

Medicina social y salud de la comunidad*

I. INTRODUCCION

BERNARDO SEPÚLVEDA‡

El avance espectacular de las ciencias biomédicas en el presente siglo, contribuyó a proyectar la imagen de la medicina como una ciencia puramente biológica. Sin embargo, en épocas recientes ha renacido el interés por estudiar al hombre, no sólo como organismo biológico aislado, sino también como ente social, inseparable del núcleo familiar y de la comunidad en que vive. Uno de los resultados de este nuevo enfoque, fue reconocer la estrecha interacción entre individuo, familia y sociedad, cuyas repercusiones pueden ser de suma importancia en el área de la salud.

Estas ideas no son totalmente nuevas. Ya Virchow, el padre de la patología celular, había dicho en 1849; "La medicina es una ciencia social hasta la médula de los huesos". Pero es indudable que los adelantos de la sociología, junto a poderosos factores económicos y políticos, han contribuido a modificar las ideas sobre la atención a la salud en las colectividades humanas. En consecuencia, se ha desarrollado vigorosamente en las últimas décadas el concepto de la medicina social, cuya aplicación significa un progreso considerable en relación con el concepto tradicional del ejercicio de la medicina individual.

El concepto de medicina social se basa en los principios siguientes:

1. La influencia de los factores sociales y culturales en la salud y en la enfermedad.
2. Recíprocamente, la repercusión de la enfermedad en la familia y en la sociedad.
3. El derecho a la salud, que entre otras condiciones, requiere atención médica eficiente y oportuna, independiente de la capacidad económica del solicitante.
4. La investigación de los problemas de salud de la comunidad, así como la participación activa de sus miembros en la solución de tales problemas.
5. La organización adecuada de los sistemas médico-sanitarios, a fin de proporcionar a la colectividad los servicios de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación; es decir, los servicios de la medicina integral, según se considera en la actualidad.

Así concebida, la medicina social se convierte en una de las principales instituciones de la sociedad. En efecto, sus objetivos no consisten sólo en la atención del enfermo individual, ahora con mejores elementos de juicio, gracias al conocimiento de las influencias ambientales en el proceso morboso, sino que abarcan además la prevención de la enfermedad, en la lucha contra diversos males sociales y en general, en la promoción de la salud física y mental

* Presentado en el IV Congreso Nacional de la Academia de Medicina, el 23 de enero de 1979.

‡ Académico honorario. Consejo de Salubridad General.

de la comunidad. Por añadidura, proporciona estos servicios sin que la barrera económica sea un obstáculo para obtenerlos, ya que el financiamiento de los mismos es responsabilidad colectiva. En consecuencia, la medicina social, bien aplicada, debe considerarse uno de los factores esenciales para mejorar las condiciones de vida de la población.

La meta final, todavía lejana para muchos países, es hacer partícipe de los beneficios de la medicina social a toda la comunidad. Tal es el objetivo primordial de la Organización Mundial de la Salud, cuyo propósito es que en el año 2 000 todos los habitantes de la tierra tengan un estado de salud que se traduzca en elevada productividad social y económica.* Aun cuando el propósito parece utópico, es revelador de las posibilidades que se atribuyen a la medicina social.

Al mismo tiempo que el concepto de medicina social ha ido desplazando al de la medicina individual, han cambiado las ideas sobre la mejor forma de aplicar la prestación de los servicios médicos. Dos de estos cambios merecen especial mención: uno, consiste en clasificar los requerimientos de la atención médica en tres distintos niveles; el otro, establece que el cuidado de la salud no puede quedar exclusivamente bajo la responsabilidad del médico.

Por lo que respecta a los niveles de atención médica, se han denominado primario, secundario y terciario. De manera esquemática, se considera que en el nivel primario se proporcionan los servicios de la medicina general o familiar; en el secundario, se imparten las consultas de especialidad al paciente ambulatorio; y en el nivel terciario, se ponen a disposición del enfermo encamado todos los recursos de los hospitales modernos.

El otro cambio en la prestación de los servicios médicos establece que la atención a la salud requiere equipos de profesionales en que, además del médico, figuran las enfermeras de distinto tipo, los llamados asistentes del médico, las trabajadoras sociales, los sanitaristas y los promotores de la salud. Este equipo complementa y perfecciona la tarea del médico; y algunos de sus integrantes, como los asistentes del médico y las enfermeras especialistas, pueden suplir satisfactoriamente al propio médico en muchos casos a nivel de la atención primaria.

Como consecuencia natural, estos cambios en ideas y conceptos se han reflejado en la educación médica. Las escuelas de medicina han modificado, en forma muchas veces radical, la orientación y el contenido de la enseñanza; y, asimismo, los educadores médicos han participado en la reforma de los sistemas de atención a la salud. Todo este proceso de

cambio se encuentra en plena evolución; de tal manera que es necesaria la adaptación flexible a las transformaciones del presente y la preparación dinámica para las del futuro.

Estado actual y perspectivas de la medicina social en México

Por lo que se refiere a la aplicación de la medicina social en México, desde el punto de vista cuantitativo, se han logrado notables avances en cuanto al número de personas que tienen acceso a los servicios de los organismos de salud del sector público. Tales avances se han debido en gran parte al rápido crecimiento de las instituciones de seguridad social en el último cuarto de siglo. Efectivamente, se estima que en 1976, 36 millones de habitantes o sea 58 por ciento de la población, calculada en 62 millones, fueron atendidos en esos organismos del sector público. La gran mayoría de los 36 millones fue atendida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (55 por ciento del total), por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (28 por ciento) y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ((1 por ciento).

De la población restante, unos diez millones recurren a la medicina privada; y otros 16 millones, prácticamente carecen de servicios de atención a la salud. Integran este grupo social, desprotegido en todos los órdenes, la población de las áreas rurales y los habitantes de los cinturones de miseria alrededor de las grandes zonas urbanas.

Por lo que se refiere a la calidad de los servicios proporcionados por la medicina social en México, también se han logrado avances de consideración, si bien es preciso admitir que todavía no se alcanza en todos ellos el alto nivel que es de esperarse. En efecto, mientras la atención a nivel secundario y terciario por lo común es excelente, la atención a nivel primario, que es la de mayor demanda, adolece aún de muchas ciertas deficiencias. Asimismo, no se han integrado suficientemente los llamados equipos de salud, por falta del personal profesional que complete y en ocasiones sustituya la función del médico.

Tampoco se ha conseguido la participación activa de los miembros de la comunidad en la solución de los problemas de salud de la misma. En cuanto a la evaluación de la calidad de los servicios médicos-sanitarios, se carece aún de sistemas de operación continua para establecer juicios certeros al respecto.

