

Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México*

Norma González González

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

El objetivo del presente documento es recuperar parte del marco en que se ha desenvuelto la epidemiología social en la política sanitaria del país, así como sus retos y expectativas frente a los importantes cambios que se están registrando en torno al papel y funciones de los sistemas de salud en México y, en general, en el ámbito latinoamericano. En este sentido, hablamos de la salud como una de las problemáticas que más impactan la existencia y convivencia al interior de una población, presentándose como causa y efecto de las relaciones sociales que ahí se desarrollan.

Abstract

This article tries to present and rescue the importance of social epidemiology to know the health problem in México and all over the world. In social reality is not enough to get an approach by the numbers, we need work with many other social tools to understand the fast changes that are happening in the health system.

Introducción

De acuerdo con las actuales modificaciones de los sistemas de salud por los que atraviesa América Latina (López, 1994; Vilas, 1996 y Godue, 1998), se corre el riesgo de que el papel de la epidemiología vuelva a restringirse a un determinado tipo y número de acciones: la mera enunciación descriptiva de brotes de enfermedades y de causas finales de muerte, sacando de contexto la presencia e incidencia social de la enfermedad y la muerte.

En este trabajo se parte de la base de considerar a la epidemiología social como el camino idóneo para construir y avanzar en el desarrollo de una visión social de la enfermedad y la muerte (Tecla, 1992), apartándonos, sin menosprecio de su importancia, de la sola referencia estadística que a través del manejo de tasas de mortalidad y morbilidad se nos han venido presentando de manera recurrente, y casi única, para el abordaje y conocimiento de la enfermedad y la muerte dentro de la realidad social.¹

* Ponencia presentada en el *XXII Congreso de ALAS*, celebrado en octubre de 1999, en Concepción, Chile.

¹ La visión clínica representa la otra variante fundamental con la que los problemas de salud son

Se realiza un primer acercamiento al papel que en México, a partir de la segunda mitad del siglo XX, ha tenido la epidemiología social en la política sanitaria del país. De hecho, y a reserva de lo que se expone en el documento final, se presume que frente al trabajo estrictamente clínico y demográfico, no sólo el tratamiento sino el estudio epidemiológico de la enfermedad y la muerte ha tenido un peso y ha jugado un papel más bien marginal.

En una segunda parte se hace referencia, por un lado, al trabajo de investigación que sobre la problemática sanitaria se realiza en el país, destacando las potencialidades de la epidemiología social para el conocimiento de la enfermedad y la muerte, y los aportes que ello puede significar en términos de la planeación y toma de decisiones en el ámbito sanitario. Por otro, se advierte sobre el impacto que las políticas neoliberales empiezan a generar en términos de perfil epidemiológico y, sobre todo, de los riesgos de caer dentro de estos mismos planteamientos en una mera enunciación descriptiva de brotes de enfermedades y de causas finales de muerte, sacando de contexto la presencia e incidencia dentro de los diferentes grupos y espacios sociales de la enfermedad y la muerte.

Acerca de la definición de salud

El esfuerzo por señalar el trabajo que en torno a la epidemiología social se ha desarrollado en México, nos lleva a considerar el escenario general en el que ha prevalecido la atención, el abordaje y la puesta en práctica de medidas sanitarias. El vínculo es bastante claro, si partimos de la idea de que detrás de toda política sanitaria y práctica médica existe un entorno ideológico que otorga sentido a cada una de las acciones tomadas para preservar y mejorar la salud de una población. Alentando la investigación y las líneas generales en que ésta es llevada cabo en su definición clínica o bien en el intento de situar el entorno histórico y social en que tienen lugar los procesos de salud.

Del planteamiento que hagamos acerca de la salud dependerá la manera de concebir y estructurar la importancia de la epidemiología social en el conocimiento de la enfermedad y la muerte como producto de un proceso histórico y de un tipo particular de organización y relaciones sociales.

abordados dentro de nuestra sociedad; no obstante, en este caso nos referiremos más que nada al manejo que desde la demografía se ha hecho de cuestiones que reclaman un tratamiento teórico y metodológico dentro de las ciencias sociales. Un tratamiento que supere el trabajo eminentemente estadístico, al que no puede ser reducida una problemática de tal naturaleza.

Así, antes de continuar tendremos que referirnos necesariamente a la discusión acerca de lo que se entiende por salud, ya que es a partir de este concepto que toman forma una serie de planteamientos que hacen de la salud, la enfermedad y la muerte acontecimientos ya sea clínico-biológicos, demográficos o bien acontecimientos sociales en los que ni lo biológico ni lo demográfico se excluyen, sino que adquieren sentido dentro del conjunto de relaciones económicas y sociales de las que forman parte.

La idea de salud ha variado a lo largo del tiempo; dicha variación se ha constituido en un reflejo de las grandes coyunturas en que ha sido necesario redefinirla como concepto, adecuándola al pragmatismo con que se ha asumido la transformación de las relaciones económicas, políticas, culturales y, desde luego, sociales que se generan al interior de una sociedad.

