ni escribir, si te tardas un poquito para darle la indicación de acuerdo a cómo deben de tomar sus medicamentos incluso van a la farmacia, les pido que vengan con el medicamento y les explico cómo lo deben de tomar porque muchas veces o no le entienden a la letra del médico si..... o no saben leer y escribir entonces hay que anotarles en los plásticos de las cajas de los medicamentos como deben de tomar". (Prestador de servicios-femenino-2)

Comparación de expectativas entre prestadores de servicios y ancianos

Este trabajo tuvo como objetivo conocer qué es lo que esperan los ancianos de los servicios de salud, y lo que los prestadores de servicios esperan proporcionar desde su trabajo hacia los ancianos. El planteamiento principal de esta investigación decía que las expectativas de los ancianos y los prestadores de servicios en el proceso salud, enfermedad, atención médica son divergentes.

Así se encontró, que en lo que se refiere a salud, los ancianos no tienen claridad acerca de lo que es e implica la salud y su mantenimiento, centrándose en la enfermedad y en el caso de los prestadores de servicios ya hay un cambio de paradigma: al transitar a la salud y a los aspectos preventivos.

En cuanto a la enfermedad: los ancianos no cuestionan las capacidades y conocimientos de quienes les atienden mientras que los prestadores de servicio están planteando la necesidad de conocimientos que permitan dar una atención específica al anciano.

Para la atención médica, los ancianos piensan que sólo abarca un buen diagnóstico, estudios y “*buenas medicinas*” y para los prestadores de servicio, va más allá de esos elementos y plantean la confianza, el respeto y el lenguaje adecuado para atender a los ancianos.

Y aunque los ancianos no hacen declaraciones acerca de encontrarse insatisfechos con el servicio de salud, siguen haciendo distinciones entre aquellos prestadores de servicios que los “*tratan bien*” y quienes les “*tratan mal*” y señalan la compra de un medicamento que no pudo surtir y que ellos tienen que buscar, a pesar de no contar con los medios para hacerlo.

En el caso de los prestadores de servicios, la insatisfacción surge por no contar con las condiciones idóneas para dar un trato de alta calidad al anciano.

De esta forma, se puede concluir que abordar el fenómeno de la ancianidad es una tarea compleja, sobre todo en lo que concierne a los recursos humanos, materiales y a la infraestructura necesarios para atenderles y que puedan satisfacer sus expectativas del servicio de salud. Sin embargo, de parte de los servicios de salud hay un avance en cuanto a que están en disposición de capacitarse, colaborar y establecer relaciones de respeto con las personas mayores lo que les permitiría alcanzar los objetivos que se han trazado para su atención.

Discusión

Se puede observar que se encuentran divergencias entre lo encontrado y lo supuesto en dos sentidos:

1. La suposición teórica era que los adultos mayores se interesaban más por el aspecto de satisfacer sus necesidades emocionales y físicas, siendo que en la realidad, ellos demandan sobre todo eficiencia en el abasto de medicamentos y el resultado satisfactorio de sus tratamientos más que un trato hacia ellos cargado

de consideraciones especiales por ejemplo.

2. Existe diferencia entre lo que esperan los prestadores de servicio de salud de los adultos mayores y lo que estos últimos esperan de aquellos: al contrario de lo que se suponía, los ancianos claman más por una eficiencia administrativa en cuanto al segmento que les interesa, que es el abasto de medicamentos y la eficacia de los tratamientos, mientras que los prestadores de servicio, se enfocan más en considerar que debe haber un trato especial hacia los adultos mayores.

Por lo tanto, esta investigación permitió concluir que la divergencia entre las expectativas de las personas mayores y los prestadores de servicio debe ser saldada, mediante este tipo de investigaciones en donde se puede conocer lo que realmente piensan los diferentes actores, sobre el proceso salud enfermedad-atención médica, con la intención de adaptar las políticas públicas, programas y acciones a las realidades de quienes intervienen desde sus diferentes perspectivas.

Referencias bibliográficas

1. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México.
2. Hernández, E, Saldaña, A. El proceso de investigación. Perspectiva cualitativa. Guía práctica para su realización. Xalapa (México). En prensa 2003.
3. Hernández, E. Ídem., p. 44.
4. Castro, R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 2000. p. 27.
5. Hernández, E. Op. Cit., p. 40.
6. Hernández, E. Op. Cit., p. 40.
7. Hernández, E. Op. Cit., p. 33
8. Hernández, E. Op. Cit., p. 40
9. Hernández, E. Op. Cit., p. 44

Comité de salud del estudiante universitario: una visión desde la metodología participativa

(Health committee of the university student: a mink from participative methodology)

María Luisa Sánchez Murrieta*

Perla Madahí Calderón Rodríguez**

Palabras clave

Metodología participativa, principios metodológicos, principios epistemológicos, salud, investigación aplicada, comité de salud.

Key words

Participative methodology, methodologic principles, epistemologic principles, health, applied investigation.

Resumen

En las últimas décadas se han elaborado investigaciones relacionadas con la metodología participativa, pero pocas en lo que se refiere a la elaboración de diagnósticos de salud participativos y menos en lo que respecta a los hábitos de los estudiantes universitarios; por lo tanto, se realizó esta investigación con lo que respecta a la metodología participativa aplicada a la comunidad estudiantil universitaria, para valorar el proceso participativo implementado por el Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, así como el apego a los principios de la metodología participativa por el mencionado comité, para la detección de comportamientos de riesgo para su salud.

El trabajo de investigación se realizó a partir de un estudio de corte cualitativo. Para captar la información se utilizaron bitácoras, notas de campo y audio grabaciones, el texto producido se analizó utilizando la técnica de análisis de contenido temático, lo que permitió identificar temas de salud, los principios metodológicos de la participación social que desarrolla el Comité de Salud y la caracterización del tipo de investigación participativa.

El análisis permitió identificar que el proceso de trabajo del Comité de Salud se encuentra actualmente en una fase de arranque, para concretar sus estrategias y objetivos; que están presentes principios epistemológicos y metodológicos de la metodología participativa, y valorar el nivel de participación.

Summary

Investigations related to the participative methodology have been elaborated in the last decades, but few of them related with participative diagnostic of health, and with the habits of the university students; therefore, it was made an investigation which concerns to the participative methodology applied to the university student community, in order to: value the participative process implemented by the Health Committee of the Faculty of Statistic, of the Universidad Veracruzana, as well as to value the attachment to the principles of the participative methodology in the project of the Health Committee of the Faculty of Statistic of the Universidad Veracruzana to find risk behaviors to the student health.

El trabajo que se presenta fue realizado bajo la asesoría del Mtro Enrique Hernández Guerson. Director del Instituto de Salud Pública, Mtra. Alma Cruz Juárez. Directora del Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario y por la Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra. Académico del Instituto de Salud Pública. El trabajo es producto de la experiencia educativa obtenida del Módulo de Gestión del Conocimiento I; Coordinado por el Dr. Domingo Vázquez Martínez, que corresponde al primer semestre de la Maestría en Salud Pública.

* Médico, alumna de la Maestría en Salud Pública, Universidad Veracruzana. México. msanchez@uv.com

** Nutrióloga, alumna de la Maestría en Salud Pública, Universidad Veracruzana. México. pcalderon@uv.com

The investigation was focused from a study of qualitative cut. To capture information it was used binnacles, field notes and recordings; the text was analyzed using the thematic content analysis technique, which allow identify health subjects; the methodologic principles of the social participation that develops the Health Committee and the characterization from the Participative Investigation.

The analysis allowed to identify that the process of work of the Health Committee is at the moment in a phase of starting, to make specific its strategies and objectives; that epistemologic and methodologic principles of the participative methodology are present, and to value the participation level.

Introducción

La Investigación Acción Participativa (IAP), es una estrategia general de intervención que se puede implementar en muchas situaciones concretas para la búsqueda de su transformación, que tuvo gran impacto en los años 60 en América Latina, y se ha ido introduciendo poco a poco en los planos académicos. Autores como Gabarrón y Hernández¹, conceptualizan a ésta, como una propuesta metodológica inserta en una estrategia de acción definida que integra a investigadores, educadores (tanto profesionales como populares) en un proceso colectivo de producción y reproducción de conocimientos necesarios para la transformación social, es decir, es una propuesta para el cambio social; cuyo objetivo es el conocer transformando la realidad.

Teresa Cerqueira y Daniel Mato², definen la participación social como las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada; como estrategia promueve la interacción entre los actores sociales representantes de las organizaciones comunitarias y de las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales para que en conjunto se analicen problemas y necesidades, se planifiquen acciones, se

lleven a cabo políticas, planes y programas y se evalúen los procesos y resultados.

A su vez, Paloma López de Cevallos³ destaca la idea de que la participación es indispensable para el desarrollo y la educación (entendiéndose como aprendizaje), señalando que el desarrollo de una comunidad requiere la participación en todas las fases de un proyecto, como son:

1. Análisis participativo sobre su situación y sus necesidades.
2. Estructuras participativas, para que la gente se comuniquen y la comunidad se refuerce.
3. Educación participativa, tales como procesos de autoaprendizaje, para dominar nuevas acciones y situaciones.
4. Acción participativa, que integre tecnologías adecuadas.

Además señala niveles de participación a los que estructura en: periférico, condiciones y sentido de la acción, señalando que, en la investigación- acción participativa, las poblaciones implicadas son las que deciden a los tres niveles.

De igual forma, López de Cevallos, aborda el planteamiento de tres tipos de investigación, de acuerdo al sujeto, objeto, finalidad, relación con la acción y metodología, dividiéndolas en: informativa, encuesta participante e investigación-acción- participativa.

En cuanto a investigaciones realizadas en el campo de la salud se encuentran algunas experiencias utilizando la metodología participativa como base, entre ellas, podemos referirnos a aquella que analiza una experiencia rural de participación social (PS), definida como la posibilidad de un acceso real de la población al control de los procesos que afectan su salud. De tal análisis se desprende la relevancia de la mujer campesina en el impulso de la PS en salud, así como la necesidad de insertar el trabajo de educación y organización para la salud dentro de un proceso organizativo regional que se potencialice mediante la gestión municipal. Se propone además un interlocutor sanitario que funcione como instancia reguladora frente al Estado⁴.

Uno de los proyectos actuales de la Universidad Veracruzana inicia con el proyecto *Universidad por la salud: un enfoque de prevención y promoción con participación estudiantil*⁵, que se realiza a través del Centro de Atención Integral a la Salud del Estudiante Universitario (CENATI), con el objetivo de identificar y analizar comportamientos y factores de riesgo para la salud con la población estudiantil universitaria; desarrollar estrategias de intervención para hacer detección oportuna, atención, prevención y promoción; elaborar modelos y servicios de salud adecuados a las necesidades de salud de la población. Su línea de trabajo se fundamenta en un enfoque participativo, fomentando la participación estudiantil al interior de las facultades, integrada en un Comité de Salud.

El objetivo principal del Comité de Salud es que los miembros participen en la detección y análisis de comportamientos de riesgo entre los estudiantes y con base en ello, se implementen acciones para modificar dichos comportamientos, partiendo de la iniciativa del Comité de Salud y haciéndola extensiva a todos los estudiantes en momentos posteriores.

Es importante mencionar, que este artículo plantea la experiencia de un proyecto de investigación⁶ realizado en el Instituto de Salud Pública y el CENATI de la Universidad Veracruzana, que tuvo como objetivo dar respuesta a las siguientes interrogantes:

Desde la experiencia del Comité de Salud ¿es la metodología participativa un recurso que fomenta la participación del Comité de Salud de la Facultad de Estadística en la detección y análisis de comportamientos de riesgos para su salud? ¿qué caracteriza el modelo de la metodología participativa que se aplica en el Comité de Salud de la Facultad de Estadística

de la Universidad Veracruzana en la detección y análisis de comportamientos de riesgos para su salud?

En las últimas décadas se han elaborado investigaciones relacionadas con la metodología participativa, pero escasos en lo que se refiere a la elaboración de diagnósticos de salud participativos, y menos en ámbitos universitarios, por tanto se realizó esta investigación con lo que respecta a la metodología participativa aplicada a la comunidad estudiantil universitaria, para explorar sus aplicaciones, así como evaluar la respuesta de los alumnos, involucrados en un Comité de Salud ante la metodología participativa, como recurso para la promoción de la salud, favoreciendo la detección y análisis de comportamientos de riesgo en los estudiantes universitarios, como respuesta a sus necesidades de salud.

Método

Se realizó un estudio de corte cualitativo^a, en el que participaron los integrantes del Comité de Salud de la Facultad de Estadística, de la Universidad Veracruzana (profesores, estudiantes y directivos).

Se dio seguimiento a las reuniones del Comité Salud y a todas las actividades que se promovieron para la elaboración del diagnóstico de salud durante el periodo de julio a diciembre del 2005, a través de las siguientes técnicas: la observación cualitativa⁷, que permitió rescatar la información en una guía de observación obteniendo aspectos tales como la descripción del escenario y de las características del desarrollo de las actividades en donde se recuperó la actuación de los participantes en cuanto a interés, participación, colaboración, apatía o indiferencia y algunos otros elementos que ayudaron a interpretar su actuar^b; así como describir la forma en que los actores viven, y desarrollan la metodología participativa.

^aSu característica esencial es explorar desde el escenario de los individuos; se destaca la importancia de la investigación que produce datos obtenidos de las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable. Hernández, E., 2003. El proceso de investigación. Perspectiva cualitativa. Guía práctica para su realización. Considerando a la investigación cualitativa más que en un conjunto de técnicas para recoger datos: como un modo de encarar el mundo empírico. Taylor y Bogdan, 1996. Introducción a los métodos cualitativos de investigación.

^bTeniendo la ventaja de meter al observador en el fenómeno donde puede ser testigo de las conexiones, correlaciones y causas tal como se desenvuelven. El observador estuvo libre para buscar las categorías o conceptos que tuvieran significado para los sujetos involucrados en el Comité. En esta investigación se desarrolló el rol de completo observador, de acuerdo a Junker, (citado en Valles, 1997) tratando de obtener una máxima actividad de observación y un alto grado de distanciamiento en las actividades que realizaron los actores.

Se analizaron video grabaciones^c y audio grabaciones de las reuniones del Comité Salud, llevadas a cabo en la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana; documentos generados ex profeso como fueron las bitácoras^d de las reuniones, elaboradas por miembros del Comité de Salud en cada reunión y notas de campo elaboradas por los investigadores.

El material permitió comprender las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y las actividades de quienes las produjeron.

La categoría teórica establecida *a priori* fue: participación social en salud, la cual es definida por Teresa Cerqueira y Daniel Mato, como las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada; como estrategia promueve la interacción entre los actores sociales representantes de las organizaciones comunitarias y de las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales para que en conjunto se analicen problemas y necesidades, planifiquen acciones, llevar a cabo políticas, planes y programas, y evaluar el proceso y los resultados⁸.

Se decidió *a priori* incorporar, de acuerdo a los principios de la investigación participativa, las siguientes categorías empíricas:

- 1) El punto de inicio está ubicado en la realidad.
- 2) Se parte de la realidad específica de los propios participantes del proceso.
- 3) Los procesos y estructuras, las organizaciones y los sujetos se contextualizan en su dimensión histórica.
- 4) La relación tradicional de sujeto a objeto entre investigador y los grupos sociales se convierten en una relación de sujeto a sujeto.
- 5) La unidad de la teoría con la práctica supone construir la teoría a partir de la práctica reflexionada.

6) El conocimiento científico y popular se articula, críticamente, en un tercer conocimiento nuevo y alterno.

7) La participación social debe ser a través de todo el proceso de investigación y acción.

8) El compromiso político del investigador con el grupo social y su causa.

9) Reconocer el carácter político e ideológico de la acción científica y de la educativa.

10) La investigación acción se convierten en momentos metodológicos de un solo proceso para la alternativa social.

Para el análisis de los datos, se consideró la información recopilada de once reuniones, apoyados de la transcripción de siete bitácoras que corresponden a siete fechas de reunión, siete notas de campo, equivalentes a igual número de eventos y finalmente de dichos eventos se obtuvieron dos audio grabaciones, así se rescataron varias de las diferentes técnicas de recopilación para un mismo evento.

Por la profundidad del análisis de los datos, se trabajó en el primer nivel de interpretación⁹, empleando la estrategia de análisis de contenido temático¹⁰, encontrando los temas de salud abordados y emergentes que son mencionados durante las reuniones, y los conceptos de donde se extraen las categorías empíricas definidas *a priori*.

Al mismo tiempo se buscó la validación empírica de la información a través de imágenes de video y fotográficas; todo lo anterior con la finalidad de valorar la respuesta de los actores sociales ante la metodología participativa como recurso para la detección y análisis del comportamiento de riesgo en la población estudiantil universitaria que permitieran orientar las estrategias de los Comités de Salud.

^cDicha técnica como parte de la observación sirvió como recurso confiable y paciente, ya que como menciona Dabbs, (citado en Taylor, y Bogdan, 1996) este instrumento puede registrar todo lo que ve y hacerlo de manera continua durante largos periodos, permitiéndonos expandir o comprimir el tiempo y hacer visibles pautas que de otro modo se desplegarían con demasiada lentitud o rapidez como para ser percibidas. Ello con el fin de apoyar las notas observacionales.

^dDe acuerdo a López de Cevallos (1989) son documentos que se consideraron como fuente primaria de información.

El análisis cualitativo ofreció, nuevas fuentes de comprensión valiosas para la investigación debido a su naturaleza subjetiva¹¹.

Resultados

El Comité de Salud se encontraba conformado por 17 alumnos, once mujeres y seis hombres; seis de ellos cursan el 1er semestre, ocho el 3ro, uno el 5to y dos el 7mo; sus edades oscilan entre los 17 y 22 años, así mismo, el Comité estuvo integrado por seis maestros, catedráticos de la Facultad de Estadística, constituyéndose por cuatro hombres y dos mujeres, siendo estas dos últimas la directora y la secretaria académica y por último la coordinadora del programa y directora del CENATI.

Caracterización de las reuniones de trabajo

Las primeras reuniones del Comité se realizaron en el salón audiovisual de la Facultad de Estadística, posteriormente, para la fácil ubicación y comodidad de los alumnos convinieron que se realizaran en otro espacio, lo que evitó que se desplazaran a otro lugar ajeno para ellos, por lo que en últimas fechas las reuniones del Comité de Salud se llevaron a cabo regularmente en un aula que los estudiantes nombraban como “del quinto semestre”, ubicada en el patio central de la unidad, siendo la única aula en ese espacio, ubicada entre la administración escolar y un cubículo para maestros. Teniendo unas dimensiones aproximadas de cinco metros. por cinco metros, contando con dos ventanals y una puerta para el acceso por uno de sus costados. Las reuniones duraban alrededor de una hora u hora y media, realizándose cada semana los días miércoles, a las trece horas.

La distribución de los alumnos fue similar a la que se tiene para tomar una clase; durante las reuniones, el ambiente dentro del grupo, fue de tranquilidad y se apreciaba un ánimo cooperador por parte de los integrantes del Comité al expresar sus ideas y experiencias.

Análisis de contenido temático

Temas de salud

Con respecto a los temas de salud comentados en los eventos, no se encontraron consistencias del discurso¹². Los temas tratados que presentaron en algunas de las variables discursivas compartiendo el mismo código;

fueron reagrupados en los temas: adicciones, salud mental (autoestima, depresión), hábitos de alimentación, anticoncepción, relaciones sexuales de riesgo y su prevención, integración familiar, y calidad de vida. Por último, los temas extremos, presentados en al menos una cuarta parte de los documentos analizados, compartiendo el mismo código, fueron: bienestar, adaptación, estrés, relaciones interpersonales y sedentarismo.

Es necesario agregar que dichos temas se dieron a partir de la dinámica que obedecía a la planeación para la elaboración de un instrumento que apoyaría la realización de un diagnóstico de salud.

En cuanto a los temas emergentes, estos fueron categorizados por los investigadores de acuerdo al discurso de los participantes, constituyendo la organización, el tema que se compartió en la mayoría de las reuniones, obteniendo consistencia; la deserción escolar, dudas, confiabilidad y validez, motivación a la participación, orientación, sensibilización, asistencia, experiencia profesional y respeto a los tiempos, presentaron variabilidad; hallándose dispersos en las reuniones; los temas extremos: temor a resistencias y familia.

Análisis de principios metodológicos de la participación social en salud

Aplicando nuevamente el análisis de contenido de los eventos señalados, se buscaron los diez principios metodológicos; teniendo como hallazgos la ausencia de consistencia en los eventos. En cuanto a las categorías empíricas encontradas como variabilidad, se localizaron las siguientes:

- Debe partirse de situaciones reales, es decir, de las demandas o necesidades sentidas de los involucrados.
- Deben ser los propios participantes quienes definen el problema a investigar, son ellos quienes realizan un diagnóstico de su situación.
- Deben tomarse en cuenta las costumbres, ideología y características de los participantes del proceso.
- Debe darse una comunicación horizontal de un diálogo democrático.
- Debe haber una reflexión de la práctica que se realiza; esto para partir de la experiencia de los involucrados e ir sistematizando aquellos asuntos en los que se quiere profundizar.

- Se considera la participación de la comunidad en todo el proceso, desde la situación, problema y acción.

Continuando el análisis del contenido, no se localizaron cuatro de los principios definidos *a priori*, siendo éstos: debe darse un vínculo del conocimiento popular y académico, construyendo un nuevo conocimiento; el investigador debe estar compartiendo con la causa, que para este proceso, es la salud de los estudiantes; que el grupo social haya estado consciente de su realidad y estén comprometidos; que la propuesta que hagan sea la mejor en su ámbito y, debe darse la transformación a través del proceso; la investigación para aprender y transformar la realidad, por lo que fueron cualificados como casos extremos, debido a su ausencia en los eventos.

A partir de la codificación realizada, se decidió integrar un último concepto caracterizando el proceso de participación del grupo, que si bien es cierto tenía participación constante en todos los procesos, es el grupo promotor quien de alguna manera conserva el poder de decisión¹³, notándose recurrentemente la aparición de dicho suceso en los eventos.

Discusión

Durante el periodo que se desarrolló la investigación (julio-diciembre, 2005) en donde el Comité de Salud recurrió a la metodología participativa como un recurso para fomentar la participación de los alumnos para lograr el objetivo de favorecer la identificación de factores y comportamientos de riesgo, relacionamos para esta discusión lo que Cerqueira dice con respecto a la participación social en salud: que está representada por las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada¹⁴. Señalando por otra parte, a otros autores que mencionan diferentes principios que forman los elementos indispensables que deben estar presentes en la participación social a través de todo el proceso de investigación y acción¹⁵, es decir, se considera la participación de la comunidad en todo el proceso.

Con base a la teoría que rescata esta investigación, del análisis realizado se obtuvieron los elementos para considerar que la metodología participativa es un recurso que ha fomentado la participación de la población estudiantil, de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana, en la detección y análisis de comportamientos de riesgos para su salud.

En cuanto a lo que caracteriza el modelo de la metodología participativa que se aplica por el Comité de Salud, se puede señalar que si bien es cierto, se encontraron algunos de los principios teóricos de la metodología participativa, otros por el contrario estuvieron ausentes, tal es el caso del principio que refiere al reconocer el carácter político e ideológico de la acción científica y de la educativa, es decir, que el grupo social haya estado conciente de su realidad y estén comprometidos, pues aunque el Comité está conformado por directivos, maestros y alumnos de la facultad, sólo los alumnos son quienes han estado involucrados y presentes en el proyecto de manera consistente, y la representación de maestros directivos es de forma no comprometida con el proceso, sino únicamente con aspectos administrativos.

