

# Medicina, educación y salud\*

## I. PRESENTACION DEL TEMA.

RUBÉN VASCONCELOS‡

Este simposio muestra los primeros resultados de un esfuerzo por colaborar en el propósito del doctor Jaime Woolrich, quien al iniciar su presidencia expresó sus deseos de "...incrementar la apertura de la Academia hacia los problemas del país y en particular jugar un papel en la realidad nacional en cuanto a problemas de salud..."<sup>1</sup>

El grupo de trabajo constituido para ese fin formuló, como objetivos:

Promover la coordinación de las acciones de salud hasta ahora a cargo de múltiples instituciones y organismos.

Colaborar activamente con los distintos servicios médicos, en el intento de que la población conserve o incremente su salud mediante sus propias acciones y esfuerzos.

Preferir, al efecto, las actividades y procedimientos de carácter educativo.

La amplitud y diversidad de estos objetivos demandó la composición igualmente variada del grupo, en el cual fueron incorporados, desde jóvenes

valores como Julio Frenk, hasta maestros consagrados como Miguel E. Bustamante. El primero ha hecho ver cómo "en pleno siglo XX se carece de una teoría integrada y de una base de comprobaciones empíricas que permitan asignar su peso específico y su concatenación dialéctica a los diversos factores de índole biológica, psíquica y social, que actúan sobre los procesos de salud y enfermedad".<sup>2</sup> Por la originalidad e interés de esta tesis, se le pidió desarrollarla en el presente simposio.

Don Miguel E. Bustamante, por su parte, con su entusiasmo y experiencia característicos, ha tomado a su cargo la redacción de un comentario global. Los otros miembros del grupo exponen sus respectivas experiencias, con lo cual se hace evidente la magnitud de la tarea, lo mismo en el espacio que en tiempo. Por esa razón proponemos que esta labor educativa y de coordinación, sea permanente en la Academia.

## REFERENCIAS

1. Woolrich, J.: Discurso inaugural pronunciado al asumir la presidencia de la Academia Nacional de Medicina. *GAC. MÉD. MÉX.* 115: 281, 1979.
2. Frenk, J.: *Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones.* Ciencia y Desarrollo Núm. 26: 133, 1979.

\* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 12 de septiembre de 1979.

‡ Académico titular.

## II. DE LA EDUCACION PARA LA SALUD A LA CALIDAD DE LA VIDA.

JULIO FRENK

Durante los últimos años se han agudizado las críticas a los actuales sistema de atención a la salud. Lo mismo en artículos periodísticos y libros de divulgación que en trabajos académicos y documentos oficiales, se han señalado repetidamente diversas deficiencias conceptuales y organizativas en las formas dominantes de enfrentar los problemas de salud y enfermedad. Después de un abatimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad, debido mucho más a la mejoría inespecífica de la calidad de la vida que a los progresos científicos o los servicios médicos, los países desarrollados padecen un estancamiento en los niveles de salud, una incontenible escalada en los costos de los servicios y un descontento creciente por parte de los usuarios.

A su vez, los países subdesarrollados se enfrentan a un doble proceso, que en realidad revela dos caras de una misma situación de dependencia: de un lado, se han adoptado, sin mediar ninguna adaptación crítica, modelos de atención altamente tecnificados, que sólo alcanzan a una minoría y que también registran el alza desorbitada de costos; del otro, la gran mayoría padece un patrón de morbimortalidad similar al de la era pretecnológica y se encuentra marginada de prácticamente todos los servicios.

Dentro de este contexto conflictivo, que define una parte sustancial de la actual crisis en el campo de la salud, se han buscado diversas salidas con la esperanza de aminorar los ataques, de incrementar los beneficios reales de los servicios e incluso de recuperar la legitimidad del actual sistema de atención. Entre los esfuerzos de este tipo destaca, de manera especial, lo que podría llamarse el renacimiento de la educación para la salud.

### *Las limitaciones de la educación para la salud*

El siglo XIX conoció la proliferación de una serie de reglas de conducta higiénica que conformaron lo que Michel Foucault denomina una "moral del cuerpo".<sup>1</sup> Ella concebía a la higiene como una acción de limpieza, cuya responsabilidad recaía en el individuo y la familia; de ahí la gran cantidad de folletos y manuales que aparecieron durante esa época para instruir en los lineamientos higiénicos de la "vida sana".

Más adelante, el desarrollo de recursos terapéuticos efectivos en la medicina clínica y de medidas de saneamiento ambiental en la salud pública, fue restando importancia a los intentos por modificar la conducta individual a partir de la persuasión mo-

ral. En años recientes, sin embargo, la situación de crisis antes señalada ha determinado el resurgimiento de las acciones educativas, ahora bajo la denominación más amplia de educación para la salud y ciertamente bajo una óptica diferente a la del siglo pasado.

El primer problema al que se enfrenta este renacimiento de la educación para la salud consiste en la indefinición de sus términos, sus espacios de operación, sus estrategias y sus efectos previsibles o deseables. La educación para la salud se ha convertido, al parecer, en el gran "reservorio" de los servicios de salud, en que tiene cabida una gama amplísima de acciones y de agencias responsables.

El problema de la definición precisa de la educación para la salud se agrava si consideramos que los dos términos de esa expresión presentan, en sí mismos, graves dilemas de conceptualización. Pero aun en ausencia de definiciones precisas, habría que esperar mayor claridad en cuanto a las posibilidades reales y los niveles concretos de operación de las acciones educativas en salud. En efecto, resulta válido ordenar dichas acciones en una serie de gamas o rangos.

En el caso de la educación, dicha gama se extiende desde la mera información que se recibe pasivamente hasta la participación activa en el proceso educativo. Por su parte, las acciones de salud van desde aquellas que se limitan a la prevención, el tratamiento o la rehabilitación de enfermedades específicas hasta las que se centran en la promoción activa e inespecífica de la salud, entendida como algo más que la ausencia de enfermedad. A estas dimensiones puede añadirse una tercera, referida a los sujetos que reciben las acciones tanto de educación como de salud. Aquí, el rango incluye al individuo, a grupos no estructurados y a comunidades o grupos estructurados.

Hasta ahora, la casi totalidad de los programas de educación para la salud han consistido en proporcionar información a individuos sobre la prevención de enfermedades específicas. Por lo dicho antes, resulta evidente que este tipo de acciones sólo cubre una parte muy pequeña de todo el espectro posible. Además de pequeña, esta parte es, quizás, una de las que menos resultados efectivos produce, como lo demuestran diversos estudios de evaluación. Así, al analizar todos los estudios empíricos aparecidos entre 1975 y 1977 en once de las principales revistas de educación para la salud, Cohen y Cohen encontraron el siguiente panorama: dos quintas partes de dichos estudios estaban mal diseñados, la quinta parte mostraba resultados insignificantes, la tercera parte señalaba resultados estadísticamente significativos pero sólo mínimas mejorías y apenas el siete por ciento demostraba avances importantes y significativos debidos a acciones de educación para la salud.<sup>2</sup>

Los autores atribuyen este fracaso al enfoque de los programas, los cuales pretenden reducir los complejos fenómenos de la salud a la dimensión de la conducta individual y el "estilo de vida", soslayando las determinantes económicas y sociales, inmodificables por el solo concurso de la voluntad individual.

Además de la limitación en cuanto a métodos, contenidos, enfoques y sujetos de la educación para la salud, existe otra, referida al desarrollo de recursos humanos y a la investigación en esta área. Abijah señala que en todas las acciones de educación para la salud es posible reconocer tres divisiones:

1. *Educación primaria para la salud.* Comprende la educación directa a individuos y al público.
2. *Educación secundaria para la salud.* Consiste en preparar el personal encargado de impartir la educación primaria para la salud.
3. *Educación terciaria para la salud.* Es la investigación y el desarrollo de nuevos principios y prácticas de educación para la salud.<sup>3</sup>

En nuestro país, los esfuerzos se han limitado a la primera de estas divisiones. La formación de recursos humanos y las investigaciones siguen estando casi totalmente ausentes del panorama de la educación para la salud.

Aún es posible reconocer otro tipo de limitaciones, que afectan el papel que se ha asignado a la educación para la salud dentro del campo amplio de las acciones sanitarias. Tradicionalmente, la educación para la salud se ha ubicado, dentro del esquema clásico de la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención, entre las acciones de la prevención primaria, esto es, aquellas que tienden a evitar la aparición de daño a la salud.

