

REFERENCIAS

1. Jackson, D, F.; The study of the family, Fam proc. 4:9, 1965.
2. Ackerman, N. W.; Treating the troubled family, Basic books, N. Y., 1966.
3. Satir, V.; Conjoint family therapy, A guide to theory and technique, Science and Behavior books, Inc. Palo Alto, Calif. 1967.
4. Chagoya, L.; Difficulties in teaching family therapy; artículo presentado en el V Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 1971.
5. Ledeker, W. J. et Jackson, D.D.; The mirages of marriage; W.W. Morton & Co. Inc. New York, 1968.
6. Otto, M.A.; Criteria for assesing family strength, Fam. Proc. 2:329, 1963.
7. Chagoya, L. et Gutterf, H.; Guide pour évaluer le fonctionnement de la famille, Manuscrit non-publié., Septiembre 1971.
8. Watelawick, P.: A review of the poble bind theory, Fam Proc. 2: 132, 1963.
9. Bell N. W., and Vogel, E.F.; The emotionnally disturbed child as a family scapegoat, capítulo 30 en A modern introduction to the family, Free Press, Glencoe, 1960.
10. Millar, T. P.; Limit setting and psychological maturation, Arch gen psych 18:214, 1968.
11. Haley, J.; Marriage Therapy, Arch Gen Psych 8:213, 1963.
12. Westley, W.A., et Epstein, N.B.; The silent hajority, Jossey Bass Inc., Publishers, San Francisco, 1969.

Factores socioculturales de la salud en México

Michel MA: *Factores socioculturales de la salud en México*. Salud Pública Méx., 1986; 28: 278-282.

Resumen: Los patrones nutricionales, la pobreza, el maltrato a los niños y otros factores que pueden ser llamados genéricamente factores socioculturales, han de ser considerados al realizar el diagnóstico situacional de salud, ya que como es sabido, muchas de las enfermedades o cau-

La medicina, en sus más distintas gamas, es y será insustituible para atender las enfermedades que ya se han generado. Para decirlo de un modo puntal, puede llegar a tiempo, pero siempre llega después. En cambio, para evitar que cundan las enfermedades son, sobre todo, las políticas socioculturales de saneamiento ambiental, educación para la salud o mejoramiento de los hábitos alimenticios, las que han demostrado tener una mayor incidencia real y práctica en la evaluación de los niveles de salud de una población.

De hecho, existe una relación indisoluble

¹ Ex-Jefe de Servicios del Secretariado Técnico, Instituto Mexicano del Seguro Social. Subsecretaría de la Vivienda, Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, México.

LIC. MARCO ANTONIO MICHEL¹

sas de muerte están íntimamente ligadas a ellos. La concepción de la práctica médica y, por tanto, la formación de recursos en esta área, tendrían que ser reorientados bajo estos conceptos, a fin de garantizar la salud integral accesible a todos los mexicanos.

entre los indicadores más usuales, utilizados para determinar y diagnosticar la situación de la salud y las prácticas y necesidades socioculturales de la población. Uno de los fenómenos más visibles, a partir de estos indicadores es, por ejemplo, el que se refiere al desfase existente entre la esperanza de vida al nacimiento de los varones y el de las mujeres que resulta mucho más prolongado. Además de los factores socioculturales más conocidos —como son la exposición mayor de los varones a la vida productiva, y en consecuencia, a los accidentes de trabajo y en tránsito—, sería necesario incorporar la consideración de que en México se sigue dando a la mujer, dentro de la educación familiar, una formación más consistente y exigente que la que reciben los varones, a quienes la madre —eje central de la cultura familiar

mexicana— tiende a sobreproteger, facilitándose en apariencia las cosas pero, en rigor, debilitándose y colocándolos en posiciones de dependencia que se reflejan en un más bajo umbral de tolerancia al dolor y a la enfermedad. Este hecho explica, en cierta forma, una mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres de muertes derivadas del alcoholismo y los actos de violencia, causas que mantienen los primeros lugares en las tasas de mortalidad de la población en edad productiva.