Con lo que respecta al principio que menciona que la investigación acción se convierte en momentos metodológicos de un proceso para la alternativa social, esto es, que en la participación debe darse la transformación a través del proceso, podemos señalar que de igual manera, ésta estuvo ausente en el análisis, debido a que los miembros alumnos del Comité, quienes realizaron las acciones, aún no se encuentran en la condición de apropiarse de su situación de salud y poder transformarla de forma autogestiva, parece más bien, una dinámica que Ander-Egg E. denomina de cogestión, el cual refiere que el grupo participa en el proceso, pero es el grupo promotor quien conserva el poder de decisión¹⁶.

Es importante mencionar que este grupo es de reciente creación; esto lo caracteriza como un grupo que es coordinado en sus diferentes actividades y la participación de todos los integrantes en el proceso no es constante o se realiza de manera pasiva; de

acuerdo a Beal¹⁷, una de las características esenciales de un grupo consiste en que las decisiones son tomadas por el grupo como un todo, donde cada miembro participa en función de sus habilidades e intereses.

Idealmente una característica es que las ideas son valoradas más bien para el logro de la meta, que por la posición relativa de sus proponentes. El funcionamiento de un grupo esta bajo el control de sus integrantes y se puede hacer más eficiente y más eficaz; en una palabra, puede madurar.

Conclusiones

Podemos señalar que el proceso de trabajo del Comité de Salud se encuentra actualmente en una fase de arranque para concretar sus estrategias y objetivos.

La investigación permitió identificar que los principios que sustentan el trabajo de la metodología participativa de acuerdo a López de Cevallos¹⁸ están presentes.

La autora considera como elementos sustantivos para la investigación acción participativa con dicha metodología, el hecho de quien la ejerce cumpla con al menos tres principios: el explicativo, entendido como el conocimiento profundo de los actores y sus acciones; el aplicativo como la puesta a disposición de los propios actores, el conocimiento obtenido para la generación de sus propias acciones y, el implicativo, en el que se utiliza la investigación como medio de movilización social, y existe compromiso con la causa. De tal manera que el acercamiento a la metodología participativa es en función de cumplir tales principios.

Tomando como referente estos principios, ubicamos los principios epistemológicos y metodológicos de Gabarrón y Hernández, que para esta investigación fueron las categorías empíricas, tal y como se observa en la tabla 1.

Así, López de Cevallos dice que el cumplimiento de todos los principios es un indicador de realización de investigación-acción participativa; cumplir únicamente explicación y aplicación promueve a una investigación que esté

más dirigida a la aplicación de los conocimientos que se logren, dando como resultado la investigación aplicada; etapa donde se ubica la experiencia del Comité de Salud de la Facultad de Estadística, de acuerdo al análisis de la tabla 1.

Podemos agregar que la fase de conformación del Comité de Salud, aún necesita de un líder para la realización de sus actividades, que promueva al grupo hacia la autogestión en el proceso de la participación social en salud.

Por último con lo que respecta a la evaluación del proceso implementado y de la evaluación del apego a los principios de la metodología participativa en el proyecto del Comité de Salud de la Facultad de Estadística de la Universidad Veracruzana para la detección de comportamientos de riesgo para su salud, la experiencia resultó positiva, considerando que la estrategia aplicada representa una innovación en el ámbito de la Universidad Veracruzana.



Sesión de trabajo del Comité de Salud.

Tabla 1
Adaptación de los principios de la metodología participativa
a las categorías de la investigación-acción

EXPLICAR	APLICAR	IMPLICAR
- Partir de situaciones reales, es decir, de las demandas o necesidades sentidas de los individuos. - Deben ser los propios participantes quienes definen el problema a investigar, son ellos quienes realizan el diagnóstico de su situación. - Deben tomarse en cuenta las costumbres, ideologías y características de los participantes del proceso. - Debe darse una comunicación horizontal de un diálogo democrático. - Se considera la participación de la comunidad en todo el proceso, desde la situación, problema y acción.	- Debe haber una reflexión de la práctica que se realiza: esto a partir de la experiencia de los involucrados e ir sistematizando aquellos asuntos en los que se quiera profundizar. - Debe darse un vínculo del conocimiento popular y académico, construyendo un nuevo conocimiento. **	- El investigador debe estar comprometido con la causa, que para este proceso, es la salud de los estudiantes.** - Que el grupo social haya estado consciente de su realidad y estén comprometidos.** - Debe darse la transformación a través del proceso. La investigación para aprender y transformar la realidad

Fuente: López de Cevallos, P3 y Gabarrón L. y Hernández Landa L.1.

** No se caracterizan aún dentro de la metodología utilizada en el Comité de Salud.

Referencias bibliográficas

1. Gabarrón, L, Hernández L. Investigación participativa. Cuadernos Metodológicos. 1ª Ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1994.
2. Cerqueira, T. Evaluación participativa de los procesos de participación social en el desarrollo de la salud. En participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. 1ª Ed. México: Organización Panamericana de la Salud y el Colegio de Sonora; 1998.
3. López de Cevallos, P. Un método para la acción- participativa. 1ª Ed. Madrid: Editorial Popular; 1989.
4. Hersch, M. Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. Salud Pública de México. 1992; Vol. 34:678-688.
5. Cruz A. Universidad por la salud: un enfoque psicológico de promoción y prevención con participación estudiantil. Una propuesta, (tesis doctoral). Cuba; Universidad de la Habana; 2004.
6. Calderón R, Sánchez M, Montiel D. Salud del estudiante universitario: una propuesta basada en la metodología participativa. México: Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana; 2006. Informe final de investigación, Modulo Gestión del Conocimiento I
7. Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: síntesis sociológica; 1997.
8. Cerqueira, T. Op. Cit.
9. Hernández E, López G. Una aproximación al análisis cualitativo de datos. Enseñanza e Investigación en Psicología. 1998; Vol. 3 (No. 2): 89-101.
10. Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación, guía pedagógica para un taller de metodología. 1ª Ed. Quito, Ecuador: Editorial CEAS; 1995.
11. Ander-Egg, E. Acerca de la participación. 1ª ed. Madrid: Editorial Popular; 2000.
12. Hernández E. Op. Cit.
13. Ander-Egg, E. Op. Cit.
14. Cerqueira, T. Op. Cit.
15. Gabarrón, L. Op. Cit.
16. Ander-Egg, E. Op. Cit.
17. Beal, GM. Conducción y acción dinámica del grupo. 1ª Ed. Buenos Aires: Editorial Kapelusz; 1966.
18. López de Cevallos, P. Op. Cit.

Construcción del Estado Mexicano y descentralización de los servicios de salud

(The Mexican State construction and decentralization of health services)

Edit Rodríguez Romero*

Resumen

Se hace un breve recorrido de la formación del Estado Mexicano hasta construirlo como nación y la centralización; a partir de aquí se señalan hechos sobresalientes de cada uno los periodos presidenciales hasta llegar al proceso de la Reforma del Estado, inicio de la descentralización de la vida nacional y la descentralización de los servicios de salud a población carente de los beneficios de la seguridad social, excepto IMSS-OPORTUNIDADES, hasta ubicarnos en la descentralización en el estado de Veracruz.

Palabras clave

Estado, descentralización, servicios y salud.

Summary

We make a brief review about the formation of the Mexican State until constructing it as a nation and the centralization. From here we remark the most important facts from each one of the presidential periods until getting into the process of the reform of the State, beginning of the decentralization of the national life and the decentralization of the health services for the population who doesn't count with the benefits of the social security service, except IMSS-OPORTUNIDADES, until we get in the Veracruz State's decentralization.

Key words

Country, decentralization, services, and health.

Antecedentes

Al Estado o nación corresponde la organización política de una población que comparte cultura, lengua y costumbres, con un gobierno que sirve a sus propios intereses. Se puede decir que el Estado mexicano nace al consumarse la independencia en 1821¹. Sin embargo las diferencias entre los criollos y los españoles peninsulares se hicieron más evidentes, porque la Independencia no resolvió las demandas sociales de los americanos; una sociedad compuesta por blancos, diversos grupos étnicos y mestizos, con distintos grados de educación, cultura, tradiciones y niveles económicos, con un ejército y una poderosa iglesia, dueña de la mayor parte de las riquezas del país. Los peninsulares se llevaron consigo sus caudales, tan necesarios para la economía del naciente país.

La lucha que persistió, estuvo incentivada por la logia masónica escocesa, representante de los intereses de la clase pudiente, españoles y el clero, que defendían el orden público y la religión; y la yorkina que agrupaba a los insurgentes, que buscaban la libertad y el progreso; estos grupos posteriormente condujeron a la formación de los partidos centralista y federalista. La iglesia y el ejército fueron los actores sociales más importantes en esta lucha hasta la Guerra de Reforma (1857-1867). Durante este periodo México tuvo tres formas de organización política: Imperio, República Federal y República Centralista².

Después del imperio de Iturbide, el triunfo político correspondió a los federalistas; el Congreso Constituyente de 1823, autor de la promulgación

*Investigadora tiempo completo. Coordinadora de la Maestría en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. edrodriguez@uv.mx

de la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1824³, convirtió a las provincias en estados independientes y soberanos en su administración interna.

Don Valentín Gómez Farías inició las Leyes de Reforma contra la Iglesia, dadas las afectaciones que implicaba la reacción no se hizo esperar, López de Santa Anna lo combatió y a su triunfo, abrogó las leyes anticlericales y expulsó a Gómez Farías, suprimiendo la Vicepresidencia; Las Siete Leyes⁴ (1835-1836), reemplazaron a la Constitución de 1824, y transformaron a los estados en departamentos y reinicia gobierno centralista.

A partir del Plan de Ayutla (1854-1855), la lucha fue entre liberales o republicanos y conservadores o imperialistas, lo cual dio un giro social al movimiento apoyado por la población; al triunfo de los liberales se promulgaron las primeras Leyes de Reforma, dirigidas contra la Iglesia e incorporadas a la nueva Constitución (5 de febrero de 1857); Don Benito Juárez, en Veracruz expidió las Leyes de Reforma, que ampliaron y ratificaron las primeras de ese nombre, suprimió los fueros militar y eclesiástico en los negocios civiles; no se trataba de transferencia, sino de nacionalización de los bienes eclesiásticos, secularización de los cementerios; de ideas seguramente demasiado avanzadas para la época, el texto constitucional enfrentó condiciones adversas, que lo hicieron poco viable en el corto y mediano plazos; establecía la igualdad de los ciudadanos ante la ley, y la supremacía del estado sobre la iglesia.

La etapa liberal fue sustituida por el denominado porfirato, que enarbó la bandera de la no-reelección, para posteriormente cambiar el texto constitucional para reelegirse en cinco periodos consecutivos. Los liberales crearon el Estado-Jurídico y concedieron la igualdad de derechos a los mexicanos, Porfirio Díaz suprimió todos los derechos cívicos de los mexicanos; se le debe la formación del Estado-Nación y la creación de la infraestructura para la unificación del territorio, una amplia red de transportes (20,000 kilómetros de vías férreas); organizó el proyecto de expansión económica, gravó con impuestos la producción, suprimió los impuestos al tráfico interno de

las mercancías, reorganizó la deuda pública (1893), las instituciones de crédito (1897) y llevó a cabo una reforma monetaria (1905), en consecuencia creó un clima de confianza a los inversionistas extranjeros.

La Revolución puede dividirse en tres etapas: política, social y constructiva. En su gestación, la figura central es Francisco I. Madero, que inicia el movimiento armado con el Plan de San Luis Potosí (5 de octubre de 1910), la promesa de restitución de las tierras comunales a sus antiguos poseedores incorporó al movimiento a Francisco Villa y Emiliano Zapata, que imprimieron un carácter social a la Revolución. Los revolucionarios, que habían vencido al enemigo común, no se pusieron de acuerdo respecto al rumbo que debería tomar la Revolución; para zanjar estas dificultades se reunieron en la Convención de Aguascalientes, de ella surgieron dos gobiernos, el de la Convención y el de Venustiano Carranza, que se estableció en Veracruz; nuevamente hubo lucha entre estas dos facciones; el triunfo militar e ideológico correspondió a Carranza, quien en 1915 promulgó leyes en beneficio de los campesinos y los obreros; convocó a elecciones para constituir el Congreso que promulgó la Constitución del 5 de febrero de 1917⁵, que elevó a rango de constitucionales las leyes de 1915 (artículos 27 y 123), consignando las garantías sociales y concediendo a la nación la titularidad sobre la propiedad de la tierra, las aguas y el subsuelo; limitando la propiedad privada a las modalidades del interés público.

Durante el periodo posrevolucionario (1920-1940), se fijaron las bases para la reconstrucción del Estado; el país se encontraba arruinado, enfrentado al endeudamiento, con suspensión de créditos bancarios, desorganización administrativa y fuertes demandas por parte de la población; el poder se aseguró y fortaleció mediante políticas de alianzas.

La labor de Obregón en el campo educativo fue notable, en 1921 creó la Secretaría de Educación Pública, desde que Carranza suprimió la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, la educación estaba al cuidado de los municipios. Otro hecho relevante es la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925.

El presidente Calles continuó la obra de Obregón de consolidar el Estado, hizo de las organizaciones obreras el soporte básico del gobierno revolucionario. Con él comenzó la intervención del Estado en los asuntos de la economía nacional, creó el Banco Nacional de México y otras instituciones financieras que dieron al Estado el control de la vida económica del país. Fundó la Comisión Nacional de Caminos, puso en vigor una ley sobre irrigación, construyó presas y puso los cimientos para el desarrollo económico ulterior del país.

En agosto de 1934 se publicó la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República Mexicana, sustento para suscribir los convenios de coordinación para crear los Servicios Sanitarios Coordinados en Estados y Territorios, como órganos desconcentrados por territorio del Departamento de Salubridad; y que podemos considerar como el primer intento de descentralización de la vida nacional.

Finalmente, en noviembre de 1934, días antes de que Lázaro Cárdenas asumiera la Presidencia (1934–1940), se reformó el artículo 3° de la Constitución para introducir la educación socialista con miras a crear en los jóvenes una mentalidad acorde con la Revolución; durante su gobierno se organizaron los movimientos obrero y campesino, se creó en 1938 el Partido de la Revolución Mexicana (PRM) con los sectores obrero, campesino, militar y popular (burócratas), supeditados al Estado y al Poder Ejecutivo en particular, sus postulados fueron entre otros, reconocimiento del derecho de huelga y apoyo a los obreros, colectivización de la agricultura, intervención del Estado en la economía nacional y en la educación; igualdad política social de la mujer, garantía de libertades para los indígenas y seguro social, como los principales. Puso en práctica la Reforma Agraria, se nacionalizaron los ferrocarriles, la industria petrolera y se expropiaron los trenes de las compañías petroleras extranjeras. Se crearon la Comisión Federal de Electricidad, Petróleos Mexicanos, los departamentos de Turismo, de Prensa y Publicidad; el Departamento Autónomo de Asistencia Infantil (1937), la Secretaría de Asistencia Pública (1938); los bancos de Crédito Ejidal y Nacional Obrero

de Fomento Industrial, el Consejo Nacional de Educación Superior y de la Investigación Científica, el Instituto Politécnico Nacional, el Tribunal Fiscal de la Federación, entre otros. Con lo anterior, se reforzó el presidencialismo y se diseñaron las estructuras políticas y económicas del país que funcionaron casi sin cambios hasta la década de los ochenta.

El gobierno de Manuel Ávila Camacho (1940–1946), inició con malestar social, provocado por la impugnación de las elecciones consideradas como fraudulentas; supo aprovechar que la Segunda Guerra Mundial tenía paralizada a Europa para iniciar la industrialización, lo que exigía una política de unidad nacional para conciliar el país. A este periodo se le llamó de modernización económica y desarrollo estabilizador. A pesar de la oposición del grupo patronal creó el Seguro Social Mexicano (1943), para asegurar las condiciones de vida de los trabajadores del país. Creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Cardiología. Suprimió el sector militar al PRM, con lo que se inició el civilismo.

El gobierno de Miguel Alemán (1946–1952) se caracterizó por una franca apertura al capitalismo internacional, para propiciar el desarrollo industrial; contribuyó a la creación de la burguesía nacional y la clase media; en el aspecto económico, optó por un modelo de desarrollo de sustitución de importaciones, en lo político, en un estado paternalista, con fuerte presidencialismo, apoyado por un partido único, erigido en garante y responsable de la vida de la nación. En 1947 se modificó la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro, para convertirla únicamente en Ley de Pensiones Civiles.

Este modelo tuvo continuidad con Ruiz Cortines (1952–1958), había descontento en la población por impugnaciones de deshonestidad del gobierno anterior; la inflación existente lo obligó a devaluar el peso de 8.50 a 12.50; impuso a su mandato moralidad, puso en práctica un Programa de Progreso Marítimo con el que mejoró 70 puertos; el crecimiento industrial tuvo una tasa promedio anual de ocho por ciento.

Con López Mateos (1958–1964), los avances fueron significativos, en el crecimiento económico se mantuvo el Producto Interno Bruto en siete por ciento anual; nacionalizó los recursos eléctricos y amplió la legislación obrera, como parte del artículo 123 de la Constitución, incorporó la participación de los trabajadores en las utilidades de las empresas; en 1959 se emitió la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y en 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se extendió los beneficios de la seguridad social a las fuerzas armadas y a los cañeros.

Gustavo Díaz Ordaz (1964–1970), dio importancia a la administración pública, a la relación entre el gobierno y las empresas descentralizadas y al control de los contratos de obras públicas. Durante su gobierno se presentó la huelga de médicos residentes iniciada en el Hospital “20 de Noviembre” (1964) y en 1968, surgieron los conflictos estudiantiles previos a las Olimpiadas.

Al periodo 1970–1988, se le llama de la transición del nacionalismo tradicional a la globalización; se inicia con el mandato de Luis Echeverría (1970–1976). La economía mundial presentaba los primeros síntomas del proceso inflación–recesión, que culminaron con la crisis de 1973, con una rápida elevación de precios, escasez de circulante, desempleo y escasa inversión privada; el endeudamiento externo alcanzó la cifra de 20,000 millones de dólares; la tasa de inflación fue del 27 por ciento en 1976, la devaluación del peso en 1976, fue lo más grave porque México había mantenido desde 1954 la paridad con el dólar en 12.50. Imprimió un carácter populista a su gobierno; se modificó y adicionó un párrafo al artículo 4º constitucional, otorgando el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos; creó el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores y el Instituto Mexicano de Comercio Exterior.

Durante todo el gobierno de López Portillo (1976–1982) se vivió un ambiente de crisis, el modelo de desarrollo llegó a su fin, las estructuras que procedían de los años 40, no correspondían a las exigencias de la economía

mundial. Suscribió con los estados los Convenios Únicos de Coordinación⁶. Emitió el Plan Global de Desarrollo (1980), como el medio para consolidar el Sistema Nacional de Planeación en el ámbito regional. Pretendió aprovechar la coyuntura internacional del precio del petróleo que duró hasta principios de los años ochenta y orientó en gran medida la economía a la explotación de hidrocarburos, el crudo se convirtió en el principal renglón de exportación (71 por ciento) y el ingreso más fuerte del sector público federal (43 por ciento), pero esto trajo consecuencias hacia 1981, dado que mantuvo los lineamientos de su política económica. La deuda se utilizó para financiar el pago del servicio de la misma. Cuando nacionalizó la banca en 1982 la inflación era de 98.8 por ciento anual y la deuda externa de 66,000 millones de dólares.

En este ambiente, Miguel de la Madrid (1982–1988) se enfrentó a elevada inflación, deuda externa de gran magnitud y el conflicto de la nacionalización bancaria; sus estrategias económicas se enfocaron a controlar el proceso inflacionario y a reestructurar la deuda externa. Sus políticas fueron coincidentes con las del Fondo Monetario Internacional, se redujo el gasto público mediante el adelgazamiento del Estado y el control de los salarios; en su mensaje de toma de posesión planteó la Reforma del Estado y la descentralización de la vida nacional. En febrero de 1983, se adicionó el párrafo tercero al Artículo 4º Constitucional⁷, que incorpora el derecho a la protección de la salud; un año más tarde se promulgó la Ley General de Salud⁸, reglamentaria de éste, que entró en vigor en julio 1984; entre sus objetivos se encuentra impulsar la descentralización, a través de la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas.

Carlos Salinas de Gortari (1988–1994), asumió la presidencia en un clima de ilegitimidad, dio continuidad y profundizó la política de su antecesor. Su gobierno se caracterizó por la modernización del país para incorporarlo al mercado internacional, y adecuarlo a las condiciones de la economía mundial, libertad de precios, apertura comercial, liberación de las relaciones laborales y disminución del papel del estado en la economía y en la sociedad;

modificó las bases económicas, políticas y jurídicas del Estado Mexicano, privatizó la banca y procedió a la venta masiva de empresas paraestatales; en 1990 renegoció la deuda externa con la banca internacional; en 1994 se firmó el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá que insertó a México en el bloque económico más importante del mundo; este cambio en el modelo de desarrollo, vulneró la pequeña y mediana empresa que no se preparó para entrar en el proceso de competencia externa, por lo se acompañó de una política de estímulos a la industria nacional y de distribución del ingreso de mayor beneficio social.

Si bien la Reforma del Estado, como consecuencia de los compromisos internacionales se había iniciado en la década de los ochenta, en este periodo se consolidó como proyecto de gobierno, enfocado a los aspectos económicos y administrativos. Su gobierno se vio empañado por el asesinato de prominentes personajes políticos y al finalizar apareció el movimiento armado indígena en el estado de Chiapas (Ejército Zapatista de Liberación Nacional).

Ernesto Zedillo (1994–2000) inició su gestión con una devaluación importante del peso y aceleró las transformaciones del sistema político y de la Reforma del Estado, su programa de gobierno se sustentó en un riguroso control de la inflación y del gasto público, reordenamiento de la economía, pago escrupuloso de la deuda externa y una política selectiva de fomento a la industria y al comercio, con estímulos a la actividad exportadora.

En lo político, en 1995 suscribió un pacto con los principales partidos del país para llevar a cabo una reforma electoral y política, separó el Instituto Federal Electoral del Poder Ejecutivo Federal, haciéndolo autónomo; en las elecciones de 1997, organizadas y vigiladas por ese organismo, su partido el Revolucionario Institucional, perdió la mayoría absoluta en la Cámara de Diputados y el Distrito Federal pasó a ser gobernado por el Partido de la Revolución Democrática (PRD). En la Cámara de Diputados de la LVII Legislatura (1997–2000), predominó la oposición con 261 escaños contra 239 del Partido Revolucionario Institu-

cional (PRI); en el Senado éste tuvo la mayoría con 77 senadores, contra 33 del PAN, 16 del PRD, 1 del Partido del Trabajo (PT) y 1 del Partido Verde Ecologista de México (PVEM). Para finalmente en las elecciones de 2000, por primera vez desde 1929, la Presidencia de la República se entrega al PAN, sin desequilibrios financieros y reforma política con estabilidad y paz social.

Marco conceptual

La descentralización se define como la transferencia de facultades, responsabilidades, competencias, programas, recursos y capacidades de una unidad central o superior de gobierno a unidades de menor jerarquía, o por extensión territorial; o como la transferencia de autoridad en la planificación, gestión y toma de decisiones en el sector público, desde el nivel nacional hasta los niveles regionales y municipales. Desde una perspectiva histórica, se desprenden los objetivos perseguidos y las variaciones que se encuentran en los Estados, por lo tanto puede ser:

- a) Administrativa, tiene como objetivo aumentar la eficiencia en la distribución y asignación de recursos y el traslado de competencias hacia niveles territorialmente inferiores y transferencia de funciones;
- b) Política, cuya finalidad es plantear la democratización de las instituciones políticas, con énfasis en la participación a través de instancias fortalecidas y extendidas en niveles regionales y locales, para redistribuir territorialmente el poder;
- c) Económica, orientada a la regulación y limitación de funciones estatales para producir o aumentar la eficiencia económica: privatización y desregulación de actividades y medios de producción para liberalizar las fuerzas del mercado.