Sin negar el hecho de que, efectivamente, el campo más propicio para las acciones educativas en salud es el de la prevención primaria, debe señalarse que la educación para la salud incide también en los restantes niveles preventivos. Así, las acciones educativas pueden apoyar a la prevención secundaria, capacitando a algunos individuos o grupos no profesionales en el diagnóstico temprano e incluso el tratamiento oportuno de algunos padecimientos, así como en la utilización racional de los servicios técnicos y profesionales, a fin de lograr la limitación temprana de la incapacidad. Además, su papel en la prevención terciaria —rehabilitación— puede ser de ayuda tanto para el paciente en proceso de rehabilitación como para la comunidad a la que se reintegra. Sin embargo, hasta ahora no se ha aprovechado cabalmente este potencial.

A pesar de todo este cúmulo de limitaciones, la educación para la salud sigue presentándose como la nueva panacea, que habrá de reducir los altos costos de la atención médica, suplir la insuficiente cobertura y mejorar los estancados niveles de salud. Además, se pretende alcanzar estas ambiciosas metas

## Cuadro 1. Clasificación de la educación para la salud

- I. Educación hacia la salud
  - A. Educación individual
    1. Educación higiénica (a individuos sanos)
    2. Educación a pacientes (a individuos enfermos)
  - B. Educación colectiva
    1. Educación al público (a grupos no estructurados)
    2. Educación a la comunidad (a grupos estructurados)
- II. Educación en salud
  - A. Educación en educación para la salud
  - B. Educación en cuidado de la salud
    1. Educación a promotores y técnicos de salud
    2. Educación profesional y paraprofesional en salud
- III. Investigación en educación para la salud

al través de una concepción y unos métodos cuya índole restringida garantiza el fracaso de los programas. Por ello, las formas actuales de educación para la salud no han sido capaces siquiera de lograr modificaciones en la conducta, como lo demuestra el estudio de Cohen y Cohen, antes citado. Estos autores señalan: "Sostenemos que la incapacidad de la educación para la salud de alterar la conducta en forma apreciable no se origina en el 'estado primitivo del arte', sino más bien en las contradicciones inherentes al concepto de educación para la salud, tal como existe en nuestra sociedad".<sup>2</sup>

Acaso la situación más paradójica estribe en el hecho de que, al lado de las limitaciones y los fracasos actuales, no se hayan explotado las posibilidades reales de la educación para la salud más allá del mero intento de transformar conductas individuales.

### Las posibilidades de la educación para la salud

Para lograr la integración más amplia de la educación para la salud, es necesario, en primer lugar, establecer su potencial de acción a distintos niveles. La clasificación que proponemos en el cuadro 1, incluye tres grandes rubros: la educación hacia la salud, que comprende la educación directa a la población, ya sean individuos o colectividades; la educación en salud, que incluye a la educación en educación para la salud —lo que Abijah denomina educación secundaria para la salud— y a la educación en cuidado de

la salud para los diversos niveles y tipos de personal; por último, la investigación en educación para la salud, que equivale al concepto de educación terciaria de Abijah.

Más allá de la necesidad de una concepción amplia, quizás el cambio más urgente consista en una nueva estrategia de educación para la salud, que deje de manejarla como algo aislado para integrarla a los esfuerzos generales por elevar los niveles de salud y, en especial, por mejorar la calidad de la vida. En efecto, numerosos estudios<sup>4</sup> han podido demostrar que en los países industrializados, la mayor parte de la mejoría en los niveles de salud —al menos la que se expresa en el descenso de las tasas de morbilidad y mortalidad— no ha obedecido a la tecnología curativa o preventiva disponible, sino a elevación en la calidad de la vida: mejor alimentación, mayor empleo, elevación de los ingresos, trabajo seguro, más educación en general, vivienda limpia y sin hacinamiento, disponibilidad de agua potable, saneamiento del ambiente, protección de la infancia, acceso universal a la seguridad social, etcétera.

Como puede verse, la salud depende de las condiciones materiales y objetivas en que viven los grupos sociales. Por esta razón, la educación para la salud no puede seguir apelando a la mera alteración de la conducta individual, sin ninguna transformación en las condiciones de vida. De hecho, la barrera ineludible que dichas condiciones imponen ha conferido, en más de una ocasión, un carácter de ironía involuntaria a algunos programas educativos: no es posible intentar orientación nutricional si la población no tiene acceso a los nutrimentos básicos; no es posible dirigir campañas de limpieza a una comunidad que carece de agua potable.

Así pues, lo que se requiere no es tanto la modificación de los "estilos de vida" individuales, como se propone actualmente, sino ante todo el cambio de las condiciones colectivas de vida: A este respecto Cohen y Cohen apuntan: "Las soluciones individualistas (que propugnan los educadores para la salud) colocan a la gente en situaciones dobles. Por ejemplo, la personalidad tipo A, rigurosa y competitiva, está asociada a tasas más elevadas de enfermedad cardíaca. Sin embargo, es este estilo de vida el que es alentado y recompensado en nuestra sociedad. Aceptando que uno pudiera fácilmente cambiar el estilo de vida, la nueva forma de vivir... acarrearía inevitablemente frustraciones laborales, inseguridad, dificultades financieras y todo un nuevo conjunto de elementos de stress. En ambos casos, el mismo sistema está presente; un cambio en el estilo de vida no lo hace desaparecer".<sup>2</sup>

En vez de intentar crear conciencia de culpa individual por la aparición de enfermedades que la estructura social hace inevitables, la educación para la salud debería promover la conciencia colectiva

sobre la necesidad de transformar las situaciones objetivas que atentan contra la salud. Más aún, lejos de ser un sustituto barato de la atención integral, o un conjunto de programas aislados e intrascendentes, la educación para la salud deberá sumarse a un proyecto general para controlar las fuerzas externas que impiden al individuo gozar de salud. Como escribe Griffiths: "La educación para la salud debe preocuparse por los problemas sociales más amplios que son obstáculos a la buena salud, i. e. pobreza, vivienda y medios de recreación inadecuados, desempleo y ausencia de seguro de salud para todos".<sup>5</sup> A estas acciones debería sumarse el control del aparato publicitario comercial, que realiza sistemáticamente una verdadera acción de "educación para la enfermedad", mucho más efectiva que los programas gubernamentales de educación para la salud.

Nuestro país requiere del esfuerzo, hasta hoy inédito, por renovar las concepciones y las prácticas dominantes en los campos de la educación y de la salud. Las condiciones actuales de la población mexicana imponen la necesidad de inscribir a los programas de educación para la salud dentro de las acciones generales de salud y estas, dentro de un proyecto amplio para mejorar la calidad de la vida.

#### REFERENCIAS

1. Foucault, M.: *Historia de la medicalización*. Educ. Méd. y Salud II: 3, 1977.
2. Cohen, C. I. y Cohen, E. J.: *Health education: panacea, pernicious or pointless?* New Engl. J. Med. 299: 718, 1978.
3. Abijah, J. M.: *A philosophy of health education*. En: *Antología: educación para la salud*. (Parte I). Cardaci, D. (Ed.). Núcleo de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 1978, p. 69.
4. Lowe, C. R.: *Health needs and health services: a question of priorities*. Central Afr. J. Med. 21: 229, 1975.
5. Griffiths, W.: *Health education: philosophy, methods, needs and consequences*. Health Education Monographs No. 20, 1961. En: Cardaci, D.: *Op. cit.* en<sup>3</sup>, p. 35.

### III. ASISTENCIA MEDICA Y EDUCACION PARA LA SALUD.

CARLOS ZAMARRIPA-TORRES\*

Durante mi actuación profesional en el campo de los servicios médicos asistenciales, he advertido que es un terreno fértil donde la educación para la salud puede producir frutos valiosos para el bienestar de numerosas personas.<sup>1</sup>

Desde luego, la población que concurre a esos

\* Académico titular.

servicios requiere amplia enseñanza sanitaria,<sup>2</sup> de modo particular la que se atiende en establecimientos que dependen de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.<sup>3</sup> La mayoría de aquélla no tiene derecho a las prestaciones que imparten los regímenes de seguridad social o sus equivalentes. Alrededor del 30 por ciento es analfabeta y, por lo tanto, exhibe ignorancia en higiene. Sus condiciones socioeconómicas la colocan frente a serios problemas de alimentación, vivienda y otros, que comprometen con frecuencia su salud. Recurre a las unidades médicas en etapas avanzadas de sus enfermedades, después de intentos por curarse por medios empíricos de eficacia dudosa.