Sin embargo, dentro de los factores socioculturales, la pobreza sigue siendo el más grave, determinante y difícil de trascender, para lograr una situación de salud más igualitaria dentro de la sociedad mexicana. Así, la casi totalidad de las muertes "evitables" corresponden a los estratos más pobres de la población, dándose entre estos grupos marginales, en todos los grupos de edad, un 67% de muertes más que en los otros estratos. Como lo han mostrado los trabajos de COPLAMAR, sobre la satisfacción de las necesidades esenciales de la población mexicana: "Del total de muertes por enteritis y otras enfermedades diarreicas, anemias, avitaminosis y mortalidad materna, más del 96% corresponde a este grupo de la población".⁽¹⁾

Nos encontramos, por otra parte, que del 43% de las muertes que se determinaron como "evitables" hace diez años, el 59% correspondieron a los menores de 5 años.⁽²⁾ Este dato apunta hacia un problema sociocultural de la mayor gravedad y transcendencia dentro de un diagnóstico situacional de la salud en México: la cultura mexicana se caracteriza por un clima de agresividad y desatención práctica hacia los niños. La primera agresión que reciben y que afecta su salud de un modo irreversible, es la que se refiere a la tendencia a no proporcionarles alimentos en un nivel igualitario al del conjunto familiar. Según los datos obtenidos a través de los recientemente creados Centros de Orientación Nutricional de los hospitales del programa IMSS-COPLAMAR, nos encontramos con que los niños que constantemente se reciben para su atención de emergencia han sido marginados de la ingesta de los alimentos de los que sí dispone el resto de su familia. En estos centros, por espacio de 3 ó 4 semanas, se les demuestra a las madres que sus hijos se

restablecen rápidamente con sólo proporcionarles los mismos alimentos que ingieren usualmente los jóvenes y los adultos de su familia.

Al respecto, el Instituto Nacional de la Nutrición ha revelado que la llamada "dieta mestiza" incluye alimentos que configuran una dieta balanceada, en términos nutricionales, y que resulta accesible para la casi totalidad de la población nacional: se compone de la mezcla, en el mismo alimento, de tortillas, frijoles, cebolla, jitomate y chile —para los adultos— y para los niños, además de esos mismos 5 elementos, ha de añadirse algo de leche. Esta dieta puede enriquecerse con quelites, nopales y, de ser posible, lentejas. La importancia de incluir estos datos concretos en la orientación nutricional que proporcionan los médicos y los paramédicos en las zonas rurales y suburbanas del país resulta esencial. Incluso podría afirmarse que en las familias de trabajadores y en una proporción considerable de las clases medias, una alimentación de esa índole sería mucho más nutritiva para los niños que los ingeribles "chatarra" o "basura" que se les suelen dar para llenarlos sin nutrirlos, siguiendo muchas veces la inercia del impacto que tienen en niños y en adultos la publicidad comercial de la televisión sobre ingeribles industrializados de nulo valor nutritivo.

La importancia de este factor sociocultural para la salud adquiere un relieve decisivo si se piensa que, de acuerdo con varias estimaciones, el 60% de las defunciones en niños menores de 5 años son consecuencia directa o indirecta de la desnutrición y que uno de cada 4 niños mexicanos presenta deficiencias nutricionales.⁽³⁾ El impacto de la nutrición es tal, que algunas investigaciones han demostrado que mientras los hijos de los habitantes del campo y de los núcleos suburbanos no han tenido en los últimos 50 años ningún incremento en la estatura promedio, los niños de la clase media mexicana han tenido en ese mismo periodo un aumento en el promedio de estatura de 15 cm.⁽⁴⁾

Esta actitud social y cultural de desplazamiento y marginación de los niños se revela también en que, de acuerdo con indicadores mundiales, México es uno de los países punteros en el maltrato físico y psicológico hacia los

menores de edad. Este grave conflicto acumulado repercute en el deterioro de la salud integral de la población, ya que es un hecho comprobado en múltiples estudios de tipo psicosocial, que la formación básica del carácter y de la capacidad física de un individuo se obtiene durante los primeros 7 años de vida, siendo muy escasa y decreciente su plasticidad ulterior.⁽⁵⁾

En este contexto es que adquieren su perfil de gravedad fenómenos tales como la desnutrición infantil, la falta casi absoluta de espacios de recreación para los niños en las grandes ciudades y la poca o nula atención que recibe en nuestro país la educación preescolar. De ahí la prioridad que debe darse a los programas de atención materno infantil, de guarderías y estancias infantiles, así como las acciones de educación para la salud dirigidas a los padres de familia. Los profesionales y los trabajadores para la salud debemos reconocer en este ámbito el terreno más fértil para mejorar las condiciones socioculturales que inciden de modo directo en la salud de las futuras generaciones y que hoy nos obligan a un diagnóstico crítico e inquietante al respecto.