Ello no obstante, puede abrigarse la razonable seguridad de que estas y otras deficiencias de orden cuantitativo y cualitativo se irán corrigiendo en el transcurso del tiempo. Precisamente, los objetivos del presente simposio son, por una parte, definir el concepto de medicina social y destacar su importancia; y, por otra, revisar su estado actual en México

* Mahler, H.: *Las necesidades humanas fundamentales como objetivo mundial de salud*. Bol. Of. Sanit. Panam. 83: 184, 1977.

y examinar sus perspectivas para el futuro, tanto por lo que se refiere a los aspectos educativos, como en lo concerniente a la aplicación institucional.

II. CIENCIAS SOCIALES EN MEDICINA

SILVESTRE FRENK*

Desde los albores de su origen decimonónico, al amparo de los principios revolucionarios de aquella época, la clara toma de conciencia acerca del papel que ejercen los elementos sociales en los mecanismos causales de ciertas enfermedades, generó, por una parte, el postulado de que la sociedad es directamente responsable de la salud de sus miembros y por otra, que la índole y la magnitud del impacto de las condiciones socioeconómicas en la conservación o en la pérdida de la propia salud debiesen ser motivo de permanente investigación científica.

Con las naturales fluctuaciones en los modos —y modas— de concebir el ejercicio de la medicina, tales principios han llegado hasta nuestros días, plasmados en políticas estatales, configurados como elementos ideológicos o incorporados en el bagaje retórico de muchos médicos, generalmente más en éste que en el de las convicciones.

Quizás sea por esto mismo que se hayan colado, no sólo entre legos sino también en el personal para la salud, creencias erróneas como la de que las ciencias sociales tienen como aplicación principal el trabajo social en favor de seres humanos desposeídos e ineducados, o bien la de que conocerlas confiere al médico mayor bondad y comprensión de los problemas personales de sus pacientes.

También prevalece gran confusión terminológica, en la que conceptos tan distintos como medicina social, patología social, medicina socializada, medicina de la seguridad social, sociología médica, sociología de la salud y hasta medicina socialista se intercambian como si fueran sinónimos. En realidad, las ciencias sociales, que incluyen, entre otras, la economía, la antropología, la psicología, las disciplinas políticas y la sociología misma, tienen como fin el estudio de la conducta y de las relaciones humanas, interpersonales e intergrupales, y de las percepciones y reacciones de los seres humanos con respecto a su ambiente externo e interno. Es decir, su campo de acción son la sociedad y la estructura, función y forma de actuar de los grupos humanos. Así, aunque las varias ciencias sociales poseen bases

conceptuales, teóricas y técnicas específicas, prevalecen suficientes puntos en común e imbricados como para considerarlas de una sola familia, cuyo fin es el desarrollo de leyes generales de la conducta humana. Así, el antropólogo estudia las semejanzas y diferencias entre culturas, en tanto que el sociólogo se aboca a la investigación de las estructuras sociales necesarias para encauzar la conducta individual hacia las tareas de la sociedad. La psicología trabaja con la conducta individual y el campo de las ciencias económicas y ciencias políticas está igualmente bien definido. Fuerza es reconocer que para comprender el ente social que es el hombre, resulta obligatorio el estudio especializado de las ciencias que de él se ocupan.

Desde hace algunos años se ha propuesto la distinción entre sociología en medicina y sociología de la medicina. Estas dos categorías poseen sus recíprocas, o sea medicina en sociología y los aspectos médicos de la sociología. La sociología en medicina puede ser descrita como la aplicación, de conceptos, conocimientos y técnicas sociológicas, para clarificar aquellos problemas médico-socio-psicológicos relevantes a la profesión médica, con el fin de encontrarles soluciones. Tópicos clásicos en el campo de la sociología en medicina serían por ejemplo estudios acerca de la ecología y la etiología de las enfermedades o sobre las variaciones en conceptos y conductas relativas a salud y no-salud. La sociología de la medicina, en cambio, se aplica a temas tan variados como el análisis de las necesidades sanitarias de las comunidades; la influencia de la seguridad social en la cobertura de aquéllas; la dinámica de la práctica privada individual y de grupo; las perspectivas del papel que desempeñan las varias categorías de los trabajadores de la salud; la influencia de la clase socioeconómica en la dotación y utilización de servicios; la organización interna del hospital; la valoración de los programas médicos para grupos especiales de población; el reclutamiento, desarrollo, organización y retención del personal de salud.

La sociología es pues una amplia disciplina académica con numerosas raíces, de las que vienen surgiendo, como en la medicina, diversas especialidades. Entre ellas, la sociología médica con sus variantes, que echa mano de conceptos, teorías y métodos eminentemente sociológicos, para el estudio de la salud y la enfermedad de personas, las relaciones y procesos sociales de los individuos dentro del ámbito de lo médico y la prestación y organización de la atención médica.

La necesidad de incorporar las ciencias sociales a su propia disciplina no es exclusiva de la profesión médica. También la sienten abogados, arquitectos, pedagogos, contadores y administradores de empresas, entre tantos otros, para perfeccionar la comprensión de sí mismos, tanto como del am-

* Académico titular. Departamento de Investigación en Unidades de Atención Médica. Subjefatura de Investigación. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

biente en que trabajan, así como para entender mejor los objetos de su labor profesional, trátense de clientes, empleados o estudiantes. Porque después de todo, un enfoque universal del conocimiento constituye la esencia de la educación superior y las disciplinas sociales amplían la perspectiva y favorecen el desarrollo del estudiante, sea cual fuere su área profesional.

Si bien las bases científicas de la medicina son una suerte de integral de las ciencias naturales, matemáticas y sociales, debe reconocerse que el adiestramiento clásico que ha recibido el médico, es decir en ciencias naturales, proporciona pocas bases sólidas para comprender la conducta humana y la organización de la comunidad. La ayuda que en estos terrenos pueden proporcionar las ciencias sociales, coincide con la vasta expansión de sus campos de aplicación, con la clarificación de conceptos, con el desarrollo de instrumentos de investigación de más vasta aplicación y con la aparición de nuevos y fascinantes campos de interés.

Pero todavía no siempre es fácilmente comprendida ni cabalmente sentida la necesidad de esta aproximación mutua. El que habla recuerda vivamente los términos en que para el hospital que entonces dirigía, le fue negada una plaza de sociólogo, la cual había solicitado con el argumento de que el establecimiento, además de lo complejo de su organización, era en realidad una comunidad compuesta de cinco mil seres humanos, para cuyo conocimiento definitivamente no bastaba con saber de administración hospitalaria, contar con alguna experiencia o poseer sentido común.

Por fortuna, cunde la convicción de que el sociólogo de ninguna manera ha de estar permanentemente subordinado al médico, cuando ambos participan en una investigación o en actividades administrativas. Sin embargo, cuando se carece de la necesaria convicción, se suele emplear al sociólogo bajo otro título, que en cierta forma disfraza su profesión, por ejemplo como profesor de medicina preventiva o epidemiología. Así, no es raro ver a sociólogos, como también a psicólogos, enfundados en una bata blanca, la vestimenta que como gremio identifica al de los médicos.