Además, el personal que trabaja en los servicios médicos, sobre todo el de hospitales, también necesita la educación sanitaria, que conforme su conducta laboral dentro de un marco de protección para su salud. Muchos trabajadores tienen baja escolaridad y pobre conocimiento en materia sanitaria. No conocen bien los diversos riesgos para su salud del medio donde laboran siete o más horas diarias. Su comportamiento ocasiona, en veces, problemas sanitarios que repercuten no sólo en contra de su salud, sino que pueden comprometer la de sus compañeros, o la de pacientes y público en general. Pueden mencionarse, a manera de ejemplos, algunas causas de peligros para la salud, si no se les concede atención y cuidados precisos: los víveres y la preparación de alimentos en los hospitales,<sup>4</sup> las infecciones nosocomiales<sup>5</sup> y la fauna nociva, como ratas, cucarachas, moscas y mosquitos; las radiaciones; el manejo de los abundantes y variados desechos; la seguridad del personal ante los riesgos profesionales; el aseo preciso de las áreas de trabajo, el funcionamiento de la maquinaria y otro equipo, etcétera.

Sabemos que tanto la población como el personal, con lo poco que conoce y a su modo, procuran cuidar su salud, siguiendo pautas y procedimientos no adecuados a sus verdaderas necesidades.<sup>6</sup>

Otra consideración interesante para la finalidad de este escrito, es que en los hospitales, las consultas externas, los servicios de urgencia y los de rehabilitación, se conjugan el trato humano íntimo con la aplicación del adelanto científico y la tecnología moderna para el bien de la salud del hombre. Más aún, en esos establecimientos se facilita el conocimiento de las influencias recíprocas que sobre la salud tienen las condiciones sociales y económicas de vida, prevalentes en la comunidad, y las formas de dar efectiva protección y alivio a la población. Esas circunstancias médico sociales y la acción coordinada con la atención curativa,<sup>7</sup> favorecen la ejecución fructífera del programa de educación para la salud.<sup>8</sup>

De todo ello se desprende el interés que tiene actualmente la Dirección General de Asistencia Médica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por

impulsar la educación sanitaria, dirigida a la población que sirve y al personal que presta sus servicios en ella. En esta labor se obra juntamente con otras entidades técnico-administrativas de la misma Secretaría de Estado, esencialmente con las Direcciones Generales de Educación para la Salud, Salud Pública en el Distrito Federal y la de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar, así como con la que maneja la Cartilla Nacional de Vacunación.

Para tal propósito, se instrumentó una sencilla entidad central de carácter normativo, al cargo de un técnico especializado en la materia para dar unidad institucional a las actividades de educación sanitaria de los institutos, hospitales y clínicas, así como para coordinarlas dentro y fuera de los límites operativos de la asistencia médica. El ajuste necesario al carácter de cada unidad aplicativa y la ejecución del programa, queda al cargo del servicio de atención preventiva, que entre sus funciones tiene la educación higiénica.

Para que ese plan tenga efectividad y desarrollo sostenidos, habremos de avivar la conciencia del personal y del público para que participe activamente en su implantación, dentro de un cauce práctico y al alcance de nuestros recursos.

En el programa quinquenal del Sector Salud, se considera necesaria la formulación y ejecución de programas "que determinen la participación activa de la población, mediante acciones de capacitación técnica para la protección de su bienestar y se establecerán procedimientos que permitan a la comunidad intervenir en el apoyo y la consecución de las metas de los programas institucionales y sectoriales".<sup>9</sup>

Desde hace algunos años, cada establecimiento médico-asistencial, con la colaboración de la Dirección General de Educación para la Salud, efectúa labores de educación sanitaria, con programas sencillos trazados en cada uno a su manera. Ahora se pretende ubicarlos dentro de una expresión institucional. Para esto se elabora un programa destinado a las seis clínicas de especialidades,<sup>10</sup> procurando estimular la iniciativa de los trabajos realizados. También se cuenta con otros programas: uno de apoyo a la planificación familiar y paternidad responsable; otro dirigido al personal de los servicios de nutrición en los nosocomios, iniciado en el Hospital de Enfermos Crónicos de Tepexpan, que se hará extensivo a los demás, con las adecuaciones que sean convenientes. Otros proyectos están en elaboración para extenderlos al campo de la educación para la salud.

Reconocemos que la educación para la salud es importante, pero no lo es todo para promover, preservar y preparar la salud. Se necesita algo más, que si bien no desmerece su valor, es indispensable. Por decir algo mencionaré los recursos para impartirla,<sup>11</sup> la decisión política para instrumentarla y otras acciones paralelas como la prevención específica, la buena

nutrición, la vivienda higiénica, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, la limitación de incapacidades y la rehabilitación de los incapacitados.

La tarea es grande y conocemos nuestros alcances. Por esto no esperamos resultados absolutos e inmediatos. Precisa tiempo y dedicación incansable, acciones metódicas para provocar actitudes favorables y cambios de conducta positivos.<sup>12</sup> Y habremos de estar atentos y tomar en buena cuenta los avances científicos y tecnológicos en materia sanitaria, los nuevos modos de vida que aparezcan y las políticas laborales vigentes, así como el resultado de las experiencias del trabajo diario, sin desalientos frente a la resistencia natural que producen los cambios, los intereses creados y el espíritu conservador.<sup>13</sup> En fin, tenemos como objetivos específicos inmediatos:

1. Informar a la población que asiste a los servicios de atención curativa sobre lo que debe saber para tener un comportamiento que favorezca la promoción, la prevención de daños y la restauración de la salud.
2. Orientarla para que utilice con provecho y eficiencia los servicios sanitario-asistenciales.
3. Hacer participar al personal de los servicios asistenciales, de modo activo y consciente, en la educación sanitaria, para su propio beneficio y el provecho de los demás.

#### REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud: *Coordinación de la atención médica*. Public. Cientif. 201. Washington. 1970, p. 40.
2. Dirección General de Salubridad en el D.F.: *Programa de Promoción de la Salud*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1977.
3. Celis Salazar, A.: *Patología de la pobreza*. México. Hospital General de México. Memoria 1971-1972.
4. Organización Mundial de la Salud: *Conferencia técnica europea sobre infecciones e intoxicaciones alimentarias*. Inf. Tec. No. 184. Ginebra. 1959.
5. González Sánchez, S.: *Flora bacteriana hospitalaria*. Bol. Méd. IMSS (Méx.) 20: 197, 1978.
6. Dirección General de Salubridad en el D.F.: *Educación para la Salud*. En: *Manual de procedimientos para el personal de los centros comunitarios de salud*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1977.
7. Organización Mundial de la Salud: *Los métodos modernos de gestión y la organización de los servicios de la salud*. Cuad. Salud Pub. No. 55. Ginebra. 1974, p. 102.
8. Hernández Elias, R.: *Administración de salud pública*. La Habana. Instituto Cubano del Libro. 1971.
9. *Programa quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1978-1982*. Serie Programación y Organización. México, Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1979.
10. Beltrán Aguerrebere, G.: *Programa de educación para la salud en las seis clínicas de la Dirección General de Asistencia Médica de la SSA*. Documento oficial. 1979.
11. Hilleboe, H. E.; Barhuus, A. y Thomas, W. C.: *Métodos de planificación sanitaria nacional*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1973.

12. San Martín, H.: *Salud y enfermedad*. 3a. ed. México, La Prensa Médica Mexicana. 1975, p. 253.
13. Collada, R.: *Planificación y educación para la salud*. México, IMSS. 1970.

## IV. LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA RABIA EN MEXICO, 1979.

ALFREDO HEREDIA-DUARTE\*

La rabia es una de las zoonosis que hacen más impacto en la opinión pública por el hecho de que este padecimiento es necesariamente mortal cuando una persona desarrolla la enfermedad y porque su sintomatología es impresionante por la excitación, la melancolía, el delirio, la fiebre intensa de difícil alivio, la hipersensibilidad a los ruidos, al aire, a la luz intensa y al agua, resultante esta última de los espasmos laríngeos dolorosos, cuando el paciente trata de beber líquidos.

