

39  
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN  
LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

CRUZ SANTACRUZ LINA

SANTACRUZ ROMERO LUISA

ASESORA

MTRA. AIDA MA. RODRIGUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

MEXICO, D.F. 1992

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Indice de cuadros	iii
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>CAPITULO I</b>	
<b>SITUACION DE SALUD EN MÉXICO</b>	8
<b>Primera Parte: Desarrollo Histórico de la Salud en México</b>	9
<b>Segunda Parte: Contexto Económico, Político e Ideológico actual</b>	31
<b>Tercera Parte: El Programa Nacional de Salud 1990-1994</b>	41
3.1. Programas de acción	52
3.2. Programas de apoyo	53
3.3. Proyectos estratégicos	54
<b>CAPITULO II</b>	
<b>ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b>	56
<b>Primera Parte: Atención a la Salud</b>	57
1.1. El "modelo hegemónico" de atención	57
1.2. El proceso salud-enfermedad a lo largo de la Historia	60
<b>Segunda Parte: El Concepto de APS</b>	72
2.1. Componentes estratégicos y programáticos de la APS	72
2.2. Confusiones acerca del concepto de APS	88
2.3. Niveles de atención a la salud	92
2.3.1. Primer Nivel de Atención	93
2.3.2. Segundo Nivel de Atención	97
2.3.3. Tercer Nivel de Atención	100
2.4. La participación del psicólogo en los niveles de atención	105
2.4.1. Primer Nivel de Atención	106
2.4.2. Segundo Nivel de Atención	108
2.4.3. Tercer Nivel de Atención	109
<b>Tercera Parte: Comunidad</b>	111
3.1. Desarrollo Comunitario	112
3.2. Participación Comunitaria	115

<b>CAPITULO III</b>	
<b>PROPUESTA PARA LA INTEGRACION DEL PSICOLOGO EN EL EQUIPO DE SALUD</b>	<b>120</b>
<b>Primera Parte: La noción de salud mental</b>	<b>121</b>
1.1. Por qué el término Salud Mental	121
1.2. Aproximaciones teóricas a la Salud Mental	122
1.3. La Salud Mental, componente de la Salud Integral	137
<b>Segunda Parte: Tareas generales del psicólogo en APS</b>	<b>145</b>
2.1. El perfil profesional del psicólogo como integrante del equipo de APS	145
2.2. La participación del psicólogo en el sector salud	151
2.3. Atención Preventiva	155
2.3.1. Prevención Primaria	159
2.3.2. Prevención Secundaria	163
2.3.3. Prevención Terciaria	166
2.4. La educación para la salud	174
<b>Tercera Parte: Funciones específicas del psicólogo</b>	<b>181</b>
3.1. Función e intervención del psicólogo en el equipo de APS	181
3.2. Trabajo en equipo	183
3.3. Funciones e intervenciones específicas del psicólogo	188
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>193</b>
Referencias bibliográficas	196

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Diez principales causas de muerte en la República Mexicana en el año de 1922, según nomenclatura internacional de 1909-1912	15
Cuadro 2	Mortalidad por enfermedades infecciosas, tasas por 100 000 habitantes, México 1922-1972	16
Cuadro 3	Enfermos crónicos hospitalizados, S.S.A., 1977	24
Cuadro 4	Proporción del gasto de cada institución dedicado a la atención curativa y preventiva	29
Cuadro 5	Evolución del producto interno bruto, tasas anuales de crecimiento, México 1981-1985	39
Cuadro 6	Mortalidad, por cada 1 000 habitantes, México (1930, 1950 y 1986)	43
Cuadro 7	Tasas de Mortalidad, México 1986	44
Cuadro 8	Características e impacto de los niveles de atención	104
Cuadro 9	Modelo Biopsicosocial de Atención Primaria de Salud	135

## INTRODUCCION

"Prescindir de los componentes psíquicos y sociales de la salud y de los aspectos conductuales de la enfermedad ha sido y es un error fundamental de los sistemas sanitarios."

OMS

Durante el servicio social realizado en el Centro Comunitario de la UNAM, en la colonia Ruz Corines, nos percatamos de la necesidad urgente de atender los problemas psicológicos de la población. Asimismo, el trabajo realizado por cada una de nosotras en diferentes comunidades urbanas marginadas, nos permitió contemplar la posibilidad de instrumentar un modelo de atención a la salud mental que fuera viable y sobre todo, que alcanzara a las mayorías desprotegidas, personas de escasos recursos que quedan marginadas en lo tocante a la atención de su salud.

Cuestionamos qué es lo que podríamos hacer como personas para solucionar este problema nos llevó a preguntarnos qué podemos hacer los psicólogos para preservar una adecuada salud mental en la población.

Con orientaciones diferentes en nuestra formación profesional, una en el área clínica y otra en el área social, encontramos la posibilidad de abordar este tema debido a que no sólo era de gran riqueza desde el punto de vista del análisis del problema, sino que además era necesario abordarlo desde otros campos del conocimiento diferentes de la psicología. A medida que discutíamos el proyecto nos fuimos percatando de que las manifestaciones clínicas que encontramos en nuestros pacientes no se desligan de aspectos sociales y por lo tanto sería un error no tomar en cuenta las dos formaciones que se obtuvieron durante la carrera.

Al inicio, esta empresa nos pareció irrealizable, tendríamos que consultar muchas cuestiones que aparentemente nada tenían que ver con la psicología como leer sobre sociología, economía, política, medicina, epidemiología, además de consultar la información periodística; en fin, todo ello para poder entender el contexto en el cual se ubicaría al psicólogo en su práctica profesional.

Fue así como nos encontramos con la Atención Primaria de Salud (APS) planteamiento de la OMS que nos brindó la oportunidad de ubicar el quehacer del psicólogo en la atención de la salud mental de la población.

A medida que nos informamos y adentramos en esta temática percibimos que en la actualidad la participación del profesionista de la psicología en el área de la salud mental es una necesidad social y política, que puede y debe ser apoyada por las instituciones del sector salud.

En nuestro país, los problemas de salud en el área mental no han recibido la atención necesaria y hasta hace poco son considerados como un problema de salud pública. Además los gastos para esta área siempre han sido insuficientes y la formación de recursos materiales y humanos, descuidada.

Generalmente ha sido el médico el que se ha hecho cargo de la enfermedad mental pero con un enfoque organicista; actualmente, se ha comprendido que la atención de este ámbito rebasa el campo de la medicina y se extiende hacia el de la psicología y las áreas sociales ya que se imbrica con los factores afectivo-conductuales, culturales y socioeconómicos.

Es un hecho que la atención al área mental de la salud no puede ser responsabilidad exclusiva del sector salud, tienen que participar el sector educativo, agropecuario, de vivienda, etc.. Asimismo no puede responsabilizarse únicamente al médico de su cuidado; otros profesionistas, sobre todo el psicólogo, deben participar en la promoción y preservación de la salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (1985) ha insistido en descentralizar la atención de la salud mental para integrarla en la Atención Primaria de Salud (APS) sin que necesariamente esté a cargo de especialistas en salud mental, es decir, que puede y debe estar a cargo el personal general de salud, introduciendo así a la salud mental en la atención primaria (OMS 1990).

La Atención Primaria al responder a las necesidades de la población y no a las necesidades institucionales de salud, se encargará de promover y fomentar la salud así como de prevenir la enfermedad.

Desde esta perspectiva, contemplamos al quehacer médico como el que ha organizado, centralizado y acaparado la atención a la enfermedad mental. Es por ello que para poder ubicar al psicólogo dentro de la atención primaria de salud, tenemos primero que entender cómo se ha desarrollado la atención a la salud en México, cómo se ha caracterizado la práctica y el saber médico, antes de articular a la Psicología como saber y práctica en el contexto de la atención primaria de salud.

Este trabajo, fundamentalmente bibliográfico, está apoyado con opiniones de profesionistas que durante años han trabajado en las comunidades marginadas, conversaciones con especialistas en enfermedad mental y en documentos teóricos que en un inicio nos fueron facilitados para iniciar nuestro trabajo.

Así, estructuramos nuestro proyecto sin perder de vista que el quehacer del psicólogo aún en la atención que presta a su paciente, no se puede sustraer del hecho de que la psicología individual que aplica en determinado momento, es también psicología social puesto que no se puede desvincular la una de la otra, en la medida en que al individuo no se le puede considerar un ser sin ubicación social y en tanto paciente con pertenencia social, hay que ubicarlo como individuo biológico, psicológico y social.

Articular lo económico, social y cultural en nuestro país, entender la situación de salud que guardan las clases sociales, analizar el papel del Estado en materia de salud, así como la conceptualización de la medicina, lo que debe ser la práctica médica, y cuáles han sido las políticas de salud adoptadas por los diferentes gobiernos que ha tenido México, fue una labor necesaria.

Con todos estos elementos surgió la idea de iniciar nuestra tesis a partir del desarrollo histórico de la salud en México, enmarcado en la evolución demográfica, el desarrollo económico, la morbilidad, las políticas y la cobertura de salud en el país. Esto permite una revisión de las diferentes concepciones que han existido sobre el proceso salud-enfermedad y cómo han influido y determinado la atención médica que se ha prestado a la población; la relación que ha tenido la práctica médica, primero con la escuela francesa y después con la norteamericana la cual permanece en la actualidad como la práctica hegemónica.

Estos factores fueron delimitando a lo largo de la historia, la atención a la salud de la población dando prioridad a la atención de los sectores productivos, limitando la de los improductivos y delimitando también, en polos opuestos, lo que es un binomio: la salud y la enfermedad, donde se prefirió siempre curar la enfermedad que cuidar la salud.

En 1974-1976 se elaboró en México el primer Plan Nacional de Salud y no fue sino hasta 1978 en Alma Ata, cuando los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) firmaron un acuerdo donde la política "Salud para todos en el año 2000" dió prioridad por primera vez a la salud sobre la enfermedad del individuo.

Para 1984-1988 apareció el segundo Programa Nacional de Salud, precursor del actual Programa 1990-1994, donde se adoptó oficialmente la estrategia de APS como la directriz de la política del Estado en cuestión de atención a la salud.



No es casual que estos dos últimos programas, sobre todo el de 84-88 hayan aparecido en un momento en que el país se encontraba viviendo una terrible crisis económica sin precedentes en cuanto a su gravedad, que producía un gran impacto en los niveles de vida de la población y como consecuencia de esta baja de nivel se vió afectada la salud de los individuos, especialmente los de los grupos marginados y dentro de éstos, los niños y las mujeres fueron los más afectados presentando cuadros de desnutrición severa.

De qué manera se ha hecho cargo el Estado de la atención a la salud, es lo que abordamos en el segundo capítulo; no sin antes hacer una revisión rápida de lo que plantea el Programa Nacional de Salud 1990-1994 que está vigente.

La concepción que sostenemos sobre la atención a la salud está fundada sobre el trabajo interdisciplinario y sobre la coordinación intersectorial para que la APS pueda ser llevada a la práctica. Para comprender mejor la situación actual de la salud en el país, no pudimos dejar de lado la descripción de como ha evolucionado la conceptualización del proceso salud-enfermedad a lo largo de la historia y la forma como se fueron planeando y desarrollando los diferentes modelos de atención a la salud.

En una primera fase se observó el desarrollo de los servicios de salud y la participación del Estado en la formación, reconocimiento y condiciones para el desarrollo de las profesiones vinculadas a la salud. Posteriormente se observa el desarrollo de la infraestructura hospitalaria en México, donde las especialidades avalaban el modelo biologicista que considera al daño orgánico como único responsable de la enfermedad; y en un tercer período, surgieron los sistemas de seguridad social que adoptaron el esquema de la práctica médica por especialidades donde se "califica" el estado de salud de los trabajadores para decidir si pueden integrarse o no a la producción, si sus condiciones de salud son las adecuadas para permanecer en ella y cuándo deben ser separados del proceso productivo porque ya no le retribuyen beneficios a las empresas.

Por último, en la actualidad, se hace énfasis en que las acciones y selección de criterios generales de salud deben fundamentarse en la prevención y correcta utilización de los tres niveles de atención para disminuir los riesgos y daños a la salud. Aquí, la extensión de cobertura y la participación comunitaria son pilares fundamentales del desarrollo. Desde luego este punto de vista nos obligó a contemplar, por primera vez, la formación de recursos humanos en APS.

Sin embargo pensamos que era procedente explicar primero qué es Atención Primaria de Salud y qué significan y abarcan los tres niveles de atención. Por ejemplo, aclarar confusiones que colocan a la APS como una atención de bajo costo y de menor calidad que otras; como

sinónimo del primer nivel de atención, etc., siendo que la APS no sólo incluye a éste último sino a los otros dos niveles de atención. Tampoco utiliza tecnología simplista sino simplificada, que no es lo mismo, ya que la segunda es resultado de un proceso complejo que se basa en el conocimiento científico, donde la atención debe valorarse no por los medios que utiliza sino por sus resultados.

Una vez ubicada la APS como la base de una estrategia para ofrecer servicios básicos de salud a la población, no podíamos dejar de lado a la comunidad, el desarrollo comunitario y la participación comunitaria a las cuales abordamos conceptualmente ya que en la práctica no se puede prescindir de ellas, tanto más cuanto es sobre la comunidad que se va a desarrollar la APS.

Ya con este sustento teórico nos aventuramos en el tercer capítulo a proponer un modelo de APS donde el psicólogo, como integrante del equipo interdisciplinario, juega un papel importante en la atención a la salud mental de la comunidad, y donde el individuo es considerado como ente biopsicosocial, tres dimensiones que lo determinan y ubican como ser humano.

Se retoma la visión de que la práctica médica y psicológica estrictamente curativas deben ser complementarias y tomar en cuenta prácticas preventivas que se centren en cuidar y fomentar la salud y no la enfermedad y donde la educación para la salud sea un pilar fundamental que cumpla su función. Por otro lado, se plantea que el saneamiento psicosocial de la comunidad sea una realidad, lo que implica que la salud mental sea tomada en cuenta y en serio, y no a nivel declarativo, como un problema que debe ser resuelto, sin tener realmente la voluntad de hacerlo.

A través de la historia vemos la poca importancia que le han concedido las instituciones del sector salud a la salud mental. Aprovechamos este capítulo para cuestionar, al lado de autores como Ferrara, la definición que de la salud hace la OMS e irnos centrando más en la atención integral del hombre, contemplándolo no solamente como ser biológico, psicológico o social sino como todo esto y que además interactúa con otros seres de su entorno y con su entorno mismo.

Pretendemos conceptualizar lo que entendemos por salud mental, partiendo muchas veces de lo que es la enfermedad mental, como contraparte, ya que esto nos permite una comprensión mejor.

De los planteamientos teóricos e ideológicos han surgido los paradigmas de salud mental y las concepciones interpretativas de donde nacen varios modelos como el moral, biogénico, antipsiquiátrico, médico-curativo, etc.. Es en este último en el que nos hemos fijado para

elaborar nuestro modelo de salud mental en la APS. Al plantear nuestro modelo tomamos en cuenta que se debe aprovechar lo ya existente pero adecuándolo a las necesidades y a las políticas actuales y sobretodo a la realidad, ya que ésta indicará si el modelo es o no es viable.

Nuestro modelo coloca a la salud mental dentro de la salud integral del individuo, como una parte que no puede ser separada de lo biológico ni de lo social; intenta crear una alternativa que permita que los trastornos mentales puedan ser manejados dentro de lo que se ha llamado prevención primaria en salud mental es decir, como promoción y profilaxis en este campo, pretendemos que no sea una praxis exclusiva del médico sino de un equipo interdisciplinario donde el psicólogo tenga presencia constante y conocimientos en psicología clínica y social fundamentalmente.

Los problemas de salud mental alcanzan hoy día en nuestro país cifras alarmantes, esto no puede seguir soslayándose, deben ser atendidos por el sector salud. De ser inicialmente un problema individual, hoy ha pasado a vincularse con los problemas sociales y por ende con los de las comunidades.

Desde fines de la década de los años 60 y principios de los 70 se hicieron intentos en el país, por pequeños grupos de médicos, de hacer comprender a los profesionales de la salud que el individuo enfermo física o mentalmente, no puede ser comprendido cabalmente en el proceso salud-enfermedad si se le saca de su contexto sociocultural e histórico. Hacer abstracción de su posición social, de su grupo específico y de su momento histórico nos lleva a desvincularlo de su historia personal como enfermo particular y a asignarle un número, al que se le toma en cuenta sólo con fines estadísticos.

Hemos querido enfocar de esta manera nuestro trabajo, por la sencilla razón, que consideramos que ésta es la forma más seria de orientar un trabajo en pro de la salud mental dentro de la comunidad. La política de salud mental comunitaria permite ubicar la práctica médica y psicológica como actividades dinámicas en permanente proceso y desarrollo, de rectificación y modificación para beneficio colectivo.

Actualmente no existe una preparación integral del futuro psicólogo, ni siquiera está articulada la teoría y la práctica durante la carrera, sin embargo es el profesionista que existe y así se tiene que assimilar a los equipos de salud. Creemos, pese a lo anterior, que el psicólogo como integrante del equipo de salud debe contar con un perfil que lo califique para involucrarse en los diferentes problemas sociales, políticos, académicos y educativos que se presentan en la situación real del país y resolverlos adecuadamente.

Esta inquietud por conformar un perfil profesional del psicólogo que responda a las necesidades del país, está latente desde 1978, cuando miembros del Consejo Nacional para la

Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) se reunieron para discutir y finalmente hacer reflexiones y planteamientos que giraron alrededor de la idea de que no es posible definir el perfil del psicólogo tomando en cuenta únicamente los requerimientos de la Psicología como disciplina sino que se debe ligar ésta a otras ciencias sociales que le permitan al psicólogo interpretar la realidad en su conjunto.

La participación del psicólogo en el sector salud la enfocamos más hacia el fomento y la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad mental que hacia su curación, es decir, la enfocamos más hacia la conservación de la salud mental. La educación para la salud está íntimamente ligada a la prevención y a la promoción de ésta, por eso, se convierte en otro campo donde el psicólogo debe intervenir obligadamente.

A través de este capítulo abordamos diferentes tópicos que tienen que ver con la participación del psicólogo en el sector salud, las funciones e intervenciones que puede tener dentro del equipo de salud de APS donde el trabajo en equipo, precisamente, es parte de nuestra propuesta; terminamos entonces, hablando prácticamente del papel que el psicólogo debe jugar en el equipo de APS.

A medida que fuimos desarrollando esta tesis descubrimos que puede ser útil dentro del área educativa. Es nuestro deseo que este trabajo les pueda servir de apoyo a los compañeros psicólogos y/o médicos que hacen sus estudios de posgrado en las residencias de Atención Primaria de Salud, así como a otras personas interesadas en el tema; que les sirva para introducirse en el conocimiento de la APS y para realizar acciones concretas de salud en las comunidades donde realicen sus actividades..

## **CAPITULO I**

### **SITUACION DE SALUD EN MÉXICO**

## PRIMERA PARTE: DESARROLLO HISTORICO DE LA SALUD EN MÉXICO

Para poder precisar la situación de salud en el país, tenemos que hacer una revisión histórica de ésta, que nos permita explicar, más que describir, los adelantos, estancamientos y retrocesos que han llevado al Estado Mexicano a la actual implantación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como alternativa para resolver las necesidades de 81 140 922 habitantes que requieren atención a la salud a la cual tienen derecho por ordenamiento constitucional.

La panorámica general de los diferentes problemas que nos proponemos abordar en este trabajo, nos servirá de marco para situar la evolución demográfica, el desarrollo de la morbimortalidad, las políticas y la cobertura de salud en México. La realidad sanitario-asistencial mexicana se nos muestra por medio de justificaciones y acciones que han ido cambiando a través del desarrollo socioeconómico del país.

A partir de la Conquista, México sufrió gran cantidad de epidemias que mermaron a la población indígena de la Nueva España sin que se tomaran medidas sanitarias y preventivas adecuadas dado que en aquella época era la instancia religiosa la responsable de dar los servicios médicos y su política de salud se reducía a dar atención humanitaria al enfermo y ayudarle a "bien morir" dentro de los cánones religiosos.

Por su parte, el Estado Virreinal poco o nada podía hacer dado el escaso desarrollo de la ciencia médica y la inexistente integración socioeconómica y política de la Nueva España; no existían comunicaciones adecuadas y había constantemente luchas armadas que impedían la cohesión política del país.

Consecuentemente en esta época no había solución real a los problemas de salud de la población a pesar de que existían el Protomedicato de la Ciudad de México que era el encargado de la vigilancia y regulación de la práctica médica, respecto a la higiene y salud pública.<sup>1</sup> Cuando se consumó la Independencia esta instancia desapareció y se creó la Facultad

---

<sup>1</sup>La labor principal que cumplió el Protomedicato fue movilizar, cuando era necesario, todos los recursos disponibles para detener el contagio inminente de alguna epidemia. Su tarea era en cierta manera preventiva y es comprensible que sólo tuviera éxito relativo, debido a que el único mecanismo de alguna eficacia con que se contaba era el aislamiento de los enfermos. Por lo general, cada ayuntamiento poseía su propio lazareto en donde recluía a los contagiosos y las demás medidas de organización sanitaria solían tener arraigadas deficiencias. Por otra parte, la Junta de Medicina nunca se fijó como objetivo el control de otras causas de mortalidad, ya que eso hubiera significado atentar contra intereses de grupos como el de los mineros, el

de Medicina en la capital a la que se le encomendó la elaboración de un Código Sanitario para la República Mexicana, cuya redacción se terminó en 1833 y culminó en la creación del Consejo Superior de Salubridad que tendría por función la vigilancia de la Salud Pública; función que nunca se pudo concretar porque dicho organismo no fue tomado en cuenta por los funcionarios públicos y porque existían otros factores que impedian su labor.

En 1856, con base en las leyes de desamortización le fueron expropiados los hospitales al clero y se permitió una mayor importación de libros científicos en general y de medicina en particular, hecho que hizo posible que se adquirieran los conocimientos necesarios de la época para combatir las enfermedades. Sin embargo, fue hasta finales de siglo cuando la producción de vacunas permitió combatir ciertas enfermedades transmisibles causantes de epidemias.

En esta época México también lograba una integración económica y política en su territorio gracias a una extensa red de vías de comunicación que el gobierno de Porfirio Díaz había permitido construir a compañías extranjeras; inglesas, francesas, norteamericanas, etc., para sacar los diferentes productos de exportación. México, para entonces, participaba en el comercio internacional y era necesario que contara con trabajadores saludables que le hicieran rentable tal actividad.

Fue necesario entonces proteger la salud de los trabajadores y se pensó por primera vez (1876-1910) en instrumentar las primeras campañas sanitarias. Las políticas sanitarias se centraron en combatir las enfermedades que afectaban a los trabajadores y a la población donde éstos se ubicaban, fundamentalmente, de las regiones productoras de artículos de exportación que fueron las zonas tropicales, portuarias y en general el sureste de la República, de donde salía el henequén, caucho, chicle, la producción agrícola, fruta, etc..

No es casual que en los estados del centro y el norte, regiones mineras por excelencia y que aportaban notables ingresos al país, no se invirtieran recursos humanos y técnicos para cuidar la salud de sus trabajadores. La explicación es, por una parte, que estos estados tenían poca densidad poblacional ya que representaban el 8% del total en 1877, el 10% en 1910 y por otra, que en la minería no se requería tanta fuerza de trabajo como en la producción agrícola (Hernández, 1985, pp. 18-31).

Excepto en el sureste y en la capital del país, la situación sanitaria no mejoró a pesar de que desde 1895 la mayor tasa de mortalidad y los problemas más serios de salud se localizaban en el resto del país.

---

Consulado de comerciantes y la propia Iglesia, cuya fuerza política era considerable.\* (Moreno, et al., 1982, p. 20)

Desde 1878, las diarreas y enteritis ocupaban un lugar preponderante en la mortalidad de la población, solamente en la capital representaron el 10% del total de defunciones; en 1885 el 25% y en 1903 el 21%; hecho que contrasta con el éxito alcanzado en las costas donde el paludismo que causó 41 muertes por cada mil habitantes en 1891, disminuyó a 12 en 1903; la viruela que representó el 14% del total de muertes en 1891, bajó a 0.25% en 1903 y la erradicación de la fiebre amarilla en 1910 (*ibid.*).

Previamente, en 1879 se habían destinado 5,500.00 pesos (de aquella época) a la investigación sobre la fiebre amarilla. Esta investigación fue la primera en México y Latinoamérica financiada por el Estado, que demostró con los resultados obtenidos, como una política sanitaria bien orientada no representa un gasto público innecesario y si resulta una inversión rentable a mediano y largo plazo ya que no sólo permite aumentar el rendimiento del trabajador sino que aumenta el promedio de vida de los trabajadores.

Hemos visto por qué las políticas sanitarias se centraron en la atención privilegiada de cierto grupo de trabajadores, examinemos ahora sobre qué bases ideológicas se logró esta institucionalización de la medicina y la práctica médica sobre la salud de la población. En esta época se definía la salud como "la capacidad del hombre para trabajar", luego entonces, la medicina debería ser la ciencia encargada de realizar este objetivo vía los conocimientos y la práctica médica debería contar con la técnica indispensable para hacer operativo el proceso.

Esta concepción de la salud como fenómeno social, vinculado directamente con la economía y la política vino de Europa, concretamente de Francia, y se desarrolló a raíz de la Revolución Industrial donde el punto de vista de la atención médica individual se cambió por el social, dado el incremento de las enfermedades colectivas que aparecieron en fábricas y alojamientos para los trabajadores. Entre otros médicos, Rudolf Virchow (1821-1902) que estudió la problemática de las enfermedades de la clase obrera, observó que eran las condiciones de trabajo y de vida enmarcados en una situación socio-política concreta, la real etiología de las enfermedades.