Siguiendo a Berlinguer, diremos que de una idea en negativo de la salud (ausencia de enfermedad), que predominó hacia la primera mitad del presente siglo, se pasó a una definición en la que la salud se suponía como el bienestar físico, mental y social del individuo; es decir, ya no como contraposición a la ausencia de enfermedad (Berlinguer, 1995); en esta definición, nacida en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el carácter dinámico de la salud se dejaba ver en la relación activa (tendente hacia el equilibrio) que se establecía entre el hombre y su medio ambiente natural, familiar y social (San Martín, 1998). En tal definición, aunque había una propensión a considerar el entorno social y medioambiental como constitutivo de los procesos de salud dentro de la sociedad y en particular de individuo, se carecía de la construcción de los vínculos sociales que cimentaran dicha aspiración, por lo que la propuesta no fue más allá de plantearse como una pretensión, en el mejor de los casos, humanística, pero sin tener en cuenta las condiciones y contradicciones históricas que impiden el logro de tal ideal dentro del esquema de pensamiento en que, en estos términos, es planteado y entendido el progreso de la humanidad.

A principios de los años noventa, algunos autores empezaron a hacer énfasis en el hecho de que la exaltación del desarrollo de las ciencias y de las artes, como el camino para liberar al hombre de sus enfermedades físicas y espirituales, enfrentaba el agotamiento de su mismo discurso, al reconocer que el sueño de la razón no tomó en cuenta las relaciones de poder que dentro de la sociedad hicieron de la medicina una nueva esfera de poder (Starr, 1991). Despojada de su hábito objetivo y acéptico, la medicina clínica tuvo que enfrentar el fracaso de una visión biologicista e individual de la salud (Mora y Hersch, 1990), explorando y dejando participar con un creciente interés a las ciencias sociales

dentro de un campo que hasta hacía muy poco le había sido exclusivo (Mummert, 1998).

Entrada la segunda mitad del presente siglo, a los intentos por conceptualizar lo que puede ser entendido como salud dentro del marco del llamado progreso humano siguió una especie de consigna dentro de los organismos de carácter mundial encargados de promover la salud en el escenario de las recomendaciones y de la política sanitaria internacional. En 1978, los estados miembros de la ONU firmaron el acuerdo: *Salud para todos, 2000*. En esta frase se resumían los objetivos de una sociedad que hacia los años cincuenta, y aún en gran parte de los sesenta, se hallaba en la cúspide del mayor nivel de bienestar, entendido éste en términos del consumo a que había arribado la humanidad (Lamo de Espinosa, 1990 y Berlinguer, 1995).

La historia, sin embargo, no termina aquí. En la 51ª Sesión de la Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo en el mes de mayo de 1998, en Ginebra, se adoptó una declaración mundial con la que se buscó proponer estrategias y políticas que permitan cumplir con el programa: *Salud para todos en el siglo XXI*. Tal parece que pese a todas las experiencias arrojadas hasta ahora, urgiendo la importancia de plantear los problemas de salud en el centro de los procesos económicos, sociales y políticos que se viven en cada país y a nivel mundial, las cuestiones sanitarias siguen ocupando el ámbito de lo immaculado por la historia y por la sociedad, en tanto que son manejados con un idealismo poco comprometido con una realidad en la que lo económico, lo social, lo cultural e histórico tiene un papel fundamental, y su desconocimiento no lleva sino a agravar las profundas desigualdades en que viven la mayoría de sociedades en el mundo, aplazando un siglo más la atención de las urgentes necesidades sanitarias de la población.

Salud pública y epidemiología en México

Las cuestiones de salud pública, en tanto una problemática que afecta a la comunidad y se estructura a partir de un diseño de políticas y acciones sanitarias de orden gubernamental (Vega y García, 1995), supone un abordaje epidemiológico que otorga los elementos y las herramientas de análisis para identificar el origen y las posibles acciones de fondo que inciden en la representación de los proceso de salud de una población. Abarcando un campo que no se limita de manera sistemática, y casi exclusiva, a presentar indicadores

de mortalidad y de morbilidad como la manera de abordar los problemas de salud que se presentan al interior de un grupo o de una comunidad.

Como en cualquier sociedad, en México la idea y la concepción de la salud, y en este sentido la importancia del trabajo epidemiológico, se encuentra apegada a las diferentes fases históricas por las que el país ha atravesado. El presente documento se limita a rescatar algunos planteamientos en torno al papel que le ha sido asignado a la epidemiología social en la elaboración y emisión de la política sanitaria del país.

Así, de manera mecánica, desde los comienzos de la vida institucional en el país, la preocupación por los problemas sanitarios ha quedado asociada al desarrollo económico, poniéndose de manifiesto que:

... el hombre es además la más importante fuente productiva; el capital que produce sin lugar a dudas el más elevado rendimiento y por consiguiente, el cuidado de los individuos es la mayor responsabilidad de los gobiernos. La higiene como la educación está en la base de la economía nacional (Olivera *et al.*, 1993: 35).

Este concepto halla nuevamente eco, y de hecho se consolida a lo largo del proceso de industrialización del país, reconociéndose el carácter económico del trabajo, no sólo como un costo de producción, sino como un factor de demanda efectiva; de hecho, en torno a él se teje todo un sistema de seguridad social en el que la salud queda señalada como un elemento fundamental del desarrollo económico (Gutiérrez, 1985).

En el campo de las acciones, la principal forma en que el Estado mexicano de mediados del presente siglo empezó a abordar los problemas de salud fue a partir de la lucha en contra de las enfermedades transmisibles que asolaban al país. No hay nada novedoso en esta asunción gubernamental de los grandes problemas sanitarios; dicha preocupación y las acciones mismas que la acompañan son las que prevalecen y dan sentido a toda una época en la que una cuestión de vital importancia es incidir sobre determinado tipo de padecimientos, para los que la incorporación de la tecnología médica, vacunas y sueros orales se constituyen en una herramienta básica de trabajo (SSA, 1944; Soberón y Kumate, 1993).

