

ejemplo de los alimentos en las escuelas, y lo dijeron como si hubiera sido un éxito cuando fue casi un fracaso.

Se propuso una lista de alimentos con un tope de 450 calorías y azúcares o kilocalorías, pero antes de que saliera la propuesta la lista desapareció. De 450 calorías permitidas, se bajó a 350; más aún, ya no se hablaba de calorías y azúcares conjuntamente. Se restringieron solamente las calorías y se liberaron el cien por ciento de los dulces, así como todos los alimentos muy ricos en azúcares. Además el programa empezó de forma voluntaria en agosto del 2010 y sólo va a ser obligatorio hasta el 2011, en una primera fase.

La propuesta era limitar los alimentos desde el primer momento de manera obligatoria, porque hay un grave problema: tenemos el primer lugar en obesidad infantil. Sin embargo, pesó más la postura que tenía el mercado en ese momento; logramos algo, pero no lo que debimos haber conseguido.

Entonces, una política nacional de salud debe enfocarse a los determinantes estructurales preponderantemente, desde luego.

Como menciona Navarro, en el informe referido se habla de políticas, pero no de lo político, siendo que la parte política es muy importante para poder pasar a la acción. En el mismo Informe, tal vez anticipándose un poco a la crítica, se dice: “no nos hacemos ilusiones, la construcción política y la capacidad institucional son fundamentales para atender todas las recomendaciones de la CDSS”. Por supuesto, con capacidad institucional y construcción política, la situación sería muy diferente.

Concluyo diciendo que mientras las fuerzas estén como están en nuestro país en este momento, muy poco podemos hacer. No hemos podido contender con la industria alimentaria, como mencioné ahora, pero tampoco con la tabacalera y hay muchos problemas con la farmacéutica. Nuestro compromiso en pro de la salud deberá ser la herramienta con la que podamos revertir, o por lo menos equilibrar las fuerzas del poder para que el sector salud y los otros sectores tomen el liderazgo y las decisiones no se basen en función del mercado.

La ética y la igualdad en la salud, en la integración de México

Miguel Ángel González Block

Sólo haré énfasis en dos puntos en torno a la cuestión de los conceptos: uno es que la propuesta de marcos conceptuales, tal como la OMS la ha hecho, ciertamente tiene un papel fundamental para llevar el diálogo, la discusión, el debate a los países, a los actores, y esto sin duda alguna es muy enriquecedor.

Estoy completamente de acuerdo con lo que presentó la doctora Laura Moreno en cuanto a que los países pobres, sobre todo los de nuestra región, que tienen prácticamente siglos de una organización jerárquica, corporativa, muy desigual en su concepción de la vida y en su relación con los grupos humanos, están en una situación muy diferente a la de los países donde viven quienes hicieron el Informe de la CDSS. Los autores provienen fundamentalmente de culturas nórdicas, como Dri-derixe, de Dinamarca; hay otros del Reino Unido, en donde el valor de la equidad es un valor que se ha trabajado poco. Asimismo, si comparamos con la cultura canadiense, de la que otros autores son originarios, encontramos que ahí la equidad en salud prácticamente es un valor fundamental de carácter nacional que cohesiona a toda la sociedad. En Canadá el mantener esa equidad en salud

es algo que define propiamente a la nación, por lo que cualquier disparidad se somete a un juicio. Ese proceder es completamente congruente con el concepto de equidad, que es un concepto ético y valorativo que permea completamente a la sociedad, a la política y es prácticamente incuestionable.

De ahí que los sistemas nacionales de salud sean tan equitativos, horizontales, públicos y que permitan el amplio acceso a la población.

Esto es algo muy distinto a la que vivimos, por ejemplo, en México, en donde las diferentes instituciones del sector salud, el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Salud, entre otras, siguen distintas formas de organización en cuanto a los servicios de salud, todas excesivamente verticales por lo que difícilmente se van a poder abrir a pesar de los esfuerzos que se han hecho para lograr una integración funcional.

Estas reflexiones nos llevan a privilegiar en el marco conceptual, antes que nada, el debate en torno al papel de la salud como factor cohesionador de la sociedad.

México enfrenta hoy en día problemas fundamentales de salud relacionados estrechamente con la globalización, la migración, el narcotráfico y otros problemas que nos deben hacer a ver el imperativo de integrar a la salud como un valor fundamental de la nación, que debe establecerse desde la propia Constitución.

Cuando en la misma se dice que somos un país único e indivisible, esto debe referirse fundamentalmente a la salud, porque la misma constituye un valor que puede llevar a cohesionarnos; sin embargo, todavía estamos muy lejos de ello.

El segundo punto que quiero tratar se refiere a un planteamiento del doctor Santos Burgoa. Se requiere no sólo “tropicalizar” los marcos conceptuales, sino que hay que llevarlos al terreno. Hasta ahora, la estrategia sólo ha sido una estrategia de gabinete de muy alto nivel; hay que bajarla al terreno para empoderar a grupos de la sociedad civil. Según lo ha mostrado la doctora Jeannette Vega, hay que trasladar a ese campo a los propios programas de salud para proporcionarles herramientas que les permitan identificar los marcos conceptuales idóneos en función de la forma en que los diferentes determinantes sociales se evidencian en el ámbito local y con grupos vulnerables específicos.

Existen metodologías que permiten rediseñar estos marcos conceptuales de manera muy práctica y efectiva. Por ejemplo, la metodología del mapeo conceptual, que es una metodología de las ciencias sociales. Con técnicas cualitativas y cuantitativas, la misma permite rápidamente a los grupos de acción detectar cuáles son los factores que están incidiendo en los problemas y cuáles pueden ser las soluciones. Con base en ello, estos grupos pueden estructurar estrategias viables y más efectivas, así como diseñar programas de salud específicos para hacer frente a estos múltiples determinantes.

La construcción de un marco conceptual local permitirá que los actores comunitarios que lo hayan elaborado comprendan perfectamente el peso que tiene cada uno de los determinantes en función de su percepción. Esto les permitirá llevar esa estructura, ese nuevo marco conceptual local, a través de técnicas de revisión de literatura de investigación aplicada y de investigación participativa, a la práctica para poder hacer frente a los problemas que se presentan en la realidad.

En resumen, mi planteamiento es que requerimos que en el marco nacional se enfatice el tema de la ética en la salud y en la igualdad, así como el papel que debe de jugar éste en nuestra definición como país, como mexicanos, como sociedad que está expuesta a la globalización. Asimismo se necesitan estrategias para empoderar a los grupos locales para que hagan de los determinantes sociales una herramienta fundamental para el cambio.