Bajo esta perspectiva la medicina resultaba una ciencia eminentemente social. La corriente higienista francesa que conjugaba conceptos de salud con economía y política fue traída a México por intelectuales mexicanos formados en Francia. En México los médicos higienistas se preocuparon porque el gobierno redujera los altos índices de mortalidad de la población y el Dr. Manuel Septién y Llata (1879) propuso que en toda la República se establecieran centros médicos-farmacéuticos, donde se llevaran a cabo acciones de higiene y medicina preventiva para disminuir la mortalidad. Un médico debería atender a 1000 habitantes en lo relativo a la higiene, prevención y tratamiento de enfermedades; contaría con una botica y un ayudante.



Como prueba de la viabilidad de esta propuesta ponía como ejemplo el caso de un poblado de Querétaro "la población con sus 6500 habitantes cuenta con asistencia médica completa por 350 pesos al mes. El médico cuesta 100 pesos, el practicante 25 y la botica 225. Los habitantes de la ciudad pagan 9 centavos o 3 reales al mes por concepto de impuesto por el servicio" (*ibid.*, p. 35).

Este es quizá el primer antecedente, por una parte, de los Centros de Salud de la S.S. y por otra, "el Dr. Septién propuso de alguna manera la creación de una especie de seguro social 63 años antes de que éste apareciera en México" (*ibid.*, p. 36). Esta propuesta no fue tomada en cuenta.

Sin embargo, la Higiene, que hacía más énfasis en la salud que en la enfermedad y la medicina preventiva, fundamentó la política sanitaria del Estado que en ese momento de desarrollo económico daba prioridad a la salud de los trabajadores ya que la enfermedad traía como consecuencia la baja productividad y gran mortandad que hacía que escaseara la mano de obra.

Para 1877, el Consejo Superior de Salubridad pasó a depender de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública por acuerdo de la Secretaría de Gobernación. Hasta esa fecha no había tenido ninguna relación con la política económica del Estado; dos años más tarde, el 30 de junio de 1879, el Consejo pasó a depender directamente de la Secretaría de Gobernación que dictaminó que este organismo representaba al Estado en materia de Higiene.

Establecida su personalidad jurídica y normatizadas sus funciones se asentó que atendería los problemas de salud pública como epidemias, vigilancia en materia de Higiene en la ciudad, campo, fábricas, etc., así como iniciativas al respecto; también se estableció relación con instituciones extranjeras de salubridad.

En 1879 también se inició la separación de la atención a la población; la Beneficencia se encargaría de los "débiles sociales económicos" a los cuales se les prestaría ayuda médica gratuita y el Consejo debería preservar la salud de todos los trabajadores involucrados en la producción. A partir de 1883 se le reconoció como autoridad sanitaria a nivel nacional. He aquí como la oficialización de acciones y políticas de salud resultaron en la institucionalización de la medicina y de la salud pública por parte del Estado y se sentaron las bases para el ulterior desarrollo de las políticas estatales de salud pública por parte del Estado Mexicano.

Antes de continuar describiendo las medidas sanitarias a través de los diferentes períodos políticos, creemos conveniente aclarar que muchos de los planteamientos aquí retomados se centran básicamente en la medicina que por largo tiempo fue la responsable de la atención a los trastornos, tanto físicos como mentales, bajo mecanismos y técnicas médicas.

Es por ello que la atención a la salud mental en nuestro país tiene su origen igualmente en este desarrollo histórico, pero vale la pena introducimos un poco más en aquellos intentos por dar otro tipo de atención a las alteraciones mentales y tener una idea general de cuáles fueron los logros alcanzados.

En 1566 Fray Bernardino Alvarez fundó el Hospital de San Hipólito, primero en América Latina, destinado al cuidado de los enfermos mentales e inválidos (retrasados mentales, ancianos, etc.) donde finalmente se recibieron también enfermos de todo tipo excepto leprosos.

En 1690 se fundó el Hospital Real del Divino Salvador, a iniciativa del matrimonio Sáyago que empezó albergando en su casa a mujeres enajenadas; el arzobispo de esa época decidió brindar ayuda otorgándoles en primera instancia una casa donde pudieron albergar a 60 mujeres dementes para, posteriormente, fundar el Hospital arriba mencionado. Como ya se señaló con anterioridad, la atención se regía bajo conceptos cristianos de caridad, siempre bajo la férula de la iglesia hasta 1810.

En 1821 el Hospital de San Hipólito pasó a manos del Ayuntamiento y en 1824 el Hospital del Divino Salvador. A pesar de ello los clérigos siguieron al frente de la administración y cuidando de los enfermos. Es hasta 1843 cuando su control pasa a manos del gobierno (Guimaraes, 1981, pp. 145-146).

En 1905 durante el porfiriato, se construyó el Hospital General de México y fue hasta 1910 que se fundó el Manicomio General en la Hacienda de la Castañeda que es considerado cuna de la psiquiatría pública en México. Todas estas instituciones más que ofrecer tratamiento, ofrecían custodia tras sus muros a personas perturbadas importantemente, sirviendo más como asilos que como hospitales.

Podemos afirmar que los antecedentes del sistema de asistencia social y salubridad pública se ubican en la época del Presidente Díaz, así como el desarrollo científico y la modernización de la medicina, primero con la corriente higienista y posteriormente con la escuela clínica francesa (COPLAMAR, Vol. 4, 1985, p. 115).

A partir de 1910, al iniciarse la Revolución Mexicana, el país sufrió cambios políticos, económicos y sociales que alteraron todas las instituciones tanto públicas como privadas en las cuales se sustentaba el porfiriato, el efecto económico inmediato fue la caída de la producción agrícola ya que el conflicto se sostuvo prioritariamente en el campo; el retiro de capitales tanto nacionales como extranjeros de la producción no sólo afectaron al campo sino también a la ciudad, esto se reflejó en el área social donde los problemas de la salud se agudizaron, volvieron los brotes epidémicos en todo el territorio nacional que afectaron la

exportación de productos agrícolas. Aquí se ve claramente la interrelación de los problemas sociales, políticos y económicos y lo difícil que es tratar de separarlos.

Esta crisis se prolongó prácticamente por 30 años en los cuales casi se paralizó la actividad agroexportadora. En 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública cuya función era promover la legislación sanitaria, prevenir epidemias por medio de la preparación y aplicación de vacunas, controlar el alcoholismo e inspeccionar la producción y distribución de alimentos y drogas; y algo más importante sucedió, la Constitución del 17 en su artículo 123 plasmó el derecho de los trabajadores a la protección social que ya Flores Magón y Madero venían reivindicando desde 1910 y responsabilizó a los patrones de la protección de los trabajadores contra accidentes y condiciones de trabajo y estableció la obligatoriedad del Estado de expedir una ley del seguro social (Soria, 1968, p. 177).

En 1921 cuando Alvaro Obregón era presidente de la República, se elaboró el primer proyecto de Ley del Seguro Social que no fue promulgado pero tuvo la ventaja de despertar el interés público sobre ese sistema. Pese a todo lo anterior los problemas de salud no lograron resolverse satisfactoriamente y las afecciones epidémicas siguieron siendo un grave problema como lo demuestra el siguiente cuadro donde aparecen las diez principales causas de muerte en 1922 (ver cuadro 1).

Gobiernos posteriores promovieron la legislación y crearon los antecedentes del Seguro Social, aunque en forma limitada tanto Obregón como Calles se preocuparon al respecto, fue con Ortíz Rubio (1932) y con Cárdenas (1938) cuando las tentativas de legislación sobre seguridad social fueron más amplias. Durante el mandato cardenista, petroleros, electricistas y ferroviarios tuvieron prestaciones que podemos relacionar con el seguro social aunque éste todavía no estaba fundado formalmente. Se inició también una política de atención a la salud en la zona rural integrando a los pueblos indígenas, aunque en proporción limitada, además para ello, se instauró el servicio social de los pasantes de la carrera de medicina (1936) y se creó en 1938 la Escuela de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional, hoy Escuela Superior de Medicina. Desde 1930 se crearon los Servicios Médico-Sanitarios-Ejidales que iniciaron sus actividades en las zonas agrícolas de Cd. Anáhuac, Nuevo León y Zacapu Mich., posteriormente, en 1941, se denominaron Servicios Rurales Cooperativos (López Acuña, 1980, p. 102).

**Cuadro 1**  
**Diez principales causas de muerte en la República Mexicana en el año de 1922**  
**Según nomenclatura internacional de 1909-1912**

No.	Causa de defunción	No. defunciones	Tasa
1	Influenza y neumonía	40 998	283.0
2	Diarreas y enteritis	25 765	178.4
3	Fiebre y caquexia palúdica	25 035	173.3
4	Tox-ferina	14 383	99.6
5	Otras enfermedades epidémicas	12 693	87.9
6	Viruela	11 966	82.8
7	Tuberculosis (todo tipo)	11 387	78.8
8	Debilidad congénita y vicios de conformación	10 220	70.7
9	Muertes violentas (excepto suicidio)	9 262	64.1
10	Bronquitis	7 946	55.0
	<i>Todas las causas</i>	<i>362 832</i>	<i>25.3</i>
	Enfermedades no incluidas en la nomenclatura	61 889	
	Enfermedades no especificadas o mal definidas	80 609	
	<i>Todas las causas no incluidas o no especificadas</i>	<i>142 498</i>	

Fuente: Dirección General de Bioestadística, SSA. Citado en "Diez observaciones sobre la mortalidad en México". Martínez, Pedro D., *Salud Pública de México*. Época V. Volumen XII, No. 1, 1970, p. 38.

Durante las décadas de los años 20, 30 y 40 de crisis económica generalizada, aumentó el desempleo y el hambre con sus consecuencias y repercusiones en la salud de la población, por ello la Beneficencia Pública asumió gran importancia al ofrecer a la población atención médica y hospitalaria durante el tiempo que duró la revolución y en el período posrevolucionario inmediato. En 1930 no se registraron cambios importantes en la composición y tipo de enfermedades que se presentaron en 1922, por otra parte, la corriente higienista persistía aún y conservaba su interpretación sobre la salud haciéndola girar alrededor de conceptos económicos, políticos y sociales sin percatarse aparentemente de los cambios que estaba sufriendo el país. En el siguiente cuadro se puede observar como de 1922 a 1940 algunas enfermedades mantuvieron o aumentaron las tasas de mortalidad, para declinar de los años 50 a los 70 (ver Cuadro 2).

En 1937 se creó la Secretaría de la Asistencia Pública antes Beneficencia Pública, cuya función era atender a los más desvalidos, a los "individuos socialmente débiles" dejando a la zaga al Departamento de Salud Pública al adquirir rango de Secretaría.

Cuadro 2  
Mortalidad por enfermedades infecciosas, tasas por 100 000 habitantes, México 1922-1972

	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1972
Difteria	7.5	5.4	5.4	2.1	1.2	0.3	0.2
Fiebre tifoidea	33.2	23.8	27.2	15.4	7.3	5.8	6.5
Gastroenteritis y Colitis	397.2	459.1	488.2	280.6	166.7	143.4	129.7
Gripe e Influenza	50.2	23.9	25.0	16.2	20.5	23.6	11.8
Neumonías	298.8	350.7	354.3	255.0	136.8	146.9	120.0
Sarampión	15.0	92.5	90.7	29.8	16.9	24.2	21.9
Tosferina	99.6	112.1	42.2	46.1	13.2	7.0	8.0
Tuberculosis	67.8	61.4	47.7	35.8	22.9	17.0	15.2

Fuente: Campillo Sáinz, Alvarez Tostado C., González, C.E. "La situación de salud en el país y sus tendencias", Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1975, p. 15.

Ya vimos como la delimitación de funciones de la Beneficencia Pública y del Consejo Superior de Salubridad de la época porfirista, originó una atención diferente de la salud a la población y como en el 37 nuevamente se repite esta diferenciación que va a marcar definitivamente los modos y tipos distintos de atención médica a la población.

En 1930 una concepción nueva de la medicina y de la práctica médica estaba llegando a México, no eran ya las condiciones socioeconómicas las determinantes de la enfermedad sino que ésta era producida por causas específicas. La concepción de la unicausalidad se desarrolló a raíz del descubrimiento de que los microorganismos eran responsables de ciertas enfermedades y después de que Abraham Flexner en Estados Unidos de Norteamérica, elaboró su documento conocido como "Informe Flexner" auspiciado por la Fundación Carnegie y publicado en 1910, donde se hacían recomendaciones para que la enseñanza, la investigación y la práctica médica tuvieran carácter científico. En el siguiente capítulo veremos con más detalle en que consistió este informe y la importancia que tuvo y tiene hasta la fecha (Frenk, 1978).

Con esta nueva concepción, la medicina se olvidó de los factores económicos, políticos y sociales y se centró en la enfermedad tratándola como fenómeno idéntico para todos los individuos; el enfoque social se tornó en enfoque biologicista, se formaron las especialidades cuyo ámbito se redujo a los hospitales y se empezó a hegemonizar el modelo norteamericano científicista de la práctica médica. Sin embargo esto no se redujo sino hasta la década de los

50 ya que de hecho, en las escuelas de medicina y en los hospitales seguía persistiendo la escuela clínica francesa.

En lo que respecta a la atención de la salud mental en México, comenzó a dársele mayor importancia a los trastornos mentales y psicológicos hasta principios de este siglo, cuando a nivel mundial surgieron movimientos en pro de la salud mental (conocida como higiene mental principalmente en E.U.A.) lo que propició la formación de Ligas de Higiene Mental en varios países, fundándose en el nuestro hasta 1938.

En la década 1920-30 se creó el tribunal para Menores, el Pabellón de Psiquiatría infantil del manicomio de la Castañeda y se comenzó a capacitar a profesores para que trabajaran con deficientes mentales. En 1935 con la introducción del uso de la insulina para las terapias de coma y las terapias de choque, se ofreció por primera vez tratamiento relativamente eficaz para los enfermos mentales. En este mismo año se fundó la Secretaría de Educación del Instituto Médico Pedagógico para deficientes mentales, conocido más tarde como "Parque Lira" (Cabildo, 1991, p. 12).

La creciente preocupación a nivel mundial por los problemas mentales modificó los tipos de tratamientos y atención hacia los enfermos, impulsándose las consultas externas como medida de control antes y después del internamiento psiquiátrico. En la década 1930-40, este movimiento mundial consolidó la interrelación de las ligas de higiene mental y propició "la creación de clínicas de conducta, escuelas para deficientes mentales, instituciones para menores infractores, servicios de consulta externa psiquiátrica y la humanización de los hospitales psiquiátricos. Por su lado, se expandía también el movimiento psicoanalítico (*ibid.*, pp. 12-13).

Al iniciarse la década de los 40, México había consolidado su estructura política e institucional, el despegue de la industrialización del país propició por una parte, la iniciación del proyecto del seguro social para los obreros y por otra parte, el incremento de los servicios de salud a la población abierta tomando en cuenta también que los organismos de salud formaban parte de esa consolidación.

La Ley del Seguro Social se firmó el 31 de diciembre de 1942 siendo presidente de la República Manuel Avila Camacho, dicha Ley se publicó en el Diario Oficial el 19 de enero de 1943 dando lugar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que inició sus operaciones en noviembre de 1944 en el D.F., un año más tarde en Puebla y Monterrey y en 1946 en Guadalajara (Soría, 1988, p. 178).

Este acontecimiento obligó al Estado a reorganizar las otras instituciones de salud para que de esta manera se delimitaran funciones y el 15 de octubre de 1943 por decreto presidencial se

creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud, S.S.) fusionando en un sólo organismo la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública los cuales desaparecieron inmediatamente (*ibid.*, p. 179).

Esta aparente contradicción que unfa al Departamenteo de Salubridad, centrado en postulados económicos y de productividad sobre salud y la Secretaría de Asistencia Pública que atendía a las personas "improductivas" de la sociedad, no lo es, si lo enfocamos sobre la perspectiva histórica de que al nacer una instancia que se haría cargo de la atención de la población productiva, la otra, en este caso la Secretaría de Salubridad y Asistencia, tendría que encargarse de la atención de la población improductiva, la excluída de la seguridad social.

Una vez más se marca la diferenciación en la atención a la salud de la población, pero será a partir de esta fecha cuando se hará más notoria si comparamos las erogaciones presupuestrias para cada una de ellas, los recursos materiales y humanos dispensados y la eficiencia y eficacia de ambos.

Esta diferenciación -ya quedó asentado- se fundamenta esencialmente en el hecho de que la Secretaría de Salubridad y Asistencia limitará su atención a la población abierta, donde se contempla la salud de las masas marginadas del sistema productivo, las masas campesinas poco o nada productivas y todas aquellas personas que no tienen acceso a los servicios de salud y que no pueden pagar la atención médica privada; en tanto que los sectores más productivos de la sociedad (obreros y campesinos productivos) serán atendidos por instituciones especialmente encargadas para ello (IMSS) y en donde el Estado ha concentrado sus esfuerzos, reforzado y asegurado los recursos materiales y humanos en tanto que estrecha y disminuye estos mismos recursos para la atención de los habitantes del campo, para los trabajadores eventuales, para el subproletariado urbano y para los desempleados y subempleados que tendrían que ser atendidos por la SSA u otras instituciones de asistencia pública (López Acuña, op. cit., p. 100).

El bajo presupuesto que recibe la SSA en comparación con el que recibe el IMSS, hace que tanto los recursos manteriales como los humanos sean escasos, lo que se traduce en ineficiencia e ineficacia en la prestación del servicio. Baste un ejemplo; en 1980 el gasto ejercido en salud por el IMSS fue de 408 268 millones, en tanto que para la SSA fue de 60 646 millones (INEGI, 1986, p. 70).

Un hecho que favoreció el rápido desarrollo industrial del país, fue la Segunda Guerra Mundial en vista de que durante ella, Estados Unidos tenía que importar productos para su consumo interno que en ese momento no producía debido a su economía de guerra que daba prioridad a la producción de material bélico.

La industrialización tuvo su costo social ya que se llevó a cabo a expensas del sector agrícola, lo que vino a polarizar el crecimiento económico favoreciendo aún más al medio urbano y concentrando la riqueza de tal forma que en las zonas rurales aumentó la pobreza y el desempleo que más tarde fue el origen de la migración del campo a la ciudad, provocando con ello mayor concentración urbana de la población y mayor concentración también de las instituciones de salud en las ciudades de la República más industrializadas como el D.F., Monterrey, Puebla, Guadalajara, etc..

No sólo se polarizó la riqueza en las ciudades, también se dió en las clases sociales que conforman al país, tenemos como ejemplo las facilidades que se le dieron a la burguesía nacional y extranjera con tal de impulsar la industria, en el decreto que se publicó en el Diario Oficial el 17 de febrero de 1940:

"Artículo 1o. Las empresas que se organicen para desarrollar en los Estados Unidos Mexicanos actividades industriales totalmente nuevas en el territorio nacional, gozarán, por término de 5 años, de la exención de los siguientes impuestos: a) Maquinaria extranjera que importen; b) materias primas que utilicen, siempre que éstas no se produzcan en el país. 2. Impuestos sobre la exportación [...] 3. Impuestos sobre la renta [...] 4. Impuestos del timbre [...] 5. Contribución Federal" (De la Torre Villar, 1974, p. 565). En la actualidad esas prerrogativas se mantienen bajo nuevos parámetros.

Esto ha tenido sus efectos a largo plazo y desde luego se ha reflejado en la salud de la población sobre todo en "el sector postergado tanto por la sociedad como por la medicina, el amplio grupo constituido por los marginados que a través de regímenes, épocas y diversas formas de dominación, han subsistido pese a las carencias de todo tipo que parecen caracterizar su destino" (Kumate, 1977, p. 8).

Los problemas de salud se distribuyen de diferente manera en las diferentes clases sociales, como se puede constatar en el estudio pionero llevado a cabo por el Dr. Celis titulado "Patología de la pobreza" (1970); asimismo el acceso a los servicios sanitario asistenciales es diferente. Para que esta situación se agudice coadyuvan diferentes causas entre las que destaca el hecho de que la capacidad de la sociedad para crear empleos se ha rezagado ante la tasa, ahora decreciente, de la población; este bajo nivel de empleo afecta directamente a los factores económicos, sociales, demográficos, educativos y a la salud.

En el campo es donde se registra el índice de crecimiento poblacional más elevado en el país, los campesinos y jornaleros sin tierra o con extensiones tan pequeñas que les permiten la infrasubsistencia; son los que emigran a las ciudades donde se concentran todos los recursos, crean asentamientos humanos alrededor de la ciudad donde existe una extrema pobreza y



carencia de los más elementales servicios, su baja calificación como trabajadores no les permite el acceso a trabajos dentro del sistema de producción industrial y tienen que conformarse con los trabajos no calificados y peor retribuidos, de hecho viven de lo que sobra del sistema. En el peor de los casos, no logran integrarse y se dedican a delinquir aumentando la población carcelaria, o bien, se vuelven alcohólicos, farmacodependientes y presentan trastornos mentales derivados de ello o desequilibrios emocionales causados por el cambio tan radical de vida que puede llegar a ser tan impactante como para crearles hasta psicosis.

No debemos olvidar que "La situación de salud de un país depende fundamentalmente, de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que éstas se producen" (López Acuña, op. cit., pp. 18-19).

Ante estos problemas, el sector salud dejó de lado las necesidades sociales reales y se orientó fundamentalmente a dar los servicios a la fuerza de trabajo, esto obedece 1) a las necesidades económicas de la clase que ostenta los medios de producción; 2) necesidades políticas de dicha clase o del aparato estatal que acaba por situarse al servicio de una clase; por eso se observa con frecuencia que los servicios de salud muchas veces son empleados como instrumento de intermediación política o como mediatizadores de demandas sociales de mayor amplitud; 3) están sometidos a influencias y conceptos de grupos de profesionistas (médicos, odontólogos, etc.) hegemónicos dentro de las instituciones públicas de salud y 4) dependen para su funcionamiento de poderosas industrias como la químico-farmacéutica, de equipos médicos, etc. (*ibid.*, p. 14).

La política oficial de seguridad social y atención a la población abierta fue ampliando su cobertura presionada por el movimiento obrero y no es casual que la expansión y mejoramiento de los servicios se llevaron a cabo después de huelgas de trabajadores o movilizaciones populares, así, en 1948 los ferrocarrileros obtuvieron nuevos beneficios, en 1949 se incrementaron las prestaciones en el IMSS; en 1958 se extendió la cobertura a trabajadores agrícolas permanentes a diez estados del norte entre los que se encontraban Sonora y Sinaloa que contaban con ésta desde 4 años atrás.

En las décadas de los años 40 y 50, como acciones gubernamentales relevantes se encuentran por una parte, la construcción de hospitales de especialidades como el Hospital Infantil de México (1943), el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946), el Sanatorio "Dr. Gea González" y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía como respuesta a la concepción hegemónica norteamericana de lo que debe ser la práctica médica y por otra parte, la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, que anteriormente se

denominaba Dirección General de Pensiones Civiles. Este sistema incluye seguro de enfermedad y maternidad, pensión de vejez, incapacidad y muerte, riesgos profesionales y otras prestaciones (Soria, op. cit., pp. 179-184).

En cuanto a los avances de la atención a la salud mental, en la época de la posguerra (1945) es inaugurado el Servicio de Higiene Mental en el Hospital Infantil de la Ciudad de México, y un año más tarde, el Servicio de Higiene Mental en un Centro de Salud, en el Maximino Avila Camacho; organismos ambos que se centraban únicamente en psiquiatría infantil por desconocerse, hasta entonces, otras formas de intervención preventiva.

Ya para 1947 es fundado el Departamento de Asistencia Psiquiátrica e Higiene Mental de la SSA que, en 1951, se transformaría en el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental. Por estos años en México se hacía especial hincapié en la prevención, lo que motivo a la SSA (1953) para crear "cuatro nuevos servicios de higiene mental en Centros de Salud, con un programa educativo más amplio" (Cabildo, 1991, p. 15).

En 1959 el gobierno de López Mateos después de reprimir la huelga de ferrocarrileros y acabar con el movimiento campesino, incrementó los salarios de los trabajadores en general (obreros, servidores públicos y a las fuerzas armadas) y estableció para los obreros la participación en las ganancias de las empresas. La creación del ISSSTE fue la respuesta que el gobierno tuvo que dar al movimiento magisterial previo.

Por otro lado, como lo indica el doctor Cabildo (1991), el interés y trabajo dedicados a labores preventivas y de promoción de la salud, dió origen a la necesidad de una dependencia nacional de salud mental; así en 1959, el Dr. Velasco Suárez logró la creación de la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental, que posteriormente fue la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, misma que a lo largo de la década siguiente jugó un papel sobresaliente.

En la década de los 60, la cobertura a la población abierta contempló la promoción de la salud infantil, fue así que en 1961 se fundó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y más tarde, en 1968 se transformó en el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN).

Entre 1960 y 1970, gracias a la influencia de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, que permitió la transformación total de la Asistencia Psiquiátrica en nuestro país, fueron clausurados viejos manicomios (entre ellos el Manicomio General cerrado en 1965) y sustituidos por hospitales psiquiátricos modernos, construyendo la SSA una red de 11 hospitales de los cuales, 9 fueron hospitales-granja y 2 hospitales tradicionales; el "Fray Bernardino Alvarez" (1967) para adultos con cuadros crónicos y el Hospital de Psiquiatría Infantil "Juan N. Narro" destinado para niños y adolescentes. Fue en estos dos últimos hospitales donde la asistencia a los enfermos alcanzó mejores niveles dado que

farmacología había tenido también grandes avances, entre 1950 y 1960, con el descubrimiento y producción de fármacos no conocidos hasta entonces que permitían restaurar el contacto con la realidad (De la Fuente, 1981, p. 309) (Cabildo, 1991, p.15).

Ya que tanto la década de los 50 como la de los 60 se caracterizaron por el crecimiento acelerado, a nivel mundial, de conductas antisociales, delincuencia y farmacondependencia, problemas que atraparon principalmente a la juventud, fue necesario dar un viraje de las técnicas terapéuticas hacia un enfoque social, haciendo uso también de métodos epidemiológicos que permitieron abordar desde otra perspectiva la magnitud de estos problemas psicosociales.