El 15 de octubre de 1943, mediante decreto presidencial se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la cual comenzó sus actividades sin una idea clara de lo que el Estado mexicano concebía como salud. En el decreto se consigna que al Estado corresponde: "... proteger a los ciudadanos contra los males que puedan lesionar y aun destruir su existencia" (SSA, 1944: 1).

La alusión es hecha para abarcar de forma resumida la importancia y el trabajo de la nueva secretaría. Asimismo, en su primer informe de labores la Secretaría de Salubridad y Asistencia comienza haciendo referencia al estado de salud de la población en términos de mortalidad y de morbilidad (SSA, 1994), sin un concepto de la salud como proceso y como fenómeno. En tanto que en el apartado IV de este mismo documento, destinado a presentar el informe de los trabajos epidemiológicos, la exposición se centra en las campañas contra las endemias y las epidemias con una evidente orientación hacia un tratamiento clínico de los problemas de morbilidad que se presentan en el país. La epidemiología clínica encuentra de esta forma un sitio privilegiado en los programas de salud que se instrumentan, descuidando la investigación social y con ello la posibilidad de desarrollar propuestas y hechar a andar medidas que incidan en la serie de fenómenos y relaciones sociales de las que forma parte.

Es en esta época cuando también dan inicio obras de saneamiento urbano y rural, así como la puesta en marcha de servicios de equipamiento básico: agua potable y drenaje. No obstante, a pesar de estas acciones, el trabajo de la nueva secretaría, en términos de destino de recursos y de metas institucionales, se abocó a la construcción de una importante infraestructura hospitalaria, dando seguimiento al Plan de Construcción de Hospitales iniciado en 1946 (SSA, 1994). Se optó por una atención medicalizada y de tipo clínico que a la larga representó un elevado costo económico y puso en evidencia sus grandes limitaciones en términos de salud pública y acciones de tipo epidemiológico.

A partir de entonces, la atención se encaminó a la identificación y lucha en contra del agente patógeno que propicia la enfermedad y la muerte, proponiendo tanto una serie de acciones de orden clínico, centradas en la atención individual y hospitalaria del enfermo, como en la aplicación masiva de ciertas acciones tendentes a revertir la presencia de ciertos padecimientos que por su número e incidencia se asumen como problemas de salud pública (SSA, 1990-1994). En este sentido, hablamos sobre todo de una medicina de la enfermedad y no de medidas de corte preventivo que están íntimamente ligadas a la vigilancia epidemiológica y al reconocimiento del problema como un proceso colectivo que no puede ser comprendido a título biológico individual ni al margen de la sociedad en la cual ocurre.

En el Plan Nacional de Salud 1990-1994 se reconoce que a más de 50 años de la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el perfil de los servicios de salud continua siendo eminentemente curativo. En tanto que el deterioro ambiental —saneamiento básico, higiene de la vivienda, abastecimiento

de agua potable, eliminación de excretas y acopio de basura— presenta graves deficiencias que actúan de manera directa sobre los problemas sanitarios de la población (SSA, 1990).

En la parte dedicada al diagnóstico del mismo plan se hace hincapié en que la salud de una población no puede limitarse a la enumeración de daños expresados en términos de morbilidad y mortalidad, sino que forma parte de una compleja interacción de factores que determinan y condicionan los niveles de bienestar de una población. Es obvio que el reconocimiento oficial de la problemática nos remonta a décadas previas en las que un doble lenguaje hizo crecer las distancias entre lo que se formula y se asume en documentos oficiales y en el mismo marco jurídico, y las acciones que se llevan a cabo.

De igual forma, sobresale el hecho de que en los planes y documentos oficiales más recientes, el acento en los logros y en las metas a alcanzar en el campo de la población y de la salud se mantiene reducido a una valoración estadística:

Es indudable que la salud de los mexicanos ha mejorado considerablemente en los últimos años. La esperanza de vida al nacimiento rebasa ya los 72 años, en tanto que la mortalidad infantil ha disminuido a más de la mitad de la que había hace 25 años (Poder Ejecutivo Federal, 1996: 1).

El alargamiento de la esperanza de vida puede considerarse como un logro importante en el nivel de las expectativas del hombre por llegar a edades más avanzadas; sin embargo, la vejez representa también un cúmulo de problemas en los que se dejan ver y se agudizan las diferencias sociales (Bazo, 1990), sobre todo en sociedades como la mexicana (Fuentes y Fuentes, 1978). A final de cuentas, la discusión permanece entre el alargamiento de la vida y el logro de una mayor calidad de vida. El comportamiento diferencial de los problemas sanitarios deja ver que las condiciones materiales de existencia en que sobreviven los diferentes grupos de la sociedad inciden de manera directa en la distribución de la enfermedad y la muerte.

En el caso de la mortalidad, se observa que la reducción del indicador se ha producido en México y en toda América Latina en el contexto de un generalizado proceso de exclusión social (Guzmán, 1988 y González, 1997). No es, por tanto, una cuestión de cifras, sino de ofrecer una interpretación de las fuerzas económicas y políticas que han dado paso a los problemas de salud que en la actualidad enfrenta nuestra sociedad, y que si bien, en determinado momento y bajo ciertas condiciones, son cuantitativamente más favorables respecto a

años y décadas anteriores, dicha mejoría no se ha dejado sentir en el mejoramiento de las condiciones de vida de amplios sectores y grupos de población a nivel regional y mundial.