Desde otra perspectiva la descentralización puede ser:

- a) Por región, cuando se establece una unidad administrativa destinada a resolver problemas de una población circunscrita en determinada región.
- b) Por servicio, establecimiento de una unidad para satisfacer necesidades que requieren procedimientos técnicos específicos.
- c) Por colaboración, cuando el Estado autoriza

la participación de organismos particulares en el ejercicio de la Administración Pública.

Lo anterior requiere de cambios organizativos y de gestión, así como mejorar la calidad de la información necesaria para la toma de decisiones, pues se trata de transferir a las unidades más cercanas a los usuarios de los bienes y servicios públicos, mayor capacidad de gestión autónoma en su funcionamiento; se deben identificar los problemas, necesidades y prioridades de éstos para aplicar respuestas oportunas y acordes a cada situación, lo cual se puede ver entorpecido por decisiones políticas erróneas o por la excesiva influencia de grupos de interés local. Un problema que puede generar la descentralización, es el aumento de las desigualdades regionales en la provisión de bienes y servicios públicos, relacionado con la riqueza de las distintas regiones y localidades, y la diferente capacidad de gestión.

Por ser el país un Estado Federal, existen tres niveles de gobierno, en cada entidad federativa se deben cumplir las leyes propias además de las leyes federales; los municipios como gobiernos locales, aunque tienen cierta autonomía, no pueden emitir leyes y se rigen por las anteriores⁹.

La descentralización más importante es la fiscal, pero la capacidad fiscal autónoma de los estados y municipios es muy reducida, la recaudación de éstos, se centra en muy pocos conceptos, el sistema se basa en un procedimiento centralizado de recaudación, con impuestos generales definidos por el gobierno federal, y una redistribución posterior a los estados. El Sistema Nacional de Coordinación Fiscal fue creado en 1978 mediante la Ley de Coordinación Fiscal¹⁰, con el objeto de poner fin a la descoordinación y a la debilidad de recaudación fiscal; sin embargo, el gasto es muy superior a los ingresos y se financia mediante las transferencias, establecidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación; en muchos casos, como en Veracruz, se recurre al endeudamiento de la entidad federativa.

En agosto de 1981, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia,

con el fin de integrar el Sistema Nacional de Salud, para lo cual fue necesario analizar las facultades, competencias y atribuciones de las autoridades federales, estatales y municipales, para proponer los cambios necesarios en la legislación. Se acompañó de un proceso de descentralización administrativa hacia las entidades federativas y un incipiente fortalecimiento municipal.

Dentro del Programa de Reforma Administrativa del Gobierno Federal, el 14 de octubre de 1981, se emite el Acuerdo para ejercer en forma desconcentrada por los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados de Aguascalientes, Sonora y Veracruz¹¹, las funciones siguientes: 1. Elaborar los anteproyectos de presupuesto y ejercerlos por programa; 2. Administrar y desarrollar el sistema de recursos humanos; 3. Adquirir y suministrar los bienes y servicios necesarios para su operación; 4. Planear, programar y ejecutar los programas de servicios a la población en materia de salud de las personas y del mejoramiento del ambiente. Por medio de decreto publicado en la Gaceta Oficial del 24 de noviembre de 1981, el Gobernador Agustín Acosta Lagunes, ratifica este acuerdo, que nunca cristalizó.

El 5 de enero de 1983 se instaló el Gabinete de Salud con el objetivo fundamental de apoyar el proceso de descentralización de los servicios de salud, inició sus funciones con la coordinación funcional y programática de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), es decir la sectorización o agrupación de los servicios públicos bajo la coordinación de la secretaría del ramo, tuvo como producto el Programa Nacional de Salud 1984–1988.

Esto requirió cambios en la legislación, el del 3 de marzo de 1983 se adicionó el párrafo tercero al Artículo 4º la Constitución, y se modificó también el 115, para conferir al municipio la administración de la salubridad local. El 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, que reglamenta el derecho a la protección de la salud, así como la concurrencia de la

Federación y los estados; como productos adicionales se tuvieron las Leyes Estatales de Salud.

El 29 de agosto de 1983, Miguel de la Madrid emite el “Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”¹², si bien la Secretaría formalizó convenios con los 31 gobiernos de los estados, y el Distrito Federal, en la práctica sólo se realizó la descentralización en 14 entidades; y hasta el nivel municipal sólo se formalizó coyunturalmente en el estado de Guerrero que descentralizó los servicios a 46 (61 por ciento) de sus municipios, pero tuvo que reconsiderar y sólo quedaron descentralizados los cinco más grandes.

A mediados de los años ochenta, después de algunas victorias de los candidatos de partidos de oposición PAN y PRD principalmente, en las elecciones para alcaldes y gobernadores, se produjeron los primeros pasos importantes del proceso de descentralización.

En 1984 el Presidente Miguel de la Madrid instituyó el *“Programa de descentralización de la administración pública federal”*, destinado a desconcentrar la administración federal, con la creación de centros regionales, y la reubicación de algunas dependencias federales fuera de la ciudad de México.

El proceso de descentralización pretendió la integración del Programa IMSS-COPLAMAR a los servicios estatales de salud, y el 8 de marzo de 1984 se emitió el decreto correspondiente.

Como apoyo a este proceso, dentro del Sistema Nacional de Planeación Democrática en febrero de 1983, los Convenios Únicos de Desarrollo (CUD) sustituyeron a los Convenios Únicos de Coordinación (CUC), como mecanismo de coordinación de los tres niveles de gobierno, y promotores del desarrollo del país, con el objetivo fundamental de promover y alentar la planeación, la descentralización y fortalecer a los municipios, éstos, en 1992 se substituyeron por los Convenios de Desarrollo

Social (CDS), como el instrumento integral a través del cual se regulan las acciones derivadas de la vertiente de coordinación de la Planeación Nacional entre los órdenes de gobierno estatal y federal.

El 24 de junio de 1985, se adicionó el artículo 12 al Decreto del 8 de marzo de 1984, para desaparecer de forma gradual y progresiva los Servicios Coordinados de Salud Pública, situación que sólo se concretó en tres de los catorce estados descentralizados, por lo que se tuvo que esperar una década, así, el 20 de agosto de 1996 se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, entre el Gobierno Federal, los gobiernos de cada una de las entidades federativas, la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, el cual se publicó en el Diario Oficial de la Federación el miércoles 25 de septiembre de 1996¹³; en él se plasmaron los compromisos que en materia de salud se determinaron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del Sector, fundamentado en cuatro estrategias: 1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada, 2. La configuración de sistemas estatales, 3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios y 4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial. Los trabajadores de la Secretaría de Salud se suman a este Acuerdo Nacional por convicción y vocación social.

El objetivo fundamental fue que los estados asumieran la responsabilidad que la Ley General de Salud les asignó en materia de salubridad general. En estricto apego a ella, la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, se comprometió a asegurar que la política nacional en la materia respondiera eficazmente a las prioridades locales y nacionales, para fortalecer a los sistemas estatales, y con ello, al Sistema Nacional, a través de la determinación de lineamientos claros para el ejercicio de atribuciones. También se compro-

metió explícitamente a respetar los derechos laborales de los 103 mil trabajadores que se transfirieron a las entidades.

Las entidades federativas se comprometieron a contribuir en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, a través de la formulación y desarrollo de sus programas locales, de conformidad con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa de Reforma del Sector Salud y el propio Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Los recursos transferidos a los estados fueron: 103,000 trabajadores, 400,000 inmuebles y 6,132 millones de pesos del presupuesto federal a través de los Convenios de Desarrollo Social.

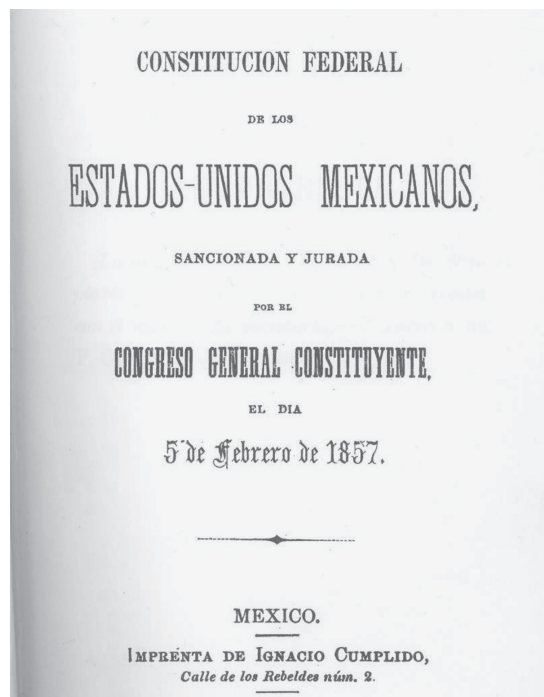
El 27 de enero de 1995 se creó el Consejo Nacional de Salud, como instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales de la Secretaría y las autoridades de las entidades federativas, para apoyar el desarrollo del proceso de descentralización, éste propuso mejorar la calidad para disminuir la insatisfacción de los usuarios, en tres áreas fundamentales: salud pública, atención médica y fomento sanitario.

A diferencia del proceso anterior, en que sólo se descentralizaron catorce entidades, ésta cubrió a todo el país, sus fines y procedimientos quedaron explícitamente plasmados en el Convenio; la transferencia de recursos y de autoridad política fue clara, con el compromiso de incrementarlos cuando estén debidamente justificados; se inscribe en un proyecto nacional y no como estrategia aislada, a pesar de que inexplicablemente no se descentralizaron los recursos del Programa IMSS-OPORTUNIDADES, que hubiera permitido proporcionar atención integral a población carente de los beneficios de la seguridad social.

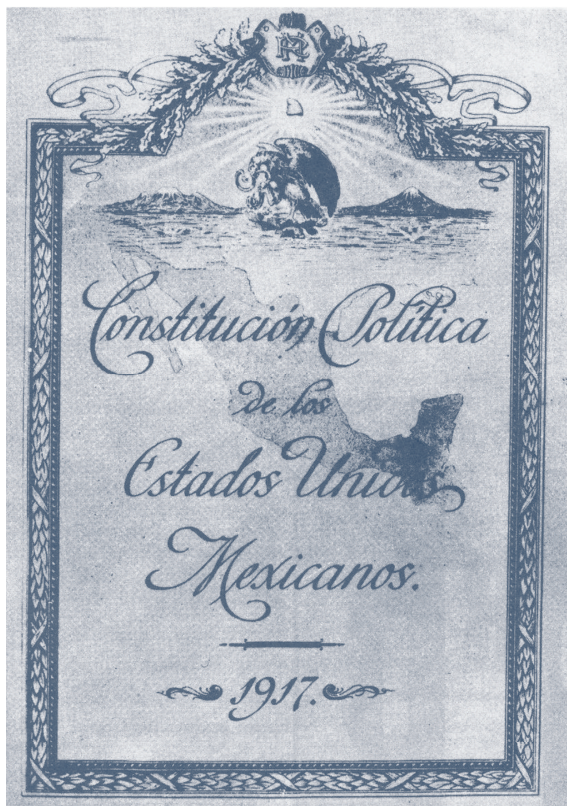
En el estado de Veracruz, fue necesario modificar la legislación vigente, así el 6 de marzo de 1997, se publicó en la Gaceta Oficial la Ley Número 53 que reforma el Artículo 39 de La Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Veracruz-Llave; la Ley 54 que

crea el Organismo Público Descentralizado (OPD) "Servicios de Salud de Veracruz"; la Ley Número 55 que reforma diversas disposiciones de la Ley de Salud del Estado, específicamente en el Artículo 14 faculta al Ejecutivo estatal para convenir con los ayuntamientos el ejercicio de funciones de salud y la prestación de los servicios de salubridad general concurrente y salubridad local, cuando su desarrollo económico y social lo permita y haga necesario.

Finalmente el 7 de marzo culminó este proceso con la firma del Convenio de Descentralización específico para el estado, el OPD quedó constituido por las siguientes dependencias: Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Veracruz, los hospitales y asilos de la Dirección General de Asistencia Pública, tres hospitales descentralizados (Centro de Especialidades Médicas Dr. Rafael Lucio, Hospital de Río Blanco y Hospital Dr. Valentín Gómez Farías) y los Servicios Médicos del DIF Estatal. Este organismo debía tener carácter transitorio para que los servicios se incorporaran paulatinamente a la Secretaría de Salud.



Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917



Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917

Conclusión

Después de analizar la construcción del Estado Mexicano, nos circunscribimos específicamente a la descentralización de la Secretaría de Salud, pero ésta debe ser parte de la descentralización del país, para lo cual es necesaria una profunda reforma fiscal, que permita una equitativa participación de los estados y municipios, para que los recursos no lleguen a través de transferencias que generalmente están supeditadas a la capacidad de negociación, de los gobernantes en los diferentes ámbitos de gobierno.

Enfocándonos en los servicios de salud, una vez consolidada la descentralización hacia las entidades federativas, éstas deben hacer lo mismo hacia las jurisdicciones sanitarias y evaluar la posibilidad de hacerlo hasta el ámbito municipal, lo cual requerirá una legislación muy clara y precisa que defina las facultades y competencias de cada uno de los niveles de gobierno. Además, algo fundamental para asegurar el éxito en este proceso, será la definición de los perfiles de puestos de los directivos en los niveles estatal, jurisdiccional y municipal.

Referencias bibliográficas

1. [http:// www.juangabriel. com.mx/Indice06/ m8. html](http://www.juangabriel.com.mx/Indice06/m8.html). Consultado el 15 de junio de 2006.
2. Villoro, Luis. La revolución de independencia en : Cosío Villegas Daniel. Coordinador. Historia general de México. México. El Colegio de México. Centro de Estudios Históricos. 1981.
3. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos de 1824.
4. Bases de Organización Política de la República Mexicana. 14 de junio 1843.
5. Gobierno Federal, Diario Oficial de la Federación, 25 de Septiembre 1996, Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.
6. —Diario Oficial de la Federación. Acuerdo presidencial para suscribir convenios de coordinación entre los gobiernos estatales y la Federación. 6 Diciembre 1976.
7. — México, 3 de febrero 1983.
8. — México, 7 de Febrero 1984.
9. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917. Artículo 115.
10. — Diario Oficial de la Federación, México, 27 de Diciembre 1978.
11. — México, 24 de Noviembre 1981.
12. — México, 30 de Agosto 1983
13. — Diario Oficial de la Federación, 25 de Septiembre 1996, Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Dr. Luis E. Ruiz (1853-1914) veracruzano, precursor de la salud pública en México

(Veracruz, pioneer of the public health in México)

Guillermo Fajardo Ortiz*

Resumen

El Dr. Luis E. Ruiz (1853-1914) fue médico, nació en Veracruz, México. A temprana edad se dedicó a la salud pública, fue profesor de Higiene y Meteorología en la Escuela Nacional de Medicina, escribió numerosos artículos sobre medicina y salud pública, publicó un famoso libro de Higiene, titulado Tratado Elemental de Higiene, fue miembro de diferentes sociedades y organismos educacionales y salud, destacando en la Academia Nacional de Medicina.

Palabras clave

Salud pública, higiene.

Summary

Dr. Luis E. Ruiz (1853-1914) was a medical doctor, born in Veracruz, México. At early ages began interested in public health. He was professor of Hygiene and Meteorology at the National School of Medicine, wrote a great number of articles about medicine and public health, published a famous book called Basic Hygiene (Tratado Elemental de Higiene), was member of different educative and medical societies. He was member of the National Academy of Medicine.

Key words

Public health and hygiene.

Un reconocimiento post - mortem

Nació en Alvarado, Veracruz. Murió en la Ciudad de México. El 12 de febrero de 1853 en la pequeña población de Alvarado, Veracruz, nació Luis E. Ruiz, vivió hasta el 28 de febrero de 1914, murió en el Distrito Federal¹, fue un distinguido profesor de higiene de la Escuela Nacional de Medicina y un notable sanitarista. En la Ciudad de México, en la avenida Morazán un centro de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal lleva su nombre. El Dr. G. F. Aguilar, biógrafo de figuras emblemáticas de la medicina mexicana, escribió acerca de Ruiz: *"puso en nuestra Patria los cimientos de la Higiene, de ese científico que dicta normas para conservar y acrecentar la salud y para prevenirse ..."*²

Se puede considerar al Dr. Luis E. Ruiz como la persona más conocedora en materia de salud pública de México de fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Estudios medios y profesionales

Tempranas inquietudes académicas en el positivismo. En 1870, se inscribió en el Colegio de San Ildefonso en la Ciudad de México para cursar los estudios preparatorianos, los terminó satisfactoriamente. En 1874 alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México, finalizó los estudios profesionales en 1877, su tesis para el examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia se tituló: *"Tratamiento de la neumonía"*. Previamente a su titulación, su experiencia en el campo de la medicina fue amplio: fue jefe de internos de la Escuela de Medicina, ex practicante del Hospital Juárez, primer secretario de la Sociedad Filoiátrica, miembro de la Terapéutica Río de la Loza, socio fundador y primer secretario de la Asociación Metodófila Gabino Barreda y encargado de preparaciones para la Cátedra de Higiene de la Escuela de Medicina³. Estos antecedentes

*Investigador de tiempo completo. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México UNAM. gfortiz@servidor.unam.mx

Este artículo fue escrito con la colaboración del Sr. Luis Alberto Salazar López, estudiante de la Facultad de Medicina, UNAM

reflejan sus inquietudes académicas desde su época de estudiante.

Ruiz, a temprana edad, se identificó en el positivismo, su membresía a la Asociación Metodófila G. Barreda, así lo demuestra. El positivismo no sólo proveyó el sustento de muchos de los escritos de Ruiz, sino que justificó sus métodos de escribir.

Catedrático de Higiene y Meteorología Médica y Funcionario de la Escuela de Medicina

En 1879 a los dos años de titulado empieza su carrera docente en la Escuela Nacional de Medicina, imparte la cátedra de Higiene y Meteorología Médica, al respecto el Dr. Fernando Martínez Cortés, expresidente de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina escribió:

*"Por los novecientos del siglo XIX, la asignatura ha ampliado su contenido, se llama entonces Higiene y Meteorología Médica, y la imparte un distinguido positivista, compañero de Porfirio Parra, alumno de Gabino Barreda, primer especialista mexicano en Higiene Pública y miembro del Consejo Superior de Salubridad: el doctor Luis E. Ruiz, autor de un Tratado elemental de higiene publicado en 1904..."*⁴.

La Meteorología Médica se puede considerar en alguna forma como un antecedente de los ecosistemas naturales.

A los siete años de haberse iniciado en la docencia, en 1886 fue nombrado secretario de la Escuela de Medicina.

En 1886 solicita su ingreso a la prestigiada Academia Nacional de Medicina, es admitido el 14 de julio de dicho año⁵, sus antecedentes curriculares profesionales y docentes acreditan ampliamente su aceptación. En 1898 los miembros de la citada Academia lo eligen como presidente de la misma.

Numerosos artículos y libros

Fue un prolífico escritor, escribió en particular en la revista de la Academia Nacional de Medicina, Gaceta Médica, en la que publicó entre 1875 y 1915 la cantidad de 51 artículos, de algunos fue coautor; a continuación se relacionan, señalando años de publicación y tema, en su caso coautoría.

Tabla 1
Artículos del Dr. L. E. Ruiz Gaceta Médica
de la Academia Nacional de Medicina

Año de publicación	Título del artículo
1875	- En la muerte del Dr. Lauro Ma. Jiménez, por la Sociedad Filoiátrica. (Coautor).
1887	- Análisis de la leche. - Favus curado por la epilación.
1888	- Análisis del agua. - Mortalidad y Meteorología Médicas. - Aire. Vino. Pulque. Cerveza. Chocolate. Café.
1889	- Estudio de la mortalidad en el Cantón de Veracruz, durante el primer semestre de 1888. (Coautor). - Te. Huevos. Ácido Carbónico. - Un Profiláctico del tifo.
1890	- Dictamen presentado por la comisión encargada del estudio del trabajo del Dr. Manuel Alfaro. (Coautor).
1891	- Algunas consideraciones acerca del alcoholismo. - Caso de tuberculosis tratado con ácido fénico. - ¿Cuáles son las enfermedades endémicas que se observan en la República Mexicana, precisando sus circunstancias principales?
1892	- Cuales deben ser los medios propios para la canzar su mejor enseñanza. - La cremación.
1893	- El agua subterránea y el tifo. - Los tubos ventiladores.
1894	- La vacunación. Jenner, Pasteur (1796-1880) (Sic).
1895	- Tratamiento del Tifo. Memoria presentada acerca de la segunda de las cuestiones que se sacaron a concurso el 26 de julio de 1893. - Dictamen sobre las Memorias Presentadas a la Academia. (Coautor). - Higiene en las Escuelas.
1896	- La ración alimenticia desde el punto de vista médico.
1897	- Inspección médica en las escuelas primarias.
1898	- Dictamen sobre el trabajo estadístico del Dr. Jesús González Uruña. (Coautor). - Apuntes estadísticos del tifo en el Hospital Juárez en el quinquenio de julio 1891 a junio de 1896.

Año de publicación	Título del artículo
1899	- Discurso de clausura por el Presidente de la Academia. Inspección Médica Escolar .
1900	- Dictamen sobre la memoria del Dr. Gregorio Mendizábal titulada: Algunas Consideraciones Acerca de la Epidemia que Reinó en Orizaba en la Segunda Mitad del año 1899. (Coautor). - Biología y Fisiología .
1901	- Dictamen de la Sección de Higiene sobre las disposiciones con que termina el informe el Dr. Ricardo Suárez Gamboa a propósito de la transmisión de la fiebre amarilla. (Coautor). - Inspección Médica Escolar.
1902	- Dictamen acerca de las proposiciones que sobre el estudio de higiene. Remite el Dr. Carlos Santamaría. (Coautor). - Dictamen sobre el trabajo del Dr. Eduardo Liceaga titulado Defensa Contra la Tuberculosis. (Coautor).
1903	- Dictamen Presentado por la Sección de Higiene y Estadística Médica que acerca de la mortalidad en México remitió el Dr. José Ramírez optando a un lugar vacante en la referida Sección. (Coautor). - Los grupos sociales. - La peste ante la higiene. - Cartilla de higiene acerca de las enfermedades transmisibles destinada a la enseñanza primaria. - Dictamen acerca de los trabajos presentados a la Academia Nacional de Medicina en el año 1902.
1904	- En la muerte del Dr. José Ramírez por el Consejo Superior de Salubridad - Acerca de la prostitución.
1905	- Un caso de tétanos.
1906	- Una visita a parte de la Región de la "fiebre amarilla. - Dictamen de la Sección de Higiene a cerca de la opinión que se le pide con motivo de la epidemia de tifo (Coautor).
1907	- Memoria sobre la Lepra.
1908	- Alteración, adulteración y clasificación de los alimentos. - Dictamen de la Sección de Higiene sobre el trabajo del Dr. R. E. Manuell relativo a la vacuna. (Coautor).
1909	- Barrido y regado de las calles de la ciudad. - Inauguración de la cremación en México.
1911	- Excursiones Escolares en la Escuela N. de Medicina.
1914	- Nuevo caso de sífilis, presentado como ejemplo de sífilis vacunal.
1915	- El problema de la prostitución y un importante folleto.

En 1873 en colaboración con Bartolomé Robert escribió un pequeño trabajo de dieciséis páginas titulado *"Bosquejo de un plan para el estudio de la higiene"*; eran épocas de estudiante, probablemente aquí se iniciaron sus inquietudes sanitarias.