También ocurre a menudo, que con plena conciencia de que los más graves problemas médicos son de orden social, el personal de la salud suele refugiarse en la aseveración un tanto escapista de que la solución de estos problemas no es médica, sino que depende del desarrollo socioeconómico del país o de su sistema político.

Quizás lo que haya en el fondo de estas actitudes sea un rechazo de las disciplinas sociales por parte del médico maduro. A menudo, él se pregunta si lo que toma como obvio acerca de su papel en la sociedad, requiere de algún análisis más profundo. Le disgustan por instinto las sesudas disertaciones

sociológicas, muchas veces en lenguaje rebuscado, salpicado de voces cuyo significado exacto desconoce. Ante los embates de expresiones ajenas a las propias, el médico con experiencia, seguro de su papel en la comunidad, adopta cuando más una displicente tolerancia. El médico joven en cambio, particularmente cuando forma parte de un grupo pionero, del cual se espera la implantación de nuevas formas de ejercer la medicina, adquiere conceptos y se habitúa al uso de expresiones que le sirven como de etiqueta para distinguirlo de sus colegas, aferrados según él a modos retrógrados, "reaccionarios", de cumplir con su función profesional. Pero hasta ahora, el médico novel raras veces pasa, de esta fase declaratoria, a la actuación.

Cuando el sociólogo recurre a información objetiva o como se ha dado en llamarles, datos "duros", suele ahondarse el abismo con el modo de pensar propio del médico. Pues en esa tesitura, el sociólogo muchas veces siente que no puede comunicarse con sus alternantes médicos, cuando no es comprendido por éstos o lo que es peor, cuando ve que sus contribuciones son aceptadas sin crítica. Como si faltara un acuerdo entre médicos y sociólogos acerca de la manera en que la medicina y las ciencias sociales pudiesen unir mejor sus esfuerzos; de cuáles deben ser los temas de investigación y enseñanza; de cómo definir los valores científicos en los campos de la sociología de la medicina; de si más que de sociología médica o de medicina social, debiese hablarse de una sociología de la salud.

Las diferentes posturas de la medicina y de la sociología se explican, cuando menos en parte, por el grado de aceptación de diferentes estilos y valores. Pocos sociólogos dudan de la necesidad de recurrir a análisis cuantitativos y de expresiones probabilísticas. El clínico, aun en aquellos países en que su adiestramiento se funda en sólidos conocimientos básicos, raras veces los emplea en su trabajo diario. Paradójicamente, hasta aquellos especialistas médicos que mayor simpatía sienten y más apoyan y se apoyan en las ciencias sociales, por ejemplo los psiquiatras, lo que menos suele gustarles de la sociología son precisamente los datos "duros". Además, muchas veces el marco de referencia sociológica y muchos de sus elementos cognoscitivos básicos discrepan de los preceptos fundamentales del ejercicio médico. Es natural que esto conduzca a conflictos. ¿Cuáles por ejemplo son los límites entre la actuación médica y la del sociólogo en casos de drogadicción y alcoholismo? ¿La psicoterapia de grupo debe estar al cargo de un sociólogo o de un médico? Parece cierto que la estructura corporativa de la práctica médica se resiste a la intervención de profesionistas no médicos en cualquier relación terapéutica. Pudiera decirse que las relaciones entre sociólogo y médico, debiesen por sí mismas ser motivo de una investigación médico-sociológica.

Todo esto, frente a una creciente toma de conciencia y sensibilización académica del personal para la salud, acerca de lo sociológico en medicina. Pero claramente, ello no basta. No caben ya las improvisaciones ni las actitudes del sábelotodo. Como claramente lo hiciera notar Cravioto en esta misma Academia, citando a Pozas, si no se concibe, ya no digamos investigar, sino simplemente opinar fundadamente en materia de química o física sin poseer de ellas un adecuado conocimiento, tampoco cabe opinar o investigar acerca de las estructuras sociales y de la conducta humana sin conocer a fondo las ciencias que de ellas se ocupan. Hacer sociomedicina sin haber realizado antes un estudio formal de esta disciplina, equivaldría, reducidas las cosas a lo absurdo, a autorizar a un sociólogo a impartir atención médica, con sólo haber recibido un breve curso de introducción a la clínica.

Si ha de llegar el momento de crear la carrera universitaria y la profesión de sociomedicina, y en tanto tal cosa ocurre, ha de plantearse de manera valiente la necesidad de incluir a sociólogos en todo equipo para la salud. No únicamente en lo normativo, también en lo operativo. Sin supeditar unos profesionistas a otros. En perfecta amalgama de doctrina y tecnología, de conocimientos y habilidades.

En última instancia, el ingrediente esencial es aquí la entrega al bien de la sociedad. Por algo será que para servirla mejor, todos los ponentes en esta mesa redonda nos hemos dejado arrancar del lado de la cama de nuestros enfermos o de nuestra mesa de laboratorio, para asumir funciones directivas.

III. EDUCACION EN SOCIOLOGIA MEDICA

OCTAVIO RIVERO*

Independientemente de los conceptos, del sustrato empírico o científico en que se basa la asistencia médica, la formación de médicos y por tanto la enseñanza de la medicina, han cursado durante mucho tiempo en la preocupación por resolver situaciones individuales. No es extraño que, con base en el concepto de atención médica, sustentado en el predominio casi absoluto de la acción de un hombre preparado para atender en forma individual otro hombre enfermo, la tendencia en la preparación haya sido proveerlo del bagaje de recursos necesarios para afrontar con éxito esta acción individual.

* Académico numerario. Director de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Durante una época la enseñanza fue de tipo artesanal; el alumno, o un pequeño grupo de ellos, convivía con el maestro para aprender el arte; este en un principio basado en conceptos empíricos. Con el transcurso de los siglos otros elementos cada vez más cercanos a lo que en la actualidad entendemos por conceptos científicos, tecnología y destrezas se fueron agregando al arte. Se fueron utilizando como recursos para la atención de los enfermos, y por tanto fueron elementos necesarios de aprendizaje de los médicos en formación.

Mediado el siglo pasado, la clase obrera de Alemania presionó buscando que el Estado se responsabilizara de la salud y la atención de la enfermedad de la comunidad. A principios del presente siglo, en Inglaterra, al igual que en los Estados Unidos de Norteamérica, resurgió este movimiento, planteándose franca la tendencia de un enfoque social de la atención médica.

Parece tardío, a través de siglos de historia el que la humanidad haya tratado en este enfoque que ahora nos parece tan necesario. Cualquiera que sea el bagaje o sustrato en que se funde la atención médica, es una ciencia social, una ciencia que en su ejercicio y en su formación debe mantener el principio de que sus acciones individuales o comunitarias, deban ser mantenidas con un claro beneficio de servicio social.