En los últimos tiempos, el número de fallecimientos en nuestro país, varía entre 70 y 90 por año, cifra muy reducida si se le compara con el total de fallecimientos ocurridos por infecciones de las vías respiratorias o las debidas a gastroenteritis o a causas violentas. Sin embargo, el efecto psicológico que produce en la comunidad la defunción por este padecimiento y el que se trate de una enfermedad que es prevenible y tal vez erradicable, la hace convertirse en muestra de la eficiencia de las instituciones de salud pública y en indicador de que están presentes en el ambiente de una comunidad, los diversos factores que determinan la elevada incidencia de la misma: esto es, la elevada magnitud de población canina, la baja proporción de la misma sujeta a inmunización, la deficiente condición cultural de la población en relación con el cuidado y protección de los perros y las escasas facilidades de tipo institucional y privadas para la aplicación de la inmunización antirrábica.

¿Cuál es la situación actual de esta enfermedad en nuestro país y cuál es la situación de las medidas para su control?

1. Se acepta que la población canina en México es del orden de un perro por cada diez personas, por lo que, si la población del país en el presente año es de 65 millones de gentes, debe haber 6.5 millones de perros. Se ha estimado que alrededor de 90 por ciento de los canes existentes tienen dueño y que el resto, esto es 650 000, son perros callejeros.

\* Académico numerario.

Cuadro 2. Población canina controlada en el primer semestre de 1979.\*  
República Mexicana.

	Núm. de canes	Población estimada de canes bajo control al finalizar el año
Canes inmunizados	723 000	1 446 000
Canes callejeros eliminados en capturas	63 000	126 000
<b>Total</b>	<b>786 000</b>	<b>1 572 000</b>

\* Fuente: Dirección General de Epidemiología, S.S.A.

2. En los primeros seis meses de 1979, se aplicaron en todo el país 723 000 vacunas antirrábicas caninas y de continuar el programa de inmunización sobre las bases en que se ha venido sustentando, es de esperar que se llegue a un millón y medio al concluir el año. Por otro lado en el primer semestre de este mismo año, se eliminaron 63 000 canes callejeros, por lo que es de esperarse que la cantidad al finalizar el año, llegue a 125 000 (cuadro 2.)

Si se toma en cuenta la población canina existente, con las acciones actuales apenas se están realizando 26 por ciento de las actividades requeridas para el control efectivo de los perros, en cuanto se refiere a su inmunización.

El resultado de esta situación se observa en el número de tratamientos preventivos efectuados en personas mordidas por perros que se presume están enfermos de rabia y en el número de muertes por rabia en personas que no fueron atendidas oportunamente mediante la vacunación (cuadro 3).

En México, la cifra de tratamientos antirrábicos con vacunas en contra del padecimiento, ha venido siendo del orden de 47 000 personas al año; si se considera que se requieren 14 dosis para lograr la inmunización de una persona, entonces el total de dosis anuales es de 653 000.

Como la rabia humana observada en México es debida exclusivamente a la mordedura de perros, la lucha en contra de esta enfermedad debe efectuarse primordialmente al través de la vacunación antirrábica canina y la eliminación de los perros callejeros; y colateralmente, por el tratamiento antirrábico de los individuos mordidos por perros, sin duda enfermos de rabia y de las personas mordidas por canes callejeros, sospechosos de sufrir la enfermedad.

Cuadro 3. Fallecimientos por rabia en los últimos diez años (1968-1978).  
República Mexicana.

Años calendario	Núm. de casos fallecidos
1968	59
1969	54
1970	74
1971	73
1972	66
1973	49
1974	79
1975	78
1976	69
1977	72
1978	84

\* Fuente: Dirección General de Epidemiología, S.S.A.

Para que la inmunización de la población canina se lleve al cabo, es necesario que la comunidad participe activamente, llevando sus perros a los centros antirrábicos oficiales o a consultorios veterinarios privados y que no se oponga a las capturas de los perros callejeros efectuadas por las brigadas dependientes de las autoridades sanitarias. Para el logro de una y otra condición, es necesaria una labor de persuasión de la comunidad y en situación óptima, del logro de la educación de las personas respecto a la necesidad de proteger a sus perros, mediante la vacunación de los mismos.

Al efecto se ha procedido a realizar una revisión de las estrategias utilizadas en la lucha en contra de esta zoonosis; se ha planeado realizar un programa sistemático y continuo en todo el país, en contra de la rabia, el cual se ha considerado debe tener como base de sustentación la información y la orientación más amplia posible del público en general sobre esta enfermedad.

Para este propósito, se han elaborado en la Dirección General de Educación para la Salud, diversos materiales educativos integrados en un paquete. Este material está constituido por cuatro unidades para cinematografía o para la televisión, una para la estructuración de un folleto del tipo de las fotonovelas que se expenden en los puestos de periódicos, cuatro más de otros materiales gráficos y finalmente, una unidad pedagógica que los maestros aplicarán a los alumnos de primaria. Puede estimarse el alcance de esas acciones, si se tiene presente que el total de alumnos inscritos en el ciclo de instrucción primaria de la República Mexicana es del orden de 14 700 000.\*

\* Información obtenida en la Dirección General de Primaria en la República Mexicana, S.E.P.

y que la infraestructura pedagógica que atiende a este alumnado es manejada por más de 300 000 profesores.

Se piensa que siendo la educación un proceso lento y resultante de actividades sistemáticas y continuadas, las actividades educativas que se lleven al cabo en el ámbito escolar, serán las que tengan mayores posibilidades de transmitir información y de estructurar las actitudes de una personalidad idónea, que en la vida cotidiana realice acciones dirigidas al cuidado de la salud propia y de la de sus semejantes.

Para concluir, sólo falta agregar que este material educativo ha sido confeccionado en forma multidisciplinaria por médicos epidemiológicos, por educadores y por técnicos en la comunicación y que estará sujeto a evaluaciones que sigan en forma rigurosa el método científico, con el propósito de asegurar su validez y utilidad.

## V. LA SALUD MENTAL.

JORGE MANUEL VELASCO-ÁLZAGA\*

En innumerables ocasiones se ha planteado la posibilidad de aprovechar el conocimiento derivado de las investigaciones que se han efectuado desde hace siglos sobre el comportamiento humano y se ha considerado deseable tratar de evitar, hasta donde sea posible, la creación de problemas, que en forma genérica se han designado como trastornos mentales.

La pregunta que me formulé al preparar este trabajo fue: ¿es capaz nuestra sociedad de transformar actitudes que han prevalecido durante siglos frente al problema de las enfermedades mentales, a fin de aprovechar el conocimiento acumulado por la Humanidad, en tal forma que alcance a la mayor parte de la población?

Esto requiere de instrumentos de influencia popular que sean suficientemente convincentes y honestos. Mientras los instrumentos de acción queden circunscritos a grupos muy pequeños y muy especializados, como son los grupos médicos (incluidos los grupos especializados en psiquiatría), nunca se alcanzará el resultado deseado y, peor aún, otros grupos tendrán mayor influencia en el fomento de actitudes no saludables.

El ser humano no es capaz de transformar las

formas naturales de relación frente a los problemas, a menos que participe activamente y con la convicción de que gran parte del esfuerzo preventivo de los trastornos mentales depende del interés que el propio individuo tenga en su salud mental y del grado en que esté preparado para afrontar los riesgos que su crecimiento le impone.

Es indiscutible que existe una combinación de factores que impiden aceptar esta clase de problemas. El pesimismo inunda al sujeto que se encuentra bajo la presión de la desmoralización lógica que le impone su problema, lo cual acentúa de hecho su incapacidad de beneficiarse del conocimiento psicológico.

Es también innegable la presencia de factores de orden cultural que sancionan en forma negativa el esfuerzo genuino del individuo que procura alcanzar un nivel de crecimiento humano superior a las normas del grupo que funciona aún con sistemas primitivos e irracionales.

El conflicto individual que se forma, por una parte, por aspiraciones legítimas, se opone, por otra, a la amenaza del grupo que reprime.

En los grupos humanos, en los que el aferrarse a las tradiciones a cualquier costo, aun el de la supresión del individuo que discrepa de las normas inhumanas del grupo, es inevitable la contradicción grosera que necesariamente conduce a crisis en el desarrollo armónico del individuo y a la coherencia del grupo.

El riesgo de sufrir la acción punitiva del grupo que no aprueba la individualización, es la alienación. El premio del individuo que persiste en el ejercicio de valores universales es el logro de su salud mental.

La salud mental forma parte del concepto total de la salud, en los términos que define la Organización Mundial de la Salud. Los problemas de la salud mental forman parte inseparable de aquellos que impiden el bienestar integral. Las aspiraciones para lograrlo, son inherentes a la condición humana, independientemente de raza, condición económica, social y otras variables, que son meramente circunstanciales.