Con la participación de Vicente Sánchez Gavito en 1898 editó un documento de 31 páginas que se tituló *"Tratamiento del tifo. Memoria además de los documentos anteriores de acuerdo al libro "Biografías de veracruzanos distinguidos"*, escrito por Margarita Olivo Lara, el Dr. Luis E. Ruiz escribió los siguientes libros:

1. *Nociones de Lógica*. México, 1882. Imp. de La Libertad.
2. *Nociones de Ciencias*. México, 1882. Tip. de la Libertad.
3. *Idem, Idem, Idem*. Segunda edición. México 1887. Of. Tip. de la Secretaría de Fomento.
4. *Aritmética Elemental*. México 1885. Tip. de Aguilar e hijos.
5. *Maladies endémiques observées dans la République Mexicaine*. México, 1893. Imp. du Ministère des Travaux Publics.
6. *Tratado elemental de Pedagogía*. México, 1900. Of. Tip. de la Secretaría de Fomento.

7. *Cartilla de higiene (profilaxis de las enfermedades transmisibles) escrita para la enseñanza primaria*. París, 1903. Imp. de la Vda. de Ch. Bouret.
8. *Tratado elemental de Higiene*. México, 1904. Of. Tip. de la Secretaría de Fomento.
9. *Guía de la Ciudad de México*. México, 1910. Imp. del Gobierno Federal⁶.

Otro libro escrito por Ruiz fue conocido públicamente hasta la sexta década del siglo XX. La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México publicó en el año de 1963 un pequeño libro titulado *Apuntes Históricos de la Escuela Nacional de Medicina*, el relato se inicia en 1833 termina en 1886; en el documento en la sección: *Antecedentes académicos de algunos profesores* se expresa que el Dr. Luis E. Ruiz el 9 de junio de 1878, obtuvo la plaza de profesor adjunto de Higiene Pública y Meteorología Médica, en un concurso verificado ese día; que fue abierto el 17 de mayo de 1878, siendo director de la Escuela el Dr. Francisco Ortega y Secretario de la Escuela el Dr. Luis Martínez del Villar; en la publicación se agrega que fue nombrado Secretario de la Escuela en 1886, en ese mismo fue designado prosecretario⁷. En el libro

Apuntes históricos de la Escuela Nacional de Medicina se da a conocer los antecedentes, la fundación, la evolución, los profesores, las autoridades y las cátedras de la Escuela Nacional de Medicina durante 53 años, iniciadas en 1833.

Tratado elemental de higiene, la obra escrita de mayor trascendencia

La obra escrita más importante del Dr. Luis E. Ruiz fue el libro titulado: *Tratado Elemental de Higiene*, fue publicado en 1904 por la Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento, el libro presenta cuatro dedicatorias, la primera dice: "Al Sr. Don Ramón Corral, Ministro de Gobernación y primer jefe de Salubridad en la República, homenaje y adhesión"; la segunda expresa: "Al Sr. Lic. Don Justo Sierra, Subsecretario de Instrucción Pública, sencillo testimonio de respeto"; la tercera manifiesta: "Al Sr. Dr. D. Eduardo Liceaga, Presidente del Consejo Superior de Salubridad y Director de la Escuela Nacional de Medicina, sincero homenaje a su personalidad; la cuarta tiene el siguiente contenido: "Al Sr. Don Ángel Gaviño, adjunto de la cátedra de higiene, mi distinguido hermano político, prueba inequívoca de afecto.

El prólogo del libro fue escrito por el Dr. Eduardo Liceaga, en las primeras líneas se lee: "El Sr. Dr. Luis E. Ruiz da ahora a luz un libro sobre Higiene pública y privada, que será de grandísima utilidad para los alumnos de la Escuela Nacional de Medicina"⁸

El Dr. Luis E. Ruiz presenta en el libro la doctrina científica, datos estadísticos europeos y mexicanos, datos meteorológicos y los avances de la higiene en otras naciones.

La estructura de la obra es la siguiente: carátula y dedicatorias. Prólogo; Introducción La Higiene. Cuadro sinóptico del estudio de la higiene. Más adelante aparecen en el libro grandes apartados que se enuncian a continuación: El medio; el individuo solo y en colectividad, la enfermedad y su profilaxis; preceptos generales. Al final de la obra se presenta el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

En el cuadro sinóptico del Estudio de la Higiene se clasifica a la misma en: higiene preventiva e higiene positiva, la primera se ocupa del estudio del medio, el individuo solo y en

la colectividad y el conflicto entre el medio y el hombre; la segunda tiene como intereses: preceptos generales y la organización y legislación sanitaria federal.

El Dr. Luis E. Ruiz definió la higiene, la ciencia y el arte en los siguientes términos:

"La higiene es el arte científico de conservar la salud y aumentar el bienestar".

"Siendo la ciencia el saber teórico organizado, estando constituido por enlace de proposiciones verdaderas que enseñan las propiedades del mundo y del hombre, claro es que la Higiene tiene una parte de ciencia desde el momento que informa que determinadas circunstancias del medio en que vivimos, modificaciones del organismo y cambio de relaciones entre éste y aquél, pueden dar por resultado la pérdida de la salud."

"El arte está formado por el armónico conjunto de preceptos y reglas que deben normar la conducta para alcanzar un fin determinado;..."⁹

A continuación se dan a conocer algunos párrafos del libro *Higiene*. "... toda nación bien constituida tiene como principal interés la salud pública y de un modo general puede asegurarse que todas las grandes cuestiones administrativas o de economía política, van siempre aparejadas con una cuestión de higiene"¹⁰

"Papel higiénico del aire. La atmósfera, como medio, está en incesante relación de cambio con los seres organizados que en su seno abriga. Ya da elementos, ya recibe productos. Mas siendo el aire un compuesto muy complejo, influye en el hombre por cada uno de sus componentes"¹¹

"Agua. Estudiando el aire, el otro elemento indispensable para la vida y la salud individual y para la existencia y la salubridad colectiva es el agua"¹²

"Toda asociación de más de dos mil individuos, que vive y ejerce su compleja actividad en corto espacio y en largo tiempo, tiende necesariamente a ensuciar el suelo, alterar el aire, contaminar el agua, facilitar la transmisión de enfermedades, multiplicar los accidentes"¹³

"Alcoholismo. Este problema es de la más alta importancia a los ejes de la higiene, porque su valor es inmenso como cuestión social. Todos los alcoholes son tóxicos, pero su influencia en el organismo puede ser aguda (embriaguez) o crónica (alcoholismo)"¹⁴

*"La demografía es la descripción colectiva del grupo humano por medio de la estadística. Es la contabilidad de la higiene, según la expresión gráfica de Bertillon. Pues el movimiento de la población se sientan las entradas (nacimientos e inmigraciones), y las salidas (fallecimientos y emigraciones). Deben de agregarse por su notoria importancia, los nacimientos, la nupcialidad, y tenerse muy en cuenta el valor económico de la vida humana "*¹⁵

*"La epidemiología es la parte de la higiene que manifiesta las causas de las epidemias, las leyes de su desarrollo y los recursos para combatirlas"*¹⁶

*"Siendo la salud pública el primero de los bienes en toda sociedad constituida, claro es que a conservarla incólume deben tender los esfuerzos colectivos y para esto deben remunerarse ampliamente á los encargados del servicio sanitario, y jamás ni economizar ni un solo peso de lo destinado para las atenciones, grandes y pequeñas, de la higiene; y esto por la poderosísima razón de que cualquiera cantidad que se invierte en este magno asunto, produce cuantiosos réditos, ya en forma de vidas humanas, ya en forma de salud, de longevidad, de bienestar ó de dinero efectivo"*¹⁷ .

Hoy pueden parecer extrañas muchas de las expresiones de Ruiz, pero en los últimos años del siglo XIX y primeros del XX eran favorecidas, iban con los tiempos y conocimientos.

Otras labores médico-sociales

En la Ciudad de México el 21 de enero de 1882 se inauguró el Congreso Higiénico Pedagógico, su organización estuvo a cargo del Consejo Superior de Salubridad, se planeó y programó con la participación de profesores de primera enseñanza, para tratar asuntos de higiene-pedagogía. Se formaron *comisiones dictaminadoras*, en la cuarta comisión estuvo el Dr. Luis E. Ruiz, dicha comisión se ocupó de contestar la siguiente pregunta: ¿cuál es el método de enseñanza que da mejor instrucción a los niños sin comprometer su salud? Se dieron diez respuestas, se transcriben las dos primeras:

1. "El método de enseñanza que debe adoptarse es el que se propone cultivar todas las facultades físicas, intelectuales y morales, en el orden de su aparición y por medio del ejercicio persistente, pero no continuo".

2. "Los ejercicios no pueden ser prematuros y deben practicarse en la forma adecuada para cada grupo de facultades

y para las diversas formas de cada facultad"¹⁸

En el año de 1891 Ruiz fue designado miembro del Consejo Superior de Instrucción Pública, tres años después en 1894 se integró al Consejo Superior de Salubridad -máximo organismo nacional en materia de salud pública- posteriormente, en 1896 ocupó un cargo político-administrativo es Regidor de la Ciudad de México, entonces hace una propuesta, "A él se debe la iniciativa de cambiar los nombres de la antigua Colonia Hidalgo, hoy de los Doctores, por el de eminencias médicas"¹⁹

El Dr. Luis E. Ruiz formó parte de diversas comisiones que se ocupaban de mejorar los aspectos sanitarios. En la Comisión de Epidemiología estuvo acompañado del distinguido médico Eduardo Liceaga, la Comisión analizaba los informes sobre enfermedades infecto-contagiosas, elaborados por los inspectores sanitarios y los delegados sanitarios, estos últimos desempeñaban sus labores en los puertos.

Luis E. Ruiz junto con el Dr. Agustín Reyes integraron la Comisión de la Vacuna, se ocupaba básicamente de la aplicación de la vacunación antivariolosa.

En el mes de octubre de 1907 la Comisión de Higiene de la Academia Nacional de Medicina, conformada por los doctores Manuel S. Soriano, Jesús E. Monjarás y Luis E. Ruiz presentó una propuesta para establecer lugares donde se cultivara el virus vacuno animal.

El 1 de septiembre de 1910 en la Ciudad de México se inauguró la Exposición de Higiene, se realizó conmemorando el primer centenario de la Independencia de México, se presentaron conferencias, el Dr. Luis E. Ruiz, presentó dos:

*Progresos alcanzados en higiene y seguridad en la capital de la República y en el Distrito Federal y Territorio Federales, en el siglo que ahora termina y Pavimentación de las calles y plagas; riego y barrido de las calles, desde el principio de la Independencia hasta la fecha"*²⁰ .

Epílogo

El Dr. Luis E. Ruiz (1853-1914), médico veracruzano, fue un precursor del sanitarismo en México, tanto en aspectos teóricos como prácticos, fue autor del Tratado Elemental de Higiene, considerada la primera obra mexicana de salud pública del siglo XX. Aquí se da cuenta de su historia dedicada a la docencia, la academia y el ejercicio de la higiene.

17. Ibidem. p. 516.

18. Liceaga, E. Mis recuerdos de otro tiempos. Obra postuma. Arreglo, preliminar y notas por el Dr. Francisco Fernández del Castillo. México; 1949.p. 195.

19. Diccionario Porrúa. 3ra ed. México: Porrúa; 1971. Historia, Biografía y Geografía de México. Ruiz, Luis E.p.1815.

20. Martínez Cortés F, Martínez Barbosa X. El Consejo Superior de Salubridad, Rector de la Salud Pública en México. Smithkline-Becham,1997. p. 221-222.

Referencias bibliográficas

1. Ruiz E. Expediente. Academia Nacional de Medicina. México;2005
2. Aguilar, GF. Héroes del dolor. México. 2a ed. México; 1946. p. 215.
3. Ruiz. L. E. El tratamiento de la neumonía. Tesis. México: Facultad de Medicina; 1877.
4. Martínez F., Martínez X. 1977. El Consejo Superior de Salubridad, Rector de la Salud Pública en México. MithKline-Beecham. p.31.
5. Fernández del Castillo, F. Historia de la Academia Nacional de México. 1ra ed. México: Fournier;1956.p. 200.
6. Olivo L, M. Biografías de Veracruzanos distinguidos. Veracruz (México): Instituto Veracruzano de Cultura; 1998. p. 164-165.
7. Ruiz, LE. Apuntes históricos de la Escuela Nacional de Medicina. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1963. p. 70.
8. Liceaga E. Prólogo. En Ruiz, L. Tratado elemental de Higiene. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento; 1904. p. IX.
9. Ruiz, LE. Tratado elemental de Higiene. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento; 1904. p. 3-4.
10. Ibidem. p. 6.
11. Ibidem.p.49.
12. Ibidem. p. 55.
13. Ibidem. p. 146.
14. Ibidem. p. 242.
15. Ibidem. p. 254-255.
16. Ibidem. p. 347-348.

Plataformas electorales: propuestas en salud

(Electoral platforms: proposals in health)

Elsa Ladrón de Guevara Morales*

Resumen

Este ensayo tiene el objetivo de recuperar los principales planteamientos que en materia de salud, seguridad social y participación social en salud, ofrecen las cinco plataformas electorales de los candidatos a la Presidencia de la República, la intención es ofrecer al lector un somero análisis de las mismas con la finalidad de que los mexicanos interesados en estos campos puedan tomar el próximo dos de julio una decisión más informada.

La recuperación de los planteamientos se realizó de los documentos de campaña que exhiben en sus respectivas páginas electrónicas; se analizan las propuestas con base en los resultados obtenidos con políticas similares implementadas en el país o en otros países.

Palabras clave

Plataformas electorales, salud, seguridad social, participación social en salud.

Summary

The purpose of this essay is to recover the main expositions that in health matters, social security and the social participation in the health sector, are being offered by the five electoral platforms of the presidential candidates. The intention is to offer to the readers a brief analyst of these expositions, with the purpose that the Mexican people interested on these areas can take a more informed decision the next July 2nd (elections day).

The compilation of the expositions was done with the documents exhibited on their own websites; the proposals are based on the result from similar policies that were implemented in the country or other countries.

Key words

Electoral platforms, health, social security, social participation in health.

Introducción

En los últimos meses el país se ha envuelto en una gran efervescencia política derivada de la proximidad de las elecciones del dos de julio, en donde habremos de elegir al presidente de la república, así como a senadores y diputados federales.

Sin duda alguna nuestro país está cambiando tal vez no al ritmo deseado, pero es evidente que las condiciones políticas actuales distan mucho de ser las que prevalecían en los últimos lustros del siglo pasado; la diversidad de candidatos, los estilos de hacer política, los nuevos instrumentos tecnológicos al

servicio de la política, la ampliación y transformación de los medios de comunicación, la evolución de las expectativas y actuación ciudadana en materia política y desde luego la esperanza de que nuestro país se transforme en un espacio más justo, equitativo, seguro y capaz de generar las condiciones para que cada miembro de la sociedad tenga las oportunidades para desarrollar al máximo sus potencialidades como medio para lograr mayor bienestar individual, familiar y social, son sólo algunos de los rasgos que caracterizan al México del 2006.

*Investigadora tiempo completo. Coordinadora del área disciplinar de Administración de Servicios de Salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. elsaladron@uv.mx

Bajo estas circunstancias, los interesados en el campo de la salud, nos encontramos atentos a las propuestas que en esta materia despliegan los cinco candidatos a la presidencia de la república. Desafortunadamente las direcciones que han asumido las diversas campañas políticas, poco tienen de constructivas e informativas en el sentido de presentar clara y abiertamente las propuestas de las cuales dependerá el proyecto de nación para el próximo sexenio, los mensajes televisivos y radiales (principales medios de difusión para la población en general) se han basado en el ataque destructivo de la imagen de los contrincantes -salvo honrosas excepciones- en lugar de utilizar nuestros recursos (no olvidar que las campañas se financian principalmente con recursos del pueblo) para comunicar ese proyecto de nación que esperan cristalizar en los próximos seis años.

Es por lo anterior que resulta necesario analizar y difundir las propuestas que en materia de salud, seguridad social y participación social en este campo, ofrecen las cinco plataformas electorales, nuestro interés no es otro que el de contribuir al desarrollo de una ciudadanía informada capaz de ejercer un voto razonado.

Advierto al lector, que no creo en la objetividad de la investigación científica, cada uno de nosotros consciente o inconscientemente, asume un posicionamiento al respecto de la realidad, posicionamiento que indudablemente actúa como filtro para percibir e interpretar la realidad de la cual se forma parte, de aquí, que esta interpretación particular de las plataformas políticas en materia de salud, queda sujeta también a la interpretación y crítica de cada potencial lector.

Para analizar las propuestas que en materia de salud, seguridad social y participación social en salud presentan los candidatos, se procedió a realizar la consulta en los documentos de campaña que exhiben en sus respectivas páginas electrónicas. La exposición de las mismas en este ensayo se realizará en orden alfabético atendiendo al nombre del partido, alianza o coalición que representan. Se referirá la ubicación que tienen las propuestas dentro del documento del que fueron extraídas,

se dimensionará la extensión de la propuesta (medida en cuartillas) se presentarán algunos párrafos relevantes cuya extensión es proporcional al documento original y se realizará enseguida de cada propuesta algunos comentarios sobre el contenido.

Partido Acción Nacional Candidato a la presidencia: Felipe Calderón Hinojosa

La búsqueda sobre los planteamientos de salud, seguridad social y participación social en salud, se ubicó en la página electrónica del candidato, en la liga denominada: La propuesta de Felipe, ésta contiene cinco capítulos: *Estado de Derecho y seguridad pública, Economía competitiva y generadora de empleos, Igualdad de oportunidades, Desarrollo sustentable y Democracia efectiva y Política exterior responsable*. Dentro del capítulo sobre *Economía competitiva y generadora de empleo*, se aborda el problema de las instituciones de seguridad social desde la óptica de las pensiones en función de la amenaza que representan para las finanzas públicas saludables, no se aborda el componente de atención médica y salud.

Dentro del capítulo de Igualdad de oportunidades se plantea un apartado sobre salud, el cual se expresa en tres cuartillas y media, los elementos más relevantes son:

"La salud constituye un factor indispensable para el bienestar de las personas y sus familias; es un bien esencial para el desarrollo humano. Sin embargo, aún cuando las condiciones en materia de salud en México han mejorado en las últimas décadas, no se ha logrado garantizar a todo mexicano el acceso a los servicios de salud, ni ha sido posible mejorar la eficiencia y calidad del sistema que actualmente opera.

La gran disparidad que existe en la provisión de salud a lo largo del país genera dificultades para que la población pueda acceder a servicios integrales y en suficiencia.... En cuanto a cobertura, México es uno de los pocos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que aún no logra cobertura universal o casi universal del aseguramiento en salud...

El Seguro Popular de Salud es el instrumento que creó esta administración, para asegurar el acceso a los servicios de salud y medicamentos a todas las personas

que no gozan de prestaciones de la seguridad social... Sin embargo, falta mucho por hacer al respecto.

Con respecto al abasto de medicamentos, no obstante que se consideró como uno de los indicadores de calidad y se trabajó en ello, ningún estado alcanza una cobertura del 100%,

El programa que estoy proponiendo tiene como elemento fundamental garantizar a todos los mexicanos, en especial a los niños, acceso a servicios de salud. Este esfuerzo considera articular los diferentes esquemas de aseguramiento público y privado a efecto de proveer de manera eficiente atención médica, además de la ampliación del seguro popular.

Programa

1. Cobertura universal en salud.

Establecer un sistema de cobertura que articule los servicios prestados por la Secretaría de Salud, las dependencias de gobiernos locales, las distintas instituciones de seguridad social, el seguro popular y los seguros privados para cubrir a toda la población.

Padrón único de cobertura...Evitar duplicidades en la prestación de servicios y suscribir convenios entre instituciones, ...Continuar los esfuerzos del Seguro Popular y fomentar la afiliación al mismo,...

2. Programas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud

Fomentar y ampliar el gasto para programas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud. Instrumentar medidas para que las familias y sus miembros adquieran una verdadera cultura de prevención de enfermedades

3. Ampliación y mantenimiento de la infraestructura en salud

Llevar a cabo una cruzada nacional de mantenimiento de las unidades de atención médica.

Promover la renovación y sustitución de los equipos obsoletos. Aprovechar las ventajas que ofrecen los Proyectos de Prestación de Servicios (PPS) de coparticipación pública-privada para proveer de infraestructura suficiente a nuestro sistema de salud.

4. Garantizar el abasto y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud

Asegurar el abasto del cuadro básico de medicamentos en toda la República. Impulsar y consolidar el programa de uso y distribución de medicamentos genéricos intercambiables.

5. Calidad óptima de los servicios de salud

Realizar controles sanitarios frecuentes y estrictos en todas las unidades hospitalarias y de salud. Continuar los esfuerzos y el financiamiento de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, fortaleciendo los mecanismos de evaluación y el desarrollo de proyectos de mejora continua

6. Protección contra riesgos sanitarios

Mantener actualizados y en alerta los programas de vigilancia sanitaria e implementar laboratorios de bioseguridad que permitan detectar con oportunidad contingencias biológicas que pongan en riesgo la seguridad nacional. Simplificar los procesos de autorización, aplicación y verificación de la protección contra riesgos sanitarios de tal forma que las empresas cuenten con certeza jurídica en la aplicación de la legislación y al mismo tiempo participen en la autorregulación.

Sin embargo, existen presiones a las finanzas públicas que deben ser atendidas si queremos dotar a nuestra economía de los cimientos apropiados para crecer. Es así que destaca el problema de los sistemas públicos de pensiones que requiere de atención inmediata".

En el análisis sobre las condiciones de salud en el país se reconoce que la "salud es un bien esencial para el desarrollo humano", pero no se implica como un derecho sujeto de garantía por el Estado. Se reconoce también que aún existen rezagos en este campo y que los indicadores de salud distan mucho de los deseables, se examinan también las desigualdades en esta materia entre las diferentes regiones, así como el incumplimiento en algunas metas del sexenio por terminar como son: el desabasto de medicamentos, la falta de cobertura universal y el insuficiente gasto público en esta materia.

Las propuestas que se enlistan reflejan el interés de continuar el programa actual, caracterizado por selección de intervenciones de bajo costo, la continuación de la estrategia del Sistema de Protección Social en Salud y la implementación de Cruzadas para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

Otro elemento relevante de la propuesta es la intención de continuar la privatización en materia de salud mediante la introducción de "diferentes esquemas de aseguramiento público y privado"

así como la incorporación de *Proyectos de Prestación de Servicios (PPS) de coparticipación pública-privada para proveer de infraestructura*.

Resultan preocupantes estas propuestas, cuando hoy en día, países como Chile² que fue pionero en este tipo de alternativas, está reconsiderando todos los efectos perniciosos e inequitativos que genera la intervención de la iniciativa privada en el campo de la salud, e incluso se han iniciado medidas para dar marcha atrás a esta participación del capital privado.

En la propuesta no se encuentra ninguna alusión sobre la posible participación social en el campo de la salud, la única referencia está basada en la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Alianza por México: (Partido Revolucionario Institucional y Partido Verde Ecologista) Candidato a la presidencia: Roberto Madrazo Pintado

En la página electrónica³ se muestra una liga a "Proyecto" el cual contiene cinco capítulos: *Visión de México, Economía, Sociedad, Política y Visión Internacional*. Ubica la propuesta de Salud dentro del capítulo sobre *Sociedad*, en el cual se encuentra también el capítulo sobre *Política Social*, destina para explicitar la política social, tres cuartos de cuartilla dentro del cual destina tres renglones a la participación social en general y un cuarto de cuartilla para la política en salud y seguridad social, respecto. Las principales propuestas son las siguientes:

Salud:

"Todos sabemos que la salud está ligada al desarrollo de los países, no se puede consolidar un país competitivo si no se cuenta con esta herramienta básica de bienestar social.