La política sanitaria del país ha carecido de un sustento epidemiológico que en su normatividad y acciones reconozca y lleve a cabo programas permanentes de prevención, atención y cuidados epidemiológicos entre la población. En cambio, son las políticas de corte clínico y la atención basada en la prescripción de medidas curativas en las que se ha sustentado la política sanitaria del país. Basta ver la manera en que se ha privilegiado la investigación clínica (López, 1982), en detrimento de la valoración social de la enfermedad y muerte, y, asimismo, el destino de la inversión en salud hacia una infraestructura encargada de atender a la enfermedad y no la prevención y manejo comunitario de medidas que alienten la toma de conciencia a favor de la salud como un problema y como un bien social.

Sobre la base de los lineamientos que han regido el trabajo, las metas y prioridades de salud de la SSA (desde 1985, Secretaría de Salud), como directriz de la política sanitaria nacional, es posible apreciar que a lo largo de su historia ha carecido de una orientación epidemiológica que sirva de eje a la comprensión del origen y de la representación social de la enfermedad y la muerte.

En la actualidad, la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SSA concibe el trabajo epidemiológico como:

...la identificación de riesgos y daños a la salud mediante la sistematización de la información que permita apoyar la toma de decisiones y orientar las medidas de prevención y control para garantizar la salud de la población, principalmente de los grupos más vulnerables (SSA, 1999).

Una concepción de esta naturaleza nos lleva de nueva cuenta a preguntar acerca de los alcances de un trabajo epidemiológico que se limita a la identificación de riesgos y a la sistematización de información, cuando lo que se requiere es un planteamiento y un desarrollo conceptual que permita actuar sobre la base histórica de una distribución desigual de la salud entre el conjunto de la población, tratando de modificar no únicamente la representación estadística del fenómeno, sino las condiciones que hacen que en la problemática sanitaria se expresen las contradicciones y las desigualdades sociales.

Un elemento más que puede aclararnos la óptica con que es llevado a cabo el trabajo en las instituciones de salud se refiere al hecho de que la atención que brinda la SSA, así como la que parte de instituciones como el Instituto Mexicano

del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) y todos aquellos organismos de presencia estatal (que en su momento se crearon para atender a grupos específicos de servidores públicos), se origina en la lógica de una atención generalizada carente de especialización (Córdova *et al.*, 1989), donde al tratamiento clínico-biológico de los padecimientos aparece como ajeno a los riesgos de trabajo y en general al entorno social que los propicia. En el caso concreto de la introducción de los riesgos sociales, que podría suponer un paso importante en la significación de la condición social de la enfermedad y la muerte, ésta queda encubierta por el tratamiento medicalizado del enfermo y por la misma referencia estadística que en términos generales se agota en el nivel de incidencia, la comprensión social y el comportamiento del fenómeno, haciéndolo relevante únicamente en términos de su valoración estadística.

En las puertas del siglo XXI nos encontramos con que la base de las políticas sanitarias que en México han dominado el conjunto de acciones tendentes a promover la salud de la población toma como parámetro a la práctica médica como la manera de enfrentar los problemas de salud que se presentan al interior de la sociedad (López, 1982 y De la Fuente *et al.*, 1990). De igual forma, ha sido la representación de la enfermedad y de la muerte en términos de tasa lo que de manera oficial ha servido para intentar medir la efectividad y los alcances de las acciones sanitarias llevadas a cabo, y de paso ofrecer una visión ampliada de lo que en términos de desarrollo social se ha creído puede significar la reducción de la mortalidad y los cambios que experimenta la morbilidad.

La trascendencia de la epidemiología social

Hay que señalar el hecho de que el trabajo epidemiológico demanda acciones concretas de organización y control de los padecimientos que se extienden en el seno de una comunidad. Se trata de detectar el complejo mecanismo que activa el padecimiento, atendiendo a un tipo específico de organización y producción social, ya que es ahí donde encuentra sentido la expresión de la misma enfermedad y también el tipo de contradicciones económicas que la propician. Esto es, que la misma investigación y práctica epidemiológica desarrolla su pertenencia a una manera de concebir la realidad social.

Una forma de querer ver al fenómeno en términos de su representación social es aquélla que reduce a grados de asociación con variables socioeconómicas el comportamiento de la respectiva tasa de morbilidad o mortalidad. No obstante,

el problema no reside en buscar asociaciones aisladas, arrancadas del contexto histórico en el cual se producen, sino de partir de una construcción teórica y metodológica que signifique a la enfermedad y a la muerte como parte de los procesos de producción y organización de una sociedad y de los conflictos y relaciones de poder que ello genera. Este tipo de reconocimiento permitirá ofrecer alternativas para el cuidado y atención de la salud cuya finalidad no sea de carácter paliativo, sino que modifique las condiciones de fondo y de estructura que están participando en el comportamiento del problema.