El problema de la salud mental no es sólo de la competencia de la medicina, o de alguno de sus campos especializados, como la psiquiatría, sino que es responsabilidad del individuo, de la familia, de la sociedad, de sus dirigentes y, en fin, de la Humanidad misma.

Las tendencias, por cuanto a las acciones de la sociedad ante el enfermo mental toca, han ido cambiando en función de variables que están fuera de la jurisdicción de la medicina y por ende, fuera de su control.

Dichas acciones han surgido como consecuencia de cambios políticos y sociales, del crecimiento demográfico, del incremento de los costos de atención

\* Académico numerario. Instituto Nacional de Salud Mental. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

del enfermo y de algunas consecuencias de su comportamiento, así como de las guerras.

Como ejemplo de los cambios políticos, está la correlación probada entre el desarrollo de la asistencia psiquiátrica hospitalaria y la independencia política de los países americanos.

Como ejemplo de la influencia del crecimiento demográfico está el desarrollo de la enseñanza de la psiquiatría dentro de los hospitales psiquiátricos.

Como ejemplo del peso de la influencia de los costos de atención del enfermo mental se pueden citar dos casos: el surgimiento de la investigación científica de la psiquiatría y el de la higiene mental, acciones ambas que nacieron de la necesidad de reducir el número de enfermos y, de ser posible, evitar las causas de su enfermedad.

Las guerras mundiales que la Humanidad ha padecido en lo que va del siglo y las condiciones de terrorismo y violencia que se están dando en muchas partes, han dado lugar a las actividades de colaboración internacional, para evitar el desperdicio de vidas y del sufrimiento humano consecuente.

Aquí cabe hacer la reflexión de que las transformaciones que vive la Humanidad son milenarias y tienen su origen en las ideas. Son estas las que originan los cambios políticos y sociales. Son también ellas las que pueden dar origen a programas que eviten las consecuencias negativas de acciones humanas, que si en su principio procuraron el bienestar, como la industrialización, la mecanización, la urbanización, la explotación de recursos naturales, el uso de la energía atómica y otros, se han convertido en armas de doble filo, que se pueden transformar en causas de profundo malestar humano.

Por ello vale la pena proponer y sostener la idea de que, si por una parte es deseable el progreso en el aspecto tecnológico, urbanístico, en la comunicación masiva para incrementar el consumo de bienes y de males, se considere una obligación moral de que a dicho progreso se le agregue un programa de acción educativa al alcance de todos, en cuyo contenido se incorpore la salud y como uno de sus ingredientes, el de la salud mental.

Vivir más y mejor es la proposición ideal.

Lo primero está plenamente garantizado.

Lo segundo queda planteado como una incógnita.

Las 51 958 camas existentes en 4 437 unidades médicas de las instituciones del Subsector Salud, de las que 9 630 se hallan dedicadas a enfermos mentales, requieren de recursos adicionales, tanto institucionales como humanos, para hacer frente a un problema que irá creciendo inexorablemente.

Para vivir mejor, es deseable aprovechar recursos que ya existen, pero que requieren ser bien empleados. La educación en salud mental debe ser una parte importante en los programas de educación en salud.

## VI. LOS PROGRAMAS DE HIGIENE ESCOLAR DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA.

EDUARDO CESARMAN\* Y  
JORGE LLANES‡

Más allá de diferencias conceptuales y de orientación ideológica, se ha reconocido que la educación tiene un efecto sobre la salud y significa una contribución de primera importancia para mejorar la calidad de la vida. La educación para la salud, entendida en forma más restringida, como contenidos y métodos que coadyuvan a la formación de hábitos y a la adquisición de conocimientos para transformar, en alguna medida, las actitudes personales y las condiciones del medio, ha merecido particular atención en años recientes. Más allá de explicaciones de este fenómeno, es un hecho reconocido en todas las latitudes, que la educación para la salud tiende a incrementar los beneficios reales de los sistemas de salud. Tiene un lugar indiscutido en la fórmula de prevención y mejoría de formas de recuperación. Pero lo que es más significativo, en una concepción más amplia de la salud, ha llegado a constituirse esta materia en uno de los pilares de la promoción de la salud y consecuentemente, es un instrumento en la mejoría de la calidad de la vida.

La Secretaría de Educación Pública ha venido realizando, desde hace muchos años, tareas con esta orientación. Las nociones de higiene escolar, por ejemplo, se incorporaron al sistema educativo hace casi cien años, como una fórmula destinada a la conservación de la salud de los educandos y al mejor conocimiento de las condiciones de su desarrollo. En la actualidad, bajo la orientación técnica de la Dirección General de Higiene Escolar, la Secretaría de Educación Pública incrementa su acción en esta esfera, de la manera que esquemáticamente se expondrá enseguida.

La intención es particularmente ambiciosa. Se trata de que 19 millones de niños y jóvenes que asisten a las escuelas en todos los niveles, es decir 28 por ciento de la población total del país, reciban educación para la salud y la buena calidad de vida. Se espera llevar, además, de manera creciente, esos contenidos a la comunidad en general y particularmente, a veinte millones de adultos que no terminaron la escuela primaria. Se trata pues de atender a la educación formal y la no formal, procurando llegar por diferentes medios y sistemas a los distin-

\* Exdirector General de Higiene Escolar.

‡ Exdirector Técnico de la Dirección General de Higiene Escolar. Secretaría de Educación Pública.

tos estratos sociales, abarcando el territorio nacional en su amplia extensión, dando educación para la salud y la buena calidad de vida a los menores inscritos en el sistema de educación básica y a quienes forman el llamado rezago educativo.

El principio rector —aparte de que los contenidos de la educación para la salud descansen en los avances de la ciencia y la comprensión de la sociedad nacional—, está dado por la conciencia de que el hombre necesita, antes de cualquier consideración de progreso social y cultural, satisfacer necesidades biológicas, emocionales y otras, que fijan bases para el crecimiento económico. Es decir, la salud que debe propiciarse será la infraestructura humana necesaria para cualquier proyecto de desarrollo del país. Por ello, tal principio rector puede traducirse en el derecho a la salud y a la aplicación de la función educativa que apoya dicho proceso dinámico.

Se trata —para decirlo con palabras del Lic. Fernando Solana— de “humanizar el concepto de desarrollo y los modelos que permiten alcanzarlo... reiterar que el desarrollo es de las personas y no de las cosas... y que en principio, en el crecimiento, en la base, en la esencia misma del desarrollo está la educación”.

Así, la educación para la salud, tal como la promueve actualmente la Secretaría de Educación Pública se involucra en los cinco grandes objetivos en los que se agrupan los programas que organizan la acción del Gobierno Mexicano: en la educación básica para todos, en la educación terminal que se vincula a los procesos educativos, en la mejoría de la calidad de la educación, en el mejoramiento de la atmósfera cultural y en el elevamiento de la eficiencia del sistema educativo.

¿Cómo se instrumenta este esfuerzo? Son varias las vías y múltiples las formas. El principal esfuerzo, por la vastedad de su alcance, es el Consejo de Contenidos y Métodos de la Educación. En él existe un grupo de trabajo sobre el tema de salud, que recibe el apoyo directo de la Dirección General de Higiene Escolar con su infraestructura. En su actividad, este grupo propone contenidos, planes y programas de estudio, métodos educativos y normas técnico-pedagógicas, realiza el análisis y revisión de libros de texto y otros materiales y evalúa los proyectos respectivos. Puede calcularse el impacto social de esta tarea en la revisión de los libros de texto para la educación primaria y normal y para la educación de adultos que, válidamente, han sido designados como las herramientas de la educación básica del país. Piénsese que la salud se inserta con mayor énfasis cada día en el curriculum de los distintos medios educativos con que se cuenta en el país.

En el ámbito de posibilidades más restringido, la Dirección General de Higiene Escolar realiza tareas vinculadas a cuatro principales proyectos. El prin-

cipal y prioritario, es el de educación para la salud en el contexto ya aludido del Consejo de Contenidos y Métodos de la Educación y además, en el desarrollo de objetivos didácticos, referencias bibliográficas, programas demostrativos, reuniones técnicas, etcétera; en la docencia, destinada al personal magisterial y técnico de las profesiones de la salud, conferencias, congresos, etcétera; y finalmente, por programas de comunicación que hacen uso de los medios colectivos de información, por vía de programas infantiles con contenidos de salud, breves mensajes: verbales en radio y televisión, grabados o impresos en lugares públicos y objetos de uso común —bolsas de empaque en algunas tiendas oficiales entre otros—, producción de materiales de apoyo didáctico: filminas, rotafolios, carteles, etcétera, sin descuidar las guías técnicas, unidades de aprendizaje para la educación primaria, concursos y el tradicional teatro guiñol.