No hay dudas respecto al costo-beneficio para la humanidad, de la progresión que han tenido las ciencias médicas en los últimos decenios; si se consideran los beneficios logrados en diversas áreas de la salud, donde los progresos han sido racionalmente incorporados. No creo que un real conocedor de los adelantos técnicos y científicos logrados en el área biomédica en los últimos años, pueda dudar de los beneficios potenciales de estos progresos. Lo que parece claro es la necesidad de orientar, de reorientar, de mantener en la orientación adecuada el uso de estos recursos con sentido de beneficio social. No es el cambio de un recurso legítimo de la humanidad, como son los conocimientos biomédicos, por el uso de otros recursos también útiles a la sociedad para organizarse y mejorar los sistemas de vida, como son diversas disciplinas conocidas globalmente como ciencias sociales. No es el cambio curricular de unos conocimientos por los otros, no es el cambio operacional de unas acciones por las otras, no es necesariamente el cambio de estructura en el que se desarrolla la acción médica. Es necesario comprender que el concepto de atención médica debe ser ampliado. No hay en esto un trueque de unos conceptos y de unas acciones por otras. Debemos pensar en el enriquecimiento del concepto de la acción médica.

Para analizar primordialmente el contenido curricular de la formación de médicos, me referiré principalmente a lo sucedido en la historia contem-

poránea. No obstante que el concepto de la ciencia social para la medicina fue aceptada por países de gran progreso, como Alemania, es evidente que en la formación de los alumnos de medicina en aquella época, predominaba el estudio de algunas ciencias básicas y de las destrezas clínicas, provenientes del estudio de los alumnos en las clínicas y hospitales de la época.

Con el desarrollo y profundización de los conocimientos médicos básicos hacia fines del siglo pasado y a principios del presente, el contenido biomédico en la preparación se fue enriqueciendo preferentemente con las ciencias que fueron encontrando canales de desarrollo, en ocasiones explosivos. De esta forma se reforzaron con los estudios biomédicos en las áreas de fisiología, de farmacología, las ya existentes y clásicas de anatomía e histología; y posteriormente, con el conocimiento de la bioquímica, de la genética y de la inmunología, entre otras.

Paralelo a este desarrollo, se incrementó la preparación del alumno en las destrezas clínicas de diagnóstico y tratamiento, que fueron surgiendo al través de este siglo de progresos en el campo, a tal grado que algunos profesores perdieran de vista el objetivo de la preparación del estudiante, proporcionándosele destrezas y conocimientos más propios de los estudios de postgrado. En otras escuelas, el contenido de conocimientos, tanto en el área clínica como en la de los conocimientos básicos, fue congruente con el deseo de formar un médico con conocimientos generales. Sin embargo, tanto en estas escuelas como en las que se exageró el contenido informativo de las dos áreas, no se ha cuidado la preparación del alumno con los conocimientos de algunas ciencias sociales, que pueden enriquecer la preparación y la actitud de los estudiantes.

Durante muchos años, prevaleció una pugna entre profesores de ciencias básicas, que se quejaban del empirismo de los clínicos; y estos, que a su vez, encontraban los posibles defectos en la información poco práctica, poco ligada, con la acción médica, que los estudiantes recibían en sus años básicos. Unos y otros, a la larga se han convencido de la necesidad de estas dos áreas del conocimiento y de la conveniencia indudable de encontrar ligas, puentes de información y congruencia entre unos y otros elementos, que no se excluyen, sino se complementan. Algo semejante, tan deseable, aún no se logra con los contenidos de las ciencias sociales.

Las escuelas de medicina caen frecuentemente en uno de dos extremos: o bien persisten en el esquema de predominio total de la información en conocimientos biomédicos y clínicos; o por lo contrario, han confundido el enriquecimiento de la acción médica con orientar la preparación hacia la actuación en favor de la sociedad y la comunidad, no sólo hacia el individuo, promoviendo un cambio

radical en que se truecan los estudios biomédicos por estudios sociales, produciendo un profesional cuyo ámbito de acción, cuyo ejercicio operativo es discutible.

Las escuelas de medicina deben planear la formación de sus médicos en general como una respuesta al perfil profesional que la sociedad puede utilizar. No niega la capacidad ni la necesidad y conveniencia de que la escuela de medicina, parte de la universidad, desarrolle una función crítica y de cambio, haciendo progresar a un país al encontrar caminos que mejoren los sistemas de operación de los profesionistas formados. Este cambio en la preparación debe ser gradual y conjunto al cambio en la operación. Las escuelas de medicina no deben permanecer al margen de los cambios que la estructura operativa de los sistemas de salud ha mostrado en los últimos años; antes bien, deben ayudar a impulsar estos cambios en lo benéficos que son.

Ahora que el concepto de atención médica se amplía, y surge la atención médica con un gran contenido institucional, por la patente necesidad, en ocasiones patética, de encontrar una forma en que la medicina llegue a todas las comunidades; en que propios y extraños no puedan dejar de reconocer los beneficios en costo de las medidas de conservación de la salud, de prevención de la enfermedad y de una atención más sencilla a nivel primario, que significan una posibilidad de extensión de la cobertura de atención en el país, es evidente que las escuelas de medicina, deben considerar este enfoque en los planes para formar profesionistas adecuados para ejercer al amparo de estas ideas y de estos sistemas. Pero debe quedar bien claro cuál es la estructura necesaria para lograr todo esto. No me cansaré de repetirlo, porque repetir es educar: no es el cambio de los conocimientos biomédicos indispensables, ni de los clínicos, por conocimientos sociales, lo que se requiere. Sino que es el enriquecimiento de un buen estudiante, de un buen médico, bien preparado por la combinación de estos conocimientos, con la comprensión de los factores psicológicos y sociales que modifican la salud y la enfermedad. Es decir, es completar el entendimiento de la salud del hombre y su enfermedad, con el de la salud de la comunidad y de su enfermedad.

Durante muchos años se enseñó al estudiante y al médico, a pensar que la salud y la enfermedad se debían sólo al balance o al desbalance de factores biomédicos intrínsecos y extrínsecos. El cambio, de gran trascendencia, consiste únicamente en que el estudiante y el médico comprendan que la salud y la enfermedad no dependen sólo de este balance individual, sino que él mismo se ve influenciado por factores psicológicos del individuo, de la familia y de la comunidad en que vive, y que muchos factores socioeconómicos del medio en que se desenvuelve, pueden ser un factor muy importante. La

vivienda, la higiene personal y familiar, la nutrición, la contaminación física y psicosocial del medio, así como otros factores semejantes, pueden ser causa muy eficiente de enfermedad individual o de la comunidad. Son pues factores indispensables de ser tomados en cuenta; no se puede considerar que la solución de problemas como la desnutrición y la mortalidad infantil por enfermedades gastrointestinales, depende de sólo de los médicos. Estos pueden ser un factor de solución al buscar y encontrar, sin demagogia, soluciones sencillas, aunque sean parciales, para mejorar la situación de las comunidades en que se den estos fenómenos. Para lograr esto, se necesita que los estudiantes de medicina, y después los médicos, den un enfoque de proyección social a sus conocimientos.