Servicios que les permitan mantenerse sanos, recuperarse en caso de enfermedad y desarrollar la energía humana necesaria para acceder al justo empleo, la buena remuneración y con ello al resto de los satisfactores que configuran el bienestar.

La Seguridad Social ha sido y debe ser una política prioritaria del Estado, por que toda inversión productiva en salud

constituye un incremento del capital humano, promueve la equidad y contribuye con ello a un desarrollo social justo."

Los planteamientos que aparecen en el documento adolecen de elementos diagnósticos que den cuenta de los principales problemas que en materia de salud y seguridad social prevalece en el país; los planteamientos resultan ser afirmaciones generales poco reveladoras de lo que constituiría una política en materia de salud y seguridad social, en el capítulo sobre *política social* plantea "estructuras de participación en la toma de decisiones" sin embargo el planteamiento es confuso ya que no esclarece si son los grupos vulnerables los que participarán en la toma de decisiones o si esta participación es de "otros" para la toma de decisiones de las acciones en favor de los grupos vulnerables.

Difícilmente a partir de estos planteamientos se puede visualizar cual sería la política en materia de salud, seguridad social y participación social en salud que regiría el próximo sexenio en caso de llegar Roberto Madrazo Pintado a la presidencia de la república.

Alternativa Social Demócrata y Campesina Candidata a la presidencia: Patricia Mercado

La página electrónica⁴ contiene el documento "Plataforma electoral federal 2006", el cual está estructurado con los siguientes capítulos:

Gobernar la Pluralidad, Consolidar la democracia y vigencia plena del Estado de Derecho, La Educación: motor para el desarrollo de México, Desarrollo sostenible y sustentable, Cultura alternativa, Vida buena y Una política exterior responsable e integradora para México.

Dentro del capítulo sobre *Vida buena* se abordan las siguientes temáticas: *Seguridad social; seguro obligatorio, incorporación y permanencia; portabilidad de derechos; primas de financiamiento y salud*; en conjunto estas propuestas se expresan en seis cuartillas,.

En el apartado sobre *seguridad social* se plantea un análisis sobre las actuales condiciones financieras de las principales instituciones de segu-

ridad social, algunos de los planteamientos más relevantes son:

"Alternativa impulsará reformas que permitan contar con un mejor sistema de seguridad social que incluya un seguro para el desempleo y pensiones dignas para los jubilados.

Numerosos contingentes de mexicanos, en un número mayor a los asegurados en el IMSS y en el ISSSTE, que trabajan en el medio rural o que se auto-emplean en la extensa economía informal, todavía carecen de acceso a la seguridad social. El envejecimiento de la población provoca que cada vez haya más pensionados generando un desequilibrio en las finanzas de la seguridad social cuando se combina con un bajo crecimiento del empleo.

...sostenemos que la actual crisis de la seguridad social en nuestro país, debe ser enfrentada desde la base social con este diagnóstico estructural y con una visión de largo plazo, que se proponga una reforma de la seguridad social que comprenda:

-Crear una Procuraduría de la Seguridad Social, para que los trabajadores, y/o sus representantes gremiales puedan exigir:

a) La más eficiente recaudación de cuotas al IMSS, INFONAVIT y SAR

b) La reducción de la evasión de los patrones al pago de sus obligaciones exigiendo el pago completo de cuotas con relación al ingreso que realmente perciben los trabajadores asegurados y la incorporación de la totalidad de los trabajadores con derechos.

c) La máxima cobertura y calidad en los seguros comprendidos en el Régimen Obligatorio del Seguro Social...

-Fundar un nuevo Sistema de Seguridad Social y un Sistema Único de pensiones que resuelvan de fondo todas las actuales deficiencias que presentan estos sistemas.

Seguro Obligatorio

Partiendo del reconocimiento de que el modelo actual de seguridad social en México tiene como objetivo deseable el garantizar el goce pleno de los derechos proclamados por Naciones Unidas a favor de las personas que constituyen la sociedad mexicana, estimamos conveniente analizar la pertinencia de hacer obligatoria la creación y operación de un solo Seguro Social de carácter nacional, solidario y universal, por parte del Estado Mexicano.

En este orden de ideas, los mecanismos y niveles de contribución responderán a las características propias de los distintos segmentos que componen la economía del país, pero nadie, por el tipo de actividad que desempeñe o por la circunstancia socio-económica que lo defina, quedaría fuera del seguro, es decir, al margen de sus derechos. Corresponde al Estado garantizar el acceso a la seguridad social, el ejercicio de un derecho inherente al individuo por el solo hecho de formar parte de una sociedad. No es tarea del Estado administrar ese derecho, mucho menos dificultar o limitar el acceso al mismo trasladando la toma de decisiones al individuo

Incorporación y Permanencia

Es importante que el acceso y permanencia dentro del sistema de seguridad social de los trabajadores por cuenta propia, sea a través de mecanismos y procesos simplificados que no se constituyan en barreras.

A través de convenios específicos entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y las Entidades Federativas, la Ley permite el destino de los recursos obtenidos por concepto de Impuesto al Valor Agregado al pago de las contribuciones al seguro social. Desafortunadamente, también se abre la posibilidad para que estos recursos se destinen al pago del Seguro Popular, generándose nuevamente una competencia innecesaria entre una concepción amplia de cobertura y otra limitada a servicios médicos. Sin embargo, se considera que esta vía, puede ser la idónea para lograr el aseguramiento de los trabajadores por cuenta propia, de manera obligatoria y bajo el esquema de protección que se tiene previsto para los trabajadores independientes en la Ley del Seguro Social.

Portabilidad de Derechos

La afiliación de trabajadores por cuenta ajena, o por cuenta propia, debe hacerse ante un mismo y único Seguro Social. Esto garantizaría la correcta acreditación de derechos y eliminaría los problemas de portabilidad que hoy se viven en México.

Siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social el instrumento definido por la Ley para hacer realidad la seguridad social para la gran mayoría de los mexicanos, parece lógico pensar en la confluencia de esfuerzos aprovechando la infraestructura construida en más de 60 años de vida y una cobertura que abarca a casi la mitad de los mexicanos (45 millones de derechohabientes).

Primas de Financiamiento

Las cuotas a cubrir para el aseguramiento de los trabajadores por cuenta propia, se debe prever sobre la base de

estudios actuariales que prevean una prima de equilibrio, a efecto de no poner en riesgo la estabilidad financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, ni afectar la eficacia de los servicios que proporciona el propio Instituto a los asegurados en el régimen obligatorio.

Reconociendo que la dinámica de la economía en México seguirá generando espacios para que el empleo por cuenta propia crezca con respecto al empleo por cuenta ajena, y que la vida laboral de la mayoría de los mexicanos será una combinación de ambos mundos, resulta impostergable tomar la decisión de avanzar hacia la universalización de la seguridad social.

Salud

Las condiciones de vida y de muerte de la población mexicana son altamente contrastantes con respecto a la región, el grupo social, el género e incluso la etapa del ciclo vital que se esté considerando, de manera que, más que un reclamo general por el derecho a la atención médica, las reformas al sistema de salud deben centrarse en ofrecer condiciones dignas de atención, prevención y cuidado de los distintos sectores de la población, que respondan a sus propias necesidades y características.

Con las reformas del sector salud impulsadas por el gobierno federal a lo largo de más de 10 años, las políticas sanitarias se han inclinado cada vez más por criterios mercantiles y privatizadores. En la actualidad, el papel del gobierno se ha restringiendo a la regulación y provisión de ciertos servicios sanitarios de compensación social, desentendiéndose de su obligación primordial como garante del derecho a la salud. El gasto público en este sector corresponde solamente el 2.8% del PIB, mientras que en Estados Unidos es del 13% y en Costa Rica del 6.8%. El gasto óptimo, según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), debe ser superior al 6 %.

Alternativa busca ratificar, en su dimensión política, la salud como un derecho humano inalienable, y en particular la responsabilidad del Estado en su defensa, promoción y garantía, a fin de que toda la población se beneficie en igualdad de condiciones y oportunidades.

Propuestas

- Asignar el 6% del gasto público al sector salud, a fin de mejorar la infraestructura de los servicios, el abasto de medicamentos y las condiciones laborales de médicos y enfermeros.

- Otorgar mayor libertad y responsabilidad a las entidades federativas y locales en la administración de los recursos sanitarios.

-Reorientar las políticas de salud hacia un enfoque integral basado en la promoción, el respeto y la ampliación de de-

rechos, que garantice el acceso universal y equitativo a la salud.

-Establecer la gratuidad de los servicios de salud "preventivos y curativos" para la población de bajos recursos económicos.

-Impulsar agresivas campañas de salud preventiva, a partir de las necesidades específicas de los distintos tipos y estratos de la población.

-Promover la participación ciudadana a fin de que las prioridades nacionales, estatales y municipales del sector salud no sean definidas desde la Secretaría de Hacienda, y se estimule el control social en los centros de salud y hospitales,...

-Promover reformas al Código Penal Federal y en los códigos estatales para que se despenalice la interrupción voluntaria del embarazo...

-Vigilar la no modificación del Artículo 4º constitucional que garantiza a mujeres y hombres el derecho a decidir sobre su fecundidad.

-Garantizar el acceso seguro y gratuito al aborto legalmente permitido."

Indudablemente, el planteamiento fundamental gira en torno al reconocimiento de la salud como un derecho social, cuyo cabal cumplimiento es responsabilidad del Estado; para garantizar este derecho se plantea la conformación de un sistema de seguridad social administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, con cobertura universal y cuotas progresivas de los trabajadores y patrones en función de cada nivel de ingreso, considera también la gratuidad para las familias de ingresos bajos.

Plantea también la existencia de un sistema único con la finalidad de evitar la competencia de los recursos públicos entre los diferentes subsistemas de salud y frenar la privatización y mercantilización de los servicios de salud emprendida en el último decenio.

Las propuestas financieras para sostener desde el espacio público este sistema, son la canalización de recursos captados a través del impuesto al valor agregado y destinar el seis por ciento del PIB a la salud.

La propuesta resulta interesante ya que es tal vez uno de los posibles modelos ideales hacia el cual todas las sociedades desearían avanzar, sin embargo la propuesta resulta poco factible desde el punto de vista económico, ya que a pesar que reconoce los actuales problemas

financieros por los que atraviesan las instituciones de seguridad social, las propuestas en este orden, no establecen ni el monto de los recursos requeridos para transitar hacia un sistema único, ni los posibles costos disponibles para su implementación.

Al considerar la operación de sistemas similares al planteado, -como es el caso de Canadá - en donde actualmente se canaliza alrededor del doce por ciento del PIB para su sostenimiento, resulta evidente la ausencia de factibilidad de la propuesta, en la cual se tendría que considerar además los costos de los procesos de homologación de los diferentes subsistemas, así como los recursos para la corrección de los rezagos generados en los últimos 25 años, en otras palabras, destinar el seis por ciento del PIB para una propuesta de esta magnitud, resulta a todas luces insuficiente; sin embargo, la propuesta puede ser una imagen objetivo para un periodo mucho más amplio que el de un sexenio y en los próximos años es posible iniciar las cimientos de su construcción

En el apartado de *Salud* se realiza un análisis epidemiológico bajo el enfoque de inequidad, enfatiza los problemas asociados a los comportamientos sexuales y reproductivos y señala la inexistencia de una política de género en materia de salud, lo que explica la gran vulnerabilidad de la mujer ante los problemas de enfermedad resultado de estos comportamientos sociales y políticos.

No aborda los problemas estructurales y organizacionales del subsistema de salud destinado a la población no asegurada, entendible por la propuesta de un sistema único de seguridad social, pero ineludible por ser parte de la problemática actual en materia de salud.

En las propuestas para este campo, enfatiza la necesidad de la participación social en la definición de prioridades, así como en actividades de contraloría social en el ámbito de unidades y programas de salud. En este sentido, tal vez es la propuesta más avanzada de todas las propuestas electorales, ya que incluso llega a proponer la promoción de una Ley de Participación Ciudadana, que facilite el cause

ordenado de la participación ciudadana en los asuntos públicos.

Coalición por el bien de todos (Partido de la Revolución Democrática, Convergencia y Partido del Trabajo)

Candidato a la presidencia:

Andrés Manuel López Obrador

Los planteamientos de este candidato respecto a salud y seguridad social se localizan en la pagina electrónica dentro de la liga “50 compromisos para recuperar el orgullo nacional”, dentro de los cuales se abordan los diferentes aspectos de interés nacional, el compromiso número cuatro atiende el análisis y propuestas relacionadas con los problemas de salud bajo el enunciado de: *Haremos efectivo el derecho Constitucional a la atención médica y a los medicamentos gratuitos*, y en el compromiso número ocho con el título *Mejorar la atención médica en el IMSS y el ISSSTE*, y no habrá servicios médicos particulares para funcionarios públicos, se analiza la problemática de la atención médica de las instituciones de seguridad social. En el compromiso número seis analiza de manera independiente la problemática y las propuestas en torno a los fondos de pensiones, este último compromiso no será analizado ya que aunque está relacionado con los aspectos de salud su tratamiento queda al margen de la intencionalidad de este trabajo. Destina para el análisis y propuestas en salud y seguridad social diecisiete cuartillas y dentro de ellas enuncia un pequeño párrafo a la participación social.

Las principales contribuciones al análisis de la salud y las propuestas en este campo se extractan en los siguientes planteamientos:

“Compromiso cuatro: Haremos efectivo el derecho Constitucional a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social. La salud es una necesidad humana básica y un derecho humano universal e irrenunciable. Es un bien preciado y un valor social básico porque atañe a la vida misma. Por ello, el derecho a la protección de la salud se inscribió en el artículo cuarto de nuestra Constitución hace dos décadas. Si bien el texto constitucional establece este derecho no especifica que el Estado tiene la obligación de garantizarlo. Y un derecho sin un sujeto obligado no es en la realidad un derecho exigible.

La consecuencia de ello es que cerca de la mitad de los mexicanos, los que no tienen seguridad social, no gozan plenamente de este derecho.. Esta situación obedece a tres causas básicas: a) no cuentan con los recursos económicos para pagarlos, b) no existe la infraestructura y el personal suficiente y c) la distribución territorial de los servicios es inadecuada con carencias graves en las zonas rurales y en los estados pobres... Reproduce además el patrón de la desigualdad donde los pobres, los desempleados, la población rural y la marginal urbana son los excluidos.

La desigualdad en salud no se restringe a la desigualdad en el acceso a los servicios sino que se presenta además como una desigualdad inaceptable ante la enfermedad y la muerte.

Algunos ejemplos. La mortalidad infantil es hasta ocho veces mayor en un municipio que en otro....se observa que las tasas generales de mortalidad estandarizadas del DF son más bajas que las nacionales...las causas asociadas a la pobreza, la violencia y la falta de acceso a los servicios médicos son más altas en el ámbito nacional.

Estos datos nos señalan tres cuestiones importantes: a) el mejoramiento de las condiciones de salud requieren de acciones integrales para disminuir la pobreza; b) es imperativo disminuir los obstáculos al acceso a los servicios de salud y; c) tenemos que estructurar intervenciones novedosas para enfrentar las enfermedades crónico-degenerativas.

El análisis de la situación nacional de los servicios públicos de salud revela varias características importantes. La primera concierne el gasto público en salud. Paradójicamente a partir del año 1983, cuando se reconoció legalmente el derecho a la salud, los recursos públicos dedicados a este rubro cayeron bruscamente con la implantación de la política neoliberal. Lo que se concedió en la ley, se eliminó en el presupuesto. A pesar de sus riquezas México tiene uno de los presupuestos públicos de salud más bajos de toda América Latina. En 2003 el gasto público en salud representaba el 2.8 por ciento del PIB, distribuido entre 2.1 por ciento para los servicios de la seguridad social y 0.7 por ciento para los servicios de salud para la población no-asegurada.

Estos datos explican en parte la segunda característica de los servicios públicos de salud que es la falta de infraestructura y recursos humanos así como un proceso de deterioro de los servicios ocurrido durante las dos últimas décadas...Los recursos estatales invertidos en salud

han logrado revertir esta situación en algunas entidades federativas. Tal es el caso del Distrito Federal que incrementó el presupuesto local en salud en un 52 por ciento entre 2000 y 2004, lo que significa que dos tercios de los recursos invertidos en salud son del gobierno local y un tercio del gobierno federal.

Aparte de la carencia de servicios públicos de salud su costo para la población ha aumentado en términos absolutos y relativos. De esta manera el índice de precios para los bienes y servicios de salud ha incrementado más rápido que el índice de precios al consumidor. Esto contrasta con la caída de los salarios durante casi dos décadas...

La Política de Salud Actual

Los últimos tres gobiernos federales han aplicado una política de salud inspirada en las recomendaciones del Banco Mundial expuestas con más claridad en *Invertir en Salud* publicado en 1993. Los gobiernos de Salinas y Zedillo descentralizaron los servicios de salud a las entidades federativas Esta descentralización de servicios insuficientes y sin los recursos financieros necesarios trasladó la responsabilidad en salud a los gobiernos estatales. Fue un proceso que tendió a profundizar la desigualdad entre las entidades federativas ya que no se acompañó de las inversiones y el apoyo técnico requeridos.

Con la visión de reducir la responsabilidad del Estado en la atención de la salud, se definió un "Paquete Básico de Servicios" gratuito, sumamente reducido y centrado en acciones de salud pública y contra las principales causas de mortalidad de la niñez, ciertamente con resultados satisfactorios. Correlativamente se incrementaron las cuotas de recuperación pagadas por el paciente que además tenía que comprar medicamentos e insumos. A finales del sexenio zedillista se declaró que México había logrado la cobertura prácticamente universal de servicios de salud. Sin embargo, no se aclaró que esta "extensión universal de la cobertura" sólo se refería al "Paquete Básico".

El gobierno foxista ha seguido el mismo camino afinando la concepción esencialmente económica, de corte neoclásica, de la salud añadiendo dos elementos. Divide las intervenciones en salud entre las clasificadas como bienes públicos y las clasificadas como bienes privados (de la persona).. Propone además separar las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios con la finalidad de "subsidiar la demanda" y no la "oferta" lo que lleva implícito retirar el presupuesto directo a los servicios públicos de salud, en este caso a los servicios estatales de salud. El propósito sería generar compe-

tencia entre los prestadores como el mecanismo para mejorar la calidad de los servicios a pesar de que hay consenso entre los expertos de que esta competencia no opera debido, entre otras cosas, a la disparidad de información entre prestadores y usuarios.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido bajo su nombre propagandístico el “Seguro Popular”, es la expresión legal y organizativa de esta concepción. Sin embargo, el SPSS tiene una serie de características que restringen el derecho a la protección de la salud: está condicionado al pago de una cuota familiar para el 80 por ciento de las familias y, en algunos casos, de una cuota reguladora; se puede perder definitivamente; su extensión universal tardará siete años o sea hasta 2010 y; no garantiza todos los servicios disponibles sino sólo el Catálogo de Servicios Esenciales, actualmente de 154 intervenciones, y algunos tratamientos de “Gasto Catastrófico”, actualmente cuatro. Todos los demás tratamientos –por ejemplo el embarazo complicado, la mayoría de los traumatismos, el infarto de corazón, el coma diabético, etcétera– tienen que ser pagados por el paciente y su familia.

Por otra parte, hay evidencias claras de que el Seguro Popular está generando una nueva segmentación de servicios para la población que no pertenece a una institución de seguridad social. Así actualmente se observa que la mayoría de los recursos se canalizan a las familias con Seguro Popular que son la minoría, en detrimento de la atención a las no-aseguradas.

La Alternativa de Solución: el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

La política de salud, adoptada por el gobierno del Distrito Federal en diciembre de 2000, tiene como fundamento el artículo cuarto Constitucional y se dirige a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud para toda la población. Es decir, a convertirlo en un derecho exigible... la tarea más urgente es extenderlo a la población no-asegurada.

El análisis de los obstáculos de acceso a un tratamiento adecuado y oportuno en el Distrito Federal reveló como elemento crucial las restricciones económicas de la población, particularmente para la compra de los medicamentos y el pago de los servicios de alto costo. A ello se añadieron las evidencias empíricas consistentes que confirman que el cobro del servicio constituye el elemento central de exclusión en los servicios de salud. Por ello, la primera gran estrategia de salud del gobierno capitalino fue la gratuidad al usar el servicio. Fue un paso fundamental para democratizar a la salud y garantizar la equidad...

Esta estrategia abarca todos los servicios de la Secretaría de Salud del GDF (SSDF), colectivos e individuales, e incluye los medicamentos e insumos... Esto se traduce en un sistema de salud crecientemente incluyente que tiende a la universalidad, a condición de que las instituciones de seguridad social asuman su obligación de atender su población derechohabiente.

En diciembre de 2004 se habían inscrito en el Programa 713 mil núcleos familiares de las cerca de 850 mil susceptibles de hacerlo. Un indicador elocuente del impacto de este Programa es el incremento en la prestación de servicios de la SSDF en cuanto a los servicios de mayor costo... los resultados obtenidos con el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos demuestran que es una alternativa factible para hacer realidad el derecho constitucional a la protección de la salud en todo el país.

Se iniciará de inmediato el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para la población pobre que carece de seguridad social... Pero no basta con remover el obstáculo económico a la atención, es además necesario acercar los servicios de salud y los medicamentos a la gente. Para ello es necesario construir nuevos centros de salud, clínicas y hospitales, equiparlos y dotarlos de personal a lo largo de los seis años. Esta actividad empezará en los estados y regiones donde la pobreza es mayor y donde hay menos servicios de salud.

Es un compromiso trabajar para que todos los mexicanos sepan como proteger su salud y exija no ser expuesto a riesgos; tengan acceso a las medidas preventivas y reclamen la detección temprana y control eficiente de sus padecimientos.

Para una verdadera participación social en salud es necesario conocer, saber exigir derechos y saber asumir responsabilidades.

Los actuales obstáculos económicos, geográficos y culturales al acceso a los servicios de salud deben ser removidos para que haya equidad en el acceso a ellos; una equidad que significa que todos pueden acceder a los servicios existentes ante la misma necesidad, con independencia de su condición socio-económica, su género, sus creencias o identidad étnica.

Compromiso ocho: Mejorar la atención médica en el IMSS y el ISSSTE, y no habrá servicios médicos particulares para funcionarios públicos

Reforma a las Leyes del IMSS e ISSSTE

Los sistemas de seguridad social se encuentran en crisis en numerosos países, incluyendo al nuestro. En México, la crisis que vive el sistema responsable de garantizar el bienestar y seguridad social de los trabajadores se deriva del modelo económico adoptado desde el inicio de los 80s, el crecimiento de la demanda de la población y el descuido de que ha sido objeto por parte del Gobierno Federal.

Los trabajadores de nuestro país y sus familias son testigos de las grandes deficiencias en la atención, del pobre alcance de las prestaciones sociales que se les proveen y del grave problema a que ha llegado el otorgamiento de pensiones y jubilaciones.

Hay consenso en la necesidad de llevar a cabo una reforma profunda de las leyes del IMSS y del ISSSTE para encontrar soluciones a largo plazo en los distintos beneficios del sistema de seguridad social, donde se precisen las obligaciones de los trabajadores, patrones y el Gobierno Federal y se garanticen los derechos sociales que marca nuestra Constitución.

Derecho Social a la Salud

La Seguridad Social tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Principales Causas del Deterioro de la Atención Médica, Relación de Trabajadores Activos contra Pensionados:

La disminución del crecimiento de la economía que no ha sido capaz de generar los empleos que el crecimiento de la población demanda, ha sido un factor determinante en la disminución de los fondos disponibles para financiar la operación de estas dos instituciones.