La investigación es el segundo programa prioritario, que persigue los siguientes objetivos:

1. Investigar y formular criterios, métodos y procedimientos para las estrategias, planes y programas de la Dirección General.
2. Investigar y formular criterios de aplicación para promover la salud.
3. Integrar y mantener un acervo bibliográfico y estadístico sobre la salud y controlar el sistema de información en salud escolar.

Se pugna por la creación de más y mejores grupos de investigación, y se realiza mayor número de reuniones técnicas de normatividad y coordinación; se desea establecer un sistema de información de la salud del escolar; se procura no sólo saber más de los destinatarios de las acciones que se llevan a cabo de una manera específica y detallada, sino también de las medidas que puedan dar mejores rendimientos. La investigación procura definir las prioridades en materia de salud, tanto como formular los proyectos coherentes. El programa de investigaciones se constituye así en el núcleo integrador y racionalizador de las acciones de la Dirección y se orienta a tres tipos de estudios: epidemiológicos, de servicios de salud, y especiales (aquellos cuya indole los aparta de los rubros anteriores).

En el ámbito del cuidado de la salud, entendido que su interés es amplio y compete al sector especializado correspondiente, la Dirección gestiona y coordina las acciones posibles. Cabe indicar que un programa de mínimos de atención para los escolares será pronto un hecho bajo la responsabilidad del sector salud, al que se incorporarán personal y equipos de tipo asistencial de la Dirección General de Higiene Escolar.

Por último, cabe mencionar el proyecto de administración, pues si bien significa el control y la dotación de los apoyos a las tareas previas, involucra

interesantes medidas de reforma administrativa, coordinación e intercambio por vía de convenios, y el desarrollo de un sistema operativo que adopta la forma de presupuesto-programa.

El esquema anterior, describe someramente la responsabilidad de la Dirección General de Higiene Escolar y sus repercusiones en la Secretaría de Educación Pública da lugar para expresar la satisfacción por el avance logrado y el empeño por continuar el trabajo para lograr algo de lo mucho que aún debe hacerse.

Ciertamente, ante el reto de un auge económico, derivado de la explotación de los recursos naturales petroleros, nuestro país, crisol de contrastes, debe acentuar la tarea educativa en general y en particular, en el área de la salud, para que se pueda hacer frente a los abismos culturales y sociales que existen en el país, con una mejor concepción del mundo, del momento que se vive y de las vías de mejora de la calidad de la vida que sean posibles. De esa manera lograremos, no sólo el desarrollo de las cosas, sino el auténtico y definitivo, el que involucre el bienestar de las personas, la mejoría de los individuos y los grupos en su cotidiano vivir.

## VII. EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA EDUCACION.

ABEL GONZÁLEZ-CORTÉS\*

A pesar de su antigüedad, la institución universidad no se mantiene en situación estable. Todo lo contrario ocurre, ya que en virtud de la crisis de valores, continuamente se discute en torno a la naturaleza, organización y fines de la universidad.

Esto ha acarreado la concepción de la universidad como centro de investigación y de cultura, no ajeno a los problemas sociales del país, cuyos fines son impartir educación superior, investigar sobre problemas nacionales y difundir los beneficios de la cultura.

Entendida la salud como el estado de bienestar físico, mental y social, la educación para la salud se llenaría con creces por la universidad, mediante actividades asociadas básicamente a uno de sus fines, que es la difusión de la cultura. Si la educación para la salud física se centrara exclusivamente al nivel de la Facultad de Medicina, aun siendo un cometido importante, sería escasa la participación universitaria.

Afortunadamente, la universidad desarrolla, en un amplio frente, actividades no ajenas a la educación para la salud, no sólo en lo físico, sino en lo mental y en lo social.

Tal vez y respecto a la educación para la salud, la universidad deberá, en el futuro, perfeccionarse en lo docente, por medio de la formación de técnicos, profesionistas, profesores e investigadores de alto nivel en el área de la educación sanitaria; y en la investigación, al través de nuevos hallazgos referentes a mejores mensajes sociomédicos y formas de envío a la población, orientados a la preservación de su salud.

A varias dependencias de los diversos subsistemas universitarios les resultaría interesante involucrarse en quehaceres como los mencionados y que a nuestro entender, han sido insuficientemente realizados hasta la fecha. Queda así establecida, como hipótesis, la manera de atacar con criterios universitarios el problema de la educación para la salud.

La educación superior en general y en lo particular la educación o preparación en medicina, tienen funciones básicas en relación al individuo y a la sociedad. En lo tocante al individuo, el fin esencial es elevarlo intelectual, moral y socialmente; y respecto a la sociedad, el propósito básico es analizar los problemas nacionales para buscar los medios de satisfacer exigencias colectivas.<sup>1</sup> Estas funciones han de cumplirse entre otras formas, mediante un proceso educativo continuado a lo largo de la vida.

En 1979, cuando se estima que en el país hay 66 millones de habitantes, existen 651 700 personas cursando educación superior, es decir universitaria.<sup>2</sup> De ellas, más de 60 000 están sometidas a entrenamiento en medicina.

Esta es precisamente la situación o la posición de la educación superior, tal como se inserta dentro del sistema educacional del país. Por lo que a esto concierne, hay un cuerpo profesional cuyo número de profesores es de 500 000,<sup>2</sup> evidentemente distinto en cantidad a cualquier otro grupo profesional.

En materia de educación, el Estado mexicano ha creado en los últimos años una serie de entidades y órganos reguladores, para afirmar el proceso planeado de atención a las demandas de instrucción, como forma de participar en el desarrollo nacional.

Estos esfuerzos globales están influyendo significativamente en la actividad universitaria, particularmente en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en este año del jubileo de su autonomía, con respuestas amplias y eficaces a necesidades de educación para la salud.

En esta época, ha crecido en escala nacional el sistema distribuidor de servicios médicos para la enfermedad y para la salud. Al individuo, aunque pertenezca a una sociedad tradicional, le ha sido práctico probar, evaluar y aceptar alternativas médicas mo-

\* Académico numerario. Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

dermas. Antropológicamente<sup>3</sup> se ha probado que las comunidades tradicionales no ofrecen resistencia a las técnicas curativas modernas, ya que sobre bases empíricas no les es difícil entender la bondad de sus resultados. En cambio, a casi todas las sociedades, aunque en mayor grado a las de corte tradicional, les resultan de difícil aceptación y aun son objeto de franco rechazo, las técnicas médicas preventivas.

Las razones del repudio radican en el hecho de que los individuos de la colectividad requieren un mínimo marco teórico para comprender los postulados de la medicina preventiva. Podría afirmarse que este es el alto precio de la baratura que siempre se ha asignado a la medicina preventiva.

En otras palabras, de hecho no se requiere ser educado para el empleo de técnicas curativas; lo demuestran los millones de individuos que en el mundo y en nuestro país, las han aceptado sin resistencia. Por otro lado, se necesita de un proceso de educación para inducir conductas útiles al mantenimiento y la promoción de la salud. La educación para la salud es un proceso de persuasión, incluso para los médicos mismos, con reiteradas explicaciones sobre los beneficios de determinados actos o acciones preventivas de los cuales se esperan efectos deseables.

Según afirmación antropológica,<sup>3</sup> pocas instituciones afectan tan profundamente la vida social, como aquellas que tienen vínculos con la salud y la enfermedad de la gente. Tal vez, en vista de la burocratización de las instituciones asociadas con la atención de los procesos de salud y enfermedad, como un fenómeno no claramente apreciado, que puede tener influencias desfavorables en las diversas facetas de la cultura, se ha hecho patente una reacción en el ámbito de la universidad, cuyas consecuencias no estamos todavía en aptitud de medir.