Frecuentemente se confunde el enfoque social de los conocimientos biomédicos del médico con una acción humanitaria o de caridad, ante comunidades o sujetos en malas condiciones socioeconómicas. No es así; el contenido social de los estudios médicos debe ser mucho más amplio que esto. Proyección social de los conocimientos biomédicos puede ser el análisis y proyección de métodos para estudiar la obesidad de los supernutridos, la desintegración familiar, la drogadicción, el alcoholismo, problemas no exclusivos de grupos precaristas.

Antes de analizar qué se debería enseñar, cuándo y cómo, de estos temas en la carrera de medicina, quisiera mencionar algunos conceptos muy ligados al fenómeno que hemos analizado. Cuando se habla del ejercicio de la medicina preventiva, de la medicina social, al igual que de otras ramas de la medicina, como la rehabilitación, no es posible concebirlas como una especialidad aparte de la medicina. No es posible aceptar que unos médicos se dediquen al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en tanto que otros se ocupen de la prevención de las mismas. Quiénes han separado estas disciplinas de una medicina integral, han contribuido a mi criterio, a limitar la proyección e importancia de las mismas. Y esto es grave porque las acciones de preservación de la salud y prevención de la enfermedad poseen, sin duda, una elevada tasa de costo-beneficio para la atención de la salud, cuando se piensa en la comunidad y en la sociedad.

Durante las últimas décadas, muchos distinguidos médicos se han visto tan atraídos, tan asombrados con el desarrollo científico y tecnológico de la medicina, que no se han detenido a pensar en lo que se ha construido. Es evidente que ha sido un gran beneficio construir el segundo y tercer piso de una estructura que en conjunto va a significar la atención de la salud nacional. Lo que parece increíble es encontrar resistencia para comprender que no es razonable ni tampoco costeable ofrecer sólo estos dos niveles; y que no parezca tan atractivo el nivel básico, la medicina de primer contacto, atendida funda-

mentalmente por médicos generales y familiares, como parte de equipos formados por otros profesionales de la salud. Este concepto no es el capricho o invención de unos cuantos. Países adelantados, como los escandinavos, Holanda, el Reino Unido y muy importantemente Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica, están encontrando en este médico general y familiar, con la condición que sea un médico muy bien preparado, no sólo solución a menor costo y expedita de muchos problemas de atención de enfermedades que no llegan a ser grandes, ni graves, porque se atienden dónde suceden y cuando suceden, sino que encuentran en este conglomerado, que sólo en la Unión Norteamericana abarca 40 por ciento de los médicos, un grupo mejor preparado y mejor organizado, más apto para comprender y para ayudar a ejecutar todas las medidas de medicina a la sociedad, de medicina a la comunidad, de conservación de la salud y prevención de enfermedad, tan redituable para un país. Es importante, por otro lado, aceptar que el médico no es el único que puede atender la salud. Tampoco es este planteamiento el capricho de un grupo; muchos países de muy diversas ideologías y estructuras sociales en el mundo han encontrado en otros profesionales de la salud, aparte del médico y la enfermera, solución a muchos problemas médicos. En los equipos de salud, profesionistas de atención rural, atención en clínicas y en hospitales, deberán encontrar acomodo, puesto que su preparación en diversas áreas es necesaria y serán profesionistas útiles, sin ser médicos necesariamente.

Es un alivio sentir que el país empieza a encontrar este camino. Es necesario, sin embargo, que la formación de estos profesionales sea de acuerdo a la planeación general de quien los va a utilizar.

En el catálogo de ciencias sociales convenientes para ser enseñadas en escuelas de medicina se puede hacer un lista muy grande. En Canadá, por ejemplo, la casi totalidad de las escuelas de medicina tiene dentro de su curriculum cursos formales de este tipo, y por otra parte, ofrecen como enseñanza extracurricular conferencias y seminarios complementarios.

En términos generales, al igual que sucede en la Facultad de Medicina de la UNAM, las materias más clásicamente aceptadas son la medicina social, la introducción a la medicina, la medicina preventiva, la psicología médica; dentro de estas cátedras se tratan diversos tópicos de sociología, demografía y economía. En Canadá concretamente, se insiste en la relación médico-paciente, el análisis de la familia, medicación y alcoholismo, sexualidad, muerte, personalidad, conducta del paciente y a un mayor nivel un análisis de los sistemas de salud, su calidad, su costeabilidad, la organización de las ciencias de la salud, la relación entre los planes de salud y los de formación de personal para la salud y el

control de la población. Independientemente de estudiar qué se debe enseñar, mucho se ha especulado sobre cuándo se debe enseñar; el esquema clásico ha sido pretender enseñar estos temas como materias básicas, suponiendo que con esto se da un sustrato de preparación que permitirá después dar un enfoque social a los conocimientos biomédicos y clínicos. Otros grupos pregonan que para que estas materias hagan impacto en los estudiantes, es necesario que haya continuidad en la enseñanza de las mismas durante el desarrollo curricular.

Yo creo que para lograr este impacto, esta formación en el estudiante, es decir, una actitud social para la utilización de sus conocimientos biomédicos, no debe preocuparnos tanto el qué enseñar y el cuándo enseñarlo. Debe tenerse bien presente cuál es objetivo; no es tanto que el alumno se convierta en un gran conocedor en sociología o economía, o en demografía, o en cualquier otra materia de este tipo. No hay que olvidar que queremos formar un médico; el sociólogo y el político, que tienen otras funciones y acomodo en la sociedad, se forman en otras escuelas; lo que nosotros buscamos es que el conocimiento y el análisis y la reflexión en estas ciencias permitan al alumno mantener, después como médico, un enfoque social en su trabajo.

En diversas ocasiones me he preguntado y me han preguntado, si lo que está fallando es que los alumnos no tienen la suficiente vocación para este difícil enfoque de sus conocimientos que los lleve a prestarlos a la comunidad y cuando médicos querer ir al campo y querer ir al ejercicio difícil, complejo, de trabajo exhaustivo de la medicina general. Después de mucho analizarlo he llegado a la conclusión de que entre los alumnos de la Facultad hay un número que no sólo son buenos estudiantes y que tienen una bien clara vocación de servicios. Creo que no son ellos los que están fallando; somos nosotros, sus maestros, ya que es evidente que esta actitud de servicio puede estar faltando a nosotros. Con el ejemplo se educa para bien o para mal.