Es así que en 1970, ante la fuerte demanda social para controlar la farmacondependencia, surgió un organismo para enfrentar dicho problema, recibiendo más tarde (1973) el nombre de Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ) (CIJ, 1988, pp. 3-4).

A partir de la crisis estructural del país que se inició en los años 70, el comportamiento a largo plazo de los gastos en atención a la seguridad social y a la salud han variado notablemente. Sin embargo durante el sexenio de Echeverría el presupuesto para salud y bienestar público aumentó y fue posible expandir los servicios. En 1971 se expidió la Ley Federal para prevenir y controlar la contaminación ambiental y en 1972 se creó la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente dependiente de la SSA. En 1974 se inició el programa de "Solidaridad Social" a cargo del IMSS gracias a una nueva ley de seguridad social promulgada ese año, donde el gobierno provee el 60% de los recursos, el IMSS el 40% así como la infraestructura de servicios de salud y la comunidad aportaba jornadas de trabajo para el mejoramiento de la salud.

En 1974 se elaboró el primer *Plan Nacional de Salud (1974-1976)*; entre las propuestas más relevantes está la creación de una red federal de hospitales de la SSA, el desarrollo de un plan nacional de alimentación, un fondo nacional de alimentos y un programa nacional de tratamiento de aguas (COPLAMAR, op. cit., p. 120). Se observó en esta época que del 24.4% del total en la protección a la población en 1970 se elevó a 36% en 1976 (Lustig, 1989, p. 102). Esta variación de los gastos debemos contemplarla dentro del marco de la relación salarial dado que el financiamiento del Sector Salud ha sido colectivo; la familia, el mercado, el Estado median para que se lleve a cabo la reproducción en la medida que cuida la atención doméstica y la alimentación del trabajador vía el salario que es impuesto por las fuerzas del mercado de trabajo, a mayor demanda de empleo por parte de los trabajadores menor salario y a mayor demanda de mano de obra por parte del contratista, mayor salario, es decir, el salario que se paga a los trabajadores depende de las fuerzas del mercado, por último,

el Estado prácticamente es obligado, como ya se mencionó antes, por las luchas de la clase trabajadora a construir y hacer crecer el Sector Salud que desde luego incluye la seguridad social donde el trabajador mismo facilita la reproducción del sistema con el aporte de su cuota para el seguro social.

El Sector Salud que ya se había consolidado en la década de los cincuenta y contaba con una infraestructura sólida se convirtió en los años 60 y 70 en un pilar de legitimación del Estado que fue capaz de llevar el bienestar a la población, fundamentalmente a la población trabajadora por medio de sus instituciones de seguridad social. A pesar de ello, en 1976 investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) señalaban: "El nivel de ingresos insuficientes -y su correlato: la desnutrición-, la falta de agua potable y de instalaciones higiénicas, el fecalismo y la marginalidad cultural son las causas reales más importantes de morbilidad y mortalidad en México" (COPLAMAR, op. cit., p. 120).

En 1974 se llevó a cabo la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza y se vio la necesidad urgente de prestar mayor atención a la salud mental contemplando sus aspectos sociales y psicológicos, dado el elevado costo social de su descuido; pese a ello fue hasta 1981 que las instituciones como el IMSS y el ISSSTE dispusieron de camas para la atención psiquiátrica de sus derechohabientes.

En 1975 se creó el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia que en 1977 se transformó en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, este mismo año el IMAN se transforma en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En 1978 se estableció, con carácter obligatorio, la Cartilla Nacional de Vacunación y en 1979 se fundó el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el de la Senectud, también a mediados de este año se instrumentó el programa de servicios médicos IMSS-COPLAMAR que pretende dar atención médica a indígenas y marginados tanto del campo como de la ciudad.

Durante 1968 y toda la década de los 70 se empezó a cuestionar el quehacer del Sector Salud, concretamente el modelo hospitalario implantado en México, se intentó reconceptualizar la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>2</sup> algunos sectores médicos se interesaron por desarrollar la Medicina Comunitaria y se empezó a hablar de la participación comunitaria, retomando las concepciones socioeconómicas como determinantes del proceso salud-enfermedad.

Cuando a mediados de los años 70 la crisis del patrón de acumulación se hizo patente, empezó a aparecer la gestión tecnocrática de este sector que demostró no poder resolver las

---

<sup>2</sup>La Organización Mundial de la Salud fue fundada el 7 de abril de 1948 y definió a la salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o afección".

insuficiencias porque se empeñó en la atención a la enfermedad y no se ocupó de la atención a la salud y prevención de las enfermedades.

Ya en 1977 la Dirección de Salud Mental de la SSA, puso en marcha un programa para abordar los problemas mentales en el primer y segundo nivel de atención, buscando mejorar el manejo de los enfermos mentales; en estos programas trabajaron equipos formados por un psiquiatra, uno o más psicólogos, una trabajadora social y una enfermera además del resto del personal de los Centros de Salud. El trabajo se desarrolló fundamentalmente en la comunidad y poniendo énfasis en la capacitación del personal así como en la enfermedad mental.

También en 1977 se llevó a cabo un censo de enfermos mentales crónicos hospitalizados y se puso de manifiesto que las enfermedades son, en orden decreciente, la esquizofrenia, epilepsia, retardo mental, psicosis orgánica, demencia, complicaciones mentales del alcoholismo y farmacodependencia (ver cuadro 3):

Cuadro 3  
Enfermos crónicos hospitalizados, S.S.A., 1977

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Esquizofrenia	726	34
Epilepsia	515	24
Retardo mental	456	21
Psicosis orgánica	248	12
Demencia	60	3
Farmacodependencia	44	1
Alcoholismo	48	1
Otros	44	4
<b>Total:</b>	<b>2141</b>	<b>100</b>

Fuente: De la Parra, A. et al. (1978). *Censo de pacientes crónicos hospitalizados*. México, D.F.: CEMESAM (Reporte interno).

Los recursos humanos para la salud mental en nuestro país en 1981 eran 725 psiquiatras, 126 trabajadoras sociales psiquiátricas y 22 enfermeras psiquiátricas; llama la atención que no se encuentra en esta información del Instituto Mexicano de Psiquiatría (1980), ningún psicólogo.

La corriente opositora del modelo hegemónico de la práctica médica, a raíz de la declaración de Alma Ata en 1978, comenzó a plantear la necesidad de reforzar el primer nivel de atención a la salud con base en la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) (ver capítulo II).

Para 1980 la crisis financiera se agravó, la deuda del país creció y el Estado sumió a su vez en una grave crisis a las instituciones de seguridad social pese al financiamiento tripartita de gobierno, trabajadores y patrones: los insumos médicos escasearon, las cargas de trabajo para médicos, enfermeras y paramédicos casi se duplicaron, los salarios bajaron y la embestida neoliberal empezó a exigir eficiencia y eficacia de los servicios de salud a menor costo, dando por resultado una política contradictoria del Estado que por un lado intentaba incrementar la cobertura a la población marginada y por otro, disminuía el gasto en salud y así tenemos que en 1983 de el gasto ejercido en salud, que fue de 658 722 millones de pesos; 408 268 millones correspondieron al IMSS; 163 936 millones al ISSSTE y sólo 60 646 millones a la Secretaría de Salud (INEGI, op. cit., p. 70). La organización clasista del Sector Salud se nos muestra con bastante claridad si analizamos los datos anteriores.

Victor M. Soria nos habla del término "Estado de bienestar" y explica que es a partir de la década de los años 60 cuando se puede asegurar que "el capitalismo mexicano logró reunir en lo general el conjunto de procesos sociales que nos permiten hablar de la constitución de un Estado de bienestar" (*Excelsior*, 13-09-1990), cuyo orígenes provienen desde la época cardenista.

La crisis de este "Estado de bienestar" mexicano, como se ha visto, tiene que relacionarse con la problemática socioeconómica para lograr un análisis de la realidad que nos permita explicar su progresivo desmantelamiento. La crisis interna se ha agudizado porque está condicionada por la crisis económica internacional que ha propiciado el neoliberalismo, cuya política es limitar el crecimiento de economías periféricas como la nuestra, a través del endeudamiento externo, a nivel internacional, y a nivel nacional las políticas neoliberales se traducen en compresión y contención de los niveles salariales, elevados niveles de desempleo por la redefinición de las relaciones intercapitalistas y la reestructuración del proceso productivo y las nuevas relaciones del capital con el trabajo, condiciones precarias de trabajo, etc., todo esto ha llevado a una caída dramática del nivel de vida de la población trabajadora.

Toda una cadena de acontecimientos como, inflación, devaluación del peso, dolarización de la economía, especulación, fuga de capitales y endeudamiento interno y externo han erosionado no sólo la soberanía monetaria sino también la soberanía nacional y la legitimidad del Estado.

La austeridad en el gasto público que el gobierno ha implantado, indudablemente obedece a su empeño por dar prioridad al servicio de la deuda soslayando el bienestar social y desplazando su responsabilidad hacia los distintos grupos sociales de la población para que ellos mismos asuman la gestión de su bienestar.

Los últimos datos de esta disminución del gasto público en salud y seguridad social nos muestra una baja en el presupuesto de 1982 a 1987 del 40.7%.<sup>3</sup> La contribución del gobierno con las instituciones de seguridad social también se ha reducido notoriamente incluso hasta desaparecer como es el caso del ISSSTE donde su contribución en 1977 era de un 40.4%, bajando paulatinamente en 1983 hasta el 16.3% para desaparecer por completo a partir de 1984. Para el IMSS aportó poco más del 10% de subsidio excepto en 1981, pero para 1988 esta cifra bajó al 7.6%.

La contraparte que deriva de esta reducción del gasto público en salud y seguridad social se refleja en el retroceso del nivel de salud de los trabajadores y la deficiente atención que prestan los servicios médicos públicos.

Si contemplamos el crecimiento de la población en relación a su cobertura por parte de las instituciones de salud, observamos que en los años cuarenta la tasa se elevó al 2.7% anual, en los cincuenta a 3.1%, en los sesenta a 3.5% para decrecer en los setenta a 2.75% y en los ochenta a 2.2%. Durante tres décadas, la población aumentó en términos absolutos, lo que representó para el sistema de salud una situación difícil en cuanto a proporcionar cobertura adecuada a la población que para 1985 se estimaba en 78,5 millones de habitantes y en 1990 según cifras preliminares del censo se estima en 81,1 millones

En 1944 al inicio del Instituto Mexicano del Seguro Social, éste tenía 355 mil derechohabientes, para 1952 casi había duplicado la cifra a 631 mil, ya en 1946 tenía asegurada a un 4% del total de la población del país; en 1960 su cifra de derechohabientes había crecido a 3.3 millones (Soria, op. cit., pp. 186-187); en el período 1982-1987 la población protegida por el IMSS creció importantemente al pasar de 26'844,938 a 34'336,010 derechohabientes que significa un incremento de 27.7%. Del 31 de diciembre de 1988 al cierre de 1989 la población total amparada pasó de 35'066,352 a 36'150,409 millones; lo cual implica un aumento en cifras absolutas de 1'087,057 derechohabientes 31% más que el año anterior (Programa Nacional de Salud 1990-1994).

Por su parte el ISSSTE inició su servicio con 500 mil derechohabientes, PEMEX con 188 mil, lo que significa que el 11.4% de la población total estaba cubierta por la seguridad social; en 1970 el porcentaje cubierto era de 25.3%, en 1980 representaba el 34.7% y en 1989, 54.3% (Soria, op. cit., p.186).

La SSA en 1978 cubría el 15.6% de la población abierta que junto con las instituciones particulares y otras gubernamentales apenas cubrían el 18.4% lo que daba por resultado que el

---

<sup>3</sup>En 1982 el presupuesto fue de 52 487 millones de pesos y en 1987 fue de 31 110 millones; si tomamos los precios constantes de 1976, la baja representa el 40.7%.

45.3% de la población quedara totalmente descubierta; en 1989, 35.1% de la población era atendida por instituciones para población abierta.

Como ya quedó establecido, el gasto en salud es mayor en las instituciones de seguridad social tipo IMSS o ISSSTE y menor en las que atienden a la población abierta como es el caso de la SSA; esto se refleja directamente en las desigualdades que existen en los servicios de salud en México. "El 75.1 por ciento del gasto público destinado en 1988 a programas de salud, fue ejercido por las instituciones de seguridad social; y un 24.9 por las responsables directas de la atención a población abierta" (*ibid.*).

A manera de resumen y siguiendo a Víctor M. Soria (Excelsior, *ibid.*), podemos distinguir cuatro etapas en el gasto en salud y seguridad social que han sido condicionadas por los patrones de acumulación del país, el desarrollo y consolidación del Estado, la expansión de las instituciones de salud y en menor parte por la influencia internacional.

La primera etapa comprendería desde mediados de los años 20 hasta 1931 cuya característica es la de un gasto público raquítico para atender a la población abierta y que se le asignaba al Departamento de Salubridad; el gasto y la inversión representaban alrededor de 0.25% del PIB.

La segunda etapa se inicia en la época cardenista con la fundación de la SSA y los servicios de salud a los petroleros y ferrocarrileros y continuaría en 1944 con la creación del IMSS lo cual representaba un cambio cualitativo y cuantitativo de los servicios de salud en consonancia con el despegue industrial de México. Por esta época y hasta la primera mitad de la década de los 50 la SSA había consolidado su estructura hospitalaria de segundo y tercer nivel con un presupuesto de 0.5% del PIB.

La tercera etapa se ubica entre 1957 y 1976 en la cual el IMSS incrementó 8 veces a sus afiliados y 13 veces su presupuesto (con precios constantes de 1970); en tanto que a la SSA se le asignó únicamente el 0.75% del PIB,<sup>4</sup> alcanzando en 1970 poco más del 1%.

La cuarta y última etapa se inicia en 1977, continúa hasta el presente y ha estado caracterizada fundamentalmente por la crisis financiera de la seguridad social, reflejo ésta, de la crisis económica del país.

Previa a esta etapa, durante el sexenio de Echeverría, la seguridad social en 1970 incrementó su presupuesto a 2.87% del PIB y más del 3% en los años siguientes hasta alcanzar 3.64% en 1976; después vino el descenso ya mencionado.

---

<sup>4</sup>PIB. Se refiere a la producción total de bienes y servicios en un año expresados en términos monetarios.



En 1983 el gasto total, en términos absolutos, apenas se podía equiparar al nivel que éste tenía en 1975; de hecho la crisis financiera del Sector Salud queda instaurada en el sexenio lopezportillista y continúa hasta la fecha.

Muchos fueron los factores que desencadenaron que la población perdiera credibilidad en el gobierno desde 1968, y que cuestionara la legitimidad del Estado; desde 1972 se agudizaron los conflictos laborales y cada vez fue más cuestionado el Estado en la medida en que la cobertura de las necesidades de la mayor parte de la población no eran satisfechas, entre éstas, la cobertura a la salud. Esto propició que en 1973 se dictara una nueva Ley del Seguro Social y se comenzara la etapa de la llamada "Solidaridad Social" como una respuesta legitimadora, mediatizadora y contenedora por parte del Estado al malestar social. También se estructuró el primer Plan Nacional de Salud (1974-1976).

Estos programas solidarios de salud hicieron que los gastos en salubridad y seguridad social aumentaran un poco más durante el sexenio de Echeverría. El primer Plan Nacional de Salud (1974-1976) representa el inicio de la gestión tecnocrática que busca racionalizar y optimizar la productividad de los servicios en detrimento de la calidad de los mismos, para ello se pensó en la unificación de las diferentes instituciones de salud.

Durante el gobierno de López Portillo a pesar de la reducción del gasto en salud, la política era extender la cobertura a la población marginada, entrando de lleno a la gestión tecnocrática del Sector Salud donde la premisa es optimizar el servicio con reducción de gasto, buscando racionalizar el sistema se abocaron a implementar inicialmente Programas de Extensión de Cobertura de atención primaria (PEC de la SSA 1977) y posteriormente el IMSS-COPLAMAR (1979) que abarca principalmente las áreas rurales.

El propósito de coordinar y unificar el sistema de salud tiene como trasfondo el creciente déficit fiscal y la intensificación de la lucha de los trabajadores a partir de 1972. Este propósito no se ha podido concretar a pesar de que ha tenido ciertos avances porque existe fraccionamiento en el sistema, económica y políticamente el IMSS tiene mayor peso específico dejando a la SSA sin posibilidad real de conducir el Sector Salud.

Para 1976, la crisis financiera y la devaluación del peso frente al dólar hicieron que el gobierno firmara convenios con el Fondo Monetario Internacional (FMI) que fueron ratificados por López Portillo y que dieron lugar al comienzo de la injerencia de dicha institución en la política económica y social de México.

Desde entonces la crisis pesa sobre la espalda de los trabajadores que han visto como su salario se estanca con las políticas gubernamentales de contención salarial y como el gasto en salud y seguridad social según porcentaje de remuneración de los trabajadores bajó de

11.32% en 1977 a 6.36% en 1981. Los diferentes gobiernos -como ya mencionamos- han privilegiado todo programa de extensión de cobertura a la población marginada (PEC, IMSS-COPLAMAR, SILOS<sup>5</sup>, etc.), en un intento de legitimar al Estado al cual se le ha cuestionado primero, por la crisis financiera y luego, por las últimas elecciones (1988) que se consideran fraudulentas por algunos sectores de la población.

El siguiente cuadro muestra el gasto proporcional que cada institución gubernamental dedicó a la atención curativa y preventiva de 1983 a 1988:

Cuadro 4  
Proporción del gasto de cada institución dedicado a la atención curativa y preventiva

	1983		1985		*1988	
	Curativa	Preventiva	Curativa	Preventiva	Curativa	Preventiva
Secretaría de Salud**	39.7	13.9	38.7	14.7	44.7	4.6
IMSS	49.5	1.6	47.0	1.4	39.7	1.2
ISSSTE	29.3	1.1	38.4	1.9	14.8	3.6

\* Presupuestado.

\*\* Hasta 1984: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Fuente: Carrasco y Provencio, 1988, p. 107.

Esta crisis fue más aguda en 1982 y es dentro de este contexto que se implantó como un derecho, la atención a la salud mediante la enmienda a la Constitución en 1983. El gobierno se propone como meta a cumplir: la cobertura universal y la unificación del sistema de salud y para lograrlo se establecen cinco estrategias básicas:

- 1) Descentralización
- 2) Sectorización
- 3) Modernización administrativa
- 4) Coordinación intersectorial y
- 5) Participación Comunitaria

Con la *descentralización* lo que el gobierno persigue en realidad es pasar a los estados parte de la responsabilidad para atender la salud de la población abierta. Con la *sectorización*

<sup>5</sup>Sistemas Locales de Salud.

se pretende que la SSA se constituya en el centro de planeación estratégica para aprovechar mejor los recursos y vigilar las normas de calidad de los servicios de salud y así impulsar la investigación. La *modernización administrativa* dependerá en realidad del presupuesto que se le asigne a la Secretaría de Salud y la capacidad política de ésta para negociarlo. La *coordinación intersectorial* paradójicamente es una estrategia bastante difícil de lograr dado que también dependerá del presupuesto que el gobierno asigne para la solución de los diferentes problemas que tienen que ver con la salud como son: la alimentación, la vivienda, la educación, etc.. De la *participación comunitaria* se puede esperar mucho siempre y cuando se le permita a la comunidad realmente organizarse, cosa que no ha sucedido hasta ahora.<sup>6</sup>

Cómo se van a lograr las metas del Sector Salud y en qué medida la participación de la comunidad va a definir estos logros, es algo que tenemos que contextualizar dentro de un marco económico, político e ideológico. Para comprender con mayor precisión lo que está sucediendo en la actualidad, retrocederemos a los años del inicio de la crisis para identificar los diferentes enfoques teóricos que se han venido desarrollando hasta nuestros días.

---

<sup>6</sup>Estas cinco estrategias instrumentales forman parte de los Objetivos, Metas y Estrategias Generales del Programa Nacional de Salud 1964-1988.

## SEGUNDA PARTE: CONTEXTO ECONOMICO, POLITICO E IDEOLOGICO ACTUAL

A principios de los años 70, la visión fundamentalmente económica del desarrollo social de la década anterior, se modificó y consideró que las relaciones entre crecimiento económico y necesidades básicas tenían el mismo peso específico dada su respectiva importancia, a diferencia de la concepción anterior que aseguraba que la satisfacción de las necesidades básicas de la población derivaba del crecimiento económico, de donde se infería que las políticas sociales estaban siempre subordinadas a las políticas productivas de industrialización.

El avance teórico consistió en que se empezó a comprender que los problemas sociales no están determinados necesariamente por los problemas económicos, sino que deben considerarse como entidades propias multicondicionadas, no sólo por procesos económicos sino también por procesos políticos, históricos, psicosociales, culturales, etc.. Fue cuando se empezaron a reconocer como autónomas y específicas las políticas sociales.

Este enfoque cambió bruscamente en los años 80, cuando los efectos de la crisis, los fracasos de políticas expansivas y redistributivas de algunas naciones, entre ellas México, hicieron que surgiera una visión pesimista respecto a las economías y se empezaron a instrumentar políticas que acuñaron nuevos términos como: "ajuste", "crecimiento sano", "modernización", etc., que sólo sirvieron y sirven para crear una cobertura ambigua a la recesión económica y que implican dar prioridad al pago de la deuda en detrimento del desarrollo económico, hecho que se plantea como "inevitable", para conformarse con tasas mediocres de crecimiento económico revalorándose así la importancia de las relaciones entre los problemas sociales y las políticas sociales.

Ahora se afirma que ciertas metas sociales se pueden alcanzar pese a la recesión económica o del pobre crecimiento del producto nacional bruto (PNB)<sup>7</sup>, es decir, las metas sociales se desvinculan relativamente de las metas económicas, gracias a la "voluntad política de los gobiernos" que pueden hacerlas posibles, "han adquirido una autonomía casi plena en el campo de la teoría" (Soria, Excelsior, *ibid.*). Esto tiene muchas implicaciones como veremos más adelante.

---

<sup>7</sup>Se refiere a la producción nacional más las cuentas externas y cuentas de pago interno.

Según esta visión, el modo mediante el cual será posible alcanzar ciertas metas sociales en un marco de depresión productiva es por medio de planes, políticas, programas, estrategias y uso de recursos tanto humanos como materiales, definidos por el gobierno y su voluntad política hacia los grupos sociales desprotegidos y marginados de la sociedad.

A fines de los años 70 y prácticamente toda la década de los 80, los políticos, funcionarios y estudiosos de las ciencias sociales, han puesto su atención sobre un nuevo término: concertación. Llama la atención cómo nuestro gobierno maneja el término, ya que los contenidos de éste originalmente "se refieren a la creación de condiciones políticas para el pasaje de sistemas autoritarios a sistemas democráticos. Lo que se acordó básicamente en aquellas experiencias fueron las relaciones entre gobiernos civiles y fuerzas armadas, las garantías constitucionales e institucionales para el desarrollo del régimen parlamentario y de partidos, y ciertas reformas mínimas en la estructura del Estado y sus relaciones con la sociedad civil" (*ibid.*).

Sin embargo, los contenidos de los proyectos de concertación que manejan países como el nuestro en la región latinoamericana, se refieren "a las políticas económicas de corto plazo, a la regulación de precios y salarios y a la creación de marcos institucionales y de mecanismos para el procesamiento de las relaciones entre el Estado, los empresarios y el movimiento sindical" (*ibid.*).

Como vemos ni una ni otra de las visiones contempla políticas sociales o metas nacionales que tengan que ver con las necesidades de los grandes grupos marginados entre los que encontramos: la cobertura alimentaria, la cobertura de la vivienda, la atención primaria de salud, etc., para propiciar un descenso en la mortalidad infantil, en otras palabras, programas de vivienda, programas de alfabetización o de servicios básicos en general, en un país como el nuestro donde el 50% de la población carece de alguno de ellos o de todos. Esto significa que los intereses de los grupos de bajos recursos económicos, marginados, no han sido tomados en cuenta preponderantemente en los proyectos de concertación nacional, a no ser de manera tangencial como COPLAMAR en 1977 o en el nombrado Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) a principios de los años 90.

No obstante, creemos que existen posibilidades de instrumentar políticas y metas sociales que sean significativas en economías como la nuestra, que se encuentran en recesión, pese a que se ha visto que la crisis económica actual, tanto como las políticas de ajuste adoptadas por el gobierno para enfrentar dicha crisis, han repercutido de manera adversa en la situación social.

Los indicadores económicos muestran una caída aproximada del 10% en el PNB *per capita*, el salario ha sufrido un descenso de 28% de 1982 a 1989, el desempleo generado por la insuficiente absorción de mano de obra en el sector agrícola y en el sector formal de la economía, hace que aumente la población dedicada a los servicios y sobre todo a la economía subterránea, creando problemas sociales de difícil resolución, dado que la capacidad para crear nuevas fuentes de trabajo está restringida por la misma crisis y porque la elevada tasa de crecimiento de la población hace que la parte económicamente activa reclame empleos para su subsistencia a cualquier precio (el aumento del ejército industrial de reserva, es decir, los desocupados, hace que se haga más acentuada la demanda que la oferta de trabajo y los salarios bajan); debilitándose así su capacidad de negociación (CEPAL, 1989, p. 4).

Las consecuencias sociales de la crisis y de las políticas de ajuste aún no pueden evaluarse de manera adecuada pero son preocupantes en cuanto afectan el poder adquisitivo de los salarios, hecho que impide una buena alimentación, lo que va a repercutir directamente sobre la salud.

En nuestro país se da una contradicción en lo que respecta a la nutrición, pese al deterioro económico, la disponibilidad de alimentos proteícos ha aumentado desde 1974-1976 y sin embargo estudios recientes muestran que el consumo de estos alimentos sufrió un deterioro entre 1984 y 1987, las personas de menores ingresos han substituído las proteínas por carbohidratos y han suprimido en muchos casos una de las tres comidas diarias por el encarecimiento de los productos básicos para el mexicano como son la tortilla y el pan (*ibid.* p. 6).