Si bien a los factores socioculturales de la salud se sobreañaden los de carácter estructural, tales como la dependencia tecnológica tradicional en la industria farmacéutica, la sobreconcentración de los profesionales de la salud en las ciudades, la dispersión de las localidades rurales que hace difícil hacerles llegar recursos materiales y humanos, los problemas que le plantea la sociedad nacional a las instituciones de salud, tienen un peso específico importante por sí mismo. Uno de los más arraigados factores de esta índole es el que se refiere a la necesidad de una gran mayoría de mexicanos de ver y buscar en el médico a una especie de chamán milagroso, ligado de algún modo con los grupos y con los hechiceros ancestrales que todavía ejercen sus mágicos poderes en muchas comunidades indígenas y apenas mestizadas. Por esta razón es que, frente a la opción de generar un conflicto desgastante y quizás inagotable, el Programa IMSS-COPLAMAR, destinado a atender a los grupos rurales más rezagados del país, ha establecido acuerdos con las comunidades indígenas en que opera, para apoyar a los curanderos y parteros empi-

ricos, de tal manera que su llamada medicina tradicional adquiera una eficacia práctica y concreta, incorporándole elementos derivados de la bioquímica como ciencia y de la medicina como tecnología que la aplica y como arte de las relaciones humanas destinadas a curar a los individuos, a prevenir sus enfermedades y a contribuir, junto con otras profesiones, al incremento del bienestar integral de las familias y de las comunidades.

Debido, en gran parte, a la tradición que impulsa a establecer un vínculo de carácter paternal, visto desde la figura del médico, y propiciatorio de la gracia, si se le contempla desde la perspectiva del paciente, en México, es observable la absoluta prevalencia de la prestación de servicios personales de salud, lo cual hacía que, para 1980, no llegase al 3% del presupuesto federal para salud y seguridad sociales la proporción de recursos destinados a la prestación de los servicios no personales de salud, lo cual se traduce en el mantenimiento del anacrónico perfil epidemiológico característico de nuestro país.⁽⁶⁾

Por lo que hace a la correlación entre trabajadores de la salud y población en general, nos encontramos con que en 1976 había 8.0 médicos, 4.6 enfermeras y 8.2 auxiliares de enfermeras por cada diez mil habitantes, proporción que no ha hecho sino decrecer en los últimos años.⁽⁷⁾ La absoluta imposibilidad de reducir la proporción de derechohabientes y de solidariohabientes de las instituciones de salud y de seguridad social del país que le toca atender a cada trabajador de la salud, profesional y técnico, obliga a pensar en el imperativo de programas de desarrollo sociocultural destinados a prevenir las enfermedades y a generar ambientes más saludables, en vez de aferrarnos a la idea de que todos los mexicanos llegarán a contar con un médico de cabecera en un plazo no muy lejano. Esta óptica comienza a incidir en las grandes instituciones de salud y de solidaridad social, lo que obliga a invertir sus procesos tradicionales, dando énfasis en primera instancia a los programas de apoyo a la medicina preventiva, después a la medicina general y sólo en un tercer nivel, como ahora se le llama precisamente, a la medicina especializada.

Sin embargo, todavía no se refleja esta magnitud de necesidades de los programas públi-

cos de salud, en la formación de médicos generales y de médicos y profesionales con especialidades tan amplias como las definidas por la atención de un segundo nivel que exige la mayoría de las unidades hospitalarias (gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general, en la rama médica; y psicología clínica, dietología, epidemiología clínica, fisioterapia, química farmacobiológica y trabajo social, en las áreas complementarias). Menos aún se contempla todavía la prevalencia en las universidades y los tecnológicos de la formación de médicos generales que constituyen la inmensa mayoría de la oferta real de trabajo por parte de las instituciones públicas.