Las escuelas de medicina deben lograr, no sólo el adiestramiento y la información necesaria de los alumnos; tienen la obligación de formarlos. En este aspecto la formación de los alumnos siempre será a imagen y semejanza de sus profesores. Somos los profesores en ejercicio médico, quienes debemos orientar y formar con nuestras acciones de servicio a estos jóvenes. Su vocación para pensar en la proyección social de sus conocimientos médicos; el desarrollo de ellos mismos como grandes impulsores de la medicina preventiva, la obtendrán de la escuela cuando podamos ejercitarlos en estas acciones en forma práctica, en vez de ofrecerles únicamente contenidos teóricos de medicina social y de introducción a la medicina.

El concepto de docencia-servicio, es decir el que

se enseñe haciendo y el que el alumno aprenda, participando de ese hacer, no sólo es aplicable a la enseñanza de la clínica. Estoy convencido que no es tan importante decir qué materias de este corte se deban enseñar y cuándo. Para que ellas hagan un real impacto en el alumno, se requiere ofrecer al alumno no sólo las horas teóricas de estas materias, sino el ejercicio teórico-práctico de ellas, poniéndole en contacto con los problemas sociales de las comunidades, de cuya salud y enfermedad deberá ocuparse después.

IV. LA MEDICINA SOCIAL EN LAS AREAS URBANAS

GILBERTO FLORES-IZQUIERDO*

El cuidado de la salud y el control de la enfermedad en las tres etapas conocidas (prevención, curación y rehabilitación), ha variado por diversos factores, tales como las épocas, la morbilidad, la mortalidad y el desmesurado crecimiento en el índice demográfico mundial.

En nuestro país, la medicina institucional ha existido desde hace varios años; sin embargo, la organización y metodología para ejercer la función más adecuada, como una medicina social de alta calidad, se puede considerar reciente.

Durante sus primeros años de vida, el Instituto Mexicano del Seguro Social, actuando como uno de los representantes del Estado en el cuidado y la atención de la salud, con todos los defectos de la época, que entrañaban carencia de recursos materiales y económicos, técnicos y humanos, sufrió manifestaciones de franca hostilidad, tanto del sector patronal cuanto de centrales obreras y sindicatos.

La medicina institucional y social desalojaron en cierto modo a la medicina liberal, para dar lugar a un esfuerzo consciente y deliberado, que permitió adaptar el conocimiento y la acción a los problemas de nuestro tiempo.

De acuerdo con este concepto, se consideran los siguientes atributos para la medicina social: ser institucionalizada para asegurar su proyección social; ser integral, es decir, comprender actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; ser cooperativa, es decir, financiada por los diferentes integrantes de la sociedad; sin restricciones económicas y con el único fin de que todos los beneficiarios reciban la misma calidad de atención, independientemente de la magnitud de su aportación económica.

En la actualidad, la medicina institucional y social

* Académico numerario.

impartida por el Instituto Mexicano del Seguro Social al través de la Subdirección General Médica, aporta para esta época, los máximos avances médico-técnicos, con el único objetivo de proporcionar una atención oportuna, eficaz y de alta calidad.

Dentro del sistema, la prestación de servicios relacionada con la prevención de enfermedades, con los riesgos de trabajo, con la planificación familiar, con la enseñanza e investigación y con el control de la atención médica en las áreas urbanas y suburbanas, se otorga al través de acciones conjuntas entre las jefaturas responsables de dichas acciones.

En la República Mexicana existen numerosas unidades de atención médica, cuyos propósitos se coordinan de acuerdo con las características referentes a recursos humanos, materiales y técnicos. Dichas unidades de atención médica se denominan unidades de medicina familiar, hospitales generales de zona, hospitales regionales de especialidades y clínicas hospitalares. Cada una de estas unidades, dedicadas al desempeño de funciones específicas, se adaptan a las necesidades sociales, a las situaciones geográficas y a la demanda constante de servicios médico-asistenciales.

Las unidades de medicina familiar están constituidas únicamente por médicos familiares, quienes disponen de todos los medios necesarios, tanto de personal paramédico como de recursos de laboratorio y gabinete, para el desempeño de sus funciones entre las que señalaremos las siguientes:

Educación para la salud

Prevención y control de enfermedades transmisibles

Prevención, detección y control de enfermedades crónico-degenerativas

Planificación familiar

Atención de las demandas de la población adscrita en la unidad y en el domicilio

Enseñanza e investigación.

Uno de los métodos que estimula al médico en sus actividades cotidianas, es la relación interdisciplinaria, que permite evaluar sus propias opiniones y compartir las emitidas por los especialistas. Un ejemplo de esta acción es la práctica de algún estudio radiológico en los hospitales generales de zona o de especialidades y la asistencia del radiólogo a las unidades de medicina familiar. Esto permitirá interpretar los hallazgos junto con el médico familiar, contribuyendo en esta forma a una mejor interrelación en las diversas disciplinas médicas.

Otra variante de esta interrelación profesional se destaca en las visitas programadas de los médicos familiares a sus enfermos internados en esos hospitales, con la oportunidad de revisar el expediente clínico y comentar los criterios de los especialistas.

Los hospitales generales de zona son unidades médicas organizadas para la atención de pacientes en consulta externa de especialidades, urgencias médico-

quirúrgicas, daños del trabajo y hospitalización en gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Las principales funciones son:

Control epidemiológico de la zona

Planificación familiar

Atención médica de la demanda

Medicina del trabajo

Transporte de pacientes

Enseñanza e investigación.

En los hospitales regionales de especialidades se atienden pacientes portadores de problemas médicos poco frecuentes, que requieren la mayor concentración de los recursos humanos y técnicos en relación con la población demandante. Entre sus funciones se enumeran las siguientes.

Registro epidemiológico

Atención médica a la demanda

Medicina del trabajo

Enseñanza e investigación.

Las clínicas hospitalares son unidades médicas cuyas funciones son otorgar atención primaria y continua a familias y personas, sin selección de su edad, sexo o naturaleza de la enfermedad. Estos servicios consisten en urgencias médico-quirúrgicas para adultos y menores, daños en el trabajo, consulta externa y hospitalización de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

En la actualidad, los avances tecnológicos y científico-médicos en todas las especialidades, han obligado a los países más desarrollados a incrementar el número de especialistas. Sin embargo, se debe restituir su papel fundamental al médico familiar, quien otorga la atención médica primaria, continua y adecuada a todos los miembros de la familia, independientemente de su edad, sexo o padecimiento.

Los siguientes argumentos fundamentan el papel que desempeña el médico familiar: recibe un adiestramiento apropiado y es el único especialista capacitado para otorgar las diversas prestaciones de servicios médicos, como la atención primaria al individuo y su núcleo familiar, con las características socioeconómicas inherentes a cada grupo; obtiene el juicio indispensable en los numerosos problemas que afectan la salud, y decide el nivel de especialidad correspondiente para la resolución apropiada; resuelve la mayor cantidad de padecimientos que afectan a la población general; otorga atención médica constante, inculcando satisfacción y confianza al enfermo y a su grupo familiar, con el trato humanista, derecho universal de todo individuo.