Esto desde luego tiene repercusiones directas sobre la salud, en cuyo ámbito siguen prevaleciendo las enfermedades infecciosas intestinales como primera causa de muerte infantil y paradójicamente, ante la mayor disponibilidad de alimentos, la desnutrición ocupaba en 1982 el octavo lugar de mortalidad infantil en México, en niños menores de 1 año (SPP, DGE, Tabulación núm. 8, Defunciones Generales, 1982).

Ya en 1984 se advirtió por primera vez, que la tasa de mortalidad había aumentado de 5.2% a 5.4% y que las defunciones "por avitaminosis y desnutrición se incrementaron de 37 a 49 por cada 100 000 nacimientos vivos y registrados entre 1979 y 1982; en ello contribuyó también la menor calidad de los servicios públicos de salud al hacerse un uso más intensivo de ellos por efectos de la crisis" (*ibid.* p. 8).

En una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INN) de la Secretaría de Salud se encontró que los casos de desnutrición severa en las zonas rurales

del país, aumentaron ciento por ciento en los últimos 15 años y se calcula que en el campo el 50% de los niños padecen algún tipo de desnutrición (*La Jornada*, 23-10-90, p. 9).

México es un país con una economía mixta donde la inversión pública y privada determinan el nivel de actividad económica y el volumen de ocupación, sin embargo, la crisis mundial ha propiciado que disminuya dicha actividad con sus resultados lógicos, la desocupación laboral con sus consecuentes daños a la salud.

Como se ha visto, la situación de la salud en México está estrechamente ligada al desarrollo de la economía y ésta a su vez, es la base sobre la cual se construyen las políticas sanitarias que le permiten al Estado mexicano ofrecer cobertura a la población que, por escasos recursos económicos, no participa de los beneficios de la práctica médica privada o de la atención médica que brindan las instituciones de seguridad social.

En la década de los 70, México formaba parte de un grupo de 87 países del llamado "Tercer Mundo" cuyas poblaciones alcanzaban los 1 774,3 millones de habitantes, los cuales representaban el 48.5% de la población mundial y cuyos ingresos fluctuaban entre los 60 y 1 160 dólares del PNB *per capita* (a precios de mercado de la época,<sup>8</sup> si se sacara el promedio entre los que percibían 60 dólares y los que percibían 1 160 nos daría la cifra de 319 dólares de PNB *per capita*). Estos datos se compararon con el ingreso de los países altamente desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica que forma parte de 21 países capitalistas desarrollados cuyas poblaciones constaban de 635.1 millones de habitantes que representaban el 17.3% de la población mundial y la que disfrutaba de un PNB *per capita* de 2 650 dólares anuales. Esta situación nos muestra que México puede situarse dentro de la mitad más pobre de la población mundial.

En lo que respecta al total de la población, México contaba a mediados de 1970 con 50 670 000 habitantes; a mediados de 1980 con 77 938 000 habitantes y en el último censo (1990) los datos preliminares nos dan un total de 81 140 922 habitantes. Esto significa que la tasa anual de crecimiento poblacional ha fluctuado de la década 1960-1970 de un 3.5% a un 2.5% en la década de 1970-1980, y a un 2% en la década de 1980-1990 (Padilla, E., 1980) (INEGI Censos 1990). Este aumento de la población sitúa a México entre los 5 países del mundo cuya tasa de crecimiento poblacional aumenta más aprisa.

Países como México, tienen que aumentar su PNB para poder absorber el fuerte aumento poblacional que tienen, sin que el desarrollo se vea mermado por este aumento de población

---

<sup>8</sup>En 1979 el salario mínimo en México giraba alrededor de los 3 600 pesos o 158 dólares mensuales. Aproximadamente el 35% de las familias se encontraban por abajo de los niveles considerados para la pobreza ("línea de pobreza").

ya que de otra manera se seguirá observando el fenómeno de la década de los años 70, que consistió en que aunque el PNB del país creció 7.2% el aumento de población de 3.5% no permitió que el producto nacional bruto (PNB) *per capita* aumentara su valor absoluto sino su valor relativo ya que si restamos al aumento del PNB de 7.2% el porcentaje de población de 3.5% en el mismo período, tenemos que en México aumentó sólo el 3.7% el PNB que también significa un menor desarrollo por el creciente aumento de la población.

Además de todo lo anterior, el país muestra una clara tendencia descendente en su tasa de desarrollo económico, que obviamente repercute en el sector salud puesto que éste no sólo tiene que enfrentar las vicisitudes que propicia un presupuesto restringido, sino también el problema de un fuerte aumento de la población que le impide una cobertura adecuada a la salud.

Ya quedó establecido que el aumento de la población así como el lento crecimiento de la economía son factores que determinan el desarrollo económico del país; otro elemento que falta señalar es el papel poco dinámico que desempeña el comercio exterior en nuestra economía (en la actualidad se espera que esto cambie al firmarse el Tratado de Libre Comercio (TLC)), que ha perdido dinamismo debido a la influencia de factores externos ya que las exportaciones tropiezan con las fluctuaciones de los precios para sus productos en el mercado internacional donde éstos se vuelven menos competitivos por el atraso de la agroindustria.

Esto tiene graves consecuencias para el bienestar de la población en donde poco menos de la mitad vive de la agricultura, cuya productividad es muy baja; el campesino produce aproximadamente el 20% de lo que produce el obrero, hecho que nos explica la pobreza que se vive en el medio rural y nos muestra el gran desequilibrio estructural entre ocupación e ingreso.

Este desequilibrio ha propiciado el fenómeno migratorio del campo a la ciudad dando como resultado un fuerte crecimiento urbano con todas las implicaciones que esto acarrea; asentamientos irregulares, marginación, desempleo, delincuencia, insalubridad, hacinamiento, etc., todo esto, fiel reflejo del desarrollo económico ya que la concentración industrial y el desarrollo del comercio son factores que determinan esta migración que supone mayor participación de hombres y mujeres en las actividades económicas, mayores ingresos que en el campo, etc..

Podríamos suponer que esta mayor participación de la población elevaría el ingreso real *per capita*, pero como ya quedó establecido anteriormente, no es así, ya que si al PNB real le restamos la tasa media anual de crecimiento poblacional nos dará un PNB *per capita* disminuido, sólo promoviendo en estos momentos críticos de la economía mexicana que



aumente la tasa de crecimiento del PNB real, que se redistribuya el ingreso adecuadamente se podrá neutralizar el gran crecimiento de la población. Ya se observó en el período comprendido entre 1963 a 1972 como "el PNB real creció en promedio a una tasa de 7.1%, pero como la población creció a una tasa media anual de 3.5%, el PNB *per capita* real aumentó el 3.6% como promedio anual y la tasa de desarrollo fue de 2% como tasa media anual" (Padilla, op. cit., p. 27).

Esta dependencia de la economía con carácter fluctuante y profundos desequilibrios ha generado por más de 50 años una distribución desigual de la riqueza nacional que ha reducido al mínimo el poder adquisitivo de los salarios de grandes sectores de la población. Cabe señalar que a partir de 1982 la dependencia económica gira fundamentalmente alrededor del compromiso político de México con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y con el Banco Mundial (BM) ya que son en la actualidad estas fuerzas políticas las que definen la economía del país, el compromiso del pago de la deuda hace que la política gubernamental se centre en el recorte presupuestal de programas de vivienda, educativos y del sector salud; incrementa los impuestos y congela los salarios.<sup>9</sup>

Si a todo esto le agregamos la mala distribución del ingreso, concentrado en una élite que especula con la riqueza en lugar de invertirla, que se ubica en áreas geográficas reducidas del país, lo que crea grandes desequilibrios regionales que se traducen en zonas de altos niveles de desarrollo, prósperas; en contraste con zonas deprimidas, con un gran atraso en su economía, aparte del gran atraso de la agricultura y consecuentemente de su población, vemos que existen graves consecuencias sociales que ubicaremos sólo a partir de la crisis económica de 1982-1985.

"Desde 1982 México vive una crisis económica sin precedentes en cuanto a su gravedad. La crisis ha tenido sin duda, consecuencias importantes en los niveles de vida. La impresión generalizada es que los actuales niveles de vida de grandes proporciones de la población se han deteriorado fuertemente" (Lustig, op. cit., p. 421). Si bien es cierto que México ha tenido un alto crecimiento económico desde hace 50 años y pese a que los diferentes gobiernos se han preocupado de diferente manera en las áreas de educación, seguridad social y salud, al final de la década de los 70, en el país aún existían serias deficiencias en el bienestar de la población que se han venido agravando hasta la fecha (1991); a una década del año 2 000.

---

<sup>9</sup>El Secretario de Hacienda y Crédito Público declaró en 1990 que "Los ingresos adicionales que lleguen al país por concepto de la venta de petróleo, como consecuencia del conflicto en el Golfo Pérsico, no se utilizarán para incrementar el gasto público, sino para aumentar los fondos de tesorería y coadyuvar a solucionar el problema de la deuda interna" (Excelsior, 25-08-1990).

La situación respecto al ingreso de la población mostró que en 1977 aproximadamente el 35% de los hogares tenían ingresos inferiores al salario mínimo vigente (alrededor de 120 dólares por mes) y que de estos hogares, la mayoría eran de campesinos, trabajadores agrícolas y miembros del denominado "sector informal", comerciantes en pequeño y servidores personales; en las zonas urbanas.

El Instituto Nacional de la Nutrición encontró que en 1979 cerca de 19 millones de personas estaban desnutridas, de las cuales 13 millones vivían en el campo. En 1981 la tasa de mortalidad infantil se calculó en 50 por cada mil niños nacidos vivos lo que situó a México por encima de otros países con ingreso *per capita* inferiores como Paraguay y Malasia por ejemplo. El 12% de los niños nacidos tenían poco peso al nacer, proporción mayor que en otros países con ingresos bajos como Panamá y Colombia, y en 1982 la octava causa de muerte en niños menores de un año fue las deficiencias de la nutrición (INEGI, op. cit., p. 49).

Diversas encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Salud Mental revelan que el 10% de los niños presentan trastornos emocionales o de la conducta y que el 40% de los pacientes que acuden a la consulta externa de salud mental son niños (Soberón, 1988, p. 157).

En 1978, por la concentración geográfica de los servicios de atención a la salud se estima que el 45% de la población no contaba con los servicios que prestan las instituciones gubernamentales que son servicios gratuitos o semigratuitos; y los recursos presupuestarios fueron asignados excesivamente a los servicios de atención de tercer nivel, hospitales de especialidades que comparativamente atienden menor cantidad de personas que los de atención de primer nivel que tienen mayor demanda y siempre están saturados (85% primer nivel, 12% segundo nivel y 3% tercer nivel).

Para 1980 la tasa de analfabetismo era de 15% que si se compara con el 22% de 1970 muestra un mejoramiento substancial pero que dista mucho de alcanzar un nivel aceptable para un país que como México ha promovido la alfabetización. Por último, se calcula que en 1980, el 22.3% de viviendas no contaba con ningún servicio, el 50% no tenía agua potable ni drenaje y el 25% no tenía luz eléctrica.

Todo lo anterior nos muestra que a pesar del crecimiento y desarrollo sostenido en México desde la década de los 40 y pese a que los servicios sociales se han expandido, antes de que se iniciara la nueva crisis de 1982-1985, ciertas necesidades básicas de la población aún no estaban satisfechas.

El papel que el gobierno mexicano ha tenido y tiene que desarrollar en el área que nos ocupa, la atención estatal a la salud de la población, está íntimamente ligado en origen y

evolución al desarrollo global del país por una parte, y por otra, al desarrollo y evolución de la conceptualización del proceso salud-enfermedad y a la práctica médica en el país; ya que éstas han influido y siguen influyendo en las políticas de salud del Estado Mexicano como lo demuestra el "Programa de Desarrollo Rural Integral", el "Programa de Extensión de Cobertura", el programa "IMSS-COPLAMAR" y actualmente el "Programa Nacional de Salud 1990-1994" cuya estrategia fundamental es la atención primaria de salud (APS).

Estos programas, como veremos más adelante se fundamentan en los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que a su vez resultan del análisis de la situación mundial, tanto económica como social y tratan de modificar las condiciones materiales de vida hacia quienes van dirigidos. Reiteramos que la atención a la salud por parte del Estado Mexicano y la estructuración de sus políticas de salud no las podemos desligar del desarrollo económico y social, es decir, del momento histórico concreto ya que éste tiene diferentes aspectos de tipo coyuntural.

Como ya se ha mencionado, la mayoría de la gente pobre se encuentra en el campo, concretamente en los municipios agrícolas pobres y en las áreas marginadas de las ciudades en los sectores urbanos de menores ingresos compuestos por trabajadores informales, es en estos grupos donde los efectos de la crisis económica son más notorios.

En el campo los ingresos provienen de la venta de la fuerza de trabajo (mano de obra) y del producto de la tierra, lo que hace que este ingreso dependa en última instancia, del empleo y los salarios agrícolas por una parte y de la producción y los precios, por otra.

Esta crisis también toca a los sectores urbanos de la clase media cuyo retroceso en sus ingresos se ha generalizado y se traduce en la afectación de sus acostumbradas formas de vida, abandonan por ejemplo la utilización de la medicina privada por los hospitales públicos o bien la utilización de las instituciones de seguridad social como el IMSS e ISSSTE que anteriormente no frecuentaban a pesar de tener derecho, el cambio de sus hijos de escuelas privadas a públicas, postergación de vacaciones o de renovación de bienes muebles e inmuebles, etc..

El costo de la canasta básica alimentaria para una familia tipo, ocupaba alrededor del 30% del salario mínimo a principios de 1982 llegando a ocupar más del 50% en 1986 (Lustig, op. cit., p. 433) y en la actualidad resulta más gravoso no sólo para los grupos mencionados sino también para las familias con ingresos medios; lo que es un indicador de la pauperización de la clase media.

Con base en una encuesta realizada en 1983 por el Instituto Nacional del Consumidor se observó que hubo un descenso en el consumo de *todos los alimentos*, excepto las tortillas, en

familias cuyo ingreso fue menor a dos salarios mínimos. Se substituyeron las proteínas animales por carbohidratos. En una segunda encuesta realizada en 1985 los resultados fueron semejantes. En lo que respecta a la salud, educación y comportamiento social, se ha observado que los efectos de la crisis económica sobre la salud se reflejan a largo plazo y que existe una correlación significativa en términos estadísticos entre desempleo e indicadores de salud tanto física como mental. Indicadores globales nos muestran que hay deterioro en los estándares de salud, por ejemplo, nos encontramos que en 1983 entre las primeras 10 causas de muerte en niños menores de un año están las deficiencias de la nutrición (INEGI, 1983, p. 49).

Respecto al comportamiento social se ha observado que los actos criminales relacionados con la obtención de bienes materiales ha aumentado, es decir, que los robos reportados en el D.F. en el período de 1977 a 1981 tenían un incremento anual de 3.7%; en 1982 aumentó al 9% y en 1983, cuando la crisis hizo que el PNB tuviera su peor caída, la cifra se elevó al 65% (Lustig, op. cit., p. 434).

Baste comparar las tasas de crecimiento del PIB para darnos cuenta de por qué 1982-1985 se consideran años de crisis sostenida (ver Cuadro 5):

Cuadro 5  
Evolución del producto interno bruto, tasas anuales de crecimiento, México 1981-1985

	1981	1982	1983	1984	1985
PIB	8.0	-0.5	-5.3	3.5	2.7

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto, Cuentas Nacionales y Banco de México, Indicadores del Sector Industrial (diversos números).

Esta crisis se ha configurado dentro de un marco de deuda externa, déficit del sector público, inflación, etc., que han hecho pasar a un segundo término la producción y fundamentalmente el bienestar de la población. Esto ha tenido un costo social y político como se vio en las elecciones del 88 y en las movilizaciones de trabajadores en la actualidad.

En 1982 fue necesario que el gobierno hiciera ajustes buscando principalmente el logro de metas macrofinancieras del déficit público, sector externo, y reducir la inflación dejando en segundo término la creación de empleos y el bienestar social tan mencionado en el discurso político.

"Crecer y pagar" como estrategia gubernamental, ha generado que en los estratos de la población que han registrado severas disminuciones en sus niveles de ingreso, la alimentación esté cambiada en detrimento de su salud ya que todo lo que sucede en el campo de la alimentación tiene un impacto sobre los niveles de salud de la población en forma directa. Esta política también propicia el deterioro y estancamiento en la calidad y en la cantidad de los servicios públicos de salud resultantes de la reducción del gasto asignado a la seguridad social y a la salud.

Las políticas de salud del Estado Mexicano se han caracterizado desde los años 40 por atender solamente a una fracción de la sociedad, favoreciendo particularmente a los trabajadores de la industria y del Estado; población que se ubica en las zonas urbanas donde se concentra la mayor parte de los recursos financieros, materiales y humanos del sector salud lo que da por resultado que para gran parte de la población los servicios de salud del sector público no sean accesibles tanto geográfica como económicamente, no hay disponibilidad, suficiencia y continuidad; el modelo curativo de atención a la salud es costoso e incongruente con las necesidades de salud de la población ya que supone escasos beneficios sociales.

Respecto a los programas preventivos predominan los de inmunizaciones y control de vectores sobre el resto de los recursos preventivos, que si bien es cierto han obtenido importantes victorias, esta estrategia tiene varias limitaciones si no se acompaña de la educación para la salud y sobre todo del mejoramiento de las condiciones materiales de vida de la población.

La multiplicidad de programas y planes inconexos entre las instituciones sobre un mismo campo o problema, aunado a los cambios sexenales que interrumpen la secuencia programática, impiden la consecución de los planes y fragmentan las acciones del sector salud.

Ante este panorama y considerando que el modelo médico actual -el curativo- no resuelve los problemas fundamentales de salud del país ya que siguen persistiendo como primeras causas de muerte las neumonías, gastroenteritis, y otras enfermedades diarreicas que hacen evidente el agotamiento del modelo vigente, incapaz de enfrentar el proceso salud-enfermedad en México, el gobierno actual trata de dar solución a todo esto, por lo menos a nivel declarativo, con el Programa Nacional de Salud 1990-1994.

### **TERCERA PARTE: EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1990-1994**

Las políticas nacionales de salud varían según sea el sistema político, económico y social del país que las instrumenta. México es uno de los muchos países que han establecido planes para organizar sus sistemas de salud, con objetivos y metas bien definidos, apoyado en los distintos tipos de servicios e instituciones de salud con que cuenta.

La Secretaría de Salud por disposición legal es la coordinadora del Sistema Nacional de Salud y asume funciones normativas, de asesoría y de evaluación. Este Sistema Nacional de Salud está integrado por los servicios de salud y asistencia de las entidades del sector público, de los gobiernos estatales y municipales y los que proporcionan los sectores social y privado cuya incorporación al sistema se lleva a cabo mediante inducción y concertación.

Este Sistema de Salud dirigido por el Estado incluye distintos tipos de servicios: local, de distrito y central. En el primer tipo encontramos los elementos esenciales de la atención primaria de salud (APS) y está representado por los Centros de Salud T-I, T-II, T-III, los Sistemas Locales de Salud (SILOS), etc.; en el segundo tipo se encuentran la Oficina de Salud o Jurisdicción encargada de coordinar todos los asuntos de salud de la misma e incluye hospitales, laboratorios, servicios de Higiene y Escuelas de Enfermería y paramédicos; y por último, a nivel central está la Secretaría de Salud que se ocupa de dictar los Planes de Salud, planifica las acciones sanitarias, administra los servicios y las instituciones de salud estatales y de ciertos servicios del medio ambiente, hospitales generales y de especialidades, etc..

Como este modelo no ha demostrado su eficacia se está tratando de implementar la descentralización desde el sexenio pasado para que cada estado o jurisdicción defina sus estrategias de salud según sus realidades específicas pero sin abandonar la política especificada en el Programa Nacional de Salud (OPS/OMS, 1981), normatizado por la Secretaría de Salud.

El Plan Nacional de Desarrollo de este período gubernamental según la Ley de Planeación vigente en el país, fue publicado recientemente y en él aparece el Programa Nacional de Salud 1990-1994 que incluye la participación de la medicina pública, la social y la privada.

Este programa constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud para alcanzar objetivos y metas diseñadas a nivel internacional por la OMS y con las cuales está comprometido nuestro país; este programa también es una guía para usar racionalmente los

recursos materiales y humanos para intentar resolver los problemas de salud existentes en México.

"describe los lineamientos programáticos en las áreas de fomento de la cultura de la salud, acceso universal a los servicios con equidad y calidad, prevención y control de enfermedades y accidentes, protección del medio ambiente, saneamiento básico, regulación del crecimiento demográfico y asistencia social, así como los correspondientes al ordenamiento de las respectivas actividades de apoyo, incluidas aquellas que contemplan actividades futuras". (PNS 1990-1994, p. 3)

Para poder implementar este Programa fue necesario elaborar un diagnóstico situacional para destacar las causas principales de daños, analizar la magnitud poblacional, tasa de crecimiento, distribución espacial de esta población y composición por grupos étnicos, esto último para tener elementos para dar cuenta de las características epidemiológicas principales de la población.

En este Programa se toma en cuenta la influencia que han tenido sobre la salud, factores condicionantes como la educación, la vivienda y el ambiente, asimismo se destaca lo relativo al fortalecimiento de los SILOS y aborda lo referente a la modernización administrativa, la descentralización de los servicios, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Cubre los rubros correspondientes a la atención prioritaria a grupos marginales que son los más vulnerables y a regiones menos protegidas, fundamentalmente las rurales, ampliando la cobertura e implementando la eficiencia del modelo de atención a la salud que enfatice la atención médica de primer nivel.

Se intenta aumentar la capacidad de servicio mediante la rehabilitación de las instalaciones, la mejoría en la gestión y participación de personal no profesional, siendo la preocupación fundamental que los servicios estén orientados a fomentar la salud, a prevenir las enfermedades, a restaurar la salud cuando se haya perdido y a rehabilitar a los incapacitados físicos o mentales.

En general el Programa Nacional de Salud se desarrolla de la siguiente manera: Respecto a la evolución demográfica, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de la Secretaría de Programación y Presupuesto (INEGI) reporta en los resultados preliminares del XI Censo General de Población y vivienda al 12 de marzo de 1990, que la población total del país es de 81'140,922 habitantes de los cuales 41'262,386 (50.9%) son mujeres y 39'878,536 (49.1%) son hombres esto nos lleva a concluir que el crecimiento en la última década fue de 2.3% y que el país ha duplicado su población en los últimos 25 años.

Ya en 1988 se estimó que el 66% de la población vivía en zonas urbanas y 34% en el área rural y que el 37.5% eran menores de 15 años.

Sobre estas bases y al constatar mejores condiciones de salud y bienestar alcanzadas por el país a través de su desarrollo histórico, que ha permitido una transición epidemiológica y demográfica notable que se ha caracterizado por una evidente disminución de la mortalidad iniciada en la década de los años 30, que ha llevado a la población a aumentar su esperanza de vida de los 40 a los 67.1 años durante el período comprendido entre 1930 y 1989; la Secretaría de Salud implementó el Programa Nacional de Salud 1990-1994 que contempla estos datos encontrados durante su análisis situacional de salud en México.

### **Mortalidad y Morbilidad**

*Mortalidad.*- En 1988 aproximadamente 7 de cada 10 mexicanos residían en localidad urbana, los 3 restantes en el área rural pero con una dispersión tal, que un 14% de esta población está distribuida en 110 mil localidades con menos de 500 habitantes cada una lo que representa una seria dificultad para conocer su situación de salud y en consecuencia, atender la demanda de servicio de manera adecuada.

Sin embargo, se conoce la mortalidad general, que como indicador extremo de los daños nos permite conocer el nivel alcanzado en salud. Esta ha descendido en forma notable como se observa en el siguiente cuadro (6):

Cuadro 6  
Mortalidad, por cada 1 000 habitantes, México (1930, 1950 y 1986)

Año	1930	1950	1986
Mortalidad	26.0	16.2	5.0

Fuente: Programa Nacional de Salud, 1990-1994, pp. 7-8.

Asimismo, en 1950 las enfermedades del corazón, los accidentes, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares representaron 9.8% del total de fallecimientos, en tanto que en 1986 esa proporción fue de 32.7%. Las enfermedades infecciosas en cambio han ido descendiendo pese a lo cual continúan ocupando un lugar relevante entre algunos grupos y regiones del país. En 1950 los accidentes representaron 2.9% del total de las defunciones ocurridas en el país, en 1986 representaron el 10.9% ubicándose en el segundo lugar de



mortalidad general con una tasa de 55.1 por cien mil habitantes. Esto nos muestra los efectos de la industrialización en un país del tercer mundo como es el nuestro.

La mortalidad de menores de 5 años es uno de los indicadores de salud de mayor sensibilidad para medir las condiciones sociales y económicas prevalecientes en la población. En general la mortalidad infantil ha bajado y se supone que ésta se puede reducir aún más si se hace énfasis en las acciones de prevención y fomento de la salud (ver Cuadro 7)

Cuadro 7  
Tasas de Mortalidad, México 1986

Lugar	Enfermedad	Defunciones	*Mortalidad
1*	Enfermedades cardiovasculares	51 041	64.2
2*	Accidentes	43 814	55.1
3*	Tumores malignos	36 053	45.3
4*	Enfermedades infecciosas intestinales	..	37.2
5*	Diabetes Mellitus	23 239	29.2
6*	Influenza y Neumonía	..	27.0
7*	Afecciones en el período perinatal	19 320	27.0
8*	Enfermedades cerebrovasculares	17 811	22.4
9*	Cirrosis hepática	16 090	20.2
10*	Homicidios	..	20.0

\* Tasa por cada 100 000 habitantes

.. Datos no disponibles

**Nota:** La hipertensión arterial de acuerdo a estudios piloto, aparece como factor de riesgo en 39% de las defunciones en que la causa básica es un padecimiento cerebrovascular, se calcula que ha participado en dos mil de los 23 mil fallecimientos por diabetes mellitus ocurridos durante 1986.

**Fuente:** Este cuadro fue elaborado con base en los datos que aparecen en el Programa Nacional de Salud 1990-1994, p. 8. Llama la atención que no se den cifras sobre enfermedades infecciosas intestinales, la influenza y neumonías y los homicidios.