En no pocos casos, lo que se ha hecho es interpretar lo social como la agregación estadística de datos individuales (San Martín *et al.*, 1986), yuxtaponiendo la suma final a ciertas características socioeconómicas, pero sin el esfuerzo de dar sentido y significado a la expresión del fenómeno en el seno de la organización y de las relaciones sociales y económicas que subsisten al interior de la sociedad. El manejo estadístico de la enfermedad y la muerte ha representado una especie de continuidad respecto a la perspectiva de ver a la muerte como el cese definitivo de las funciones del organismo humano. Tal pareciera que de lo que se trata es de contabilizar el número de muertes, en su caso la presencia e incidencia de ciertos padecimientos, y bajo el matiz de las respectivas tasas de morbilidad y mortalidad por grupos de edad y género, agotar y abarcar lo social que puede caber en la enfermedad y la muerte.

A pesar del camino recorrido por parte de la epidemiología social, en el que la visión individual ha dado paso a la comprensión de la salud-enfermedad en un sentido colectivo, la práctica médica y las políticas sanitarias mantienen una orientación clínica-biologicista, como si fuera en tales ámbitos donde se hallara la respuesta a la manifestación y repercusiones sociales de la enfermedad y la muerte dentro de la sociedad. La identificación del agente patógeno no puede ser tomada como sinónimo de la enfermedad, y en su caso de la condición de enfermo (Mora y Hersch, 1990, y Jenicek y Cléroux, 1993). En los términos tanto de enfermedad como de enfermo subyace la complejidad de las relaciones sociales, políticas y económicas que le otorgan un sentido y una representación como acontecimiento social.

Como desde hace tiempo ha sido mencionado por algunos autores, existe una total falta de correspondencia entre el reconocimiento universal que se ha dado a lo social como elemento básico de análisis en el conocimiento de los problemas de salud y las medidas prácticas que al respecto han sido tomadas (Laurell, 1976), por lo que se ha privilegiado siempre la investigación y las acciones clínicas (López, 1982, y Mora y Herch, 1990), al tiempo que se ha

marginado el tratamiento de un perfil epidemiológico que permita cimentar y aclarar no sólo los determinantes históricos y sociales de la enfermedad y la muerte, sino la comprensión de este fenómeno en su misma representación y expresión de lo social.

Sin duda que los avances y descubrimientos por parte de la medicina clínica constituyen un activo de gran valor en la posibilidad de incidir favorablemente sobre el comportamiento de un virus o una bacteria que afecta al organismo individual; sin embargo, a lo largo de la historia se ha demostrado la manera en que a nivel colectivo, aun antes de las aportaciones clínicas al conocimiento y control de la enfermedad, han actuado una serie de medidas de corte epidemiológico en el control de enfermedades (McKeown y Lowe, 1986, y Necesidades esenciales, 1989). Podemos afirmar, entonces, que desde sus orígenes, y a pesar de su enorme importancia, las aportaciones clínicas no han tenido ese peso determinante que se nos ha hecho creer en el control de la enfermedad y la muerte.

Las repercusiones en el comportamiento de la mortalidad, que a nivel oficial han sido reconocidas como producto de las aportaciones clínicas, en realidad nos llevan a pensar en la aplicación masiva de ciertos avances tecnológicos. Podemos tomar el caso de la aplicación de vacunas que en padecimientos específicos ha logrado reducir de manera significativa el número de decesos, así como el número de casos registrados como parte de las estadísticas de morbilidad (Soberón y Kumate, 1993), por lo que técnicamente ha sido posible presentar estadísticas favorables dentro de un escenario de empeoramiento gradual de las condiciones de vida de la población. Tal y como lo menciona Lacoste, ha habido una manipulación de la tecnología médica, al ofrecer, por un lado, un discurso donde los avances y el llamado progreso de la ciencia se incorporan al desarrollo de las sociedades y, por otro, la aplicación restrictiva y discrecional de los avances tecnológicos sujeta al funcionamiento de los mercados y con fines políticos y económicos (Lacoste, 1980).

Apuntes sobre el trabajo demográfico

Otra de las maneras en que usualmente se investiga el problema de la salud dentro de una sociedad es a partir de instrumentos y planteamientos demográficos; en los primeros trabajos de este corte que hacia los años sesenta empezaron a desarrollarse en México (Ordorica, 1994), nos encontramos con la dificultad de reconocer en el fenómeno los determinantes sociohistóricos que influyen y

condicionan su comportamiento, así como su mismo carácter social. Más tarde, sin embargo, surgirán importantes estudios preocupados de dotar de lo social a las series estadísticas e interesados en detectar la influencia de otras variables demográficas en el comportamiento de la morbi-mortalidad (García y Garma, 1983, y Schaeffer y Bobadilla, 1990). Ya en los años setenta, dentro del ámbito del trabajo demográfico empezó a surgir el reconocimiento de que el avance en la comprensión y explicación de los fenómenos poblacionales depende de la incorporación de otro tipo de áreas afines: sociología, antropología, psicología, economía, y no sólo de un análisis demográfico (Ordorica, 1994).

Hay que mencionar que durante mucho tiempo la base del manejo diferencial de la morbilidad y la mortalidad dentro de las series estadísticas se ha centrado en la diferenciación por grupos de edad y género, lo cual, aunque representa una primera visión de las diferentes maneras en que se comporta el fenómeno dentro de determinados agregados demográficos, sigue sin lograr aproximarse, quizá en aras de la cuestionada objetividad, a parámetros más comprometidos con el comportamiento social del fenómeno. Si se toma la edad y el género fuera de un esquema representativo de lo que son las relaciones que hacen más vulnerable a unos grupos sociales frente a otros, y a un género perteneciente a un grupo de edad frente a otros grupos de edad de su mismo género o del otro género, no puede obtenerse sino diferentes movimientos estadísticos que marcan sin explicar el grado de ocurrencia y la concentración de la morbilidad y/o la mortalidad.