Esta integración del propio médico a la Institución es fiel evidencia del beneficio que la medicina social ofrece a la población amparada. El concepto anterior se avala cuando se aprecia el incremento del número de médicos entre 1974 y 1977, cuyas cifras son de 72 767 y 94 568 respectivamente. En el cuadro 1 se presentan algunos de los servicios proporcionados en esos dos años.

Cuadro 1. Servicios brindados por el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1974 y 1977.

Servicios	1974	1977
Consultas	44 293 447	51 602 403
Ambulatoria	43 895 613	51 348 056
A domicilio	397 834	254 347
Hospitalización		
Ingresos	1 137 305	1 348 904
Egresos	1 135 437	1 347 710
Días-paciente	6 110 783	6 818 289
Partos atendidos	448 420	461 520
Intervenciones quirúrgicas	388 154	586 065
Laboratorio clínico		
Personas atendidas	5 929 693	7 404 841
Estudios realizados	20 904 745	26 425 046
Anatomía patológica		
Personas atendidas	259 726	328 164
Estudios realizados	295 812	397 247
Radiodiagnóstico		
Personas atendidas	1 878 435	2 658 438
Estudios realizados	2 114 144	3 027 034
Radioterapia		
Personas atendidas	85 771	77 099
Sesiones practicadas	153 329	192 502
Banco de sangre		
Sangre transfundida en ml.	74 586 590	80 704 800
Electrografías		
Personas atendidas	125 134	199 615
Estudios realizados	129 018	203 253
Fisioterapia		
Personas atendidas	713 503	893 682
Sesiones practicadas	1 847 691	2 556 042

Los datos antes mencionados confirman la imperiosa necesidad de realizar una medicina social interdisciplinaria, siempre con el criterio de la pirámide de atención médica de primero, segundo y tercer nivel, como se ofrece a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Subdirección General Médica del IMSS, preocupada por otorgar una atención médica de alta calidad, oportuna y eficaz en todos los ámbitos del país, promueve el constante adiestramiento del personal médico y paramédico, aun en los sitios más alejados de la república, en particular a los médicos familiares, quienes son responsables del primer contacto con el núcleo familiar.

La cantidad de saber acumulado ha aumentado en tal medida, que amenaza con no poder ser ya valorado ni utilizado. Ha conducido ya a un estudio separatista de las diversas especialidades médicas, proceso que se mantiene en tal medida, que produce una preocupación constante de que cada día haya más médicos que saben mucho sobre muy pocas cosas y que acaban por estudiar al enfermo como un ser fragmentado, cuando el requerimiento cada vez mayor de todas las sociedades, es el de concebir el ser humano como un ser biopsicosocial.

En un libro de Teilhard de Chardin, al hablar de las consecuencias de la especialización en el reino animal, se lee esta frase: "La especialización paraliza y la superespecialización mata". ¿No pasará lo mismo en el reino del espíritu? El punto de la superespecialización en medicina está a punto de alcanzarse y no se podrá evitar si no se realiza una transformación fundamental de actitudes. Por ello creemos que la medicina social se debe ofrecer con todos los avances médico-técnicos en las áreas urbanas y suburbanas, pero sin olvidar las necesidades primarias de todo ser humano.

V. LA MEDICINA SOCIAL EN AREAS RURALES

JOSÉ LAGUNA*

Para el estudio de los problemas de salud de las áreas rurales, resulta muy pertinente el concepto de

* Académico titular. Subsecretario de Planeación. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

medicina social expuesto por el coordinador de este simposio, que implica el reconocimiento de las relaciones entre la medicina y la sociedad, incluyendo la responsabilidad de la medicina en lo referente a las acciones sobre los problemas específicos que pueden afectar la salud de la colectividad.

Dicho concepto comprende además, todo lo relativo a la demanda de servicios, la satisfacción de dicha demanda, y la participación del público en los programas de control de enfermedades, aspectos de la mayor trascendencia en lo que se refiere a las actividades médico-sanitarias en las áreas rurales.

El medio rural, como es bien sabido, a más de compartir con las situaciones urbanas y suburbanas una serie de problemas en relación con la patología prevalente, la mortalidad, las tasas de fertilidad, la disponibilidad de servicios y la calidad de recursos humanos para la salud, enfrenta problemas específicos y peculiares.

En primer término, debemos reconocer que el límite arbitrario entre población rural y urbana, por tratarse de localidades menores o mayores de 2 500 habitantes, no refleja la realidad de las circunstancias en que viven las respectivas comunidades. En efecto, en poblaciones medianas o incluso en las grandes urbes, se encuentran grupos desfavorecidos, con problemas tan grandes o aún mayores que los presentes en las más paupérrimas zonas rurales, sobre todo si se trata de emigrados del campo, que al romper con sus tradiciones culturales acentúan su aislamiento e inseguridad.

En 1910 había 11.5 millones de campesinos, que constituían 76 por ciento de la población del país. En cambio, en 1975, los habitantes del campo comprendían sólo 37 por ciento; a pesar de esto, la población rural registró, en cifras absolutas, un aumento a 22 millones de personas. De estas, 10 millones (16% del total) habitan 85 000 localidades rurales de menos de 500 habitantes. Los trece millones restantes viven en cerca de 12 000 poblados de 500 a 2 500 habitantes.

El proceso de migración, o urbanización, señalado arriba, tiene graves consecuencias: el campo sufre una constante descapitalización de materias primas, productos alimenticios y, lo que es más serio, de la mano de obra de los jóvenes más preparados, lo que condena a las zonas rurales a un mayor estancamiento.

En las zonas rurales se agudiza el desequilibrio estructural en la distribución de la población económicamente activa, ya que el sector primario concentra una buena parte de ella (40%), en tanto que la producción de dicho sector es muy baja (10% de la producción total del país).

La situación de la educación, del empleo (muchos campesinos con tierras de temporal sólo tienen trabajo durante la época de lluvias), del agua potable y el drenaje, entre otros factores, señalan la notoria

diferencia de las zonas rurales en relación con las contrapartes urbanas. Este panorama de nuestras zonas rurales —como el de cualquier región desprotegida del mundo— señala algo bien conocido: la primera causa de enfermedades es la pobreza. El hambre, la insalubridad, el desempleo responden a causas localizadas en diversas y viejas circunstancias de nuestra organización social. Si no somos capaces de procurar trabajo a toda persona capaz y deseosa de trabajar, como sociedad, como grupo, somos responsables de la primera causa de enfermedad.