Solamente entre los años 2002 y marzo de 2005, el número de asegurados cotizantes disminuyó más de 6 por ciento, pasando de 13,260,000 a 12,480,000. En 1980 la relación de trabajadores activos por pensionado en el ISSSTE, era de 19 a 1; y en el IMSS, de 13 a 1. Actualmente es de 4.4 a 1 en el ISSSTE y de 6 a 1 en el IMSS. Además de 1940 a la fecha, la esperanza de vida de la población ha aumentado en por lo menos 35 años. Las pensiones que en 1960 tenían una duración promedio de 3 años, pasaron a 19 años para el 2002.

Este fenómeno afectó severamente, tanto a los montos destinados al pago de pensiones como a la utilización de los servicios médicos, ya que son los pensionados

los que, por padecer enfermedades que requieren una atención médica más compleja, ...utilizan los servicios de salud con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de los afiliados, además de que generalmente los tratamientos son muy caros.

Disminución de la Capacidad Adquisitiva del Salario:

Derivado de la política económica neoliberal adoptada por los gobiernos desde hace 25 años, la política salarial implementada ha llevado a una constante pérdida de la capacidad adquisitiva del salario, y en consecuencia los fondos recaudados para la adquisición de insumos médicos, ha disminuido en los últimos 10 años, con lo cual tiene que gastarse más hoy, para adquirir la misma cantidad de insumos.

Lo mismo puede decirse de la relación de la aportación proporcional del salario en relación con los costos de construcción de clínicas y hospitales, equipo médico y de laboratorio y ambulancias. En general todos los precios de los elementos que conforman la infraestructura física y el equipamiento de ella, han tenido incrementos muy superiores a los de los aportes salariales que conforman los fondos con los cuales se solventan.

Finalmente debemos señalar que, la pérdida adquisitiva del salario, específicamente con relación a los costos de la consulta médica y al precio de los medicamentos, ha provocado que cada vez más afiliados que anteriormente podían acudir a consulta médica particular y adquirir sus medicinas en farmacias privadas, hagan uso de los servicios médicos de las instituciones públicas.

Falta de Constitución de Fondos:

La recaudación de fondos para la atención de la salud, también se vio constantemente reducida porque no se formaron las reservas debidas desde la fundación de las instituciones, lo que hubiera permitido acumular recursos derivados de la positiva relación de aportantes contra demandantes de los diversos servicios y prestaciones.

Esta situación, aunada a los rendimientos que dichos fondos deberían haber generado de haberse constituido a su tiempo, darían una situación muy diferente a la que hoy estamos padeciendo.

Enorme Gasto y Dispendio por la Administración de las Instituciones:

Por otro lado también ha influido en la reducción de los recursos disponibles para solventar la adecuada prestación de los servicios y prestaciones, el elevado gasto que se genera por los altos salarios asignados al personal ejecutivo y de confianza, prestaciones, oficinas lujosas,

excesivo personal auxiliar, dotación de automóviles de lujo, gasolina, gastos de representación, viajes nacionales e internacionales con elevados viáticos, muchos de ellos sin razón, así como bonos que tradicionalmente han tenido los ejecutivos y personal de confianza.

Corrupción:

La corrupción imperante durante tantos años que ha elevado los costos de todas las erogaciones para beneficio de funcionarios y contratistas, a costa de los recursos de los derechohabientes.

Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores):

La reforma de 1995 en el IMSS, significó la implantación de un sistema costoso de administración privada de las pensiones, con poco rendimiento y beneficio para los trabajadores. Baste decir que las actuales administradoras de fondos para el retiro (Afores)-sociedades de inversión de fondos de retiro (Siefores) se quedan, por concepto de comisión, hasta con el 20 % del rendimiento bruto de las aportaciones de los trabajadores.

Cambios Demográficos y de Perfil Epidemiológico:

Mención especial merece el crecimiento de la población adulta, jubilada en los dos sistemas, que está demandando crecientemente atención médica con características especiales que hacen su adecuada atención más cara que el promedio de atención a los demás pacientes.

Todo lo anterior ha dado como resultado que la atención a los derechohabientes se haya ido deteriorando paulatinamente como se puede deducir de los indicadores de la salud que se usan en los organismos internacionales (OMS, OPS, OCDE, CEPAL) para medir la calidad de la atención médica de los países.

En los últimos años los recursos destinados para la construcción de clínicas y hospitales, así como a la adquisición de insumos para la salud ha disminuido con relación a los años anteriores, a pesar de que la población ha crecido.

Pese al heroico esfuerzo de los médicos y enfermeras en activo, se está reduciendo la calidad de los servicios. No es posible contratar más médicos y enfermeras, y se ha reducido el mantenimiento, entre otras situaciones graves.

Propuesta en el Proyecto Alternativo de Nación:

- Redimensionar las estructuras burocrático-administrativas del IMSS y del ISSSTE y aplicar un programa de austeridad republicana y de combate a la corrupción.
- Revisar las reglas para obtener la jubilación y evitar una

crisis financiera que limite la posibilidad de garantizar este derecho en el futuro, dentro del contexto del cambio en la pirámide de la población y la reducción de las cuotas obrero-patronales producidas por la falta de crecimiento y empleo.

-Analizar el funcionamiento y administración de las actuales afores-siefores, en particular debe evitarse la especulación financiera y asegurar el futuro de los fondos de jubilación.

-Mejorar la calidad de servicios médicos y el abasto de insumos mediante la implementación de las siguientes medidas:

-Establecer un sistema de control del uso de medicamentos, materiales y en general de insumos para la salud, que asegure que se están utilizando correctamente para el padecimiento detectado y se recetan en las cantidades adecuadas.

-Adecuar las presentaciones de los medicamentos y medicinas, para evitar que se desperdicie una importante cantidad que sobra al terminar el tratamiento, mediante el acuerdo con la industria farmacéutica.

-Disminuir al mínimo indispensable el uso de medicamentos de patente que por ser muy caros deben usarse sólo en casos debidamente justificados por no existir medicamento del cuadro básico.

-Resolver el rezago quirúrgico de ambas instituciones, dotándolas de los medios humanos y el equipamiento e insumos necesarios.

-Poner en funcionamiento la infraestructura terminada que no ha sido equipada y/o carece del personal para operarla.

-Inventariar la existencia de equipos médicos en los diversos almacenes de los institutos, para asignarlos a donde puedan prestar mejor servicio.

-Rehabilitar el equipo que esté fuera de uso por falta de mantenimiento o requiera reparaciones menores y que aún pueda dar servicio.

-Atender los cambios demográficos y de perfil epidemiológico dando atención prioritaria a los pacientes de la tercera edad, ...

-Combinar el uso de infraestructura, personal médico y dotación de insumos entre las instituciones, para subsanar deficiencias locales o temporales de una institución, con los excedentes o disponibilidades de la otra.

-Lo anterior mediante la celebración de convenios o acuerdos de colaboración o subrogación de servicios IMSS-ISSSTE, ya sean locales, regionales, nacionales, de tipo general o por especialidades."

El planteamiento central es el reconocimiento de la salud como un derecho constitucional exigible y el Estado como sujeto obligado a su cumplimiento. En el primer apartado se realiza un recorrido por las políticas sanitarias

emprendidas a partir de la década de los años ochenta, y se explica como las medidas promovidas por los últimos gobiernos como son: las condiciones en que se dieron los procesos de descentralización, la reducción del gasto público en salud y en los últimos años la focalización de las intervenciones en salud (a través del paquete básico de salud y el seguro popular); no sólo no han resuelto los problemas de acceso a los servicios de salud, sino que además han profundizado las desigualdades en materia de salud; y han tenido como resultado el deterioro de la capacidad para atender la salud de los mexicanos sobre todo en las regiones con mayores niveles de marginación.

Plantea como alternativa de solución la implementación del *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*, esta propuesta se fundamenta en la experiencia de gobierno probada en el Distrito Federal, durante la cual se logró una ampliación en la infraestructura física y recursos humanos, el abasto satisfactorio de medicamentos e insumos para la salud, el aumento de la cobertura de las intervenciones de mayor costo y las tasas de mortalidad de las causas asociadas a la pobreza por abajo del parámetro nacional, esta experiencia permitió demostrar que es posible que el gobierno sea el garante del Derecho a la salud, a través de poner a la disposición de los ciudadanos las intervenciones necesarias para el restablecimiento de la salud. Lo anterior fue posible gracias al incremento del 52 por ciento en el presupuesto destinado a salud, logrado a partir de una política de austeridad republicana y reordenamiento de las prioridades de gobierno. En otras palabras, muestra que el proyecto para la salud propuesto, asociado a la capacidad de gobierno y gobernabilidad, da como resultado una propuesta viable y factible.

Respecto a las instituciones de seguridad social, en el compromiso número ocho, se reconoce y analiza la crisis por la que atraviesan estas instituciones, crisis cuya explicación encuentran en la falta de previsión en la constitución de fondos, en el incremento en la esperanza de vida, el incremento de la demanda de atención de la población en edad avanzada cuyo costo de

atención es creciente, así como en el cambio en la relación de trabajadores activos contra pensionados, derivado del insuficiente crecimiento económico, la disminución de la capacidad adquisitiva del salario (lo que afecta el monto de las aportaciones obrero-patronales e incrementa la demanda de atención médica), el enorme gasto y dispendio en la administración de ambas instituciones, así como la corrupción y falta de transparencia en el manejo de los recursos.

La propuesta para las instituciones de seguridad social se ubica en dos dimensiones: una de fondo que implica la revisión de las leyes de ambas instituciones, así como el análisis de las reglas bajo las cuales funcionan las instituciones operadoras de los fondos para el retiro, y otras de corto plazo que implican el incremento de los insumos y recursos humanos y el uso racional y expedito de estos recursos.

Si bien la propuesta es clara en cuanto a los mecanismos para elevar la capacidad de respuesta de estas instituciones, el planteamiento para atender el problema de las pensiones para el retiro, sin duda requerirá mucho más que la revisión y adecuación del marco jurídico de éstas.

Respecto a la participación social en salud, en la revisión de ambos compromisos sólo se encontró una mención poco relevante, es evidente que este componente está ausente en las propuestas de este candidato.

Nueva Alianza Candidato a la presidencia: Roberto Campa Cifrián

Se procedió a realizar la revisión de la página electrónica no encontrando en su programa de acción ninguna alusión a salud, seguridad social ni participación social en salud.

Conclusiones

La primera conclusión, es que resulta inaceptable que siendo la salud una de las prioridades sociales para la población mexicana, dos de los candidatos no presenten ninguna propuesta al respecto (Roberto Madrazo Pintado y Roberto Campa Cifrián), sobre todo por la magnitud de los montos públicos que se destinan a estas campañas.

Existe una gran similitud en los aspectos diagnósticos de la situación de salud en los tres candidatos que abordan el tema, sin embargo las propuestas de solución son esencialmente diferentes.

Es evidente que el abordaje de la salud por los tres candidatos refleja prioridades diferentes, ello se manifiesta desde la ubicación de las propuestas dentro de las plataformas electorales, así como a través de la amplitud y profundidad con la que se manejan los diagnósticos de la situación y la claridad, congruencia, factibilidad y viabilidad de las propuestas enunciadas para formular la política sanitaria del próximo sexenio.

Es indudable que la trayectoria de cada uno de los candidatos así como su articulación y compromiso con sus propios grupos de interés, influye de manera determinante en la visión de las posibles alternativas de solución y por ende en sus propuestas para este campo.

Resulta desalentadora la poca importancia que la mayoría de los candidatos dan a la participación social en salud, sobre todo en un ambiente en donde la confianza en las instituciones públicas se encuentra ampliamente deteriorada y en donde la apertura a la participación social podría ser la garante de que las instituciones públicas están al servicio de los ciudadanos del país.



Ciudadano ejerciendo su voto.

Referencias bibliográficas

1. http://www.felipe.org.mx/fc/propuesta/elreto.aspx?p=http://www.felipe.org.mx/propuesta/temas/cp3_1.htm
2. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Chile. Washington DC: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2002
3. <http://www.mexicoconmadrazo.org.mx/>. Consultado 3 de mayo de 2006
4. http://www.patriciamercado.org.mx/contenido.php?id_article=49 Consultado 1 de mayo de 2006
5. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Canadá. Washington DC: Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2000
6. <http://www.lopezobrador.org.mx/50compromisos/index.php> Consultado 8 de mayo de 2006
7. http://www.nueva-alianza.org.mx/web/docs/Programa_de_accion.pdf. Consultado 1 de mayo de 2006

Calidad de la argumentación en comunicación en salud

(Argumentation quality on social communication)

Enrique H. Guerson*

Sandra Areli Saldaña Ibarra**

Resumen

El objetivo del ensayo fue analizar la calidad de los argumentos con los que ciertas investigaciones en salud pública, están explicando y prediciendo. Se resalta el uso indebido de premisas y de razonamiento. Los casos representan formas poco favorables de indagar para resolver una duda, las cuales llegan a conclusiones más que como un resultado de la indagación, porque resulta atractivo para la mente que así sea. Poco importan o no importan los supuestos.

El ensayo pone en evidencia la facilidad con que pueden ponerse al descubierto explicaciones espurias productos de investigaciones en el área de la salud pública. El ejercicio analítico de ataque a las premisas, a la conclusión, a la verdad de las proposiciones (hechos, causas, modelos, teorías); a los juicios de valor implícitos en las proposiciones (o en los términos) o al uso y significado de ciertos términos, lo mismo que el razonamiento, especialmente a lo referente a los conceptos; contradicción en los términos; equivocación de los términos; imprecisión de los términos, demuestra posibilidades aplicativas útiles para tomadores de decisión en salud, financiadoras y formadores de recursos humanos en investigación.

Palabras clave

Comunicación en salud, continuo de las ciencias, argumentación.

Summary

The objective of this essay was to explain and predict the quality analysis of the reasonings which have been used in certain investigations. Not only has been used the inadequate usage of premises but also the arguments.

The cases represent forms not very suitable for searching to solve a doubt, which get to a conclusion more than to a result from the searching, because it seems more attractive to the human mind to be that way. It is not very important or not important at all the assumptions. The essay shows the easiness up on which can be seen the spurious explanations results of researches in the public health area.

The analytical practice of assault to the premises, to the conclusion and the true of the proposals (facts, causes, models and theories); to the value judgements implicit on the proposals (or on the terms) or to the usage and meaning of certain terms, as well as the reasoning, specially concerning to the concepts; contradictory, mistakes, and imprecision of the terms prove useful applicative possibilities for people making decisions on health, sponsors and trainers on human resources on investigations.

Key words

Health communication, sciences continuing, argumentation.

*Investigador tiempo completo. Director del Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. enhernandez@uv.mx

**Investigadora medio tiempo. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. ssaldana@uv.mx

Introducción

Ha sido muy satisfactorio observar en los últimos años la reemergencia en los ámbitos académicos- principalmente en el postgrado-, del análisis y discusión en torno a la función de las teorías en la investigación^a. Un problema que parecía superado o por lo menos muy bien entendido. Las conclusiones de estas discusiones y análisis, es que no hay bases sólidas para distinguir a las disciplinas científicas según sus métodos de verificación ni por su intención, sino por la modalidad explicativa.

Las perspectivas más actuales sugieren que sólo cierto tipo de teorías pueden llegar a dar explicaciones satisfactorias en un campo determinado.

Es así que adquiere sentido la clasificación de las ciencias a partir de explicaciones funcionales (biología orgánica); las ciencias caracterizadas por las explicaciones causales (física y otras); las ciencias caracterizadas por el uso de explicaciones intencionales (ciencias sociales).

La presente reflexión busca esbozar lo que está ocurriendo en el campo de la comunicación en salud, tratando de dar respuesta a dos interrogantes:

1. ¿Qué tipos de explicaciones se están utilizando en comunicación en salud?
2. ¿Qué tan características y pertinentes son?

La base de las respuestas que se presentan en este documento es a través (de una manera muy condensada) de analizar la calidad de los argumentos con los que esta disciplina-comunicación en salud, explica:

Todo argumento es un conjunto de proposiciones tal que podemos decir que una de ellas llamada conclusión (C) se sigue de las demás llamadas premisas (P). Tiene, pues, la forma general:

P₁, P₂, P₃, ..., P_n, por lo tanto C

La calidad de un argumento depende de dos factores:

- la calidad de las premisas
- la calidad del razonamiento

Para evaluar si un argumento es bueno, necesitamos evaluar las dos cosas:

- las premisas
- la transición de las premisas a la conclusión, o sea al razonamiento como tal.

Por tanto, de entrada, se puede “atacar” a los argumentos desde por lo menos dos frentes:

- objetando las premisas;
- objetando la transición de las premisas a la conclusión, o sea al razonamiento como tal.

El ensayo se compone de dos partes. La primera puede leerse como un acercamiento a la explicación científica, sin duda, el *Talón de Aquiles* en ciencias sociales. La segunda parte no debe leerse como una revisión de ejemplos de comunicación en salud, sino que todo lo que ahí está incluido sirve al propósito epistemológico de mostrar cómo las distinciones de la primera suelen aplicarse a un conjunto de problemas empíricos abordados a través de investigaciones en el campo de comunicación y salud -tema que aquí nos ocupa-. En esta sección se ejemplifican las líneas de ataque explicitando la argumentación utilizada en reportes de investigación en comunicación en salud.

Primera parte: espectro de las ciencias

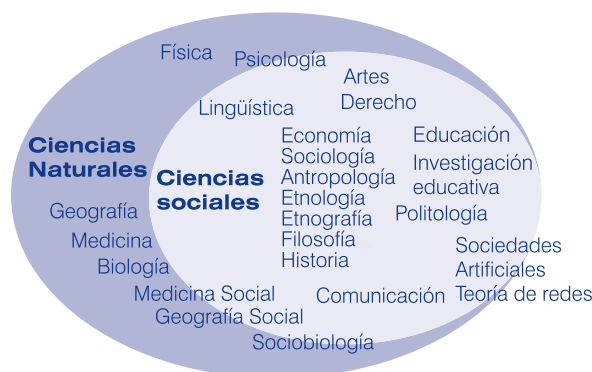
En términos muy generales, la filosofía de la ciencia tiene dos tareas principales. Una es explicar los rasgos que son comunes a todas las ciencias (por lo menos a las ciencias empíricas), y la otra es dar cuenta de lo que las diferencia una de otras^{1,2}. Para comenzar con la segunda, la distinción entre las ciencias naturales y las humanidades tiene una larga tradición. Dentro de las ciencias naturales se puede distinguir, además, entre el estudio de la naturaleza inorgánica (física) y el estudio de la naturaleza orgánica (biología). Dentro del

^aEl interés por escribir este ensayo derivó de los diversos acercamientos teóricos y comunicación directa con el Dr. Fernando Leal Carretero en el programa de Doctorado en Ciencias Sociales, del Centro Universitario de Ciencias Sociales de la Universidad de Guadalajara. El Dr. Leal es Doctor en Filosofía, Lingüística General y Filosofía Latina en la Universidad de Colonia (Alemania). Miembro del SNI (Sistema Nacional de Investigadores) y académico en el programa de Doctorado en Ciencias Sociales, del Centro Universitario de Ciencias Sociales de la Universidad de Guadalajara.

continuo de las humanidades se ha producido una escisión entre las ciencias sociales (lingüística, historia, psicología, además de las disciplinas más obvias) y las disciplinas estéticas o artes. Poco queda de aquella división antigua: analítica, dialéctica, sofística, retórica (*quadriuium*); lógica, física, ética (*triuium*). Ni se diga la evolución que se ha dado en viejos temas sociales asociados a actividades extra-académicas, por ejemplo, el derecho y los estudios jurídicos (derecho comparado, derecho positivo, derecho y economía); la medicina social; la investigación educativa; la teología social; los estudios culturales; la política y la politología, (estudios políticos, ciencias políticas), por sólo mencionar algunos ejemplos. Pero por otro lado, el *reacomodo* de otras ciencias, por ejemplo la geografía natural y geografía social; medicina y medicina social; biología y sociobiología^b. Por si lo anterior fuera poco, en la segunda mitad del siglo XX aparecen junto con la comunicación, nuevas posibilidades como por ejemplo, las computadoras y la teoría de la computación. Con ellas se vienen desarrollando en los últimos veinte años nuevas maneras de hacer ciencias sociales.

Entre las posibilidades más curiosas para esta emergencia disciplinaria, está el estudio de la comunicación interpersonal, no verbal, sociedades artificiales y la teoría general de redes (Figura1).

Figura 1
Espectro de las ciencias sociales



Este es pues, el viejo y nuevo problema de la clasificación de las ciencias: ideográficas vs. nomotéticas; observacionales, experimentales, descriptivas; ciencias formales, naturales, sociales y los últimos candidatos: ciencias de la vida, ciencias de la tierra, ciencias cognitivas, ciencias del lenguaje, neurociencias, ciencias de lo artificial.

Es en este escenario donde se inserta el cuestionamiento de los argumentos de la comunicación en salud. No es intención en este artículo profundizar en el término de comunicación en salud, pues se considera la disponibilidad de suficientes textos a lo cuales acudir en busca de ayuda. Simplemente son necesarias algunas cuestiones que sirven de escenario de la discusión que se desarrolla en las siguientes páginas de este ensayo. El campo de la comunicación en salud ha demostrado su naturaleza interdisciplinaria, la cual es esencial para el éxito de sus programas. Tal naturaleza interdisciplinaria ha requerido de teorías de otras disciplinas, por ejemplo teorías acerca de la conducta y el cambio de conductas; teorías respecto de sus audiencias, su experiencia cultural, sus circunstancias culturales y estructurales; una comprensión también de la infraestructura de servicios de salud disponibles, de los imaginarios de la salud de las poblaciones y de la perspectiva bio-médica de la salud.

Los expertos en el tema de comunicación en salud coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una comunicación para la salud efectiva.

En lo general, se reconoce que diversas teorías de la comunicación para la salud se basan en cuatro elementos: audiencia, mensaje, fuente y canal, sumado a un fuerte componente de investigación y participación, opera con conceptos de diversas áreas, tal como la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos y el marketing so-

^bEl lector interesado en estos temas, debería de seguir haciendo este pequeño ejercicio de clasificación de la evolución y consolidación de las ciencias sociales. Dará cuenta de un espectro extraordinario.

cial. Puede adoptar muchas formas, que van desde la comunicación de masas y los multimedia a las tradicionales y específicas de una cultura, tales como la narración de historias, teatro y canciones; también puede adoptar la forma de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporados dentro de los medios de comunicación existentes tal como los seriales de radio y televisión.

Desde una perspectiva histórica, se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y bio-médico, hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud.

Existe un amplio cuerpo de literatura sobre teorías de la comunicación que se enfocan en los factores estructurales, culturales, sociales y psicológicos que influyen la conducta y los diferentes determinantes que pueden generar cambios en los comportamientos.

En resumen, es una disciplina en plena construcción. Por tanto su inserción es cada vez más clara en el campo de las ciencias sociales, lo que plantea el reto de cuestionar desde los investigadores y las investigaciones, sus teorías, premisas, formas de razonar, conceptos y supuestos que terminen por definir su identidad.

Elster³ dice que una concepción ampliamente sostenida indica que las ciencias se distinguen entre sí por los métodos característicos que utilizan. Según este punto de vista, las ciencias naturales utilizan el método hipotético-deductivo, las artes el método hermenéutico, y las ciencias sociales el método dialéctico.

No siempre resulta claro si se trata de métodos para la construcción de teorías o para su verificación, salvo el caso del *método hipotético-deductivo* que sin duda *pertenece al último tipo*.

Otra forma de distinguir a las ciencias es principalmente por los intereses a los que sirve⁴.