**Morbilidad.**- Pese a ciertas deficiencias que aún existen en cuanto a calidad, cobertura y confiabilidad de las cifras de morbilidad, es un hecho que en los últimos años se han logrado avances; enfermedades que se han evitado o disminuído por la vacunación como la poliomielitis, tosferina, etc., demuestran el impacto favorable de las estrategias del Programa Nacional de Inmunizaciones, sin embargo, el tétanos todavía representa un problema de salud pública, la tuberculosis prácticamente se ha estancado ya que su descenso es poco pronunciado y en 1990 el sarampión tuvo una elevación inusitada.

El SIDA por su importancia epidemiológica es un serio problema de salud pública y ha mostrado una tendencia ascendente entre 1982 y 1989, por ejemplo, en septiembre de 1989 se habían registrado 2 937 casos de los cuales 32.5% se concentraron en el D.F. mientras que en Nuevo León, Coahuila y Baja California acumularon entre los tres el 13.7%.

En cambio la blenorragia registró un decremento de 34% en el período de 1980 a 1987 y la sífilis pasó de 13 a 7 por cada cien mil habitantes. Llamo la atención que en los últimos años el paludismo ha mostrado una tendencia ascendente ya que en 1983 se registraron 75 029 casos y en 1989, 116 238 con una tasa de 140.6 por cien mil habitantes. El dengue, ha mantenido una tendencia descendente, la brucelosis aún muestra frecuencia elevada en ciertas entidades federativas. La rabia muestra tendencia de desplazarse hacia las áreas rurales concentradas y a las suburbanas. La lepra parece encontrarse bajo control, en 1988 se notificaron 303 casos con una tasa de 0.4 por cien mil habitantes. Se notificaron anualmente, pese al subregistro, 200 mil casos de picadura de alacrán de los cuales 200 fallecieron; la leishmaniasis cutánea se incrementó, la enfermedad de Chagas aún prevalece en la vertiente del pacífico.

Las enfermedades crónicas e invalidantes como la hipertensión arterial, la artritis y la diabetes mellitus en la población de 15 años o más, tienen una prevalencia de 11.2 por cada cien habitantes siendo mayor entre las mujeres, 13.7 por cada cien habitantes, contra 8.5 para la población masculina, según la información recabada por la Encuesta Nacional de Salud en 1987 (*ibid*, p. 12).

Los accidentes y violencias afectan predominantemente a la población masculina con una incidencia de 2 por cada cien habitantes contra 0.9 para la población femenina, siendo el grupo de edad más afectado, entre los hombres, el de 25 a 34 años.

Las enfermedades bucodentales son un problema de salud pública en casi todo México, ocupando las caries dentales el primer lugar ya que afecta al 90% de los niños mayores de 10 años y en la población de más de 40 años más del 50% requiere de prótesis dentarias.

Respecto a la nutrición se sabe que en México existen 2.6 millones de niños menores de 5 años que presentan algún grado de desnutrición. La forma aguda afecta al 15.1% de esa población mientras que la crónica o crónica agudizada afecta al 2.3% de este grupo de edad, alcanzando al 4.1% de los niños del sureste del país. La obesidad es otro problema de nutrición que en 1988 dió una prevalencia de 14.6% en las mujeres en edad fértil que equivale a más de tres millones de personas, en la población menor de 5 años el 4.4% se puede definir como obesa.

Sobre los accidentes y enfermedades laborales existe poca información, pero se tiene la del IMSS que señala que en 1989 se registraron 639 928 accidentes laborales y se extendieron 16 279 incapacidades permanentes.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1988, 22.8% de la población consumía tabaco; 25.8% refirió haber fumado pero no tener el hábito y 45.4% manifestó que nunca había fumado; 12.7% ingiere algún tipo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana; 14.5% lo hace de una a tres veces por mes; 18.5% de manera ocasional y 54.3% no las consume; 4.3% del universo analizado ha consumido drogas cuando menos una vez, la marihuana es la droga con mayores índices de consumo seguida por los tranquilizantes o sedantes, estimulantes e inhalantes. "Los hombres consumen principalmente marihuana e inhalantes mientras que las mujeres se inclinan hacia las drogas médicas" (PNS, op. cit., p. 14).

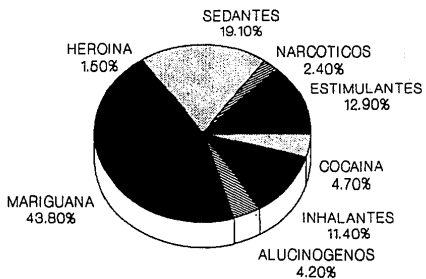
Estas adicciones representan un problema de salud individual y social ya que repercuten sobre familia, trabajo, economía y propician la producción de accidentes y violencias afectando a la sociedad en su conjunto. Su atención es prioritaria porque afecta también la salud mental de los consumidores (ver Gráfica en la página siguiente).

Nuevamente encontramos que se repite, lo que desde principios de siglo se viene observando; que no se conoce con precisión la magnitud de los problemas de salud mental, es decir, que en este análisis situacional de salud, los problemas de salud mental quedan nuevamente relegados y se señala sólo que "los datos disponibles permiten deducir que 10% de la población estará afectada en algún momento de su vida. Se estima que la frecuencia de las grandes psicosis funcionales (esquizofrenia y psicosis afectivas) es cercano al 1% y, la de retrasados mentales, aproximadamente de un 2%; similar a la de enfermos de epilepsia" (*ibid*, pp. 14-15).

Se adelanta que existe información indicadora de que este tipo de enfermedades irá en aumento, debido a que múltiples factores como el incremento de la urbanización, el desempleo, la pobreza y las tensiones crecientes de la vida cotidiana, hacen que sean más frecuentes. Por último, los desastres propician o precipitan desajustes mentales así como lesiones y muertes por lo que urge adoptar medidas tendientes a evitar o controlar su presentación.

Este documento señala que entre los factores condicionantes principales de la situación de salud de la población se encuentran la educación, la vivienda y el ambiente así como la disponibilidad de los servicios de salud y aunque menciona el contexto económico y social precisando la relación del bienestar económico y el estado de salud, evade abordar este punto

# USO DE DROGAS EN MEXICO 1989



Porcentaje de Uso

Fuente: Centros de Integración Juvenil

a fondo y se conforma con decir que "La experiencia de México en los últimos años muestra que es evitable, o al menos puede modificarse, la asociación entre los decrementos del producto interno bruto y los del acceso de los grupos más vulnerables a los servicios de salud" (*ibid.*, p. 15).<sup>10</sup>

Los bajos niveles educativos de la población aunados a la insuficiencia de los servicios de vivienda y el deficiente saneamiento ambiental, pese a los esfuerzos gubernamentales, explican de alguna manera y en forma parcial la persistencia de enfermedades infecto contagiosas y el crecimiento de las crónicas degenerativas. Ante esta situación, el Sistema Nacional de Salud se erige como instancia responsable de armonizar programas y servicios de salud que se llevan a cabo en dependencias y entidades de la administración pública; federales y estatales, de personas físicas o morales, de los sectores sociales o privados, con la finalidad de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4o. de la Constitución Política Mexicana.

En 1989, la cobertura potencial, que no real, de los servicios de salud llegó aproximadamente al 94% del total de la población del país, 54.6% es derechohabiente de alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE), 35.1% es atendida por instituciones para población abierta (SS, DDF, Cruz Roja, IMSS Solidaridad, etc.), 4.3% es atendida por servicios privados y 6% no tiene acceso a las instalaciones permanentes del sistema.

Lo que llama la atención en este análisis situacional de la salud en México llevado a cabo por la S.S. es que para dar los porcentajes anteriores se basen en cifras concretas en lo que respecta a las personas derechohabientes, no así en las personas que solicitan los servicios abiertos que mantiene la propia Secretaría y otras instituciones como el DDF. Así se dice que al final de 1989, la población total amparada por el IMSS fue de 36 150 409 derechohabientes y que en el ISSSTE al inicio de 1989 la población amparada ascendía a 7.7 millones de personas. Después a manera de excusa por esa deficiencia administrativa señala "Es difícil establecer con precisión los límites de los universos poblacionales, debido a deficiencias en los sistemas de información y a la existencia de superposiciones de los servicios públicos, de seguridad social y privados" (*ibid.*, p. 17).

Respecto a los recursos humanos, físicos y financieros se señala que en 1988 había en el país 87 073 médicos de los cuales 68.1% pertenecían al régimen de seguridad social. Existe 1.2 médicos por cada mil habitantes en el IMSS; 1.3 para la S.S. y 1.2 para el ISSSTE siendo inadecuada su distribución por la concentración propia de las áreas urbanas. Ese mismo año

---

<sup>10</sup>De hecho se reconoce que el porcentaje del PIB que se dedica a la atención a la salud, se relaciona directamente con la prestación de servicios que se puede dar a los grupos marginales.

había 117 620 enfermeras de las cuales el 64.1% se ubicaban en las instituciones de seguridad social, tocando 1.7 enfermeras por cada mil habitantes en tanto que a las instituciones encargadas de atender a la población abierta le tocaba 1.4 enfermeras por mil habitantes.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 0.4 consultorios y 0.7 camas hospitalarias por cada mil habitantes derechohabientes o no, en tanto que por cada mil habitantes existen 2.38 quirófanos en las instituciones de seguridad social y 2.28 en las instituciones para población abierta.

Por último, en 1988 la asignación de recursos financieros al Sistema Nacional de Salud para su funcionamiento fue de 7.7 billones de pesos lo que representó aproximadamente el 1.9% del PIB registrado en el año. De esta cifra el 75.1% fue ejercido por las instituciones de seguridad social y un 24.9% por las responsables directas de la atención a la población abierta. Esto demuestra fehacientemente que el Estado Mexicano no asigna para la atención a la salud de la población el 5% del PIB que recomienda la OMS.

En este documento se habla de avances y problemas principales previamente al planteamiento de su objetivo general, políticas y estrategias para la salud y señalan que los avances más importantes son los que se refieren a "La integración orgánica y a la descentralización de recursos y responsabilidades: los gobiernos de las entidades federativas asumen la dirección y la responsabilidad de la atención a la salud en su ámbito, y forman un sistema estatal de salud integrado por los servicios de la Secretaría de Salud, los del programa IMSS-COPLAMAR y los propios de los gobiernos estatales y municipales, incluidos también los recursos humanos, físicos y financieros, de acuerdo con la normatividad y la asesoría de la propia Secretaría de Salud" (*ibid.*, p. 18).

Se ha establecido coordinación intersectorial con la SEP en materia de educación para la salud y para la capacitación de personal en salud; con la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH) en nutrición y en saneamiento del agua; con la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) en cuanto a compras consolidadas; y con la de Defensa Nacional y de Marina en campañas de vacunación, entre otras (que no se señalan).

Se han impulsado programas de atención médica, "a través del modelo de atención a la salud para la población abierta, con la definición de los niveles de atención y el establecimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes, resultado de estudios de regionalización operativa que permite el aprovechamiento máximo de los recursos y evita duplicidades de instalaciones y servicios" (*ibid.*, p. 19).

Existen rezagos que afectan a sectores importantes de la población, pese a los esfuerzos gubernamentales para proporcionar servicios de salud satisfactorios, pero no sólo eso,

muchos problemas existentes se han agravado y han aparecido otros nuevos, esto se explica en función de los movimientos migratorios hacia las áreas urbanas donde están los centros de industrialización y por el desempleo creciente en el campo (este ha sido un proceso constante desde los años 30 como se ha visto a lo largo de este capítulo), conjuntamente el bajo poder adquisitivo de la mayoría poblacional han originado tal demanda de los servicios de salud que la capacidad de las instalaciones de salud están sobreesaturadas.

Paralelamente a la industrialización se encuentra la contaminación del aire y del ambiente en general en las grandes urbes, cuyo crecimiento demográfico por otra parte, genera nuevas necesidades en materia de salud. Se tendrán que invertir mayores recursos para atender a mayores grupos seniles así como de mujeres en edad fértil y de niños.

Particularizando los problemas, tenemos los de *salud pública*, los de *atención médica* y los de *asistencia social*. Entre los de *salud pública* están: a) la persistencia de hábitos nocivos a la salud; b) que los servicios de salud siguen siendo eminentemente curativos y las medidas preventivas son limitadas, sobre todo las relacionadas con enfermedades degenerativas, los accidentes y la farmacodependencia; c) el deterioro del medio ambiente es preocupante, por deficiencias tocantes al saneamiento básico y la higiene de la vivienda, abastecimiento de agua potable, eliminación de excretas y basura y control de fauna trasmisora; d) la infraestructura sanitaria es deficiente respecto a productos, personas, servicios y establecimientos ya que la vigilancia y el control sanitarios tienen procedimientos y tecnologías obsoletas. Esto resulta particularmente importante en lo que toca al control sanitario de alimentos ya que su manejo inadecuado incide en la persistencia de algunas enfermedades infecciosas como la fiebre tifoidea, la amibiasis y la parasitosis.

Los problemas de *atención médica* tienen que ver con la dispersión de la población, las barreras existentes para los programas de extensión de cobertura aunado al crecimiento acelerado de la población en las áreas urbanas que hace difícil la cobertura total; las restricciones financieras y las dificultades administrativas impiden la calidad necesaria en los servicios de salud. Los servicios de tercer nivel de atención (de alta especialización), para población abierta están concentrados en la ciudad de México; existen rezagos importantes en la conservación y mantenimiento de las unidades de atención para población abierta que requieren rehabilitación y/o ampliación de su capacidad operativa, pero lo más importante, *los recursos financieros destinados a la atención médica son insuficientes y los recursos humanos están distribuidos de manera inadecuada.*

Entre los problemas de *asistencia social* están: deficiente cobertura (incompleta) a la población; uno de los objetivos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

que es la atención a los ancianos, no cuenta con un marco jurídico propio que sustente el desarrollo de servicios encaminados a prestarles protección en caso de desamparo; la desintegración de la familia en la que influyen factores diversos, que pueden propiciar el maltrato de menores, abandono de hogar, alcoholismo, farmacodependencia y los que alteran la salud física y mental de las mujeres como son el aborto y sobre todo la violación.

Para hacer frente a estos problemas el documento parte del acuerdo nacional para el mejoramiento productivo del nivel de vida y plantea como objetivo general:

**"impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios" (ibid., p.25)**

Para lograr la consecución de este objetivo general se establecen las siguientes políticas de salud:

1. Fomento de la cultura de la salud
2. Acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad
3. Prevención y control de enfermedades y accidentes
4. Protección del medio ambiente y saneamiento básico
5. Contribución a la regulación del crecimiento demográfico
6. Impulso a la asistencia social.

Es importante registrar que en el segundo punto, acceso universal a los servicios de salud, se señala que se concederá prioridad a las zonas marginadas y a la población materno-infantil; que se implementará el modelo de atención primaria de salud y en el tercer punto se especifica que se dará preferencia a la prevención sobre la curación.

Las estrategias centrales del Programa Nacional de Salud 1990-1994 considerando sus líneas de acción son:

1. Coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud. Entre 12 líneas de acción se preconiza ampliar la cobertura del primer nivel de atención.
2. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), se recomienda reforzar y extender los servicios locales de salud a todo el ámbito nacional, como una estrategia



operacional para *consolidar la atención primaria de salud* y favorecer la participación de la comunidad; la primera debe ser impulsada en todo tiempo y lugar.

3. Descentralización de los servicios de salud.
4. Modernización y simplificación administrativas.
5. Coordinación intersectorial, ésta es básica, sobre todo en lo tocante a la salud mental ya que es Gobernación el sector bajo el cual se encuentra ubicada.
6. Participación de la comunidad. Impulsar ésta para asegurar el éxito de los programas de salud por medio de la organización, la consolidación democrática de la gestión de los servicios, organización de los comités de salud, educación para la salud y participación en programas específicos, capacitación a la población, etc..<sup>11</sup>

La tercera parte del documento contiene los programas de acción; la cuarta parte, los programas de apoyo y la quinta y última, los proyectos estratégicos. A continuación se mencionan para dar una idea de todo lo que pretenden abarcar:

### **3.1. Programas de acción**

1. Programas para el fomento de la cultura de la salud.
  - Programa de educación para la salud
  - Programa de nutrición y salud
  - Programa contra las adicciones
2. Programas para lograr el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad.
  - Programa de atención médica
  - Programa de atención materno-infantil
  - Programa de promoción y cuidado de la salud escolar
  - Programa de rehabilitación
  - Programa de atención bucodental
  - Programa de extensión de cobertura
3. Programas para la prevención y control de enfermedades y accidentes.
  - Programas para la prevención y el control de enfermedades infecciosas y parasitarias
  - Programa de inmunizaciones

---

<sup>11</sup>Si comparamos estas líneas de acción con las cinco estrategias básicas del Programa Nacional de Salud 1984-1988 (p. 25), vemos que en esencia son las mismas, tomadas éstas a su vez, de los componentes estratégicos de la APS.

- Programa de control de la tuberculosis
  - Programa de control de la lepra
  - Programa de control de las infecciones respiratorias agudas
  - Programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas
  - Programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual
  - Programa de prevención y control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
  - Programa de prevención y control del paludismo
  - Programa de control del dengue
  - Programa de control de la oncocercosis
  - Programa de control de la enfermedad de Chagas
  - Programa de control de la Leishmaniasis cutánea
  - Programa de control de la rabia
  - Programa de control de la brucelosis
  - Programa de control de la picadura del alacrán
  - Programa de prevención y control de enfermedades crónicas degenerativas
  - Programa de prevención de accidentes
4. Programa de atención a la salud en casos de desastre.
  5. Programa de salud mental
  6. Programa de salud ambiental y de control y vigilancia sanitarios.
  7. Programa para la regulación del crecimiento demográfico.
  8. Programa para el impulso de la asistencia social

### **3.2. Programas de apoyo**

1. Programa de financiamiento.
2. Programa de formación y desarrollo de recursos humanos.
3. Programa de investigación en salud.
4. Programa de insumos para la salud.
5. Programa de conservación y mantenimiento.

### **3.3. Proyectos estratégicos**

1. Vacunación universal.
2. Control sanitario de los alimentos.
3. Simplificación administrativa.
4. Actividades extramuros de los Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales de Especialidades.
5. Desarrollo de Jurisdicciones sanitarias tipo.
6. Rehabilitación y desarrollo de la infraestructura en salud.
7. Producción de biológicos y reactivos.
8. Centros Nacionales y estatales de la transfusión sanguínea.
9. Programa Nacional de Trasplantes.

Al finalizar, el documento señala las vertientes de instrumentación que son: Obligatoriedad, Coordinación, Concertación e Inducción.

Entre los programas de acción se encuentran el que se refiere a la salud mental con orientación hacia la prevención y control epidemiológico sin dejar de lado el tratamiento de los padecimientos y su rehabilitación psicosocial. Esto no lo perderemos de vista ya que fundamenta nuestros planteamientos respecto al quehacer del psicólogo en la APS.

Ante el aumento de los problemas de salud mental, los 1600 médicos psiquiatras que existen en el país, los 26 hospitales psiquiátricos y no más de 15 servicios de esta especialidad, son insuficientes para atender a todas las necesidades de la población. Se estima que en México existen cerca de 8 millones de personas que padecen algún tipo de trastorno mental y de esta cifra unos 800 mil sufren esquizofrenias y psicosis afectivas, afirmó el presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana Dr. Lauro Catanedo (La Jornada, 11-07-1991); es claro que esta problemática tiene que ser abordada de otra manera y en los siguientes capítulos veremos como el psicólogo puede insertarse en la atención a la salud.

A lo largo de este capítulo hemos constatado que la preocupación hacia la salud mental por parte del Sector Salud ha sido mínima. El actual Programa de Salud Mental se orienta hacia el "desarrollo de acciones preventivas y de control epidemiológico, tratamiento de padecimientos, rehabilitación psicosocial y promoción de la salud mental". El objetivo central del Programa de Salud Mental es:

"Coadyuvar para que el individuo desarrolle su personalidad en forma apropiada y atienda con efectividad los desajustes emocionales que interfieren con su bienestar, productividad y vida familiar, procurando, además, su incorporación adecuada a la comunidad" (PNS, op. cit., p. 51).

Para lograr este objetivo se plantean varias líneas estratégicas, unas generales y otras particulares y de éstas últimas la que nos interesa desarrollar es la que habla de capacitar al personal para que se integre en forma eficiente a las nuevas modalidades de atención, es decir, a la atención primaria de salud.

## **CAPITULO II**

### **ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

## **PRIMERA PARTE: ATENCION A LA SALUD**

### **1.1. El "modelo hegemónico" de atención**

Con anterioridad se analizaron las situaciones que han conducido y agravado la crisis económica y social por la que actualmente atraviesa nuestro país y que exige al Estado mexicano la pronta solución de los principales problemas sanitarios, así como la búsqueda de nuevas formas de organización de los servicios de atención a la salud ya que los utilizados hasta la fecha no han conseguido un cambio substancial para que toda la población goce de un aceptable nivel de salud.

Es evidente que la salud como valor social es de mucha trascendencia y ante ella no podemos permanecer estáticos. Como trabajadores de la salud, es necesario que actuemos conjuntamente con otras disciplinas para ofrecer a nuestra población un servicio de salud lo más integral posible el cual dependerá, en gran medida, de organismos e instituciones prestadoras de servicios, que a su vez, superando aquellas deficiencias del modelo hegemónico, deberán abordar satisfactoriamente los crecientes problemas de salud en México.

Para introducirnos en este apartado, comenzaremos por definir a los modelos de atención a la salud como "los conjuntos de sistemas y acciones articulados a la sociedad y encaminadas a responder a las necesidades de salud individual y colectiva" (Rodríguez, et al., 1989, p. 19), los cuales reflejarán la relación existente entre el conocimiento y el quehacer profesional con la sociedad así como con la política del Estado en materia de salud.

Desde hace algunos años se ha criticado la forma como han sido estructurados los servicios de salud los cuales, con frecuencia, son organizados sin considerar el contexto socioeconómico en el que se desarrollan por lo que se ha cuestionado que el actual modelo hegemónico de atención se fundamenta únicamente en el enfoque curativo de la enfermedad pasando por alto los determinantes sociales de la misma, presentando una excesiva dependencia de la tecnología compleja y teniendo poco efecto en los principales problemas de salud de la población.

Por ello se plantea que es necesario considerar la crisis económico-política por la que atraviesa el país, así como realizar una urgente revisión y actualización de este modelo tradicional que no identifica las necesidades reales de salud de la población pues únicamente toma en cuenta los problemas enunciados bajo el concepto de "enfermedad", considerada ésta

como una desviación de la "normalidad", términos que por la amplitud que involucran y al mismo tiempo por la forma tan específica como son utilizados en cada país, son bastante subjetivos por ser determinados social y culturalmente.

Es urgente que el Estado mexicano se interese más por aquellas áreas fuertemente afectadas dando prioridad entre éstas, a la atención de la salud, incorporando nuevas formas de organización a dichos servicios para encaminarlos paulatinamente hacia la nueva opción planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para todos los países, y en particular, para los países en desarrollo, en lo referente al área sanitaria.

Nos referimos a la Atención Primaria de Salud (APS) la cual para ser llevada a la práctica, requiere de la modificación parcial del modelo de salud vigente, el cual ha realizado durante varias décadas una práctica expectante y basada en la demanda, por lo que la APS plantea que éste cambie hacia la práctica anticipatoria y programada.

A pesar del gran derroche en tecnología sofisticada, el sector salud no cuenta con la infraestructura acorde a las necesidades detectadas por los diagnósticos de salud y carece de los recursos financieros para la construcción y operación de las unidades básicas de atención sanitaria. Sus actividades se han centrado en grandes instituciones que al trabajar aisladamente y no estar organizadas entre sí, conllevan a una duplicidad e incongruencia de los servicios que prestan a la población, presentando graves problemas entre los que destacan la "baja cobertura por la insuficiente capacidad física instalada"[...], la completa "inexistencia de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre instituciones del sector salud"[...] que excluyen totalmente a la población abierta, una deficiente "capacitación y desarrollo en los recursos humanos de las unidades"[...] de primer y segundo niveles, "problemas logísticos de abastecimiento de las unidades" y "escasez de servicio de apoyo"[...] como laboratorios, rayos X, farmacias, etc., para la atención médica del primero y segundo niveles de atención (López Reyes, et al., 1988, p. 724).

Por otro lado, dentro de la concepción tradicional de la atención, el médico ocupa un lugar importante en la jerarquía de profesiones, quien contará con un grado mayor de excelencia mientras más especializado esté, lo que también le otorgará innumerables recompensas morales y materiales, razón por la cual el prestigio y el alto nivel salarial serán concedidos a la especialidad, por lo que es en estos niveles donde se gasta la mayor parte del financiamiento designado para este sector.

El sistema tradicional de atención a la salud en nuestro país se ha caracterizado por ciertos elementos negativos que ya forman parte de él, como "...la dispersión de esfuerzos

institucionales, superposición de recursos,<sup>1</sup> alto costo de prestaciones, presión de una demanda creciente, desigualdad en el acceso y aprovechamiento de los servicios, y cobertura global incompleta" (Benavides, et al., 1985, p. 179), lo que agudiza cada vez más la estructura orgánico-funcional del modelo tradicional.

Paralelamente a esta situación encontramos que al interior de las instituciones encargadas de dar validez y continuidad a este modelo hegemónico, el tipo de atención que se ofrece es despersonalizado y deshumanizado puesto que la opinión del paciente no es tomada en cuenta y es sometido a un tratamiento que no retoma, de manera integral, su historia clínica y solamente se basa en criterios médicos que no consideran todos los factores que determinan la enfermedad.

Es preocupante que el modelo hegemónico de atención a la salud en México haya soslayado por años la importante interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social ya que tanto la salud como toda patología manifiestas en una población presentan, como hemos repetido incesantemente, una estrecha relación con las condiciones económicas, socioculturales, políticas y ecológicas de cada país.