Es innegable que la salud, en su más alta concepción, no es responsabilidad de una Secretaría de Salubridad y Asistencia o de ciertas instituciones de salud, ni mucho menos de profesionales de la salud de un tipo determinado. La salud y el bienestar no son variables independientes entre sí; la salud interesa a toda la población y sólo se puede alcanzar mediante la coordinación de todos los sectores que participen en las actividades sanitarias. Este concepto debe ser reconocido especialmente por nosotros, los profesionales de la salud, para que aceptemos la creciente dimensión social de las tareas de salud pública y de las actividades médico-sanitarias; otro aspecto de esta concepción, el cual entraña un cambio profundo de actitud, es el reconocimiento del derecho que tiene el usuario a influir en la organización de la prestación de los servicios de salud y nuestra responsabilidad, trabajar para lograr este derecho. En otras palabras, como la salud de la sociedad no puede mejorarse con la simple aplicación de las técnicas conocidas a unos usuarios pasivos, parece indispensable lograr la participación de la sociedad, orientada y ayudada por los organismos técnicos con experiencia.

Ahora bien, responsabilizar a la población de las funciones que le tocan en materia de salud, implica su integración a la vida social, económica, cultural y política del país, asumiendo una participación activa en las formas de su desarrollo. Para tal fin, los niveles más altos del gobierno deben formular y ejecutar políticas de salud que sirvan de eje para la operacionalización de las actividades con el campo de la salud. Estos propósitos se logran definiendo los sistemas nacionales de salud, según sus diferentes niveles de complejidad, con el establecimiento de una coordinación efectiva por todos los componentes del sector. También se hace necesario una adecuación a los procesos de programación, administración, evaluación y supervisión, que asegure la máxima productividad de nuestros recursos y el efectivo impacto de las acciones.

A menudo percibimos la creciente insistencia de la comunidad para manifestar sus opiniones sobre el sistema de atención a la salud, ya que a menudo no se satisfacen las necesidades sentidas de la población; ésta quiere —aunque no pueda expresarlo con claridad— unos servicios adecuados y eficaces. Las

quejas desatendidas y la frustración prevalente no deben endurecer a los profesionales de la salud, pues todos, comunidad y profesionales, tenemos la misma meta y creemos en la fuerza de la cooperación.

La planeación de las actividades en salud debe estar apoyada en una investigación participativa del sector, para establecer el diagnóstico de salud de las poblaciones, en la cual tanto el personal técnico, como la comunidad asumirán una actitud crítica que permita detectar y establecer una imagen cercana a la realidad; los trabajadores de la salud y la comunidad deben mantener los más estrechos vínculos de armonía, que permitan establecer prioridades para las necesidades sentidas por las masas desprotegidas.

Las diferencias que privan respecto a la salud en las diferentes regiones del país dan la pauta para el establecimiento de las alternativas adecuadas, que permitirán atender las necesidades sanitarias de interés para la población y la región.

La salud no es un privilegio de los ricos ni puede darse como una dádiva; la consideramos como un derecho de la población. Sin embargo, no puede haber derechos sin obligaciones: Todo individuo está obligado a conservar su propia salud y la del grupo a que pertenece; de aquí la trascendencia de la educación de la comunidad para las actividades de atención a la salud, ya que la miseria y la ignorancia impiden a los hombres participar en la transformación social. Por tal razón las acciones educativas deben estar implícitas en todo programa de salud.

Hemos tomado ya conciencia de muchas de las circunstancias que determinan la situación de nuestro país. Hemos ido formulando un cuerpo de doctrina como base de nuestras acciones. Deseamos acortar la brecha entre privilegiados y desposeídos y buscamos afanosamente medidas para realizarlo. La salud implica medidas de coordinación entre diversos sectores; y sólo al través del desarrollo general, en el que las acciones médico-sanitarias tienen un lugar determinado, podremos mejorar la calidad de la vida de los individuos, de las familias y de las comunidades. Estas acciones no pueden comprenderse sin las aportaciones presupuestales específicas para apoyar a los grupos sociales marginados, especialmente los ubicados en las zonas rurales. Además, es menester motivar e impulsar a individuos, familias y comunidades a lograr la plena identificación con sus problemas, necesidades y aspiraciones en materia de salud, para que así participen en la planificación, en la toma de decisiones y realización de los programas que se establezcan.

Este tipo de ideas han emergido en numerosos países del mundo, y parecen construir el fermento para mejorar la salud donde es más necesario, donde hay vastos grupos de población que no reciben asistencia médico-sanitaria adecuada. Parece conveniente el establecimiento de nuevas políticas y criterios para poner al alcance de la población medidas sen-

cillas y eficaces que permitan obtener mejoras reales en las condiciones de vida de la sociedad.

Tal es el concepto prevalente en la actualidad, el de la llamada atención primaria a la salud. Es tal el ímpetu que ha cobrado la idea y lo realizado a la fecha, que en la reunión convocada por la O.M.S. en Alma Ata, U.R.S.S., en septiembre del año pasado, de manera formal 134 gobiernos y los representantes de 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y ciertas organizaciones no gubernamentales, suscribieron unánimemente el apoyo a la denominada declaración de Alma Ata. Nuestro país firmó el documento con base en su antiguo interés y experiencias en la atención de poblaciones rurales o marginadas, reforzado y ampliado en la administración actual con el programa de extensión de la cobertura.

Los programas de atención primaria de la salud no pueden considerarse como orientados a resolver únicamente las necesidades de los pobres o los marginados, ni exclusivamente las de las comunidades rurales. Sin embargo, es tal la urgencia para atender a estos grupos, que les debemos considerar como de gran prioridad. Es posible que en este momento no exista en el mundo otro esfuerzo que defina mejor los intereses de una correcta medicina social para las zonas rurales —motivo de esta ponencia— como los principios universales de la atención primaria de la salud que, por su enorme importancia resumiremos en algunos de sus puntos más sobresalientes, tomando como referencia el documento señalado, la declaración de Alma Ata:

- I. "La salud... es un derecho humano fundamental y el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante..."
- IV. "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud."
- V. "Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta, como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social".
- VI. "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos

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

VII. "La atención primaria de la salud:

2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación acerca de los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

5. Exige y fomenta en grado máximo la

autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, obteniendo el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros disponibles y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.

6. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresas de la comunidad."

VIII. "Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles".

Concluyendo, la atención primaria permite la "optimización" racional de los recursos y su distribución más equitativa y eficiente; tiende a satisfacer las necesidades de salud por orden de prioridad; además, a los habitantes de la comunidad les permite mejorar su propia eficiencia, con el propósito de ser impulsores de su autodesarrollo, al través de su capacitación en salud, permitiéndoles participar conscientemente en la identificación y solución de los problemas, en una interacción efectuada en forma simultánea a los cambios institucionales y cuyo funcionamiento depende de individuos con intereses y capacidad para ser útiles a otros.

Los servicios médicos comunitarios que emanan de estos programas, son favorecedores de la producción de bienes, generadores de derechos iguales y de salud, permitiendo a la población una fácil accesibilidad a los servicios.

Los objetivos de la atención primaria sólo serán logrados a través del compromiso de la participación, factor crucial del que depende el éxito que logremos en esta tarea.