Según este enfoque, las ciencias naturales atienden a un interés técnico, las ciencias hermenéuticas a un interés práctico, y las ciencias sociales, a un interés emancipatorio. Sin embargo no son la mejor forma de caracterizarlas, pues el lector ha podido constatar en su quehacer investigativo, que cada una de las tres disciplinas puede atender tanto a los métodos como a los intereses, aunque quizá en diferentes grados y modos.

Así, la distinción más clara de las ciencias es aquella que se basa en las modalidades de explicación, la cual describo en forma muy condensada, únicamente con el propósito de “puentear” al tema de la argumentación en investigación.

Se distinguen tres modalidades de explicación: la causal, la funcional y la intencional. Si bien la explicación causal suele estar en todas las disciplinas, es la única modalidad de explicación en las ciencias naturales inorgánicas (la física es el mejor ejemplo), no existiendo la posibilidad de explicación intencional ni funcional. La explicación funcional invoca de manera decisiva a las ciencias de la naturaleza (la biología es un buen ejemplo). El elemento de explicación básico en las ciencias sociales, es la acción individual guiada por alguna intención (explicación intencional).

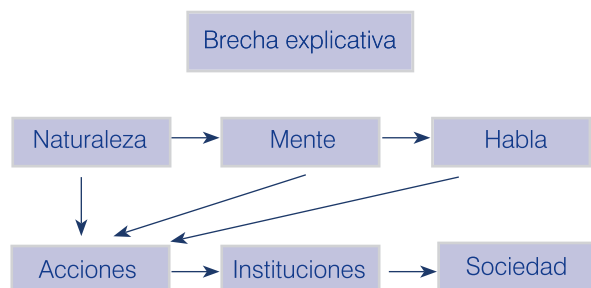
Esta es una de las tantas razones que hacen prácticamente débil-si no falso o inútil- utilizar un argumento de las ciencias naturales para explicar la acción individual, o viceversa, tratar de explicar una acción individual a través de un argumento desde las ciencias naturales. Con todo lo descabellado desatinado que nos pueda parecer, existen afirmaciones derivadas de premisas de ciertas ciencias (de la naturaleza, que al aplicarse para explicar fenómenos de otras disciplinas (de las ciencias sociales, suelen concluir que: “*la violencia intrafamiliar hacia las mujeres se incrementa en épocas de calor*”

³Charles S. Pierce (1988). La irritación de la duda causa una lucha por alcanzar un estado de creencia. Llamaremos a esta lucha indagación, aunque se debe admitir que no es ésta con frecuencia una designación muy adecuada. La irritación de la duda es el sólo motivo inmediato por alcanzar la creencia. p. 70

Estos dos son muy buenos ejemplo del uso indebido de premisas. Son algo parecido a lo que Charles S. Pierce⁵ planteaba como una de las tres formas poco favorables de indagar^c para resolver una duda: se llega a esas conclusiones por que resulta atractivo para la mente que así sea. Poco importan o no importan los supuestos.

Estos ejemplos son de tal dimensión incorrectas, que ayudan a entender la brecha epistemológica entre las ciencias naturales y las ciencias sociales, se amplía con el uso de teorías *impropias* por los *indagadores*^d. La figura 2 ayuda para explicar esta brecha. En ella se observa en la parte superior a las ciencias naturales y una flecha gruesa de explicación hacia fenómenos que son propios de la explicación funcional. Así, es fuerte para explicar fenómenos relacionados con la naturaleza de los procesos mentales y estos al mismo tiempo hacia procesos del habla. Sin embargo es débil o puede explicar falsamente, cuando se trata desde las ciencias naturales de explicar o predecir la acción individual, institucional o social. Mucho más débil es tratar de hacer lo mismo desde los supuestos de los procesos mentales o del habla; de ahí las características de las líneas utilizadas para ejemplificar esta relación explicativa.

Figura 2
Brecha explicativa de las Ciencias



Pensemos ahora, bajo este esquema que estamos utilizando para acercarnos a la calidad de los argumentos. Las ciencias se conforman de teorías, tanto de teorías indeterminadas como inapropiadas. Es indeterminada en la medida que no logra predicciones singulares. Es inapropiada cuando sus predicciones fallan. De ambos problemas, el segundo es el más serio. Una teoría puede ser poco determinada y sin embargo poseer capacidad explicativa: la teoría es débil, pero no inútil. Una teoría con predicciones erróneas (explican falsamente, pseudo teorías), es peor que una teoría con predicciones débiles, pero veraces⁶. En este mismo sentido Robert Merton⁷ dice que: *“como muchas palabras excesivamente usadas, la palabra teoría amenaza quedar vacía de sentido. La misma diversidad de cosas a que se aplica, desde pequeñas hipótesis de trabajo, pasando por especulaciones generales pero vagas y desordenadas, hasta los sistemas axiomáticos del pensamiento, el empleo de la palabra con frecuencia oscurece el entendimiento en vez de aclararlo”*.

Plantea que teoría se refiere a un grupo de proposiciones lógicamente interconectadas, de los que pueden derivarse uniformidades empíricas. Tenemos -dice Merton-, teorías sustantivas que explican uniformidades observadas de la conducta, la organización y los cambios sociales y las teorías de alcance intermedio, útiles para guiar la investigación empírica. Es intermedia a las teorías generales, incluyen abstracciones, pero lo bastante cerca de los datos observados para incorporarlas en proposiciones que permitan la prueba empírica.

Con esta precisión respecto de las posibilidades explicativas de las teorías y las limitaciones de que adolecen, aceptemos de entrada, la existencia de tres tipos de teorías: externalista o extraindividual; internalista o intraindividual y, composicionalista o interindividual^e (figura3).

^dSe prefiere usar ese término para hacer referencia a aquellas personas que sin mayor cuidado utilizan argumentos de teorías impropias, es decir que suelen probar falsamente. Así deja el término de investigadores como reconocimiento para aquellos otros que cuidan el uso de premisas, las formas de razonamiento y sus conclusiones. Mayor detalle de esta afirmación en el capítulo de este mismo ensayo: ¿Cuándo un argumento es buen argumento?

^eLas etiquetas 'intraindividual, interindividual, extraindividual' las crea el Dr. Fernando Leal Carretero "con el propósito de poner orden en un debate que es a veces demasiado confuso". El Dr. Leal dice que el debate involucra muchos autores, desde los grandes pioneros epistemológicos Durkheim, Weber, Pareto, Schumpeter, Malinowski, Mises y Evans-Pritchard, hasta autores contemporáneos como Hayek, Buchanan, Homans, Lévi-Strauss, Vanberg, Blau, Coleman, Elster, Boudon, Gellner y Geertz. Dice que lo que llama "interindividual" corresponde a lo que Schumpeter bautizó como "individualismo metodológico" en una obra en alemán de 1908 que no ha sido nunca traducida al español. En cambio, lo que llama "intraindividual", corresponde a lo que en la literatura metodológica se llama usualmente "psicologismo" (o a veces: "conductismo"). Finalmente, lo que llama "extraindividual" corresponde a lo que en la literatura se ha llamado "estructuralismo", "funcionalismo" o "estructural-funcionalismo". Comunicación directa, seminario metodológico, Doctorado en Ciencias Sociales. Universidad de Guadalajara. Agosto del 2003).

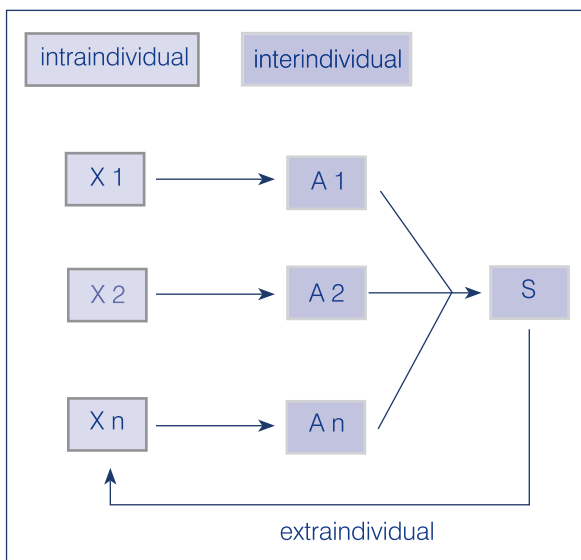
Externalista o extraindividual: las causas de las acciones de los individuos están fuera de ellos y esas causas son el tema a investigar; por ejemplo: los dioses, el destino, la patria, la raza, la sociedad, la cultura, la educación, el medio ambiente, el alma colectiva, las normas, la ideología (en la figura está representada con una línea que sale de S y conecta con las X).

Internalista o intraindividual: las causas de las acciones de los individuos están dentro de ellos y esas causas son el tema a investigar; por ejemplo. el alma, la razón, los genes, las pasiones, el carácter, los instintos, las pulsiones, el inconsciente, las hormonas, los saberes, el deseo (en la figura está representada con $X_1, X_2, \dots, X_n$).

Composicionalista o interindividual

El tema a investigar no son las causas, sino los efectos de las acciones de los individuos (en la figura está representada $A_1, A_2, \dots, A_n$; cuales y cómo los efectos se combinan y dan lugar a configuraciones sociales (en la figura está representada con la letra S)

Figura 3
Tipo de teorías



A la luz de estas notas, veamos nuevamente los ejemplos:

“la violencia intrafamiliar hacia las mujeres se incrementa en épocas de calor”
Trata de explicar el fenómeno violento a par-

tir de la premisa *las causas de las acciones de los individuos están fuera de ellos* (teorías extraindividual o externalista), que seguramente es útil para explicar objetos y fenómenos de ese tipo de ciencias, pero de escasa utilidad para explicar una acción o efecto de acciones sociales, tal y como lo es la violencia intrafamiliar.

El otro ejemplo también es útil para comprender el papel de la teorías.

“la menopausia causa trastornos disociales y de personalidad en las mujeres que transitan por este momento biológico de su vida”.

Aquí, es posible notar que la premisa “las causas de las acciones de los individuos están dentro de ellos” (teorías internalista o intraindividual). Quizá una teoría fuerte para explicar (causalmente) objetos y fenómenos de ese tipo de ciencias, pero débil para explicar un efecto o situación social, tal y como lo son los trastornos disociales y de personalidad, mucho más débil o quizá prueba en falsedad, al poner la condición temporal: que transitan por este momento biológico ¿cuál será ese momento biológico? Pasemos ahora a la cuestión de los argumentos.

¿Cuándo un argumento es buen argumento? El hecho de razonar es averiguar algo que no conocemos a partir de lo que ya conocemos.

Consecuentemente, razonar es bueno si es tal que da lugar a una conclusión verdadera a partir de premisas verdaderas, y no a otra cosa. La validez es de hecho y no algo del pensamiento. Si A son los hechos enunciados en las premisas P y B lo concluido, la cuestión es si estos hechos están relacionados de tal manera que si A entonces generalmente B. Si es así, la inferencia es válida; sino, no.

$P_1, P_2, P_3, \dots, P_n$, por lo tanto B

La cuestión no es en lo más mínimo la de si al aceptar la mente las premisas sentimos o no también un impulso a aceptar la conclusión. Lo que determina a extraer, a partir de premisas dadas, una inferencia más bien que otra, es un cierto hábito de la mente. El hábito es bueno o

no, según genere conclusiones verdaderas o no a partir de premisas verdaderas, y una inferencia se considera válida o no, no especialmente por referencia a la verdad o falsedad de sus conclusiones, sino en la medida que el hábito que la determina, es tal, como para en general producir o no conclusiones verdaderas⁸.

Segunda parte

La preocupación por estudiar al pensamiento que tiene al argumento como su centro, ha existido de hecho durante mucho tiempo.

Los más importantes de los primeros filósofos –Platón, Sócrates, Aristóteles– se preocuparon de manera central por el pensamiento y todos ellos considerando la construcción de argumentos razonados como el corazón del pensamiento⁹. Sin embargo poco se ha hecho para estimular el uso de argumentos en la investigación, especialmente en ciertas disciplinas, tal como es el caso de la comunicación en salud.

Vamos a aplicar lo hasta aquí analizado a tres ejemplos de comunicación en salud. Se presentan de manera anónima, pues no es motivo del trabajo señalar a alguien en particular. Únicamente parecen buenos ejemplo para ejecutar las líneas de ataque. Recordemos las ideas básicas:

a) La calidad de un argumento depende de dos factores:

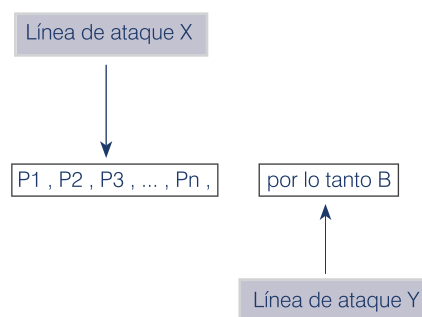
- la calidad de las premisas.
- la calidad del razonamiento.

b) Por tanto, de entrada, se puede “atacar” a los argumentos desde por lo menos dos frentes:

- objetando las premisas;
- objetando la transición de las premisas a la conclusión, o sea al razonamiento como tal.

c) Se denomina la objeción a las premisas, como *línea de ataque X* y el ataque a la transición de las premisas a la conclusión, o sea al razonamiento como tal, como *línea de ataque Y* (Figura 4).

Figura 4
Líneas de ataque a los argumentos



De todos los artículos a ejemplificar, se seleccionaron los párrafos donde aparecen los argumentos.

CASO I

El primero es la argumentación de una propuesta de comunicación en salud para instrumentar la promoción de la salud. se selecciona el siguiente párrafo.

“Por definición la promoción debe alcanzar sus fines por persuasión, no por coerción, se atribuye universalmente a la comunicación la calidad de instrumento clave para materializar dicha política de salud. Así lo han reconocido, formal y reiteradamente, la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud desde Alma-Ata en 1978 y Ottawa en 1986 hasta la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI emitida en 1997.

Sólo sobre la base del diálogo entre gobierno y pueblo, entre doctos y legos, entre pobres y ricos, es que puede aspirarse a realizar tan colosal emprendimiento de cambio de conductas para el desarrollo. Articular esa conversación universal para el mejoramiento de la salud es el delicado compromiso que asumen los comunicadores al servicio de la promoción”.

Ahora procedamos a evaluar la calidad de los argumentos y fácilmente se dará cuenta de que esta propuesta (como muchas otras que hay), deriva de teorías indeterminadas (prueban débilmente) y de teorías impropias (prueban falsamente), obligando por tanto sustituir esa falsa prueba con palabrería. Analicemos el texto e iniciemos con la línea de ataque Y (a las conclusiones), y la línea de ataque X (a las premisas). Seguimos el orden tal y como se

presentó en el documento original (segmento anterior).

Conclusión X: *“por definición la promoción debe alcanzar sus fines por persuasión, no por coerción”*

Conclusión Y: *“se atribuye universalmente a la comunicación la calidad de instrumento clave para materializar dicha política de salud”*.

¿De que premisas derivan estas conclusiones?

Premisa A: *“así lo han reconocido, formal y reiteradamente, la Organización Mundial de la Salud*

Premisa B: *“y la Oficina Panamericana de la Salud”*

Premisa C: *“desde Alma-Ata en 1978 y Ottawa en 1986”*

Premisa D: *“hasta la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI emitida en 1997”*.

Como se puede observar, las conclusiones derivan de premisas que ninguna investigación ha probado que así sea. Así, en el ejemplo tendríamos premisas falsas a los que se le puede aplicar cualquier tipo de razonamiento para la transición de las premisas a la conclusión, pero la conclusión (inferencia) no podrá ser válida. Sigamos un poco más en el análisis.

Premisa E: *“sólo sobre la base del diálogo entre gobierno y pueblo, entre doctos y legos, entre pobres y ricos”,*

Conclusión Z: *“es que puede aspirarse a realizar muy colosal emprendimiento de cambio de conductas para el desarrollo”*.

Premisa F: *“articular esa conversación universal para el mejoramiento de la salud”*

Conclusión W: *“es el delicado compromiso que asumen los comunicadores al servicio de la promoción”*

Si no encuentra premisas verdaderas para operar formas de razonar para alcanzar conclusiones verdaderas, no sabrá nunca por donde ir. Si las tiene, pero prueban falsamente le hará perder el tiempo a todos los que se

impliquen en proyectos de este tipo. Estas propuestas son las que en los últimos veinte años se han aplicado en muchas partes del mundo y en México en particular. Ayudan a explicar el porque la *Salud para todos en el año 2000* no fue posible lograrla, ni se logrará mientras opere con premisas falsas (derivadas de teorías impropias). El documento sigue argumentando en base a palabrería, de tal manera que es preferible no continuar más con él y revisemos otro.

CASO 2

Trata del diseño de una estrategia de comunicación social que se espera contribuya al fortalecimiento de la atención primaria de salud. El proyecto señala como propósito fundamental *“contribuir al fortalecimiento así como al cumplimiento eficiente del programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia en la provincia”*.

La propuesta señala que para lograr lo anterior se guiarán por tres estrategias:

1. Programa educativo-formativo.
2. Programa informativo-propagandístico.
3. Programa de investigaciones sociales.

Para efecto de este trabajo únicamente se analizará la estrategia II: Programa informativo-propagandístico con el cual esperan que:

“- Incremente el amor por la actividad del médico y enfermera de la familia.

- Estimule el sentimiento de pertenencia a una comunidad la cual es un importante baluarte de la salud.

- Fortalecer la autoestima del médico y enfermera de la familia y el orgullo por participar en las tareas que apoyan a un sector tan unido a la historia y de vital importancia para salir del período especial”.

Como se puede observar, las conclusiones derivan de premisas que ninguna investigación ha probado que así sea:

“El incremento del amor por la actividad médica y de enfermería es debido a un ejercicio propagandístico o bien que el sentimiento de pertenencia a una comunidad es un importante baluarte de la salud o que un medio propagandístico opere tan decididamente en áreas tan psicologistas como la autoestima del médico y enfermera de la familia y el

orgullo por participar en las tareas que apoyan a un sector tan unido a la historia y de vital importancia para salir del período especial”.

Trata de explicar desde teorías intraindividuales la acción o efecto de acciones en los individuos, por tanto la propuesta tiene dos pecados: El uso de teorías indeterminadas, pero al mismo tiempo impropias.

¿Existirá alguna investigación con este nivel explicativo causal? Nosotros la buscamos y no la hemos encontrado; quizá el lector conozca una igual que en Caso I, tenemos premisas falsas a los que se le puede aplicar cualquier tipo de razonamiento para la transición de las premisas a la conclusión, pero la conclusión (inferencia) no podrá ser válida. Palabras que resultan atractivas para la mente, pero el hecho de en la mente se produzca ese efecto de explicación causal, no ocurrirá en los hechos la cuestión o es en lo más mínimo la de si al aceptar la mente las premisas, sentimos o no también un impulso a aceptar las conclusiones¹⁰, por tanto es un programa destinado a navegar sin rumbo.

Premisa A:
Programa informativo-propagandístico...
Permite que:

Conclusión X: incrementa el amor por la actividad del médico y enfermera de la familia.

Conclusión Y: estimula el sentimiento de pertenencia a una comunidad la cual es un importante baluarte de la salud.

Conclusión Z: contribuya a una mayor comprensión acerca de que el desarrollo de la salud significa el desarrollo del país.

Conclusión W: fortalecer la autoestima del médico y enfermera de la familia y el orgullo por participar en las tareas que apoyan a un sector tan unido a la historia y de vital importancia para salir del período especial.

Pasemos ahora a un ejemplo interesante que tiene que ver con la transición de las premisas a la conclusión, es decir a la forma de razonar.

CASO 3

Se trata de una evaluación pre-test/postest de una campaña antidroga. Se transcribe lo sustantivo de la propuesta, conservando los términos del original.

Los autores de la evaluación explicitan los propósitos para cada una de las fases.

Pre-test a través de grupos focales con la finalidad de ajustar, corregir y, eventualmente suspender la campaña.

Pos-test. Medición de cobertura, logros y dificultades de la campaña después de su “irradiación”(sic).

a) Pre-test de una campaña de cinco anuncios de TV para prevenir el uso de Pasta Básica de Cocaína (PBC).

Propósito: sensibilizar a los grupos en riesgo de iniciación sobre los peligros del uso de la PBC.

Estrategia: cinco anuncios de 20”, usando metáforas en las que varias frutas (manzana, coco, sandía, fresas y uva) son agredidas y destruidas de diversas maneras, mientras un locutor en off se refiere a los daños de esta droga.

Participantes: catorce grupos homogéneos de nueve miembros cada uno y de cada estrato socio-económico de la ciudad (bajo, medio, bajo).

- Tres grupos de hombres de 15 a 19 años.
- Tres grupos de hombres de 20 a 24 años.
- Tres grupos de mujeres de 15 a 19 años.
- Tres grupos de mujeres de 20 a 24 años.

b) Pos-test. Después de tres meses de estar la campaña en el aire, fue evaluada mediante una encuesta de hogares. Muestra constituida por los residentes habituales de viviendas particulares en una zona metropolitana. La edad de los participantes osciló de 8 a 60 años.

C) Conclusión de la evaluación

“La campaña merecerá una fuerte aceptación por parte de los espectadores que serán impactados fundamentalmente a través de una vía emotiva (sic) y

movilizarán actitudes positivas hacia el no consumo de drogas. Además, el intercambio armonioso con su grupo de pares, podrá ser visto como un recurso social de apoyo y solidaridad...bla, bla, bla.

Parece que no es necesario hacer el análisis del tipo de razonamiento, pero para no pecar de omisión se realizará lo más importante para el tema que nos convoca.

Por ahora no se tocará el asunto de las premisas (aunque el lector bien podría hacer el ejercicio) pues el motivo del ejemplo es lo que el *indagador* usa para razonar e inferir. Así que, sólo tres pequeños detalles de la argumentación se analizarán.

1. El tipo de diseño pre-test/ pos-test. Este tipo de diseño tiende a representarse de la siguiente manera. 01 X 02

Donde 01 es la medición inicial (Pre-test); X la intervención propagandística y 02 la medición pos-test.

Si bien el diseño continúa siendo de gran aplicación en la investigación. Existen algunas variables externas entremezcladas que atentan contra la validez interna. Las dos condiciones que no se controlan es la historia y la maduración de los participantes. Entre 01 y 02 pueden ocurrir muchos otros acontecimientos capaces de determinar cambios, además de la X sugerida por el indagador. Dado que el pre y post se administraron en contextos diferentes, informantes diferente e instrumentos diferentes, es posible que el acontecimiento X no cause la diferencia¹¹.

2. El uso de los conceptos. Nunca especifica que se entiende por irradiación, efecto, fuerte aceptación, movilización de actitudes, vía emotiva...por sólo mencionar estos.

Cómo se entienden y qué significan en comunicación en salud es un asunto clave, pues todos los términos que utiliza son conceptos de otra disciplinas; desde la física por el término irradiación, hasta las psicologías por el término de vía emotiva. Desde la economía o quizá la biología o la física por el término efecto, hasta las ciencias cognitivas por el término de movi-

lización de actitudes. No es claro a que quiere hacer referencia. Términos que aparecen en el documento, sin tener piedad de los lectores que tratan de seguir al autor.

3. Los participantes. Si la intención era comparar el antes y después, la posibilidad se perdió. El *indagador* cambió los atributos de los participantes entre el pre-test y el pos-test. De tener entre 15 a 24 años en el pre-test, a tener entre 8 y 64 años en el pos-test, por sólo mencionar la pérdida de uno de los atributos de comparación.