En la planeación y en la toma de decisiones en cuanto a políticas y acciones poblacionales relacionadas con las cuestiones sanitarias, es la perspectiva demográfica la que ha tenido las mayores repercusiones, tratando de reconstruir la relación que mantiene la mortalidad con las transformaciones socioeconómicas que ha sufrido la sociedad y a las que de manera directa se asocia su caída (sobre todo de la tasa de mortalidad infantil), como indicador del desarrollo social. Hecho por demás cuestionado frente a los problemas de marginación que se presentan en gran parte del mundo y, asimismo, frente al resquebrajamiento de la base ideológica que durante varias décadas interpretó el devenir humano en un sentido evolucionista y de progreso positivo. Es claro que no basta con aspirar de manera ingenua al bienestar de la humanidad, sino que es necesario comprender la base histórica y económica de su constitución, organización, contradicciones que explican la desigual distribución cualitativa y cuantitativa del fenómeno.

La investigación social de la enfermedad y la muerte

Por lo que toca al trabajo académico y de investigación, en términos generales en México el estudio social de la enfermedad y la muerte ha tenido un impacto escaso, aunque no puede dejar de mencionarse el sólido e importante esfuerzo que en torno a la problemática han desarrollado instituciones como la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X), a través de su Maestría en Medicina Social y del trabajo realizado en el área de psicología. En el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de su Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, y más recientemente el trabajo desarrollado por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, así como el programa de salud reproductiva de El Colegio de México A.C.

Por otro lado, es importante mencionar que aunque no siempre el abordaje de la salud-enfermedad, o de la muerte, realizado por estas instituciones ha girado de manera directa en torno al tratamiento e investigación en epidemiología social, sí se ha inscrito en la búsqueda del análisis histórico y social de un fenómeno para el que el abordaje clínico, o bien el que se desprende del sólo manejo de tasas de morbilidad y mortalidad, resulta limitativo al momento de pretender abarcar el espectro de un problema cuya complejidad deriva de su condición de ser una de las representaciones y de los procesos característicos del propio hacer social.

Al respecto, es muy importante mencionar que en México uno de los principales obstáculos en el conocimiento social de los procesos de salud es, sin lugar a dudas, el hecho de que la investigación sobre el fenómeno durante décadas se concentró en la capital del país, y ha sido sólo a partir de los años ochenta que en otras entidades empezaron a generarse equipos de investigación interesados en recuperar los escenarios inmediatos como objeto de investigación en el campo de la salud. Sin lugar a dudas, las principales consecuencias se verán traducidas en un mayor número de trabajos sobre la materia, que a su vez serán el fundamento de una serie de planteamientos y replanteamientos teóricos y metodológicos sobre el tema.²

² Ha sido sobre todo a partir de principios de los años noventa que la preocupación social por las cuestiones sanitarias empezó a hacer eco en escuelas, universidades y centros de investigación localizados fuera del Distrito Federal. Es un hecho que la falta de recursos e impulso a la investigación científica en dichas instituciones ha sido al tiempo que motivo, consecuencia del atraso de la investigación social

La epidemiología social y el proyecto neoliberal

Las profundas transformaciones económicas que ha vivido el país a partir del gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) se inscriben en el marco de una crisis mundial que en 1979 arrancó en Estados Unidos, y que en términos de desarrollo social supone una política de austeridad (Hernández, 1992), que por diferentes vías afecta la salud de la población. En efecto, la gestión monetarista de la crisis por parte de Estados Unidos constituye el marco de todo un proyecto neoliberal que se ha instalado a nivel mundial y que contiene la base ideológica de los procesos de globalización. En este sentido, los organismos financieros de carácter supranacional —Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional— han tenido un papel determinante y estratégico, ya que sus recomendaciones en materia macroeconómica han sido la base de las políticas económicas implantadas en México (López, 1994) y, en este caso, en América Latina, afectando el desarrollo social en términos de condiciones de vida en que actualmente sobrevive la mayoría de su población. Se genera un severo incremento del desempleo, se contrae el mercado interno, se da paso a un profundo deterioro del aparato productivo y se presentan niveles de inflación inéditos en México (Gutiérrez, 1985) y en la región.

Las recomendaciones hechas en los años ochenta por el Banco Mundial se refieren a la eliminación del déficit fiscal, estabilización de los precios, comercio internacional, así como, de manera muy puntual, a la reducción del papel del Estado en la política social y en la economía (Banco Mundial, 1998). Sin embargo, las consecuencias de la aplicación de estas medidas que teóricamente tenían el cometido de superar la crisis, fueron el empobrecimiento de amplios sectores de la población (Godue, 1998), pues aunque se logró reducir los niveles de inflación que se tenían, el comportamiento macroeconómico se mantuvo lejos de las aspiraciones previstas y supuso, como en el caso de México, privilegiar el destino de recursos al pago de la deuda externa, en aras de sanear la economía disminuyendo los desequilibrios financieros. Como contrapartida, se redujo el gasto social, siendo la salud una de las áreas más afectadas y más vulnerables por las condiciones de vida en que sobrevive la población.