"Por lo tanto es reduccionista suponer que la hegemonía de la medicina sólo se circunscribe a los ámbitos de normatividad y procedimientos de la organización hospitalaria. Sin embargo, es en este margen donde se concretan las decisiones políticas en cuanto a la cobertura de atención, el tiempo de consulta, el tipo de prescripción de medicamentos, el uso de determinada tecnología en torno a una conceptualización de enfermedad como evento causal y de origen biológico; por lo que la atención se jerarquiza y se define a través de una planeación y disposición de los recursos donde preocupa más la forma que el contenido de la atención misma" (Rodríguez, et al., op. cit., p. 21).

Para comprender mejor la actual situación de salud, el matiz que adquirió su forma de atención y su dependencia con factores de otro tipo, es necesario darle primordial importancia al desarrollo del proceso salud-enfermedad, por lo que realizaremos un breve recorrido a través de la historia de la humanidad describiendo las distintas y más importantes concepciones con las que han sido interpretados el estado de salud y de enfermedad.

También describiremos cómo es que el modelo hegemónico reduccionista, biologicista e individualista, logró el inmenso alcance a nivel mundial con el que hasta la fecha cuenta, y cómo se enfrentó en los últimos años a una enorme crisis que exige una reforma decisiva para abordar los problemas sanitarios mediante la aplicación interdisciplinaria de las ciencias

---

<sup>1</sup>Esta superposición de recursos implica, en última instancia, su subutilización.



biológicas, ecológicas y sociales afines, que servirán de base para programar y ejecutar bajo bases científicas toda acción que promueva la salud y combata la enfermedad.

## **1.2. El proceso salud-enfermedad a lo largo de la Historia**

La interpretación de la salud y la enfermedad en la historia de la humanidad ha estado vinculada al nivel de conocimiento empírico o científico alcanzado, a la forma de organización social y a las concepciones ideológicas predominantes en cada época con sus distintas formaciones económicas, políticas y culturales.

Por ello dentro de cada organización socioeconómica es factible que existan diversos apartados conceptuales, los cuales no se encontrarán en un plano de igualdad puesto que invariablemente podemos identificar a uno de ellos como hegemónico, por lo regular será el que respalda los intereses de las clases sociales privilegiadas, las cuales son capaces de preservar la dominación a través del consenso y la imposición.

Esto también se refleja en las posibles interpretaciones respecto a la salud y a la enfermedad donde un grupo social reducido, encargado de producir el saber científico, pondrá su sello de clase dominante en cada una de sus interpretaciones. Paralelamente encontramos a la clase explotada, a un gran número de personas que, al no tener acceso a dicho saber científico, crearán sus propias interpretaciones con base en el saber que alguna vez fue considerado válido y se ha transmitido a través de las generaciones, pero dichas interpretaciones también incluirán elementos de la concepción dominante que rija en ese momento histórico.

Así, en las comunidades primitivas, donde el hombre debía enfrentarse a las inclemencias del medio que lo rodeaba tratando de sobrevivir con pocos medios en un ambiente totalmente hostil, era comprensible un promedio de vida muy corto a causa de las enfermedades que lo diezaban. El nivel de desarrollo era casi nulo en todos sentidos por lo que la ignorancia jugaba un papel decisivo en la explicación que el ser humano le daba a la extensa gama de fenómenos que tenía que enfrentar cotidianamente, lo cual favoreció el desarrollo y predominio del pensamiento mágico-religioso bajo el cual se equiparaban las causas de la enfermedad con causas sobrenaturales. Las enfermedades eran resultado del castigo de los dioses o eran originadas por espíritus o fuerzas malignas que no podían ser explicadas y mucho menos curadas por el hombre.

Con el paso del tiempo y gracias a las contribuciones hechas por varios estudiosos que dedicaron tiempo de su investigación principalmente a la comprensión de la enfermedad, se

desarrolló un nuevo enfoque el cual suponía que las causas de estos procesos se originaban en causas naturales, o sea, tanto la salud como la enfermedad estaban regidas por leyes naturales las cuales también eran influidas por el medio ambiente y la forma de vida de cada individuo.

Esta nueva concepción de tipo naturista fue desarrollada por Hipócrates 460 años antes de Cristo y con la cual se desvía definitivamente a la medicina de las funciones sacerdotales o mitológicas que la habían caracterizado hasta entonces. Por esta razón, Hipócrates es considerado como el padre de la medicina al darle mayor importancia a la influencia que el medio externo ejerce sobre el organismo y enfatizar que para la interpretación de cualquier desequilibrio en el cuerpo humano, es necesaria la observación y el control del enfermo.

Aunque esta concepción superó el pensamiento mágico-religioso, no consiguió imponerse como interpretación universal pues éste último siguió teniendo mucha fuerza en etapas posteriores como en la época medieval y aún en la actualidad podemos encontrar dicha concepción religiosa entremezclada con el conocimiento "científico", en grupos indígenas o en algunas clases sociales de nuestro país, principalmente en las zonas rurales.

A lo largo de la historia encontramos que las causas de la salud y la enfermedad han tratado de ser estudiadas desde varios enfoques, tanto desde el punto de vista de las ciencias naturales como el de las ciencias sociales y aunque durante mucho tiempo no existió la conexión interdisciplinaria para estudiarlas de manera integral, desde hace varios siglos fue detectada la influencia de factores externos sobre la enfermedad.

Varios autores encontraron un común denominador para asegurar que el trabajo puede considerarse como un condicionante fundamental para preservar o perder la salud. Basta con remitirnos al ejemplo de la Revolución Industrial (1770-1850) donde se detectaron cambios importantes en áreas como la economía, la sociedad y la salud. Dicha Revolución produjo enriquecimiento y bienestar para pequeños grupos que eran dueños del capital pero la mayoría de la población, que desempeñaba el papel de clase obrera, no corrió con la misma suerte y comenzó a detectarse un gran deterioro tanto en el nivel de vida como en el nivel de salud de la clase trabajadora, ocasionando un veloz incremento de las enfermedades infecciosas y de problemas sociales como desnutrición, muertes prematuras, alcoholismo, accidentes, desempleo, etc.; a causa de jornadas de trabajo excesivas, bajos salarios, viviendas en condiciones precarias, carencia absoluta de servicios básicos de salud, costo elevado de los productos básicos y una alimentación deficiente, entre otras.

Bajo estas condiciones se propició el desarrollo de concepciones que interpretaban de manera muy diferente la etiología de las enfermedades que cada vez se convertían en un problema más difícil de controlar pues simultáneamente acarrea el descontento de una clase

mayoritaria que dentro del sistema de explotación capitalista tenía una forma inhumana de subsistencia.

Durante esta época es cuando los aspectos sociales son señalados como factor decisivo en las causas de las enfermedades ya que las condiciones insalubres de trabajo o el ambiente contaminado que, aún presentándose en ámbitos supuestamente ajenos a éstas, afectaban directamente su desarrollo y favorecían su permanencia; por lo que este fenómeno comenzó a ser estudiado desde otras perspectivas.

Por un lado había médicos que comenzaron a preocuparse por el tipo de enfermedades que eran más frecuentes entre la clase trabajadora, sus condiciones de trabajo, su modo de vida, así como de la situación sociopolítica, la cual consideraban como clave fundamental de esta gran problemática.

Un médico que destacó por sus planteamientos sumamente avanzados para la época y desarrolló una ciencia eminentemente social, fue Rudolf Virchow (1848) quien consideraba a la pobreza como incubadora de las enfermedades por lo que era responsabilidad de los médicos apoyar reformas sociales que plantearan la reedificación de la sociedad tomando en cuenta aquellas condiciones que favorecieran el desarrollo de un aceptable nivel de salud para los trabajadores.

La meta que Virchow pretendía alcanzar era frenar las enfermedades colectivas. Para lograrlo era necesario un control a nivel social, y planteaba que quizá hasta a nivel político. Si se pretendía un verdadero cambio había que actuar directamente sobre las causas sociales y políticas de dicho proceso colectivo pues sólo así se estarían atacando las causas reales de la enfermedad. Esta perspectiva fue la primera en señalar que lo social influye como factor más importante en el desarrollo de la enfermedad.

Por otro lado, se desarrolló un modelo que por la forma de interpretar y buscar solución para la enfermedad, no afectaba seriamente los intereses de la burguesía, ya que su concepción radicaba en que si las enfermedades se presentan dentro de un ambiente de suciedad, pobreza y contaminación, sería más factible devolver a las multitudes la salud desarrollando medidas de saneamiento para ofrecer a los obreros agua potable, alimentos limpios, alojamientos adecuados, etc.; y así abatir la morbilidad que ya para entonces alcanzaba niveles muy altos.

No se puede negar que estas medidas mejoraron el nivel de vida de los trabajadores pero nunca se afrontó realmente el problema, ya que las causas de fondo quedaron intactas, es decir, la sobreexplotación de los trabajadores continuaba implacable para lograr la acumulación de capital; los horarios de trabajo excesivos, los salarios bajos y la escasa

oportunidad de educación, propiciaron que las enfermedades y los accidentes de trabajo siguieran mermando a la clase trabajadora.

La clase dominante, por medio del poder sociopolítico e ideológico con el que contaba, logró hegemonizar este modelo, el modelo ambientalista, para desplazar al modelo de la causalidad social de Virchow. No es difícil percatarse de la gran diferencia que existe entre estas dos corrientes como tampoco percibir los intereses que cada una representa, siendo éstos totalmente antagónicos puesto que los planteamientos para abordar el problema implican que o la clase dominada, o la clase dominante tiene que ceder para abrir paso al desarrollo y beneficio de la otra y como se ha observado en la historia, es la clase dominada la que frecuentemente tiene que ceder ante los intereses de la clase social privilegiada.

Con el paso del tiempo estas dos concepciones se fueron modificando pero sólo una de ellas fue respaldada por reformas estatales: la concepción ambientalista. Bajo estos lineamientos continuaron realizándose las investigaciones científicas y es a finales del siglo pasado que, por la gran influencia de los descubrimientos de Robert Koch y Louis Pasteur, los criterios para estudiar a la enfermedad toman una dirección bastante específica.

Se plantea que dentro de cada organismo enfermo se encontrará la causa que determina ese estado, se reduce a la enfermedad a un enfoque individual, a un enfoque biologicista donde toda enfermedad tendrá un origen único. La teoría unicausal separa a la salud de la enfermedad considerándolos fenómenos aislados sin ninguna relación entre sí y a pesar de que su presencia se da en el mismo organismo, nunca se hará referencia simultánea de los dos estados ya que al haber enfermedad no habrá salud y viceversa. Esta explicación de la enfermedad se basa fundamentalmente en los aspectos biológicos de la misma y propone que cada enfermedad se debe a una causa única que se presenta de manera individual en cada organismo.

Dentro de la medicina, este modelo unicausal de la enfermedad pronto se generalizó y la principal tarea de los investigadores se centró en la búsqueda de los agentes patógenos causantes de cada enfermedad. Así, se lograron grandes adelantos que permitieron comprender las bases anatómicas y fisiológicas del organismo humano, se desarrolló la farmacología y variadas medidas de control de la enfermedad que fueron exitosas al aplicarse en tratamiento individual en cada paciente. Se realizaron grandes aportes en determinados campos de la patología y se consideró a la enfermedad como un fenómeno matemáticamente calculable.

Sin embargo, esta teoría no consiguió explicar satisfactoriamente las causas de las enfermedades ya que no logró descifrar por qué un mismo agente patógeno no produce

siempre enfermedad o cómo intervienen otros factores en la aparición y curso de otras enfermedades como son los padecimientos mentales que hasta la fecha, no se les ha podido detreminar una causa única e interna.

Al no poder atender este tipo de problemas, la teoría unicausal tiene que abrir paso a una concepción más amplia de la realidad que es conocida como la teoría multicausal, la cual supera a la visión biológica e individual porque toma en cuenta la participación de una gran variedad de elementos que determinarán las causas de la enfermedad. Esta nueva visión logró que evolucionara la explicación tanto del proceso de la salud como el de la enfermedad, considerándolos como fenómenos colectivos donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Sin embargo, desde esta perspectiva, cada uno de dichos factores tendrán el mismo peso en el desarrollo de la enfermedad, simplemente se hace una división de las "distintas causas" para concebir la presencia de ésta, sin que ninguna de ellas tenga una influencia determinante para desencadenarla. No establece jerarquías entre los diferentes factores que intervienen en el proceso, lo que dificulta una correcta selección de las medidas más eficaces de control y prevención, así como tampoco logra una interpretación integral que se fundamente en la relación intrínseca entre los factores determinantes del desarrollo de la enfermedad.

También es necesario seguir la evolución de la concepción social, la cual, como ya se mencionó, tuvo sus principales exponentes desde el siglo pasado con Virchow, Frank y Ramazzini (1848), pero por el auge de la teoría biologicista, esta concepción fue despreciada y olvidada por algún tiempo. Sin embargo, comenzaron a darse planteamientos que no consideraban correcto abordar de igual manera los aspectos sociales y biológicos que determinan las enfermedades, ya que los primeros no se pueden explicar mediante la especificidad etiológica ni se pueden relacionar con una enfermedad específica puesto que actúan no sólo sobre los componentes biológicos del individuo sino también sobre los económicos, psicológicos, culturales, etc., asociándose y determinando todo un conjunto de enfermedades.

Simultáneamente se hizo cada vez más evidente la "crisis" por la que atravesaba la medicina ya que a pesar de sus avances no había conseguido abarcar de manera global la etiología de este proceso social. Se comenzó a aceptar que la salud no puede concebirse como ajena a la enfermedad puesto que lo sano contiene a lo patológico. Este nuevo criterio clínico de la enfermedad sirvió como pauta para que la concepción social comenzara a recuperar camino. Ya no quedaba duda alguna de que el ser humano además de evidenciarse como un ser individual, forma parte al mismo tiempo de una estructura social; que interacciona como

unidad biológica en una comunidad de quien recibe influencias y donde él influirá por medio de una serie de aspectos biopsicosociales que lo conforman y se expresan a través de su conducta.

El hombre debe actuar sobre la estructura social donde se desenvuelve pues por ella "es por donde se filtran las mayores probabilidades de mantener enfermos a millones de seres humanos" (Ferrara, 1972). Es indudable que el medio influye sobre la salud y la enfermedad por lo que al hablar de cualquiera de estos dos estados no se pueden negar los factores sociales que los determinan. De esta forma es como una parte de la medicina hace a un lado el enfoque individualista para adoptar una concepción colectiva que permite conocer los aspectos sociales que acompañan tanto a la salud como a la enfermedad.

Durante los años setenta se desarrolló el modelo histórico-social el cual se basa en la visión integradora del hombre a su contexto social para analizarlo como unidad biopsicosocial de donde se desprende un nuevo conocimiento que funciona como instrumento para comprender el proceso salud-enfermedad y permite encontrar medidas eficientes de control para la enfermedad como problema colectivo.

Este modelo considera a la salud y a la enfermedad como un proceso único, indisoluble, donde no podemos hacer una división tajante entre ellos puesto que la presencia observable de uno no desvanece al otro ya que los dos se influyen mutuamente al encontrarse intrínsecos dentro del mismo organismo. El proceso salud-enfermedad es un fenómeno social sin fronteras precisas ya que uno y otro influirán recíprocamente en un mismo momento a través de una serie de mecanismos concretizados en cada uno de los individuos. Este proceso será influido y determinado por el trabajo, la nutrición, la contaminación ambiental, los factores socioculturales, las experiencias personales, etc..

Comprendiendo ésto, queda claro por qué la salud y la enfermedad se deben manejar como un solo proceso, y no como la mayoría de las concepciones lo han manejado a lo largo de la historia, las cuales estaban dirigidas únicamente al conocimiento y solución de las enfermedades ignorando parcial o totalmente la interdependencia unívoca de éstas con la salud así como con los factores sociales y todas sus implicaciones. Para tener un panorama más amplio de dicho proceso, también es necesario considerar las posturas y aportes sobresalientes que otras disciplinas han hecho para lograr un análisis global y más completo del problema sanitario.

La medicina ha jugado un papel importante para el desarrollo de acciones que favorecen a la salud, basándose principalmente en la atención individual que por lo general es ofrecida en consultorios, por médicos particulares o en hospitales privados, atención que actualmente aún

en un enfoque netamente biologicista. Es importante ahondar en el origen y ampliación de este enfoque, conocer sus fundamentos para tener una panorámica más amplia en cuanto al problema de atención a la salud en México.

No podemos negar que desde hace varios años es notoria la crisis por la que atraviesa la educación médica mexicana que se ha caracterizado por la total desvinculación con nuestra realidad y por no ofrecer la solución más viable a los problemas prioritarios de salud.

El análisis que realizó Julio Frenk (1978) sobre esta situación en nuestro país, sirve para comprender los obstáculos que han tenido que enfrentar miles de egresados subempleados que recibieron una educación basada en planes extranjeros de estudios y que por carecer del conocimiento de los determinantes sociales de la enfermedad, no están aptos para dar solución al problema de atención médica básica de la cual carecen millones de mexicanos actualmente.

Este problema nos interesa porque es precisamente el modelo médico el que ha marcado la pauta a seguir por el resto de las profesiones ligadas también a la salud (psiquiatría, odontología, psicología, trabajo social, enfermería, etc.), en lo que respecta a la forma de atención y ofrecimiento de servicios a la población, así como en la reproducción de concepciones biologicistas e individualizantes para la comprensión de los problemas sanitarios, ideología ésta, que ha alcanzado gran aceptación entre varios psicólogos.

En el siglo pasado, la práctica médica y educativa que ejercía una poderosa influencia en México fue el método clínico de la experiencia francesa y en las primeras décadas de este siglo surge en E.U.A., con el Informe Flexner, una nueva medicina que dá lugar a las especialidades y tiene como apoyo principal la tecnología. Dicha estructura médica se fue generalizando paulatinamente en nuestro país y en la actualidad es la corriente que predomina en los servicios de salud.

El Informe Flexner lo realizó Abraham Flexner en 1910 y fue el resultado de una investigación llevada a cabo en escuelas de medicina de E.U. y Canadá, en el cual se hacen una serie de recomendaciones que desde entonces definieron las pautas de la educación médica no sólo en los Estados Unidos sino prácticamente en todos los países del mundo. Los postulados del Informe Flexner se resumen en cinco puntos primoriales:

- 1) la atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencia biomédicas;
- 2) sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos;
- 3) las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios y la experiencia clínica;
- 4) las escuelas sin la calidad necesaria deben ser cerradas y
- 5) las escuelas deben estar afiliadas a universidades.

El Informe Flexner también sugiere el sistema de atención médica hospitalaria que requiere una cantidad considerable de equipos y medicamentos, así como de un equipo médico especializado para alcanzar una medicina altamente tecnificada. También la prestación de los servicios médicos debe realizarse bajo un programa único que será establecido por un Comité gubernamental y los cursos y enseñanza clínica realizarán sus prácticas en hospitales, serán impartidos y supervisados por personal calificado, generalmente médicos especialistas.

Es bajo estos lineamientos que se da un enfoque positivista a la enseñanza, la investigación y la práctica pretendiendo reducir los problemas sociales a problemas técnicos. Así, el positivismo tiene gran influencia dentro del área médica y encuentra su máxima expresión en los tres elementos descritos a continuación:

a) El estudio y tratamiento de los sistemas y órganos es individual excluyéndose la totalidad del organismo humano, el cual sólo es considerado como la yuxtaposición de varios sistemas que no tienen ninguna relación entre sí.

b) La investigación omite completamente el estudio de las causas sociales de las enfermedades ya que cada enfermedad tiene una causa única y concreta y los fenómenos colectivos no pueden ser considerados dentro del ámbito de lo científico. El paciente es una abstracción de su medio, está totalmente desligado y aislado de su comunidad.

c) El cuerpo humano se percibe bajo el enfoque de una máquina, el cual puede ser desarmado para examinarlo y determinar el tratamiento por partes individuales sin que el resto del organismo sea afectado. De aquí surge la necesidad de las especialidades médicas.

Con esta base conceptual se reformó la educación médica norteamericana y en general toda la medicina clínica lo cual fue considerado como un gran avance que se reflejaba en el desarrollo de la medicina tecnificada. Sin embargo, paralelamente tuvo un impacto muy negativo en áreas como la medicina social, la salud pública, la medicina preventiva, la sociología médica; las cuales fueron subordinadas por la interpretación biologicista de la enfermedad y consecuentemente fue paralizado su desarrollo como disciplinas dentro del ámbito de la salud.

La influencia del Informe Flexner sobre la educación médica en México es palpable en los servicios de salud que se ofrecen actualmente, presentando ciertas modificaciones como resultado de las condiciones políticas y económicas propias del país. Este modelo propio para países industrializados fue seguido por nuestras escuelas de medicina lo que ha dado como resultado que la prestación de servicios de salud, frente a la patología propia de nuestros países dependientes, tengan una escasa cobertura poblacional ya que sus características de alta sofisticación tecnológica, métodos y técnicas complejas y recursos humanos especializados no



permiten instrumentar una atención adecuada a la población necesitada, lo que a su vez refuerza una medicina elitista y deshumanizada con un escaso contenido social y ético ya que margina a la mayoría de la población.

Las políticas de salud están controladas por la ideología del sistema de poder para determinar qué tipo de servicio se desarrollará, cómo será ofrecido a la población y a qué grupos estará dirigida dicha atención. Si el Informe Flexner conlleva una postura ideológica de país desarrollado y si consideramos que las condiciones económicas, sociales y culturales dominantes en una sociedad específica determinan la salud de la población, no podía esperarse más que el choque de sus lineamientos con las situaciones reales de los países latinoamericanos.

Es necesario dar un viraje a la enseñanza mexicana, no sólo en el área médica sino en todas aquellas disciplinas que, basándose en planes de estudio extranjeros que no consideran nuestra realidad social, forman profesionistas que ofrecen una atención deficiente e insuficiente bastante alejada de los problemas reales de salud en México; no es posible seguir importando programas de salud cuando la situación sanitaria en nuestro país es cada vez más preocupante y continúa en ascenso el número de personas que carecen de atención integral básica.

Como ya quedó expuesto, una gran parte de la población en México sufre desnutrición, padecimientos de origen social y enfermedades e infecciones que tienen gran influencia en las causas de morbimortalidad, mientras los profesionistas de la salud siguen siendo capacitados bajo esquemas científicos y avances técnicos orientados a la práctica hospitalaria y únicamente para tratar a la enfermedad; no están preparados para atender y trabajar con la salud.

Una opción que implica una serie de cambios para lograr un mayor alcance en cuanto al tipo de atención, es la transformación paulatina del enfoque individual y biológico al colectivo e integral y también considerando la perspectiva y metodologías de otras ciencias así como factores que influyen en el ámbito donde se desenvuelven los individuos.

No se puede negar que en México la medicina ha evolucionado en varios aspectos enfocados a la atención hospitalaria de la salud, pero es evidente que ésta no puede resolver por sí misma todos los problemas de salud que actualmente se relacionan con la llamada patología social la cual toma vida en otros problemas psicosociales como: alcoholismo, farmacodependencia, delitos sexuales, enfermedades ocupacionales, enfermedades mentales, accidentes laborales, problemas de contaminación ambiental, etc.. Es por ello que debemos basarnos en un concepto multifactorial de la salud que impulse la investigación integral de los fenómenos, la unificación de acciones institucionales dispersas, la coordinación intersectorial y la participación de la población, dirigiendo las acciones de salud a tareas tales como la

prevención, promoción, curación y rehabilitación para la solución de los problemas de salud desde una perspectiva integral y comunitaria.

Ciertos autores al realizar un análisis de la planeación y desarrollo de los modelos de atención de la salud en nuestro país, definieron cuatro episodios fundamentales desde hace algunas décadas a la fecha.

En *primera instancia* el desarrollo de los servicios se centró en "un programa de sanidad ambiental, control de enfermedades epidémicas, regulación sobre el carácter, cobertura y funciones hospitalarias e intervención en la formación, reconocimiento y condiciones para el ejercicio de las profesiones vinculadas a la salud". Estas acciones eran respaldadas por la retórica discursiva que abogaba por el derecho y la protección a la salud de los mexicanos, planteamientos ideológicos que caracterizaron al Estado post revolucionario que pretendía, mediante extensos programas de sanidad y asistencia médica, atender la creciente demanda de atención a la salud (Rodríguez, et al., op. cit., p. 19).

El *segundo episodio* es definido dentro de una estructura corporativa del Estado que en las décadas de los años 30 y 40 se centró en el desarrollo industrial para lo cual era necesario "un discurso nacionalista, una política populista y una actividad intensa para institucionalizar y centralizar la vida pública" (*ibid.*).

El continuo desarrollo industrial durante esos años presentó problemas de salud similares a los detectados en los países desarrollados durante la Revolución Industrial, permaneciendo algunos de ellos hasta la fecha y que ahora se ven agravados por causas como el desempleo, el crecimiento acelerado de las ciudades que incluyen a las industrias, la desnutrición colectiva, los problemas de distribución de la riqueza, la sobrepoblación, etc.. Por ello, cuando en un país se alcanza un buen desarrollo industrial y se logran avances científicos y tecnológicos aumentando la producción agrícola y ganadera, no significa que paralelamente se desarrolle una efectiva justicia social para todos los grupos que conforman a la población.

Simultáneamente a este avance industrial se presentó un importante crecimiento de las unidades educativas que fomentaron el desarrollo de la infraestructura hospitalaria institucional comenzando a poner mayor interés en la consolidación de las especialidades que desarrollaban su práctica únicamente dentro de los hospitales con lo que se fue atomizando tanto la investigación como la enseñanza médica y propiciando así el nacimiento de un modelo biologicista que consideraba al daño orgánico como único responsable de las causas y determinantes de la enfermedad. Este tipo de práctica institucional está aún vigente en nuestros días a pesar de que no ha logrado resolver efectivamente los problemas de salud.