De acuerdo con lo que se viene diciendo, la UNAM, en diversos ámbitos, ha intensificado y renovado un plan de actividades dedicadas al cultivo de una conciencia sanitaria popular.<sup>4</sup>

Los antecedentes de estas funciones se encuentran en junio de 1977, en ocasión de la plena entrada de la UNAM al empleo de la televisión como medio de comunicación, en la divulgación de temas y tópicos universitarios. Muchos de estos se refieren a aspectos sobre la enfermedad y la salud, los que expuestos por maestros de la Facultad de Medicina (UNAM), en un principio se dirigieron primordialmente al estudiante universitario y más tarde, sirvieron para cumplir propósitos docentes y de servicio a la comunidad general. La Facultad de Medicina, institución productora del recurso humano que es el médico, adquiere así nuevos rasgos que seguramente le depararán influencias en múltiples aspectos de la cultura nacional.<sup>5</sup>

Impulsada por estos primeros pasos, en la Facul-

tad de Medicina se crea, en 1978, un Comité de Educación para la Salud, que desde 1979 intenta la capacitación de la población nacional y de la comunidad universitaria en asuntos sobre la salud. También se ha ocupado la Universidad, en promover la educación para la salud en otras dependencias universitarias.

Sobresale dentro de estos esfuerzos de divulgación el empleo de la televisión, y la distribución de materiales educativos impresos, por sobre otros medios de comunicación social. En 1979, los temas televisados sobre educación para la salud se preparan y exponen en función de enfermedades comunes a grupos de población concretos; en el primer semestre se trataron cuestiones sobre salud materno-infantil y en el segundo semestre, tópicos sobre la salud de los adultos y de los ancianos.

Este aspecto singular de la extensión universitaria, está llamado a cubrir huecos que han sido señalados por calificados analistas de fenómenos adversos al sistema educacional,<sup>6</sup> así como a la colectividad total.<sup>7</sup> Las soluciones de continuidad consisten en que a los profesores normalistas que manejan actualmente más de 13 millones de alumnos de escuelas primarias,<sup>2</sup> no se trató durante su formación profesional, lo relativo a la educación para la salud: simplemente se les expusieron algunos conocimientos físicos y psicológicos sobre la higiene del escolar. Apenas en los últimos años se han incorporado en el plan de estudios de educación primaria, conocimientos biológicos y sociales con enfoque científico y para que estos contenidos puedan ser comprendidos, el normalista requiere información científica y actualizada. Los normalistas e higienistas han observado que los datos sobre conservación de la salud que se enseñan a los niños, han de ser impartidos a los adultos, quienes en general carecen de ellos. La familia en general y la colectividad en su integridad, están necesitados de educación para la salud sostenida y penetrante, a fin de lograr armonía con el conocimiento impartido al escolar durante su fugaz relación con el profesor normalista.

Paralelamente, se intentan y logran innovaciones en los contenidos de algunos cursos de la Facultad de Medicina, en relación con la enseñanza de la educación para la salud a los estudiantes de pregrado. Por otra parte, el Centro Médico Universitario da a conocer a la comunidad universitaria, en forma consistente, temas sobre educación en salud.

Y algo que resulta alentador es que la televisión privada, da a mi modo de ver un gran salto adelante, tal vez como una secuela de las acciones universitarias que se vienen citando. A mediados de 1979, decide implantar un programa de educación sanitaria popular, para la emisión de temas sobre salud cuya preparación encarga sobre bases voluntarias y con retribución, a ciertos profesores universitarios. El

catálogo de tópicos a considerar es muy amplio; cada ficha técnica es preparada por un médico; es sometida a subsecuente proceso técnico, vinculado al logro de una apropiada difusión; finalmente el programa es presentado al televidente durante 30 minutos, con profesionales de la televisión.

El estilo de vida cotidiana, y el "estilo de vida profesional" constituyen ingredientes básicos del nivel de salud del hombre y por ende de la colectividad de que forma parte; por eso, se espera que estos programas universitarios contribuyan a la difusión de conocimientos necesarios para la estructuración de nuevos estilos de vida, mediante modificaciones favorables, que logren incorporar en la cultura popular la educación para la salud.

#### REFERENCIAS

1. El Colegio Nacional: *Seminario sobre educación superior. México, 1978.*
2. González Casanova, H.: *El sistema educacional. Gaceta UNAM 3, supl. 19: 1, 1979.*
3. Foster y Anderson: *Medical anthropology. Nueva York, John Wiley and Sons, 1978, pp. 206 y 245.*
4. Universidad Nacional Autónoma de México. Informe del Rector. Actividades televisivas de la UNAM. 1978. p. 33.
5. García Stahl, C.: *La Universidad de nuestros días. Síntesis histórica de la Universidad de México. 2a. ed. México, Universidad Nacional Autónoma de México. 1978. p. 247.*
6. López Iriarte, L.: *El magisterio en la educación para la salud. IV Reunión Nacional de Salud Pública. SSA. México. 1975.*
7. Gage Barragán, J.: *La educación higiénica en los programas sanitarios. Educación para la salud. IV Reunión Nacional de Salud Pública. SSA. México, 1975.*

## VIII. LA CONTINUIDAD DEL PROGRAMA Y LOS MEDIOS DE DIFUSION.

RAMÓN VILLARREAL\*

Nuestro grupo de trabajo, al discutir el enfoque que debería tener el tema de la educación para la medicina y la salud, consideró que la mayor prioridad en estos momentos la merecerían aquellas actividades de apoyo para los programas de extensión de cobertura con servicios de atención primaria y con amplia participación de la comunidad.

Se sabe que en el proceso salud-enfermedad intervienen cuatro elementos fundamentales.

El primero es el factor biológico humano, que incluye todas aquellas funciones básicas del organismo, incluyendo la herencia genética individual.

El segundo elemento es el ambiente. Comprende aquellos factores físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales y políticos, que fuera del cuerpo humano ejercen influencia y efectos significativos y detectables sobre la salud y bienestar del individuo o de la comunidad. El individuo tiene poco o ningún control, en forma personal, sobre estos factores.

Un tercer elemento es la organización de los servicios médicos que consiste en la cantidad, calidad, distribución, naturaleza y relaciones de las personas y los recursos para la prestación de servicios médicos. Incluye la práctica médica profesional, los hospitales, el sistema de suministro de medicinas y en general las instalaciones de apoyo para estos servicios. Esto es lo que generalmente se define como el sistema de atención médica.

El cuarto elemento es el que se conoce como estilo de vida. El estilo de vida lo constituye la totalidad de las decisiones tomadas por el individuo y que tienen efecto significativo sobre su propia salud, actos sobre los cuales el individuo tiene cierto grado de control. Las decisiones y los hábitos personales que son negativos desde el punto de vista de la salud, crean riesgos que uno se impone a sí mismo. Cuando esos riesgos resultan en enfermedades, éstas se pueden llamar "enfermedades escogidas." Por ejemplo, el cáncer del pulmón es la enfermedad seleccionada por los fumadores de cigarrillos, así como lo es la cirrosis del hígado para quienes consumen alcohol en exceso.

Hasta ahora, el énfasis ha estado colocado en el elemento relacionado a la atención médica. Aunque todavía hay mucho que hacer en este campo, parecería que debería darse mayor atención a adelantar en el conocimiento de la biología humana y mejorar el ambiente, así como en cambiar estilos individuales de vida.

En México, las causas principales de muerte presentan en conjunto la amalgama de una variedad de enfermedades transmisibles con otras de tipo degenerativo y por accidentes. Las primeras, como las neumonías, las diarreas y las bronquitis, son producto de un medio en condiciones inconvenientes de salubridad e insuficiente atención médica. Las segundas se hallan vinculadas con el aumento en la esperanza de vida e influidas por factores biológicos y genéticos, así como por el estilo de vida; comprenden los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los accidentes, consecuencia

\* Discurso del Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá Hon. Marc Lalonde. Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. Ottawa, 10 a 14 de septiembre de 1973.

de la industrialización y el urbanismo.

Es en el campo de cambio de hábitos y comportamiento del individuo en donde la educación para la salud tiene papel fundamental; cambios de comportamiento que puedan ir desde la mejor distribución del ingreso familiar, hasta el cambio de hábitos en el consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas o la toma de conciencia en lo referente a los beneficios de la alimentación al pecho materno y del esquema adecuado de inmunizaciones.