Por otro lado, es importante advertir la manera en que el trabajo de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre los de mayor presencia en el ámbito

mundial, han sujetado su trabajo y las líneas de la política sanitaria internacional a las disposiciones de los organismos financieros con influencias supranacionales (López, 1994).

En el caso particular que nos ocupa, la propuesta de una atención sanitaria focalizada, hecha por el Banco Mundial, supone una manera de enfrentar los problemas de salud desde una óptica de costo/eficacia, centrandó su atención en la disminución de la incidencia de la enfermedad y la muerte, sobre todo de ciertos padecimientos, a partir de un paquete básico de servicios y atención (Banco Mundial, 1993 y Funsalud, 1997).

En este marco, hablamos de una tendencia hacia la privatización de los servicios de salud, en los que el mercado se convierte en la base de toda posibilidad para obtener atención y servicios sanitarios. Los graves problemas sociales por los que atraviesa México, y en su caso América Latina, donde el desempleo, el subempleo y los bajos ingresos que percibe el grueso de la población son la constante, cancelan toda posibilidad de acceder a un tipo de servicio que ha estado en el centro de las luchas y conquistas históricas, como lo es el derecho a la salud, en el cual se inscribe el concepto de ciudadanía, vulnerado a partir del dominio de la lógica del mercado.

Por otro lado, es claro que dadas las condiciones en que actualmente se ha dado el desarrollo de los mercados, hablando no sólo del más tradicional mercado de bienes y servicios, sino de los grandes mercados financieros, la competencia entre las compañías aseguradoras quedaría finalmente, y como de hecho ha ocurrido en otros países, subordinado a un monopolio (Laurell, 1996), con las respectivas consecuencias en atención y servicio para quienes, en este caso, pudieran acceder dentro del mercado a este tipo de servicios.

Si bien es cierto que hablar de morbi-mortalidad es un principio válido para acercarnos a los problemas de salud que enfrenta una sociedad, el problema no se soluciona con la atención y reducción estadística que de este problema, como variable demográfica, pueda lograrse. Es imposible la consistente mejoría de la salud de la población, al margen de las condiciones de vida que la rodean, y ante todo fuera de la dinámica económica, política y de relaciones sociales que la significan.

El contexto económico y social en el cual se produce en México el programa de reforma del sector salud (Poder Ejecutivo Federal, 1994) representa un viraje muy importante respecto a los que tradicionalmente habían sido los lineamientos y la base ideológica que sirvió de sustento a la política sanitaria del país. Las nuevas bases de la política nacional de salud tratan de orientarse ahora al ámbito

de las relaciones mercantiles, al tiempo que la atención a ese grupo creciente de población, inhabilitado para acceder al mercado de la salud se pretende resolver a partir de la conformación de un paquete básico, cuya aplicación focalizada representa una explícita segregación y validación del estigma de la condición de ser pobre.

No es gratuito el rebrote que, en los años ochenta, se produjo de padecimientos como el cólera y otras enfermedades infecciosas registradas en algunos países de América Latina (OPS, 1994) y en otras regiones del mundo, donde los servicios y la atención sanitaria, así como las oportunidades de participación económica y de desarrollo social se han visto drásticamente afectadas a partir de la puesta en marcha de las políticas de ajuste estructural.

A últimas fechas, es común hablar de enfermedades emergentes y reemergentes. En el primer caso se trata de nuevos padecimientos que en las últimas dos décadas han hecho su aparición, poniendo en riesgo la salud de amplios sectores de la población. En particular la presencia del sida ha generado un grave problema de salud pública en el ámbito internacional. Por lo que toca a las enfermedades reemergentes, hablamos de una reaparición de padecimiento que después de una significativa disminución de su incidencia, vuelven a presentarse como resultado de las precarias condiciones de vida de la población; ejemplo de ello pueden ser la presencia del cólera, la tuberculosis, la fiebre amarilla, la malaria y la peste. El deterioro en el aparato sanitario y en las condiciones de vida de la población han propiciado un terreno de indefección individual y social frente a tales enfermedades.

Como podemos ver, existen condiciones sociales propicias para delinear un perfil epidemiológico que se encuentra muy lejos del optimismo fácil con que aún en la actualidad algunos pretenden abordar las cuestiones sanitarias. Sólo el reconocimiento de la salud como un fenómeno que se halla en el centro de las relaciones políticas y sociales, y encuentra significado en ese mismo proceso, puede otorgarnos los elementos para comprender mejor y de manera seria el problema y al mismo tiempo poder incidir favorablemente en él.

En este sentido, estaremos evitando que el trabajo en epidemiología social vuelva a reducirse a una sola enumeración y clasificación de padecimientos, sobre los que se influye a partir de medidas basadas en la aplicación masiva de la tecnología médica, dejando de lado la significación de la enfermedad y la muerte como fenómenos sociales en sí mismos, y en el entendido de que la desigual distribución de la enfermedad y la muerte dentro de la sociedad obedece a su carácter histórico y al tipo de relaciones económicas que la

caracterizan, pero también fuera de todo determinismo, ya que es susceptible de ser modificada en función de la actitud y del trabajo de los propios sujetos históricos.

Bibliografía

BANCO MUNDIAL de RECONSTRUCCIÓN y FOMENTO, 1993, *Informe sobre el desarrollo mundial, Invertir en salud*, Estados Unidos.

BANCO MUNDIAL de RECONSTRUCCIÓN y FOMENTO, 1998, *La larga marcha, una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*, Estados Unidos.