La *tercera etapa* en el desarrollo de los modelos de salud comienza "con el surgimiento de los sistemas de seguridad social que, además de la atención médica, otorgan a los derechohabientes otro tipo de prestaciones económicas y sociales" (*ibid.*, p.21). Estos sistemas encuentran su origen, por un lado, en la lucha de los trabajadores por mejorar sus condiciones laborales, y por otro, en el interés del Estado por asegurar las condiciones mínimas de salud de los trabajadores para garantizar su capacidad productiva.

Se plantea que la seguridad social se concibe como una opción muy socorrida en cuanto al control y regulación de la demanda de atención a la salud pero ésta implica mucho más, al ser utilizada como un eficiente control médico que "califica" el estado de salud de los trabajadores para decidir si son contratados o rechazados y también se valen de ella para excluir al trabajador cuando su condición de salud ya no le retribuye beneficios a la producción.

Así mismo estos autores citan a Gramsci quien plantea que dentro del capitalismo, la seguridad social está dirigida al control de la vida del trabajador mucho más del que pudiera lograr el propio trabajo pues se interesa únicamente en el mantenimiento de un cierto equilibrio psico-físico que impida una desestabilidad fisiológica no sólo del trabajador sino también de su familia.

Por ésto se puede considerar que "la medicina institucional es una medicina compacta, de normas uniformes, de tiempo medido, de espacios cerrados, de saberes y trabajos divididos en compartimientos especializados y atomizados; administrada burocráticamente por criterios rígidos y sujeta a un poder centralizado que le determina su relación intermedia entre sus funciones de atención médica y sus funciones de control sobre el tipo y volumen del consumo médico, entendido éste en un sentido amplio, es decir, como un consumo de mercancías, valores y bienes sociales cuyo acceso hace de la vida un campo de probabilidades y riesgos para la supervivencia" (*ibid.*).

Además si a ésto aunamos las condiciones de vida y de trabajo de los individuos dentro de su contexto y momento histórico, o sea, considerando la clase y grupo social al que pertenecen en determinada esfera y formación social, discerniremos cómo se establece el tipo, la gravedad y la frecuencia de las enfermedades que padezcan, así como también podremos comprender cual será el acceso real de los servicios médicos, cual la esperanza de vida y de qué y por qué mueren los individuos.

A pesar de que la medicina institucional no toma en cuenta lo anterior, es considerada como área significativa dentro del ámbito político, pero no en el amplio sentido de la palabra sino desde una perspectiva que reduce el valor de la vida a una lógica de racionalidad aritmética que encontramos en los informes del sector salud donde los logros se definen por el

"número de consultas, número de dosis de vacunación, número de incapacidades autorizadas, número de ingresos y altas de un hospital, etc." (*ibid.*, p. 22).

El *cuarto período* es el actual desarrollo de los modelos de atención relacionados directamente con la adecuación de acciones y selección de criterios generales para la implantación del modelo de Atención Primaria de Salud que resalta la importancia de la prevención que debe ser fomentada dentro del modelo médico hegemónico así como la correcta utilización de los tres niveles de atención para disminuir los riesgos y daños a la salud.

Este modelo plantea que las instancias socioeconómicas deben considerarse como parte vital del proceso salud-enfermedad y del tipo de atención ofrecida a la población tomando en cuenta a la extensión de la cobertura y a la participación comunitaria como elementos fundamentales para el desarrollo de la promoción y educación de la salud por medio del autocuidado, la utilización de programas en diferentes áreas decisivas para el desarrollo de la salud, la correcta organización y adecuación de los recursos humanos disponibles, la adecuada articulación intersectorial y todas aquellas acciones que, por un lado, disminuyan los costos de atención, y por otro, reduzcan las tasas de morbimortalidad de la población.

Para poder comprender la amplitud e importancia de los componentes de la APS en los que tendría que basarse el nuevo modelo de atención a la salud, es necesario un análisis más a fondo de esta estrategia sanitaria, el cual realizaremos en el siguiente apartado de este capítulo.

## SEGUNDA PARTE: EL CONCEPTO DE APS

### 2.1. Componentes estratégicos y programáticos de la APS

Creemos necesario dedicar un apartado al concepto básico que utilizaremos a lo largo de este trabajo y que debe ser explicado ampliamente para evitar futuras confusiones.

El concepto de Atención Primaria de Salud (APS) es relativamente nuevo puesto que entró en vigor hace 13 años pero teniendo como respaldo el trabajo comunitario realizado varios años antes en países como Tanzania, Angola, India, Afganistán, Bangla-Desh, etc., donde se obtuvieron resultados importantes que sirvieron como base para el surgimiento de este concepto.

Este también fue resultado de la preocupación mundial por el paupérrimo nivel de vida y particularmente por el bajísimo nivel de salud que tienen la mayoría de los individuos en todo el mundo, lo cual es alarmante porque implica un grado deficiente en el desarrollo del ser humano.

Es por ello que en la mayoría de los países se planteó la necesidad de cubrir las condiciones básicas de salud que son indispensables para el desarrollo integral no sólo del individuo sino de la sociedad en general.

Para lograrlo, fue definida y aceptada por todos los países miembros de la OMS, en 1977, la *política de salud* conocida como "Salud para todos en el año 2000" (SPT/2000) y posteriormente, en 1978, fue necesario establecer una *estrategia* específica para concretar dicha política de salud definiéndose a la APS como base de la estrategia más viable para alcanzar este objetivo mundial.

El concepto de APS se considera mundialmente como la base de una estrategia fundamental para ofrecer los servicios básicos de salud a todos los hombres del planeta.

Es pertinente hacer algunos señalamientos acerca de los conceptos de estrategia y APS. Se entiende por estrategia a la manera de actuar, a la forma de dirigir un asunto, al curso de toda acción para obtener un fin determinado. En 1979, la OMS definió a la estrategia "como un conjunto de líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de la política sanitaria" (34a. AMS-OMS, 1981, p. 136).

La APS como base de una estrategia, implica una forma de actuar en salud, una forma diferente a los planteamientos de acción tradicionales de los servicios de salud, la cual tiene

como fin la cobertura total de la población por lo que se basará en los factores primarios tanto de los servicios de salud como los de la propia comunidad, dirigiéndose desde un principio a las causas reales de la enfermedad y no únicamente al manejo de aquellos efectos que propician la pérdida de la salud.

En este sentido se puede decir que el carácter de la APS como base de una estrategia es básicamente anticipatoria pero para lograrlo también involucra una serie de acciones que deben emprenderse en los planos político y operativo tanto a nivel nacional como internacional y no sólo dentro del sector salud sino incluye todos los sectores económicos y sociales que favorezcan la APS. En última instancia la meta que estratégicamente se persigue es la "Salud para todos en el año 2000".

Los servicios para la atención a la salud reflejan invariablemente los valores sociales, enfoques y tendencias filosóficas, condiciones económicas, así como las orientaciones políticas que predominan en las diferentes sociedades. También se puede detectar la influencia de factores políticos, sociales, económicos y tecnológicos que determinan el tipo de organización y prestación de los servicios de salud, lo que marcará las peculiaridades que diferencian e individualizan a cada sistema de salud.

Por ello también existirán diferentes criterios en la implantación de la APS puesto que cada país, cada comunidad, incorporará los conceptos de ésta, considerando las características particulares de su realidad. Esto significa que la APS presentará variaciones obvias al ser llevadas a la práctica dentro de cada país.

La aplicación práctica de la APS en el caso de México, podría lograr una reforma contundente del actual modelo de salud, avanzando hacia una cobertura y eficacia tales, que podría auxiliar en la solución real de los principales problemas de salud, dentro de un marco realista con respecto a los recursos materiales, económicos y humanos nacionales.

La inquietud y el interés creciente sobre las cuestiones de salud a nivel mundial, culminaron, como hemos visto, a mediados de los 70 con la formulación del concepto de APS. Esta preocupación mundial se debió fundamentalmente al agravamiento de las condiciones de vida y desigualdades sociales que afectan principalmente a los países en desarrollo, y en particular a sus clases desposeídas.

Por otro lado, aparte de las diferencias abismales existentes en el área de salud entre los países desarrollados y el Tercer Mundo, al interior de nuestros países se reproducen también diferencias profundas que se registran a nivel de clases sociales. En nuestro país a pesar de que un gran grupo es favorecido por la asistencia médica, todavía parte de la población

(14%)<sup>2</sup> no tiene acceso a ningún servicio de este tipo, puesto que dicho acceso se define por el nivel económico-social del solicitante.

Y es que a pesar del desarrollo y conocimiento técnico con los que hoy se cuenta, no se ha logrado alcanzar un mejor nivel de salud para parte significativa de la población debido a las obsoletas políticas de salud que canalizan la mayoría de los recursos hacia las instituciones médicas localizadas en grandes centros urbanos, provocando la centralización de recursos financieros y humanos, y derrochando el presupuesto de salud nacional en tecnología avanzada e investigación científica, siendo que parte del país (sobre todo el México rural) carece de adecuados niveles de atención para mejorar su situación sanitaria básica.

Tomando en cuenta estas condiciones que se presentan en casi todos los países, fue que la Asamblea Mundial de Salud realizada en 1977, propuso la política de salud que debía ser alcanzada por todos los países del mundo independientemente de su situación política, económica y social. Dicha propuesta señaló que "la meta social más importante de los Estados Miembros de la OMS en el sector de salud es conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (Organización Internacional del Trabajo, 1986, p. 63). Esta meta es conocida, como vimos anteriormente, "Salud para todos en el año 2000".

Deben comprenderse las profundas implicaciones de este objetivo, ya que a pesar de los avances alcanzados dentro de la esfera sanitaria en todo el mundo, en 1981 todavía las cuatro quintas partes de la población mundial carecían de acceso a toda forma de atención sanitaria permanente, puesto que la mayoría de los países no contaban, ni cuentan hasta la fecha, con los medios para extender sus actuales servicios de salud y no han logrado cubrir la totalidad de la población a un precio que puedan costear, considerando que casi todos los países en desarrollo asignaban menos del 1% del PNB a dichos servicios destinados, principalmente, a los grupos sociales pobres (Mahler, 1981, pp. 5-6).

Dentro de este marco se celebró, en 1978, en la ciudad de Alma Ata (URSS), la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud donde se presentó la base para una nueva estrategia específica distinta a las que habían sido utilizadas hasta entonces. La Conferencia concluyó con la aprobación unánime de una declaración en la que se expuso de manera más precisa el concepto de APS:

---

<sup>2</sup>La dispersión en el área rural se ha incrementado de forma tal, que un catorce por ciento de la población está distribuido en 110 mil localidades con menos de 500 habitantes, lo que dificulta conocer su situación de salud, y por ende, satisfacer la demanda de servicios" (Programa Nacional de Salud, 1990-1994, p. 7).

"La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (Kroeger, et al., 1987, p. 7).

Desde entonces, todos los esfuerzos nacionales e internacionales se han dirigido a la integración de los elementos de la APS para comenzar a reducir los efectos de la crisis económica y todos los conflictos que ella acarrea.

Cada país será responsable de utilizar eficientemente esta estrategia en busca de una atención integral de salud propiciando tal movilización de los recursos con los que se cuente, que se lleve a cabo una transformación de los sistemas de salud volviéndose éstos capaces de resolver las necesidades crecientes de la población.

La implantación de la APS se ha traducido en una orientación hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad haciendo hincapié en la prevención, curación, rehabilitación y fomento de la salud.

Para que la APS pueda ser establecida en cualquier país, y considerando que los servicios ofrecidos por ésta variarán, dependiendo de la situación propia de cada país y comunidad, en Alma Ata se planteó que mínimamente deben ser cubiertas, las siguientes condiciones: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes.

Así mismo se aseguró que su planificación estará a cargo del ministerio de salud, o su equivalente, encargado de formular la política sanitaria de salud a nivel nacional, donde estará incluida la APS, respaldada y aprobada por el gobierno. Es obvio que dicha política sanitaria será más eficaz si forma parte de la política general de desarrollo del país, puesto que incluirá los objetivos sociales y económicos del gobierno.



Como vimos en el primer capítulo, es imprescindible entender la relación de la economía nacional con la situación del sector salud para analizar correctamente el papel social que juega este sector en nuestra sociedad. Así mismo, los servicios de la APS reflejan las condiciones económicas y los valores sociales de cada país y de sus comunidades siendo éstos determinados simultáneamente por esas condiciones y esos valores, por lo que es lógico que varíen según los diversos países o comunidades.

Debemos insistir en que encontraremos diferentes formas en la incorporación y concretización de los conceptos de la APS en las distintas comunidades lo que implica necesariamente algunos cambios y diferencias a los que está sujeta una estrategia de tal magnitud. Dichos cambios se deberán a múltiples y obvias razones siendo éstas también responsables de las características que determinarán las diferencias y peculiaridades de cada sistema de salud.

Por esta razón, en la conferencia de Alma Ata también se señaló que la APS no puede ser considerada una receta aplicable universalmente sin tomar en cuenta las condiciones regionales y locales de cada país y su población.

Para lograr una correcta incorporación de la APS y conseguir que sea rápidamente accesible a todos los miembros de la comunidad, es necesario hacer funcionar los componentes estratégicos y programáticos de la misma, poniéndoles en práctica inmediatamente en aquellos países que estuvieran en condiciones de hacerlo.

Los *componentes estratégicos de la APS* constituyen grandes propuestas que, en conjunto, hacen posible el logro de una meta general y comúnmente son expresados en las políticas de salud de los gobiernos:

1. La extensión universal de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
2. Organización y participación de la comunidad.
3. La regionalización de los servicios.
4. Desarrollo de la articulación intersectorial.
5. Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas.
6. Disponibilidad de insumos y equipos críticos.
7. Financiamiento del sector.
8. Formación y utilización de recursos humanos para la APS.
9. Cooperación internacional.

Para los fines del presente trabajo nos centraremos en cinco de estos componentes estratégicos que consideramos fundamentales para el desarrollo de la psicología dentro de la APS, los cuales serán desarrollados a continuación.

#### La extensión universal de la cobertura con servicios de salud

El concepto de cobertura es utilizado para señalar el alcance que tiene un servicio de salud, el porcentaje de la población real que cubre, en tanto ésta tiene acceso a tal servicio. Bajo estos lineamientos la extensión universal de la cobertura significa que el 100% de la población mundial debe tener acceso a los servicios de salud (López, et al., 1990, p. 54).

Sin embargo, este acceso no se refiere únicamente al aumento de la oferta de los servicios, es básicamente una propuesta para modificar la estructura y distribución de dichos servicios de salud que permitan el uso permanente de éstos, por parte de toda la población, bajo una concepción social y cultural que respalde esta acción.

En nuestro país aún existen grandes problemas en cuanto a la cobertura de salud de la población donde hay grandes grupos que siguen sin tener acceso permanente a servicios y si a ésto le agregamos las condiciones sociales que son cada vez más desastrosas para la gran mayoría, es entendible que esta situación de origen a una serie de problemas psicosociales de gran envergadura los cuales se vuelven más comunes y se van agravando por la sostenida crisis económica que azota a todos los países latinoamericanos y en general a todos los países en desarrollo, propiciando con ello un gran deterioro de la salud.

Es importante conocer como describe la Organización Panamericana de la Salud (OPS) este concepto: "El concepto de cobertura implica la admisión de que existe una relación dinámica en la que intervienen, por una parte, las necesidades y aspiraciones de la población, expresadas por la demanda de servicios, y por la otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas que configuran la oferta para satisfacer esa demanda. Por consiguiente, la expresión final de la cobertura varía de un país a otro e incluso en un mismo país o de una comunidad a otra, según sus necesidades de salud y las características de su desarrollo socioeconómico" (Loewe, 1988, p. 668)

La implantación del concepto de cobertura universal constituye un desafío que adquiere una magnitud mayor debido a la urgencia de acelerar las acciones para lograrla. En la actualidad hay una gran desigualdad entre la oferta de servicios y el volumen y la complejidad cada vez mayores de las necesidades de salud. A medida que la sociedad se vuelve más compleja van surgiendo nuevas necesidades que no pueden ser satisfechas porque no se

cuenta con una tecnología apropiada y los recursos no aumentan proporcionalmente. Por consiguiente si no se modifica esta tendencia, la disparidad entre la oferta de servicios y las necesidades de salud de la población irá haciéndose más grande, con las consiguientes dificultades que impedirán su solución oportuna.

Para lograr el objetivo de la cobertura universal, la oferta de servicios, además de ser eficiente, debe reunir las siguientes condiciones: "ser eficaz en relación a las situaciones o los problemas que se tienen que resolver, apropiada en los términos de su contenido, acorde con las necesidades básicas de la comunidad, accesible a la población y aceptada por la misma" (*ibid.*).

En el último párrafo de esta cita se manejan dos elementos que es necesario diferenciar:

- 1) *la eficiencia*- es el aprovechamiento óptimo de los recursos para obtener el mejor resultado.
- 2) *la eficacia*- es la medida en que se cumple la meta propuesta o el impacto de una acción (Kroeger, et al., op. cit., p. 9). O sea, se refiere al impacto de los servicios y programas sobre el estado de salud.

En la reunión de Alma Ata se determinó que el mejor aprovechamiento de los servicios dependerá de la debida accesibilidad de éstos para toda la población. Así mismo, se planteó que "la accesibilidad supone el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional. La asistencia ha de ser apropiada y suficiente, tanto en contenido como en cuantía, para responder a las necesidades fundamentales de salud de la población y se ha de prestar mediante procedimientos que la población acepte" (OMS-UNICEF, 1978, pp. 31-32).

Para lograr la ampliación de la cobertura son necesarios por lo menos los siguientes elementos:

- 1) Aumento de la *disponibilidad* de los servicios.
- 2) Aumento de la *accesibilidad* de los servicios incluyendo:
  - "a) *accesibilidad geográfica*- se plantea que la distancia, el tiempo necesario para recorrerla y los medios de transporte sean aceptables para la población.
  - b) *accesibilidad financiera*- cualesquiera que sean las formas de pago que se utilicen, los servicios deben estar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país.
  - c) *accesibilidad funcional*- es la prestación permanente de asistencia adecuada para quienes la necesiten, y en cualquier momento que la necesiten, por conducto del grupo sanitario apropiado para ese fin." (*ibid.*).

La definición de accesibilidad no puede generalizarse para todos los países pues es evidente que presentará variaciones según el tipo de sociedad y el grado de desarrollo de la misma. Cada sociedad tendrá que definir el criterio para medir la accesibilidad en función de su utilización a nivel de la comunidad y del grado en que permita resolver problemas más complicados y atender a los individuos que requieran una asistencia más compleja en cualquiera de los otros niveles del sistema de salud.

### Organización y participación comunitaria

Inicialmente se debe recalcar que la participación comunitaria es un elemento clave sin el cual es imposible que la APS logre un adecuado y veloz desarrollo ya que por medio de la participación activa de individuos, familias y comunidades se logrará una organización con autoresponsabilidad por parte de todos, en favor del mejoramiento de su propia salud.

Con respecto a este tema, podemos encontrar abundante literatura ya que su importancia fue detectada desde hace algunas décadas y ha sido estudiada desde varios enfoques teniendo un gran avance del cual se han hecho muchas interpretaciones que de alguna manera han permitido tener un panorama y conocimiento más amplios de un proceso que involucra, entre otras cosas, cierta conciencia social que funcionará como factor determinante para el progreso humano.

Así, el Dr. Ricardo Loewe del Instituto Nacional de Salud Pública (1985) retoma el planteamiento de que la bibliografía sobre participación comunitaria puede dividirse en tres grandes grupos:

- a) la que se refiere a la participación en el proceso de desarrollo de la comunidad,
- b) la que hace referencia a la promoción de la autoayuda y,
- c) la que analiza la participación en la APS.

Acerca del primer grupo existe una abundantísima bibliografía referente a la teoría de la difusión cultural, la transculturación y las técnicas de cambio y participación, pero sin que se hayan reportado muchos informes sobre experiencias prácticas que realmente fueran exitosas y las que lo han conseguido son bastante escasas quizá porque los beneficiarios del desarrollo regional no fueron los miembros participativos de la comunidad, sino las minorías privilegiadas.

Este tipo de literatura a su vez presenta dos vertientes, por un lado la que se enfoca en la promoción de la salud como parte del proceso de desarrollo de la comunidad, y por otro la

que retorna a la participación comunitaria desde una perspectiva más amplia e involucrando al cambio social dirigido dentro de los programas de salud.

En el segundo grupo están los proyectos que buscan la participación comunitaria enfocada a la autoayuda, desarrollando su trabajo básicamente en pequeñas comunidades marginadas donde la cobertura de los servicios institucionales de salud no alcanza a la gran mayoría y pretenden dar los conocimientos suficientes a la población para que por sí misma resuelva los problemas de salud de mayor incidencia. Estos proyectos justifican sus acciones con base a una preocupación por "los más pobres", por la clase desprotegida, pero no consideran necesario integrar sus actividades a nivel nacional por lo que no conseguirán nunca el alcance que tienen los programas de desarrollo de la comunidad y por último, los basados en elementos de la APS, los cuales no buscan soluciones parciales sino aquellas que ataquen el problema de fondo, propiciando así que la comunidad se organice pero para demandar al Estado dicha cobertura de los servicios de salud.

En 1978, la OPS definió a la participación comunitaria como: "el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo" (López, et al., op. cit., p. 55). De hecho, la OPS considera a la participación comunitaria como un fin de sí misma, como un producto final valioso, como un derecho humano fundamental.

Esta también puede considerarse como un medio para lograr que los elementos de la APS sean aplicados con el mayor beneficio posible. No obstante, al considerarla ya sea como fin o como medio, debe contar con ciertas características que la determinarán como tal para que sea activa, consciente, responsable, voluntaria, organizada y continua.

Así, la comunidad debe estar presente en todas las fases de los programas de salud de la APS y no solamente cuando éstos son ejecutados, o sea, que la comunidad debe estar involucrada desde que se realiza el diagnóstico de los problemas de mayor incidencia, el diseño de los programas, el planteamiento de los objetivos hasta los procesos de evaluación de las actividades, cooperando plenamente en cada una de estas fases del proceso.

Con esta breve explicación de la participación comunitaria, que forzosamente incluye a la organización comunitaria, intentamos describir *grasso modo* la importancia que la ha caracterizado y es precisamente por ello que volveremos a retomarla posteriormente haciendo un análisis más profundo de todo lo que implica.

## La regionalización de los servicios

"El concepto de regionalización de los servicios de salud se refiere a la utilización, de manera racional, de los recursos disponibles, distribución en forma equitativa de acuerdo con la población e identificación de los niveles más apropiados a una situación determinada. Consiste también en una perfecta articulación de referencia y de supervisión que permite, por un lado, el acceso y la participación y, por otro, el mantenimiento dinámico de la calidad del servicio a ser utilizado por la población" (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1979, p. 546).

A través del concepto de regionalización se plantea el desarrollo de una red de servicios de salud que sirva como estructura base para el funcionamiento por regiones teniendo cada una de ellas varias partes que deben coordinarse correcta y oportunamente tanto con la participación de la población, como al interior de cada organismo por región. Mas para la óptima utilización de los servicios de salud, es preciso realizar una ordenación geográfica que permita trasladar todos los recursos existentes, hasta ahora concentrados en pequeñas zonas geográficas dentro de áreas urbanas, hacia todas y cada una de las regiones del resto del país.

La regionalización, comprendida como mecanismo administrativo, es útil para identificar a los grupos humanos y las necesidades que deben ser atendidas, tomando en cuenta los enfoques y guías planteadas a nivel nacional pero actuando a nivel regional y, en especial en organismos de salud a nivel local, que deberán encauzar sus actividades considerando las diferentes realidades de las comunidades que estén dentro de su radio de acción.

La regionalización deberá ser responsable de la conformación de los niveles de atención en el plano nacional, así como del óptimo funcionamiento que éstos puedan alcanzar, ampliando con ello la cobertura de los servicios de salud con eficiencia, eficacia, equidad y justicia social.

Respecto a ello la Secretaría de Salud anotaba, en 1985:

"La regionalización operativa de las unidades de salud en áreas geográficas predeterminadas, debe entenderse como la identificación, agrupación y operación organizada y homogénea de las unidades aplicativas del primer nivel de atención, en estrecha correspondencia programática y funcional con la unidad hospitalaria con la que establezcan mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes y de problemas de salud pública" (S.S.A., 1985, p. 40).

Se pretende que cada área geográfica sea autosuficiente, contando con capacidad de resolución y propiciando el desarrollo de ciertos mecanismos que insten a -según Kroeger- "la búsqueda, detección y trato ampliado de las familias y grupos expuestos a mayor riesgo y no solamente la atención pasiva de la demanda espontánea de servicios" (Kroeger, et al., op. cit., p. 12).

La multiplicidad de agencias, instituciones y programas de salud, dentro de una misma zona, conlleva tal desorganización que impide hacer compatibles los objetivos y prioridades de cada región específica con los establecidos a nivel institucional. Por ello se recomienda, como primera instancia, hacer un análisis de las diferentes "coberturas" que realicen las diversas instituciones pero dentro de un contexto regional, puesto que para una correcta regionalización funcional es imprescindible la programación interinstitucional de la cobertura.

Como vemos, es imposible hablar de regionalización sin involucrar a otra serie de procesos y conceptos que en la práctica se presentan unidos y determinándose constante y mutuamente. Por ello, es común encontrar que algunos autores comienzan a escribir sobre tres enfoques que deben tratarse conjuntamente: la descentralización, la regionalización y los niveles de atención.

#### Desarrollo de la articulación intersectorial

Como vimos a lo largo del capítulo uno, son varios los factores socioeconómicos que afectan directamente el desarrollo sanitario de la comunidad y es poco probable asegurar que con el simple mejoramiento de los servicios de salud se lograrán cambios significativos que realmente propicien la salud de la población, sobre todo, después de haber comprobado que no importa tanto el hecho aislado de curar a un paciente, puesto que al regresar éste a su medio habitual de vida, padecerá una vez más su enfermedad en cuestión de poco tiempo si consideramos que ésta es determinada socioeconómicamente por otros factores, o sea, que todas aquellas enfermedades que van de la mano con la pobreza, entre las que se encuentran las enfermedades psicológicas, no es posible darles solución con un breve tratamiento médico.