El grupo de trabajo estuvo de acuerdo en que dada la trascendencia de esta actividad, la Academia debería buscar medios por los cuales se diera continuidad a las acciones en este campo, a sabiendas de que los aspectos operativos de programas de esta índole son responsabilidad de los organismos de los sectores de Salud y Educación. Quisiéramos sugerir dos áreas en las cuales la Academia podría tener injerencia:

1. Estudios sobre el marco teórico conceptual para los programas de educación para la salud, promoviendo el análisis interdisciplinario, con participación de especialistas en el área médica, y psicológica, para el mejor conocimiento de los factores que influyen en el comportamiento del individuo para cambiar determinados hábitos que tienen influencia negativa en su salud. En otras palabras, apoyo a investigaciones en el campo de la comunicación humana, considerando a la educación para la salud, no como una disciplina entre otras muchas sino como actitud mental, orientación del pensamiento y de la acción, con tres grandes objetivos: informar, motivar, actuar.
2. Diseño y ejecución, en estrecha coordinación con las instituciones de los sectores salud y educación, de programas de educación del público, utilizando medios de información masiva como radio y televisión, en que el prestigio de la Academia diera apoyo moral y técnico a las acciones del sector público. Estas actividades podrían agruparse y jerarquizarse, para dirigirse por ejemplo a madres y niños u obreros en diferentes ramas de la economía nacional y referirse a problemas de protección ambiental y control de hábitos dañinos en diferentes situaciones geográficas, culturales y sociales. Los niveles de salud habrían de mejorar paralelamente con la elevación de los estándares de vida y el mejoramiento de la situación socioeconómica de los países; hay suficientes elementos de juicio para sostener esta aseveración, pero la educación para la salud es un elemento que coadyuvará en mejorar la situación actual.

## IX. COMENTARIO.

MIGUEL E. BUSTAMANTE\*

La presentación del tema de este simposio por su coordinador, el doctor Rubén Vasconcelos y la amplitud de aspectos de dicho tema, expuestos en los trabajos de los profesionales participantes, mostró claramente la trascendencia biosocial que tendrá la acción de la Academia, al contribuir a la formulación de un programa de educación para la salud, de alcance nacional.

Es oportuno traer a nuestra Corporación los puntos de vista actuales de carácter médico, filosófico, sociológico, ético y pedagógico, relacionados con las actividades necesarias para realizar la educación para la salud de los individuos de las familias y de los grupos que forman la comunidad mexicana.

Es obvio que esta presentación sólo pudo ser la inicial para el estudio, el análisis, y la investigación de los antecedentes y la resultante de las situaciones y las condiciones médicosociales relacionadas con la educación para la salud y la calidad de la vida en una sociedad, que aspiramos ver física y mentalmente sana.

Además será necesario saber lo que deberá hacerse para ofrecer a las instituciones y la comunidad un plan de actividades y procedimientos de educación para la salud, dentro del proceso educativo general. Se trata de que "los individuos, las familias y la comunidad estén bien informados y sean capaces, mediante sus propias acciones y esfuerzos, de intervenir en la conservación, defensa e incremento de su salud."

Para los médicos mexicanos alcanzar esa meta parecerá una gran ambición, pero es una obligación profesional trabajar por y para la salud integral, abarcando la educación primaria, secundaria y superior y hacerlo desde los individuos en las áreas rurales, hasta los universitarios y los gobernantes y líderes.

Es indispensable tener presente en todo momento, el enfoque multidisciplinario en el cual la medicina del hombre en su totalidad se une a la sociología, a la pedagogía, a la ecología y a la biología, articuladas, coordinadas y organizadas para lograr en forma adecuada la educación para la salud de los seres humanos que existen en lo que se ha llamado los "varios Méxicos".

En ocasión anterior me referí al médico como educador en una sociedad en crisis, e insistí en el deber del médico humanista y sociólogo de educar a los gobernantes en las relaciones de la salud del cuerpo y de la mente, con el bienestar social. Es antiguo el conocimiento médico de que el círculo enfermedad-pobreza-enfermedad, se repite en la his-

\* Académico titular.

toria con sus consecuencias de hambre, dolor humano e injusticia. El hambre es una enfermedad que conduce a la incapacidad mental, a la abulia y al atraso colectivo y es posible prevenirla, como a otras enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La educación en salud de los profesionales requiere la unión de los médicos, en particular de los sanitarios, con los sociólogos, los economistas y los politólogos, para enfrentarse cada quien en su campo y en conjunto multiprofesional, para luchar contra la ignorancia, la enfermedad, la injusta distribución de la riqueza. La medicina dispone hoy de recursos para prevenir la enfermedad y para curar y para rehabilitar al inválido de males físicos, mentales o sociales.

En nuestra Patria, en la que padecemos mayormente las consecuencias de "la patología de la pobreza" sufrimos también "la patología física, psicológica y política de la opulencia y de la ignorancia".

Es indudable que un programa de educación para la salud no podrá ser idéntico en todas las situaciones, en todas las regiones, ni en todos los grupos. Tampoco podrá ser uniforme en sus etapas de ejecución y aplicación; estará basado en el estudio, la evaluación y la investigación de las condiciones biosociomédicas, culturales y económicas del modo de vida.

Científicamente, son semejantes en el mundo los principales objetivos de la educación para la salud. Siguiendo a la doctora Pimont, de Brasil, los enumeramos con ligeras modificaciones así:

10. Crear en el individuo conciencia del derecho a la salud y de la propia obligación de procurarla, dentro del grado de desarrollo del grupo social en el cual vive la persona.
20. Lograr que exista también, en la familia y en la comunidad, conocimiento acerca de la salud.
30. Hacer que tanto el individuo como la comunidad tengan conocimiento de los servicios para la salud que aquella posea y los utilicen convenientemente.

En nuestro medio, los objetivos del programa para la educación en salud y todas las etapas de su desarrollo, que se menciona más adelante, tienen vigencia y se necesitará conocerlas a fondo, utilizarlas y emplearlas inteligentemente donde, cuando y como sea pertinente. El educador sanitario venezolano Altuve considera cuatro etapas en la empresa de la educación para la salud. Ampliadas con algunos comentarios, son:

10. *Etapa de creación de conciencia sanitaria y de difusión de los conocimientos referentes a la salud.* En esta etapa, enseñar es sobre todo decir.
20. *Etapa de propaganda sanitaria y biomédica,* en la que educar significa persuadir a las per-

sonas a aceptar lo que que los técnicos piensan es mejor para ellas. Esta fue y es la operación de "vender recursos de salud". Fue y es, la época de realizar la inmunización contra la viruela, la tosferina, la difteria y el tétanos, la poliomielitis, el sarampión y en determinadas zonas geográficas, contra la fiebre amarilla.

En esta etapa, la educación real en salud es mínima si sólo se proporciona el beneficio sin aprovechar el contacto entre los sanitarios y el pueblo.

30. *Etapa de investigación y de evaluación de la educación para la salud,* aplicable en todas las situaciones.
40. *Etapa de la planeación científica de la educación para la salud.* Empieza siendo educativa en sí y es aquella a que en esencia se refiere este simposio.

Para concluir, es forzoso mencionar la cara opuesta de la moneda: la constante, metódica y económicamente fuerte "educación para la enfermedad" que está dirigida a toda la población, que entra a los hogares y utiliza los recursos de la publicidad moderna y las artimañas de comercialización impulsoras de la sociedad de consumo y la subcultura del desperdicio, incluida la salud y la vida humana.

"Pocas instituciones afectan tan profundamente la vida social, como aquellas que tienen vínculos con la salud y la enfermedad de la gente."

En los "varios Méxicos", todavía afectan a la salud las enfermedades transmisibles de las vías respiratorias y digestivas, ligadas a la falta de educación para la salud, de individuos, de familias, de la colectividad y de muchos gobernantes y líderes, así como a nocivas situaciones sociales y económicas. Eliminados los males transmisibles como la fiebre amarilla urbana, la viruela, el tifo epidémico y disminuidas otras para las cuales hay buenos recursos de inmunización y organización médicosocial, de relativa eficiencia, han aumentado y continuarán aumentando algunas causas de enfermedad y muerte calificadas como "enfermedades escogidas", p. ej. la cirrosis hepática alcohólica, el cáncer del pulmón en los fumadores, las lesiones, invalidez y muerte causadas por el uso imprudente y a gran velocidad, de vehículos de motor. Detrás de estas entidades nosológicas están los agentes patógenos inventados y producidos por el hombre, al que angustian y convierten en enfermo mental, social o somático; son en gran parte, "plagas modernas físicas y mentales".

Los programas de educación para la salud deberán encontrar por la investigación y justipreciar por la evaluación, los resultados de prevención de la enfermedad y defensa de la salud que, con los de curación y rehabilitación contrarresten y nulifiquen la ignorancia de los programas de educación para la enfermedad.