BAZO, María Teresa, 1990, *La sociedad anciana*, S.XXI/CIS, colección monografías, Madrid.

BERLINGUER, G, 1995, "Prioridades en salud y prioridad de la salud", en *Cuadernos médico sociales*.

COPLAMAR, 1989, *Necesidades esenciales en México, salud, situación actual y perspectivas al año 2000*, Coplamar-Siglo XXI, México.

CÓRDOBA, Alejandro *et al.*, 1989, *El discurso académico sobre la salud en México*, Temas Universitarios, núm.13, UAM-X, México.

DE LA FUENTE *et al.*, 1990, *La investigación en salud: balance y transición*, biblioteca de la salud, FCE, México.

FUNDACIÓN MEXICANA para la SALUD, 1997, *Economía y salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México*, informe final, México.

FUENTES Águilar, Luis y Raúl Fuentes, A., 1978, *Salud y vejez I*, ediciones El Caballito, México.

GARCÍA y Garma, Irma, 1983, "Algunos factores asociados con la mortalidad infantil en México", en *Demografía y economía*, vol. 17, núm. 3, México.

GODUE, Charles, 1998, "La salud en los procesos de globalización y de internacionalización", en *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

GONZÁLEZ González, Norma, 1997, *Análisis sociodemográfico de la mortalidad infantil en el Estado de México 1980-1994*, tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

GUTIÉRREZ Garza, Esthela, 1985, "La regulación competitiva como trasfondo del movimiento obrero", en Gutiérrez E. (coord.), en *testimonios de la crisis I, reestructuración productiva y clase obrera*, Siglo XXI, México.

GUZMÁN, José Miguel, 1988, "Mortalidad infantil y diferenciación socio geográfica en América Latina 1960-1980", en Bronfman Mario y Gómez de León José (compiladores), *la mortalidad en México, niveles, tendencias y determinantes*, El Colegio de México, México.

- HERNÁNDEZ Laos, Enrique, 1992, *Crecimiento económico y pobreza en México, una agenda para la investigación*, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, México.
- JENICEK, Milos y R. Cléroux, 1993, *Epidemiología, principios, técnicas, aplicaciones*, Masson Salvat Medicina, España.
- LACOSTE, Yves, 1980, *Geografía del subdesarrollo*, colección Elcano, Barcelona.
- LAMO DE ESPINOSA, Emilio, 1990, *La sociedad reflexiva, sujeto y objeto del conocimiento sociológico*, S.XXI/CIS, Madrid.
- LAURELL, Ana Cristina, 1976, *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social*, UAM-X, mimeo, México.
- LAURELL Ana, Cristina, 1996, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, fundación Friedrich Ebert-ERA, México.
- LÓPEZ Acuña, Daniel, 1982, *La salud desigual en México*, Siglo XXI, México.
- LÓPEZ Arellano, O., 1994, "La selectividad en la política de salud", en Laurell, A.C, (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, fundación Friedrich Ebert-UAM, México.
- McKEOWN, Thomas y C.R. Lowe, 1986, *Introducción a la medicina social*, Siglo XXI, México.
- MORA Carrasco, Fernando *et al.*, 1990, *Introducción a la medicina social y salud pública*, biblioteca universitaria básica, Trillas, México.
- MUMMERT, Gail, 1998, "Repensar la salud-enfermedad-atención en México desde las ciencias sociales", en *Revista Relaciones* núm. 74, Michoacán, México.
- OLIVERA, Mario *et al.*, 1993, *Sesenta años de salud pública en México*, Gobierno del Estado de México/ Instituto de Salud, México.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la SALUD, 1994, *Las condiciones de salud en las Américas*, vol. I y II, Estados Unidos.
- ORDORICA Mellado, Manuel, 1994, "Evolución demográfica y estudios de población en México", en Alba Francisco y Cabrera Gustavo, (comp.), *la población en el desarrollo contemporáneo de México*, El Colegio de México, México.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, 1994, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, 1996, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México.
- SANMARTÍN, H. *et al.*, 1986, *Epidemiología, teoría, investigación práctica*, ediciones Díaz de Santos, Madrid.
- 1998, *Tratado general de la salud en las sociedades humanas*, La Prensa Médica Mexicana, México.
- SCHAEPFER, Pedrazzini Loraine y José Luis, Bobadilla, 1990, "Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: interpretaciones alternativas", *Salud Pública*, vol. 32 núm. 4, México.

SOBERÓN, Guillermo y Jesús, Kumate, 1993, *Vericuetos en la investigación y desarrollo de vacunas*, Biblioteca de la Salud FCE, México.

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD y ASISTENCIA, 1944, *Memoria 1943-1944*, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 1990, *Plan Nacional de Salud 1990-1994*, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 1994, *Reseña testimonial 1988-1994*, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 1999, *Dirección General de Epidemiología, misión*, México.

STARR, Paul, 1991, *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*, FCE/ SSA, México.

TECLA Jiménez, Alfredo, 1992, *Lo social, lo médico y su articulación*, ediciones Taller Abierto, México.

VEGA, Franco Leopoldo y Héctor, García Manzanedo, 1995, *Bases esenciales de la salud pública*, La Prensa Médica Mexicana, México.

VILAS, Carlos M., 1996, "Después del ajuste: la política social entre el Estado y el mercado", en Vilas, Carlos M., (coord.), *Estado y políticas sociales después del ajuste*, Nueva Sociedad, Caracas.