Es necesario detenerse aquí, en este problema, porque constituye sin duda un asunto básico de carácter sociocultural. Mientras las necesidades sociales exigen, de aquí al año 2000, que el 56% de los profesionales médicos y paramédicos tengan una formación de carácter general, que el 36% tengan una formación dentro de las grandes áreas de especialidad propias del segundo nivel y sólo el 8% cuente con una formación subespecializada, la tendencia cultural dominante es la estrictamente inversa.⁽⁸⁾ Todavía los estudiantes y los pasantes de la medicina y de las profesiones ligadas con ella, parten del supuesto, casi axiomático, de que lo prestigioso, lo útil para ellos y para los demás, será estudiar una subespecialidad. Nos encontramos así con el fenómeno de que algunos profesionales expertos de la medicina confiesan que sólo durante el 5% de su tiempo de trabajo profesional utilizan el 95% de sus conocimientos, mientras que en el 95% de los casos sólo hacen uso del 5% de su acervo científico, técnico y práctico.⁽⁹⁾ Este fenómeno cultural se agrava con la extraordinaria resistencia de trabajar en las áreas rurales y aún suburbanas.

Si hemos de buscar la aplicación práctica del

derecho constitucional a la salud, será imprescindible ajustar de inmediato los programas de estudio de las universidades nacionales, generar niveles de estudios técnicos de carácter paramédico y organizar, en forma interdisciplinaria y rigurosa, los programas nacionales del servicio social de pasantes.

De no tomarse serias y prontas medidas en la formación de los recursos humanos en el área de la salud y en la capacitación, actualización y reorientación de quienes ya laboran en este sector, sólo lograremos el incremento del desempleo profesional y subprofesional y la atención decreciente de vastos grupos sociales de mexicanos.

Las instituciones de salud y de seguridad social comienzan ya a influir, en la práctica, en una redefinición de las pautas socioculturales que han definido a los servicios de salud en México. Uno de los programas más notables en este sentido es el que se refiere a la atención de zonas marginadas a través de IMSS-COPLAMAR. Con el objeto de atender a poco más de 18 millones de mexicanos marginados tradicionalmente de los servicios de salud, se ha planteado la posibilidad, ya operativa, de intercambiar servicios públicos de salud a cambio de la realización de tareas colectivas destinadas a elevar el nivel de bienestar biopsicosocial de las propias comunidades atendidas por el programa. El ritmo de avance alcanzado ya por IMSS-COPLAMAR revela que sí existe, por parte de la población, una disposición más que favorable para trascender inercias culturales y modificar antiguos rezagos sociales.⁽¹⁰⁾ Resta ahora que los responsables de la formación y actualización de los profesionales y técnicos de la salud realicen su parte para complementar este esfuerzo destinado a garantizar la salud integral, accesible a todos los mexicanos. Y es que, sobre los factores socioculturales de la salud en México, los educadores tienen la palabra.

Michel MA: *Socio-cultural factors and health in Mexico*. Salud Pública Méx., 1986; 28: 278-282.

Summary: Poor nutrition, poverty, child abuse, and other sociocultural factors present in Mexico today have to be taken into account in the situational diagnosis of community health in, as much as these factors, are intimately related to many diseases and mortality. Medical practice

and medical education programs should be reoriented to include the study of sociocultural factors in order to plan health care services which are based on comprehensive services which be accessible to all Mexicans.

REFERENCIAS

1. Coplamar: *Necesidades esenciales en México*. Salud, Editorial Siglo XXI, tomo 4: 69.
2. Ibid. pág. 65.
3. De acuerdo con un estudio de la S.S.A. sobre la situación alimentaria mexicana realizado en 1982, se estima que cerca del 60% de las defunciones en menores de 5 años son provocadas por la desnutrición, como causa básica de muerte, principalmente por el carácter sinérgico entre desnutrición e infección, lo que implica que el efecto de la infección es mayor en un organismo desnutrido porque está débil, no tiene reservas energéticas ni defensas orgánicas. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Unidades Normativas para la Educación en Nutrición, México 1982; 48.
4. Ramos Galván R: *Análisis de dos estudios de peso y talla hechos con 50 años de diferencia en niños de la ciudad de México*. En: Boletín Médico del Hospital Infantil de México 1978; 35: 441-463.
5. Cravioto J, Arrieta L: *Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje*. DIF, ONU, UNICEF, México, 1982.
6. Coplamar: op. cit. pág. 137.
7. López Acuña: *La salud desigual en México*. México: Ed. Siglo XXI 1980; 142.
8. Coplamar: op. cit. pág. 255.
9. Datos recabados de sesiones de grupos de discusión dirigido con directivos médicos del IMSS, durante el periodo 1976/1982, coordinado por la Subjefatura de Enseñanza e Investigación de la Jefatura de Enseñanza e Investigación, Centro Médico, IMSS.
10. Véase: *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*. IMSS, 1983.