Recomendaciones generales

Dado que la búsqueda de respuesta en comunicación es una práctica recién instaurada, es menester que lo que se aporte cubra ciertos requisitos de calidad. De tal manera que una buena investigación en esta área deberá de procurar:

a) Plantearse con tal referencia a supuestos anteriores que se muestre como una pregunta válida, pero también:

- Genuina (personal).
- Justificada (argumentada).
- Interesante (para uno y otros).
- Suceptible de ser respondida (validez de la pregunta)

b) Explicar los supuestos

Los supuestos son:

- En parte teóricos (ideas, modelos, conceptos)
- En parte metodológicos (relativos a cómo se investigan las cosas)
- En parte empíricos (datos, hechos, experiencias)
- En parte ideológicos (visiones, convicciones, prejuicios)
- En parte pragmáticos (aquí y ahora qué se puede hacer, y en particular qué puedo yo hacer)

Los supuestos son también:

- En parte explícitos. Verbalizados, claros, conscientes, conceptuales, asumidos.
- En parte implícitos. Oscuros, inconscientes, no verbalizados, más allá del concepto, olvidados, no asumidos o asumidos débilmente.

No es posible explicar todas las formas que suelen adoptar los supuestos... pero esto no debe utilizarse como excusa para no intentar explicar al menos algunos de ellos. Los imperdonables son los teóricos, metodológicos y los empíricos... desde luego que explícitos!

C) Dar cuenta y razón de la *literatura*. Pero no nada más para presumir o apantallar al lector... sino porque vamos entresacando el análisis mediante la búsqueda del origen de nuestra pregunta y respuesta tentativa (hipótesis de trabajo)

Es donde se encuentran, entre muchas otras cosas, aquellas lecturas que hemos hecho en el pasado remoto o reciente y que, de una manera u otra, han contribuido a inspirar el planteamiento.

D) Se ha ejemplificado que el ataque a las premisas suele ser directo a una o más de las premisas o indirecto a la conclusión. A la verdad de las proposiciones (hechos, causas, modelos, teorías); a los juicios de valor implícitos en las proposiciones (o en los términos) o al uso y significado de ciertos términos. También se puede atacar al razonamiento, especialmente a lo referente a los conceptos; contradicción en los términos; equivocación de los términos; imprecisión de los términos.

A partir de lo expuesto se puede concluir que el cuestionar ¿qué tan sólidas son las premisas? ¿qué tan válido es el razonamiento? ¿es un argumento válido (independientemente de las premisas) o es una falacia? ¿qué pretende lograr el que argumenta? Puede ser una estrategia que permita decidir si un argumento es buen argumento.

Referencias bibliográficas

1. Elster, J. El cambio tecnológico. Barcelona (España): Gedisa; 1997.
2. Mardones, J.M. y Ursúa, N. Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica. México: Fontamara; 1998.
3. Elster, J. Op. Cit.
4. Habermas, J. Knowledge and human interests. Londres: Heinemann; 1978.
5. Pierce S. Charles La fijación de la creencia. En el hombre, un signo (el pragmatismo de Pierce). Barcelona: W3; 1988. p. 242-257.
6. Elster, J. Juicios Salomónicos. Barcelona: Gedisa; 1995. p. 11.
7. Merton, R. Sobre las teorías sociológicas de alcance intermedio. En Teoría y estructuras sociales. México: Fondo de Cultura Económica; 1968. p. 56-91.
8. Pierce S. Charles Op. Cit.
9. Kuhn, D. Habilidades argumentativas 2000 (Referido en 2006 Feb 5). Disponible en <http://www.monografías.com>.
10. Pierce S. Charles Op. Cit.
11. Cambell y Stanley. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu; 1993.

La vejez: ¿responsabilidad de la familia?

(Old people: family responsibility?)

Dulce Ma. Cinta Loaiza*

Resumen

El ensayo aborda la problemática que significa el cuidado de las personas mayores. Se reflexiona especialmente sobre el papel de la familia como cuidadora de los ancianos en las funciones básicas de apoyo emocional, físico y económico. El trabajo termina planteando la necesidad de elaborar políticas públicas relacionadas con el envejecimiento de la población y el papel líder del sector salud en ésta.

Palabras clave

Envejecimiento, familia, salud, Veracruz.

Summary

This paper deals with the problem of caring for senior adults. It reflects especially on the role of the family as caretaker of older people when providing them with emotional, physical and financial help. The paper poses the necessity to establish public policies regarding the aging of the population and the need for leading role of the health sector.

Key words

Ageing, family, health, Veracruz.

La vejez es la última fase del ciclo vital de la vida. La duración de este periodo, su impacto en las relaciones de los papeles o roles que desempeñamos, y el significado que se le atribuyan, varían de acuerdo a las condiciones socioculturales de los grupos y subgrupos que integran cada sociedad.

Desde una perspectiva sociológica, se ha visto que todas las sociedades tienen valores, normas, pautas y términos legales, para determinar así como para establecer y sancionar, los roles sociales que regulan el comportamiento de los individuos al vivir en grupo.

Dependiendo de la sociedad, la vejez puede ser vista como un estigma o ser motivo de orgullo y honra para sus miembros. Así, en las sociedades tradicionales, que se mueven mayormente en base a estatus adscritos, los ancianos constituyen los lazos significativos que sostienen la tradición, y en ellos radica la

autoridad y la sabiduría. En muchas de estas sociedades los adultos mayores son considerados como personajes de gran respeto.

Por su parte, las sociedades modernas, inmersas en los nuevos adelantos tecnológicos y de comunicación, enfocadas hacia un individualismo y materialismo galopante, influenciadas por la lógica del mercado, y con prevalencia de familias nucleares, tienden a moverse en base a estatutos adquiridos, lo que conduce a desvalorar a las personas de mayor edad. La voz y opinión de ellos se pierde en la agitada vida urbana.

Aunque se tiende a identificar a la vejez con una edad cronológica: 60 ó 65 años, lo cierto es que la vejez debe ser entendida como un conjunto de condiciones: físicas, funcionales, mentales y de salud, por la que todos los miembros de una sociedad habrán de transitar. ¿Qué se entiende por ser viejo? y ¿con qué

*Investigadora tiempo completo. Instituto de Investigación y Estudios Superiores Económicos y Sociales de la Universidad Veracruzana. Académico de la Maestría en Salud Pública. UV. México. dcinta@uv.mx

prejuicios y estereotipos vemos a la vejez?, se aprende esto desde que somos niños, jóvenes y adultos, y está íntimamente relacionado con nuestro código de valores y visión del mundo.

El gran problema, de las sociedades que envejecen es qué hacer con los viejos(as) ¿son ellos responsables de sí mismos? ¿es la familia quién debe cuidarlos? ¿es el Estado, bajo cualquiera de sus instituciones, quién debe atenderlos? ¿qué alternativas tenemos como sociedad para enfrentar esta situación? Responder a esto no es fácil y todas las disciplinas sociales del conocimiento han tratado de responderlo.

En términos de los roles jugados, la llegada a la ancianidad representa una ruptura de las funciones realizadas como adultos. El estatus adquirido como padre/madre, jefe(a) de familia, proveedor(a) económico tiende a perderse dejando a la persona con un sentido de aislamiento y sin capacidad de acción en su núcleo social primario, llevando con ello a la depresión y la angustia.

Este grupo de pertenencia primario normalmente es la familia. La unidad familiar como célula básica de la sociedad da a sus miembros estabilidad emocional, social y económica, toda vez que a través de ella se desarrollan fuertes lazos de afecto y solidaridad que enriquecen la vida de las personas, dándoles identidad y pertenencia de grupo.

Una de las características indiscutibles de la familia es su capacidad para integrar funciones en una sola estructura. Dentro de las múltiples acciones que la familia realiza podemos destacar:

- a) la biológica, en donde además de satisfacer el apetito sexual del hombre y la mujer, se da la normatividad para la reproducción humana;
- b) la educativa, mediante la cual se socializa a los miembros en hábitos, costumbres, actitudes, sentimientos y valores;
- c) la económica, que provee la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación y techo;
- d) la solidaridad que propone la valoración a el socorro mutuo y la ayuda al prójimo; y

e) finalmente, la protectora, en donde se brinda seguridad tanto física como emocional así como cuidado, principalmente a niños y ancianos(as).

En relación a estos últimos, en términos generales, se está de acuerdo que la familia incluye tres aspectos sustanciales para ellos. Por un lado, les brinda estima, afecto y gratificación como personas. En segundo lugar les provee de cuidados en casos de pérdida de la salud, y en último lugar, pero no por eso menos importante, les proporciona ayuda financiera en forma permanente o en casos de urgencia.

Sin embargo, estos tres aspectos básicos dados por la familia han sufrido serias transformaciones, ante los cambios que ésta ha experimentado en los tiempos modernos. La configuración cambiante de la sociedad debido fundamentalmente a los procesos de desarrollo económico, ha alterado la estructura y relaciones familiares. Estos cambios sufridos, por los procesos explosivos de urbanización, desarrollo industrial masivo, y por la expansión del mercado de trabajo que han conducido de manera imparable, a la incorporación de la mano de obra femenina, han impactado de manera más que significativa, la estructura familiar mexicana.

Es indiscutible que en algunas situaciones, la ampliación de la esperanza de vida ha dado lugar a que los grupos familiares se compongan hasta de cuatro generaciones, sin embargo lo que ha empezado a prevalecer son los hogares nucleares. La mayor prevalencia de este tipo de hogares, ha empezado a dar lugar, a que las generaciones mayores, sean con buena o mala salud, tengan que vivir solos o en casas de asistencia.

En este sentido, la función sustantiva de brindar estima, afecto y gratificación, se ha visto seriamente disminuida y es ampliamente resentida por los ancianos(as). Sabemos que la convivencia familiar es básica para dar identificación a los roles que cada uno de sus integrantes juega. El adulto mayor que hasta antes de serlo había tenido un papel importante en el grupo, en su nueva posición se siente aislado y no tomando en cuenta, en caso de

vivir con su familia. En el caso de constituir un solo grupo familiar, al reducirse el contacto con sus familiares, el sentimiento de atención que de ellos debiera recibir se debilita ampliamente produciendo una sensación de vacío y aislamiento. Esta situación se vuelve más crítica cuando los ancianos(as) han perdido su pareja y se enfrentan a la necesidad de buscar sus pautas de interacción social con otras personas, es decir, se vuelcan a buscar su afecto y compañía en vecinos o en asociaciones voluntarias, tales como los grupos religiosos.

Para el caso de la función sustantiva familiar de apoyo hacia los ancianos ante la pérdida de la salud, el cambio de la estructura hogareña le ha afectado seriamente. Normalmente los padres cifran sus expectativas de apoyo ante una enfermedad, en primera instancia, en sus hijos(as) y en segundo lugar en el resto de la estructura familiar. Generalmente los ancianos(as) enfrentan las enfermedades de carácter crónico degenerativo, las que sabemos pueden llegar a ser altamente discapacitantes, volviéndose en muchos casos, dependientes de los otros miembros de la familia.

Así, al volverse la familia la cuidadora del anciano(a) enfermo(a), serios problemas pueden suscitarse. Primeramente demos destacar las limitaciones del conocimiento de la enfermedad, que el grupo cuidador posee. Cuando el sistema de atención profesional, es decir, los médicos y las enfermeras o el complejo sistema de salud, no informan adecuadamente de todas las implicaciones de la enfermedad, la familia no sabe como actuar y se ve necesitada a recurrir a fuentes de información alterna ya sea con otros afectados o mediante los medios de comunicación, que no necesariamente resulta ser la más adecuada.

En segundo lugar, las familias se enfrentan a diversas formas de cuidados que necesitan los ancianos(as), según la etapa del desarrollo, del tipo o evolución de la enfermedad: no es lo mismo cuidar a alguien con diabetes que con problemas cardiovasculares o enfermedades mentales. Las necesidades físicas de atención pueden ser altamente estresantes y costosas. Piénsese, por ejemplo, en situaciones que

ameriten cambios posturales o en la higiene íntima del paciente.

Una tercera confrontación del grupo familiar para el cuidado del anciano(a) enfermo(a) está en la escasez de recursos, tanto humanos como económicos. Cuando la estructura en donde se encuentra inserto el adulto mayor es multigeneracional, es quizás más factible que el cuidado del enfermo(a) pueda ser distribuida entre los miembros del grupo pero no por eso deja de ser estresante. Esta situación se torna crítica cuando hablamos de hogares nucleares, donde la familia se ve necesitada a buscar el apoyo de la estructura familiar más cercana, de amigos o, en su caso, contratar a alguien para el cuidado del enfermo.

Conviene destacar un problema especial. Por costumbre, son las mujeres las encargadas de cuidar a los viejos, situación que ha hecho crisis al incorporarse las mujeres a la fuerza productiva. Así, la responsabilidad del cuidado del anciano(a) enfermo puede quedar en manos de un tercero o son trasladados, de contar con los recursos, a hospitales y casas asistenciales, generando en ellos las sensaciones de abandono y olvido.

Finalmente, y relacionado con lo anterior, las familias cuidadoras se enfrentan a la disponibilidad de tiempo para la realización de esta tarea. La complicada trama de actividades laborales, educativas, sociales que realiza la familia de manera cotidiana, dificulta y complica la atención de los enfermos(as). Las más de las veces, éstas situaciones conducen a crear problemas tanto entre los miembros del grupo como entre éstos y el enfermo(a).

Así, el anciano(a) puede percibir que es tratado con desánimo, a la fuerza y él o ella pueden sentirse como una carga o estorbo, generándoles sentimientos encontrados, de tristeza o culpabilidad. Por su parte, en la familia pueden aflorar conflictos familiares tales como la agresividad, el estrés, el agotamiento y la depresión. De forma permanente les aqueja el saber cuándo la familia volverá a la normalidad, entendiéndose por esto, que todos estén sanos.

Por último, en la tercera de las funciones básicas realizadas por la familia encontramos el apoyo económico. Se sabe de manera general que las enfermedades crónicas padecidas por los adultos mayores son más caras y de mayor duración que las de los jóvenes, por lo que su atención requiere de cierta solvencia económica o de contar con un servicio de prestaciones sociales excelentes. En términos económicos, la solvencia de los ancianos(as) parece ser un problema al que no se le encuentra una fácil solución. Si la persona mayor cuenta con algún tipo de jubilación y de prestación social, la carga hacia la familia se atenúa, ya que es posible que con los recursos del anciano(a) se paguen a cuidadores, medicamentos especializados, atención hospitalaria o en su caso, el uso de residencias y asilos.

Pero para la mayoría de personas mayores que carecen de recursos económicos -y las mujeres sobresalen en este punto- para enfrentar su vejez, la familia constituye la fuente básica de apoyo, salvo claro está, que el Estado tenga algún tipo de prestación especial para ellos. Esta situación de dependencia económica por parte de los ancianos(as) complica las relaciones entre ellos y los miembros de la familia, ya que los sentimientos de frustración al sentirse como arrimados al no ser capaces de sufragar o atender sus gastos, margina a los ancianos(as) en su interacción directa con el resto del grupo familiar. En el grupo familiar, el estrés y la ansiedad provocados por la falta de recursos económicos para hacer frente a los gastos de la enfermedad, conducen a pautas de comportamiento enajenantes dentro de ellos.

En suma, enfrentar la vejez, tanto para el individuo que se vuelve anciano/a como para su familia, es un problema sumamente complejo desde la visión social. Al no quedar claro en la sociedad quiénes son responsables de los adultos mayores: ¿ellos mismos?, ¿la familia?, ¿el Estado?, y asignarle esta responsabilidad por usos y costumbres a la familia, se incurre en grandes contradicciones: pedirle a quien en sí misma tiene problemas, se haga cargo de situaciones que la desestabilizan, no es lo más saludable.

La transformación social que la familia está sufriendo, y en donde básicamente se destacan los valores del individualismo y el repliegue de los solidarios, hace necesario adoptar una postura bien definida sobre el papel que se le ha asignado como cuidadora de los ancianos(as). Quizás es tiempo de pensar, para el caso de la sociedad mexicana, en opciones paralelas como los grupos de ayuda mutua, las redes comunitarias existentes en otras sociedades, así como el propio papel del Estado. En el caso de los dos primeros, sabemos que son colectivos de personas que trabajan voluntariamente, para atender las variadas problemáticas que la pérdida de la salud presenta. Estos grupos pueden hacer desde proporcionar compañerismo, afecto, atención ayudas domésticas, préstamo de cosas, hasta los que ayudan a enfermos que requieren cuidados especiales como lo son los del corazón, el Parkinson, el Alzheimer, las neoplasias y las diabetes, así como las referidas por problemas de adicción como alcohol, drogas, juegos y las de rechazo social como el SIDA. Lo que es básico reconocer es que estas redes de apoyo social para la vejez, pone de manifiesto el tejido humano disponible para actuar con solidaridad y apoyo hacia quienes por la edad han visto disminuidas sus funciones. En este sentido, se hace necesario que el Sector Salud en el país, revise las experiencias que en otros lugares se han venido desarrollando para aprender y aplicar lo más destacado de ellas.

En el caso del papel del Estado, esta institución amerita una discusión especial para adentrarse en su complejidad. Aunque esto se planteará en ensayos posteriores se hace necesario apuntar que el Estado no puede desligarse de esta obligación como lo propone el modelo neoliberal. En el mejor de los casos, conviene establecer para los fines de este ensayo, que la pregunta ¿quiénes son responsables de los ancianos? No tiene una sola respuesta.

Las reflexiones aquí plasmadas pretenden hacernos ver que el envejecimiento de la sociedad es algo que tiene que ser enfrentado con seriedad y urgencia, ya que el fenómeno está a la vuelta de la esquina. Para el caso concreto de la sociedad veracruzana, cuya

población mayor de 60 años representaba en el 2000, el 7.9 porciento de la población total, lo que identifica a la entidad como una de rápido envejecimiento, el problema de atención a las personas mayores puede ser grave, toda vez que no se ha querido enfrentar el problema de forma directa. Carecemos de una plataforma, -social, económica, política, de salud-, que nos indique el grado de complejidad al que nos enfrentamos.

Hablar de políticas para el envejecimiento en Veracruz, requiere de la conciencia de todos los actores que concurren en su formulación, pero de manera fundamental por sus implicaciones sociales, el Sector Salud debe avocarse a la prevención de tal problemática. El sector debe de convertirse en el líder indiscutible para el diseño integral de un Plan para el Envejecimiento en el Estado de Veracruz. Asimismo de manera especial debe de considerarse la participación de la familia en esta problemática.

Una política integral de atención a los adultos mayores debe repensar el papel de la familia en este proceso. Si en el grupo familiar recaerá la mayor responsabilidad de atención a las personas mayores, entonces el apoyo social y económico a este núcleo se vuelve indispensable. Así, políticas públicas comunitarias, redes sociales, prestaciones sociales, información adecuada y educación principalmente proporcionada por el sector salud –quién, repetimos, debe ser el líder en esta temática-, en el manejo de los ancianos(as), constituyen elementos centrales a tomar en consideración hacia la familia, si es que se le va a seguir asignando el doble papel que a la fecha ha desempeñado: por un lado, cuidadora de las personas mayores y por otra, como grupo de pertenencia e identificación de éstos mismos ancianos(as). Estas dos funciones cuando son llevadas a la práctica de manera más o menos adecuada, permite hablar de una vejez satisfactoria.



La vejez y la familia.

Bibliografía

1. Benítez Zenteno, R. Hacia la demografía del siglo XXI. México: Sociedad Mexicana de Demografía; 1999.
2. Casado Marín, David. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Colección Estudios Sociales No. 6. Barcelona (España): Fundación "La Caixa"; 2001.
3. Comisión Económica para América Latina Panorama social de América Latina: 1999-2000. Santiago de Chile: El Instituto; 2000.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática XII Censo General de población y vivienda. 2000. México: El Instituto; 2001.
5. Scott, A., Wenger, G. C. Género y redes de apoyo social en la vejez. En: Arber, Sara y Jay Ginn. Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid: Nancea Ediciones; 1996.
6. Velarde Jurado, E. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública 2002; 44:349-361.

Eventos académicos y científicos

UV - ISP- RED IBEROAMERICANA DE MERCADOTECNIA EN SALUD

IV CONVENCION ANUAL Y SIMPOSIO INTERNACIONAL: POSICIONANDO LA SALUD

Xalapa, Veracruz, México.



INFORMES: www.rims.org.mx y www.uv.mx/isp/

UV - ISP (Instituto de Salud Pública)

SEMINARIO FRANCO - MEXICANO EN GERIATRÍA

Xalapa, Veracruz, México.

Noviembre 6 - 11

Organizadores:
Instituto de Salud Pública UV
Embajada de Francia en México
Sociedad Francesa de Geriatria
Instituto Nacional de Nutrición
Secretaría de Salud y Asistencia de
Veracruz

INFORMES: www.uv.mx

www.uv.mx/isp

UV - ISP (Instituto de Salud Pública)

DIPLOMADO 2006

TÓPICOS SELECTOS DE SALUD PÚBLICA

marzo 28 a noviembre 24

Requisistos de ingreso:

Mandos medios, superiores y personal operativo con relación directa con la Salud Pública.

Módulo I. Racionalidad epidemiológica

Módulo II. Envejecimiento y salud

Módulo III. Síndrome metabólico

INFORMES: www.uv.mx/isp/

SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA A.C

LX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA

Oaxaca, Oax. México.

Noviembre 20-25 2006

Requisitos para la publicación

La revista Altepepaktli es una publicación semestral cuyo objetivo es dar cuenta del quehacer científico en el ámbito de la Salud Pública, por medio de artículos originales, derivados de las actividades de investigación, docencia y práctica profesional de la Salud Pública.

TIPOS DE COLABORACIONES:

La revista Altepepaktli recibe trabajos en las modalidades de artículo de investigación originales, artículo de revisión o ensayo, nota breve, reseñas de libros y noticias sobre eventos científicos.

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. Todos los artículos deberán dirigirse al Editor de la Revista al correo electrónico ssaldana@uv.mx o al Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C. P. 91190, Xalapa – Enríquez, Ver. Se acusará recibo vía correo electrónico a la recepción de los mismos.

2. Los artículos se acompañarán de una declaración que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista a menos que medie la autorización expresa del Editor.

PRESENTACIÓN:

El título del trabajo no debe exceder de 15 palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente, tanto en inglés como en español. El nombre y el apellido del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título omitiendo el grado académico o profesión. Al pie de la primera página se indicará el nombre del autor o autores, el cargo oficial o académico, el nombre de la institución en que labora(n) el autor o autores y la dirección en que puede solicitársele(s) copias del artículo. Los autores deberán acompañar sus artículos de un resumen de máximo 300 palabras en español e inglés, y utilizando máximo cinco palabras claves que indiquen el contenido temático del texto. El artículo no deberá exceder de 15 páginas (21.59 x 27.94 cm ó 8.5 x 11 pulg. s.) a interlineado 1.5. La fuente será Arial 12.

En los artículos de investigación el texto se divide en Introducción, Método (materiales, sujetos, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados si fuera el caso.

Los cuadros e ilustraciones deberán ser incluidos en formato JPG, TIFF o PDF, con una resolución entre 150 y 300 DPI y deberán medir entre 7 y 15 cm. en su lado mayor. Los cuadros, tablas o figuras se incorporan al interior del texto y deberán estar identificados con un número correlativo. Se acompañarán de un título breve y claro. Cuando no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente de donde han sido tomados.

En caso de requerirse notas al pie de página, se separarán mediante una línea horizontal y se identificarán con letras sucesivas. La citación será en número superíndice en el cuerpo del trabajo. Las referencias bibliográficas deberán citarse de acuerdo al orden de aparición en el cuerpo del trabajo. Se sugiere tomar como base el sistema de Vancouver.

La revisión de los trabajos se realiza por pares participando personal interno y externo de la dependencia.

Altepepaktli se encuentra indexada en IMBIOMED.
<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>



INSTITUTO
DE
SALUD
PÚBLICA / UV