Es por ello que para atacar y vencer a las enfermedades que impiden en gran medida el crecimiento de los países en desarrollo, situación que también se ve detenida y deteriorada por el aumento de problemas económicos y sociales, es necesario buscar una solución conjunta, en forma concertada, desde distintos sectores de la sociedad y el Gobierno que la respalda, pues sólo así se estará atacando al problema desde todas y cada una de las áreas que están

relacionadas entre sí y que influyen en sectores tan importantes como el económico, el social, el sanitario, etc..

También hemos analizado que las necesidades prioritarias de la comunidad no consisten únicamente en la prestación de los servicios médicos convencionales puesto que para alcanzar el mayor beneficio posible de éstos, es fundamental una serie de condiciones que deben ser cubiertas y absorbidas por los gobiernos como sería: creación de empleos, provisión de agua potable, alimentación suficiente, construcción de escuelas, construcción de carreteras, etc., las cuales están totalmente fuera del alcance del sector salud.

No es difícil darse cuenta de la necesidad que tiene el sector salud de apoyarse en otros sectores para que sus programas funcionen adecuadamente, sobre todo cuando esta participación intersectorial aporta conocimientos y tecnologías complejas y de alto costo que pueden ser aprovechadas por la APS para elevar el nivel de salud de la población.

Sin embargo, ello no significa que no se tome en cuenta también, el gran apoyo logístico y financiero con el que pueden contribuir estos sectores para que los agentes sanitarios encargados de la atención primaria cuenten con una orientación y adiestramiento más especializado para lograr un amplio y más profundo crecimiento y desarrollo de la APS con el respaldo de personal más capacitado.

Así tenemos, que en la reunión de Alma Ata se dijo acerca de la coordinación con otros sectores que "El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud. En los países en desarrollo, en particular, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano. La atención primaria de salud, como parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico en general, debe apoyarse necesariamente en la debida coordinación, en todos los niveles, entre el sector sanitario y todos los demás sectores interesados." (OMS-UNICEF, op. cit., p. 11).

En Alma Ata también se indicó que ningún sector encargado de una parte del desarrollo socioeconómico de un país podrá funcionar bien aisladamente, puesto que no encontraremos un sector que no influya de alguna manera en las metas establecidas para otro sector. Por lo tanto, es indispensable que los principales sectores sociales y económicos establezcan una consulta constante entre sí para asegurar el desarrollo y fomento de la salud como parte intrínseca necesaria en cada uno de ellos.

Se debe considerar que para un correcto funcionamiento de la APS es imprescindible la coordinación intersectorial que se logrará al acabar con las duplicaciones de establecimientos y



servicios, limitando excesos inútiles y costosos en la disposición de equipos de alto costo, detectando todas aquellas situaciones donde se subutilicen las instalaciones así como tomando extremas medidas de control de gastos innecesarios.

Lo ideal sería definir las funciones y responsabilidades de las distintas instituciones de salud sin caer en la repetición de métodos inapropiados que han sido utilizados en el pasado y lograr así establecer condiciones óptimas que favorezcan el desarrollo de la salud física y mental de todas las personas, objetivo fundamental que busca la APS al desempeñar una acción conjunta con cada uno de los sectores para alcanzar este objetivo común.

Por ello, la articulación intersectorial constituye uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la APS la cual se verá beneficiada por los logros alcanzados en cada sector puesto que todos los sectores involucrados en tales acciones afines, deben realizar un mayor esfuerzo de coordinación y cooperación considerando siempre, en primera instancia, las necesidades prioritarias de cada comunidad, lo que también propiciará el crecimiento económico y social de cada país en general y del nuestro en particular.

#### Formación y utilización de recursos para la APS

Los miembros del equipo de salud deben recibir una formación básica determinando con anticipación cuánto tiempo durará, después, cómo estará organizada su formación continua, quién será el encargado de impartirla y cómo se incorporarán los individuos y las familias al equipo para convertirse en verdaderos colaboradores de su propio desarrollo sanitario.

En la reunión de APS en Alma Ata, se consideró a la población como el recurso humano más importante de todo el país, el cual, hasta la fecha, no se ha incluido favorablemente en los programas de salud, pues se debe motivar a los individuos y familias para que estén dispuestos a adquirir mayor responsabilidad sobre su estado de salud y mantener constante su interés hacia los propios problemas sanitarios, participando activamente en busca de la solución más adecuada para ellos. Estas acciones por parte de la comunidad no son únicamente el reflejo de una clara organización, sino al mismo tiempo respalda el posible éxito que pueda tener la APS.

En dicha reunión también se planteó que el personal de salud podrá estar compuesto no sólo por profesionistas de diversas áreas, sino también por personas de cada una de las comunidades por lo que podremos encontrar en el mismo equipo sanitario a individuos poco instruidos que han recibido una preparación elemental en asistencia sanitaria, como ayudantes de medicina, curanderos tradicionales, enfermeras prácticas, parteras adiestradas; junto con

psicólogos, médicos generales, trabajadores sociales, etc.. Sin embargo, debemos tener presente que la composición de cada equipo variará según las distintas necesidades de cada uno de los sectores de la población, más aún cuando las personas que demandan esta asistencia son considerados como el eje esencial de la APS.

Los trabajadores o agentes sanitarios de la comunidad pueden ser adiestrados en poco tiempo y sus actividades incluirse, en primera instancia, -para alcanzar una cobertura total de la población- en los servicios de salud fundamentales y posteriormente, integrarse al equipo de salud para efectuar tareas concretas y cubrir en una determinada área la asistencia sanitaria.

También es importante capacitar a todos los integrantes del equipo de salud para el trabajo en grupo, recalcándoles la relación significativa que guarda su trabajo con el de los representantes de otros sectores que también participen en la APS y las repercusiones favorables que ésto puede tener sobre el desarrollo de la comunidad.

La adecuada planificación y administración de los servicios de salud, tanto en los diferentes niveles de atención como a nivel central, requiere de la formación de equipos multi e interdisciplinarios que, para la difícil tarea de la planificación, cuenten con conocimientos sobre factores políticos, sociales y económicos que influyan determinadamente en la situación nacional de cada país. En esta planificación también será útil y necesaria, como lo hemos repetido anteriormente, la participación de los integrantes de las distintas comunidades.

Creemos que los profesionistas y técnicos egresados de las actuales instituciones formadoras de recursos para la salud, están insuficiente e inadecuadamente capacitados para enfrentar los actuales problemas de salud, por lo que es preciso fomentar un recurso humano debidamente capacitado, con un aceptable nivel técnico-científico, que maneje una concepción más integral del ser humano y del proceso salud-enfermedad, para preservar la salud como derecho esencial del hombre y la sociedad.

También es necesario contar con personal sanitario aún más capacitado que por su preparación asumirá diferentes funciones y estará a cargo de la orientación, enseñanza y supervisión del personal de salud que realice trabajo comunitario, así como de la educación de las propias comunidades sobre cuestiones de salud, sin olvidar las condiciones socioeconómicas presentes en cada caso. Este tipo de personal tendrá funciones técnicas pero también cubrirá funciones sociales y docentes que convetirán al personal de salud en verdaderos dirigentes de las actividades sanitarias (OMS-UNICEF, op. cit., p. 35 ).

El futuro trabajador de APS debe contar con cierta habilidad social y, como plantea Durana, la adquisición de ésta debe realizarse bajo una estructura formativa que cuente con las siguientes características:

- 1) debe permitir el análisis del conocimiento existente con una actitud crítica,
- 2) debe promover la formación autodidáctica, permanente, regular y continua,
- 3) debe combinar la teoría con la práctica durante el desarrollo del proceso educacional, con un acercamiento temprano a la comunidad,
- 4) debe identificar y resolver problemas simultáneamente, como estrategia de conocimiento, y
- 5) debe promover la inclusión temprana de la investigación en la formación del estudiante, a nivel individual, familiar y comunitario (López, et al., op. cit., p.59).

Estos planteamientos han alcanzado gran importancia a nivel mundial reflejándose en la Declaración de Edimburgo realizada del 7 al 12 de agosto de 1988 en Edimburgo, Escocia. Dicha declaración dada a conocer por la Federación Mundial para la Educación Médica, enfatiza "la creciente preocupación de los países por reorientar la formación de recursos humanos en cuanto al logro de una atención de salud igualitaria basada en la impartición humanitaria de los servicios médicos, y puesta al alcance de la mayoría de la población" (*ibid.*).

Después de haber descrito específicamente los componentes estratégicos de mayor interés para el presente trabajo, pasaremos a la descripción de los componentes programáticos.

La APS está constituida por varios componentes y elementos que para ser llevados a la práctica requieren de programas los cuales son considerados como la base fundamental para realizar cualquier estrategia basada en la APS. Dependiendo de su utilización, podrán estar dirigidos a grupos o problemas bien específicos pudiendo dividirlos -según Kroeger- en:

- a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado.
- b) Programas para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- c) Programas para la prevención, protección y control de enfermedades, etc.

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, las acciones de la APS son integrales involucrando no sólo a los componentes curativos sino, principalmente, aquellos relacionados con la prevención, trabajando así con la salud y no únicamente con la enfermedad, por lo que sus metas están dirigidas al desarrollo de la prevención en todos y cada uno de los niveles de atención.

Por la importancia de la prevención, ésta ha sido dividida en: prevención primaria (promoción y protección a la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria

(rehabilitación), pensada de esta manera para funcionar dentro del modelo médico hegemónico de salud.

Todas estas actividades se podrán concretar a través de programas propuestos para cada área pero primero es necesario readecuar y reorganizar todos los recursos físicos, humanos y financieros, utilizando fundamentalmente los servicios básicos de salud para fomentar la participación comunitaria ya que los programas están encausados a la búsqueda del bienestar de toda la población, como individuos y como grupos sociales.

*Los componentes programáticos propuestos para la APS son los siguientes:*

1. atención materno infantil
2. inmunizaciones
3. planificación familiar
4. control de las enfermedades diarreicas
5. control de enfermedades respiratorias agudas
6. salud mental
7. salud dental
8. control de enfermedades parasitarias
9. control de enfermedades ocupacionales
10. control, prevención y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y del cáncer
11. control de enfermedades de transmisión sexual
12. alimentación y nutrición
13. saneamiento ambiental
14. prevención de accidentes
15. erradicación de la malaria
16. salud pública veterinaria

Quizá los programas en los que inicialmente podría integrarse el psicólogo, por la influencia que estos problemas tienen sobre la población, serían: atención materno infantil, planificación familiar, salud mental, control, prevención y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y del cáncer y control de enfermedades de transmisión sexual; participando por medio de educación para la salud, apoyo terapéutico a la comunidad, técnicas psicosociales para trabajo con grupos, etc., y dependiendo de los resultados obtenidos podría integrarse al equipo interdisciplinario en otros programas.

Se ha planteado que los programas de salud tiene valor universal pero por la estructura clasista, que caracteriza a muchas sociedades, es casi imposible extenderlos a todos los

sectores sociales. Cualquier población, ya sea que se consideren sus organizaciones sociales o como comunidades, es simultáneamente el sujeto y el objeto planteados para producir la salud. Sin embargo, frecuentemente los programas de salud sólo consideran como objeto a las organizaciones populares, porque la plena participación de éstas, implicaría una serie de procesos complejos, ya que el hecho de planear, dirigir y participar en los programas de salud, conllevaría cambios estructurales que trascenderían más allá del ámbito mismo de los programas de salud.

Cada estructura social determina los programas de acción que utilizará el sector salud y por lo general éstos son dirigidos por una minoría que reproduce las concepciones del sistema aparentemente en favor de la mayoría poblacional. Es por esta razón que se debe incluir, tanto en la realización como en la aplicación de los programas a la comunidad que se beneficiará con éstos, pues la población mejor que nadie, conoce los problemas que le afectan directamente causándole enfermedad.

## **2.2. Confusiones acerca del concepto de APS**

La APS es un concepto relativamente nuevo (1978); en nuestro país se ha trabajado para poder aplicarla pero las acciones realizadas para lograrlo aún no pueden evaluarse. Sin embargo, en la actualidad existe una verdadera voluntad política por parte del Estado para implementarla, lo cual queda demostrado si observamos que la APS es el eje directriz del Programa Nacional de Salud 1991-1994. Habrá una evolución gradual constante que propiciará su desarrollo ya que existen posibilidades de operativizarla en miles de comunidades que aún no son partícipes de los beneficios de ésta.

Las diversas experiencias de su aplicación en varios países la han ido enriqueciendo y transformando continuamente, por lo que es común encontrar que el concepto de APS frecuentemente es confundido con otros conceptos que, por lo general, quedan incluidos en el primero o lo distorsionan por completo.

Creemos que es conveniente profundizar en algunas de las concepciones con las que es equiparado o confundido equivocadamente este concepto, pues es necesario acabar con los "mitos" que le rodean para comprender el verdadero alcance y desarrollo que ésta representa. No es posible compararla con interpretaciones tan restringidas que impiden la correcta concepción de esta nueva forma de actuar de los servicios de salud que influirá, básicamente, en aquellos sectores que favorezcan y propicien el desarrollo tanto del sector salud como de toda la población.

Algunos autores han detectado que el concepto de APS difundido en la Reunión de Alma Ata y muchos de los que le han sucedido no pueden ser unívocamente analizados por lo que es necesaria una apreciación global del verdadero valor de la APS para terminar con las malas interpretaciones que se han hecho de la misma.

Es común encontrar la comparación entre atención primaria y atención de bajo costo, principalmente en países como el nuestro donde la restricción de recursos a causa de la actual crisis económica hace tentadora la posibilidad de utilizar menos recursos para el sector sanitario bajo una concepción de "atención simplificada".

En el seminario sobre diseño de la atención primaria de salud realizado en Tepoztlán en 1985, se concluyó que los servicios de bajo costo se han calificado mal, definiéndolos como "aquellos programas que utilizan a la comunidad como mano de obra barata para ofrecer servicios, 1) que no integren satisfactoriamente los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y 2) que no aporten a la comunidad la capacitación necesaria para adquirir una mayor autonomía con respecto a la vigilancia de su propia salud, pero 3) que transfieran a la población empobrecida la responsabilidad de resolver sus problemas. En tales circunstancias, la población está de hecho recibiendo servicios de corte convencional, pero a menos costo y de menor calidad" (Loewe, 1988, p. 671).

No negamos que la APS es (parcialmente) "barata" -lo que no implica baja calidad sino bajo costo- específicamente cuando nos referimos a la aplicación de paquetes que realmente logran elevar el nivel de salud de la población a un bajo costo. Pero ello no implica que tales paquetes resuelvan, en la mayoría de los casos, los problemas más graves de salud, como por ejemplo el de la desnutrición el cual no podrá ser superado por medio de paquetes de atención a la salud ya que este problema requiere cambios estructurales profundos para ser resuelto (*ibid.*).

En el seminario de Tepoztlán también se destacó que la plena utilización y adaptación de la APS de ninguna manera se debe considerar como acción barata, sobre todo porque ésta ha sido concebida como una extensión del derecho a la salud, lo que implica costos tanto políticos como económicos bastante altos que serán detectados a largo plazo.

También se presenta confusión entre los términos de primer nivel de atención y APS. El primer nivel de atención, que será abordado y desglosado en el próximo apartado, en esencia se refiere a la atención básica que se orienta a acciones del conocimiento, mantenimiento y promoción del estado de salud tanto para el individuo como para toda la comunidad, detectando aquellos padecimientos infecto-contagiosos más comunes que deberán ser controlados y prevenidos para evitar su expansión.

En contraposición, la APS se ha definido como la base que fundamentará las diferentes estrategias para actuar en el ámbito que involucre todas las acciones de los servicios sanitarios, en busca del cumplimiento, a nivel mundial, de la meta "Salud para todos en el año 2000".

Si analizamos detenidamente la definición de APS propuesta en Alma Ata, podremos detectar que existe una clara diferencia entre estos dos conceptos, ya que todo nivel de atención estará determinado por el tipo de instalaciones y recursos que sean utilizados al ofrecer los servicios lo que forzosamente estará relacionado con el grado de complejidad y frecuencia con que se presente el daño que sea atendido dentro de cada población, mientras que la APS involucra una serie de elementos más complejos y elaborados a nivel nacional.

Por ello la APS y el primer nivel no son conceptos que se puedan manejar como sinónimos pues la APS incluye no sólo al primero, sino a todos los niveles de atención, los cuales no podrían contener un concepto mucho más amplio del que ellos precisan. Los niveles de atención serán explicados posteriormente.

Por otro lado se ha designado como atención primaria a toda práctica médica que no es realizada a nivel especializado u hospitalario lo que propicia que varios profesionistas, al no estar de acuerdo con la aplicación de una estrategia basada en la APS, pretendan demostrar que ésta ya ha sido utilizada en el nivel "que le corresponde", sin obtener los resultados esperados.

Igualmente se trata de identificarla con aquella atención que se basa en métodos "primitivos" o con cierta tecnología que por ser sencilla, ha sido devaluada y definida como atención "para pobres", identificada también como "atención de segunda clase" o como atención que es específicamente destinada para países del Tercer Mundo. Quizá con esto se intenta demostrar que la APS no se requiere en países donde exista un sistema hospitalario consolidado pero de hecho, ésta, al ser el primer contacto que los pacientes tiene con la atención, sea cual sea el nivel en que se le reciba, se puede y se debe implementar en todos los países comprometidos con la estrategia de la APS.

En la práctica se ha comprobado que no es necesario utilizar una tecnología sumamente "avanzada" siempre y cuando la utilizada sea efectiva en la solución de los problemas que afectan la salud. Sin embargo, la concepción que apoya el actual modelo hegemónico equipara la excelencia de la atención o la atención "científica", con aquella altamente especializada, con alta tecnología; sin reconocer otro tipo de métodos, que aún siendo efectivos y viables para el país, carecen de reconocimiento profesional.

Es urgente cambiar estas concepciones sobre todo cuando se ha demostrado que la atención y tecnología sencillas pueden cubrir y resolver gran parte de los problemas de salud en nuestro país y dejar de desviar tantos recursos, principalmente humanos y económicos, a la atención altamente tecnificada que a pesar de su excelencia, no es efectiva ni costeable.

En lo que se refiere a la tecnología es conveniente no confundir el término de tecnología simplificada con el de tecnología simplista ya que la primera es el resultado de un proceso complejo que está basado en el conocimiento científico después de haber detectado las necesidades de salud que deben ser resueltas dentro de una comunidad.

Como lo plantea el Dr. Alvarez Manilla (1988), la atención debe valorarse no por los medios que utilice sino por los resultados que produce y su excelencia se medirá por el grado en que evite costos y sufrimientos humanos. Por ello la APS y la excelencia pueden conjuntarse ofreciendo así una atención más completa.

Las principales características de la APS se fundamentan en que:

---

*Atención Primaria de Salud*

---

- debe ofrecerse durante el estado de salud
  - se ocupa de los factores de riesgo
  - es anticipatoria
  - actúa por programación en base a necesidades
  - requiere del autocuidado del sujeto y de la actuación del equipo de salud
- 

En contraste, la práctica hegemónica se ha centrado en las siguientes características:

---

*Atención Hegemónica*

---

- ofrece atención en el estado de enfermedad
  - se ocupa del daño a la salud
  - es expectante
  - actúa por demanda
  - requiere de un "paciente" y admite la práctica individual
-



Como podemos apreciar, la APS rebasa al modelo hegemónico de atención, ya que se ocupa fundamentalmente de prevenir las enfermedades y su campo de acción abarca a toda la población, lo que la hace más eficiente.

Asimismo la APS también incluye los diferentes niveles de atención, intentando definir los límites y funciones de cada uno para evitar la duplicidad de las acciones sanitarias.

### **2.3. Niveles de atención a la salud**

En los últimos años en México se han hecho señalamientos acerca de las incongruencias detectadas entre las necesidades sociales de la población para que realmente gocen de un aceptable nivel de salud, del quehacer de las instituciones encargadas de esta área, ya sean públicas o privadas, así como de la formación de recursos humanos a nivel superior destinados para este tipo de atención. Las necesidades sanitarias reales en nuestro país y los requerimientos institucionales en la capacitación y orientación del personal de salud, están bastante distantes de la idea de buscar una salud integral tanto de los individuos como de las comunidades.

Es necesario conocer cómo está constituido el sector salud y en que criterios se basa al brindar sus servicios, puesto que la problemática de salud de nuestra población sigue creciendo y parece agravarse con el paso del tiempo.

El concepto de niveles de atención, describe la forma escalonada o estratificada como son organizados y prestados los servicios de salud para la población. Dichos servicios, desde hace varios años, han sido distribuidos administrativamente en distintos niveles intentando racionalizar y hacer más eficiente el uso de recursos de la atención médica para ofrecer una mejor atención.

La diferenciación de estos niveles se basa en el reconocimiento de la complejidad progresiva de las situaciones de salud, siendo que cada uno de los grados que van constituyendo a la enfermedad deben ser atendidos de manera diferente para la preservación de la salud; así, para los problemas más frecuentes, que tienen un origen simple, se requieren respuestas menos complejas y para problemas complicados, que son menos frecuentes, se requieren respuestas complejas.

Por lo anterior, los niveles de atención son considerados una división administrativa dentro de las instituciones que ofrecen servicios de salud y para lo cual es necesario la regionalización geográfica si se desea una óptima utilización de los mismos. Los niveles

también son definidos en relación con las instalaciones y los recursos que se utilizan en la prestación de servicios, considerando la complejidad del daño que se atiende y la frecuencia con que éste se presenta.

En casi todos los países, estén en vías de desarrollo o sean desarrollados, "se utiliza el método llamado de *prevalencia* que organiza específicamente la atención médica según la frecuencia con que se presentan los diferentes problemas de salud en la población, esto se basa en el triángulo de morbilidad con objeto de establecer tres niveles de atención por arriba de los factores de riesgo. De acuerdo al lugar que ocupan en el modelo piramidal de la atención, se denominan primero, segundo y tercer niveles de atención" (Gómez Garza, et al., 1985, p. 177) (Ver Esquema 1 en la página siguiente).

En México, el sector salud se basó en este modelo de atención, pero es importante considerar que dichos niveles no pueden ser rígidos puesto que, a pesar de programar las actividades genéricas en cada nivel, los límites de las áreas para cada uno no pueden ser clara y exactamente definidos en cuanto a funciones, servicios y recursos.

Bajo estos criterios se pretende que el tercer nivel resuelva del 3 al 4% de los problemas de salud, el segundo nivel se haga cargo del 12% aproximadamente y el primer nivel atienda el 85% de los problemas más frecuentes que se presentan en la población.

A continuación trataremos de describir en forma más específica los niveles de atención y posteriormente incluiremos las acciones del psicólogo en cada uno de ellos, basándonos en lineamientos expuestos por la OMS.

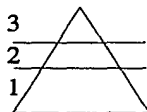
### 2.3.1. Primer Nivel de Atención

El primer nivel incluye la atención sanitaria de carácter básico y se orienta principalmente a acciones relacionadas al conocimiento, mantenimiento y promoción del estado de salud tanto para el individuo como para los grupos que conforman una comunidad, para lo cual es primordial tomar en cuenta la forma de organización de la misma.

Este nivel se caracteriza por tener un enfoque integrador que se encarga del control, prevención y detección oportuna de los padecimientos infecto-contagiosos más comunes basando su operación, primeramente, en la formulación de un diagnóstico local mediante el cual, establecerá su programa de trabajo y aplicará, posteriormente, el tratamiento oportuno para cada caso, quedando implícita en este proceso la participación conjunta del personal institucional y comunitario.

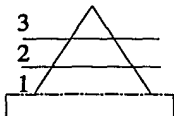
# ESQUEMA 1

## Pirámide de Niveles de Atención

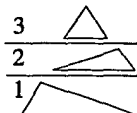


Donde la anchura de la pirámide se refiere a la extensión o cantidad de servicios ofrecidos y los números a los niveles.

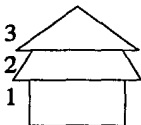
Las formas reales que tienen los diferentes componentes del sistema mexicano de atención a la salud son así:



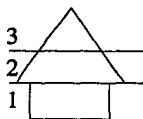
SSA: sin sistema de referencia, con regionalización completa.



Privada: sin sistema de referencia, sin regionalización.



IMSS: con sistema de referencia. Con regionalización completa.



ISSSTE: con sistema de referencia con regionalización solamente administrativa.

1a. Fuente: IMSS-Coplamar. Necesidades esenciales en México, 1985.

2a. Fuente: Mora F. y Hersch P.

Introducción a la Medicina Social y Salud Pública, 1984 p 77

Esquemas modificados

Así, el primer nivel de atención solucionará los problemas de salud de un 65 a un 85% de la población total, determinándose por la Coordinación de los Servicios de Salud de la UNAM, en 1981, que dicha atención estará orientada básicamente al conocimiento y promoción del estado de salud dentro y para las comunidades; al control de las enfermedades transmisibles y las prevenibles por vacunación; a la orientación nutricional; a la detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas; a la consulta médico-general; a la planificación familiar; y a la identificación y control de problemas de saneamiento del medio ambiente (López Reyes, 1988, p. 716).

El personal necesario en el primer nivel de atención son profesionistas, trabajadores auxiliares y agentes de salud que cuenten con un adiestramiento general, pudiendo éstos últimos pertenecer a la propia comunidad. Frecuentemente se da una identificación entre el público y el personal entrenado para primer nivel puesto que el servicio está destinado a una comunidad pequeña y se ofrece en una unidad de salud reducida, por lo general un consultorio o un local dentro de la propia comunidad, con atención básicamente ambulatoria que será directa y continua tanto en la población como en la unidad sanitaria.

En este primer nivel, se busca ofrecer atención rápida y completa basándose en una mejor comprensión del estado de salud por medio del conocimiento individual, familiar y comunitario con la finalidad, entre otras cosas, de lograr un adecuado control de las enfermedades. También es el nivel estratégico para lograr la ampliación de la cobertura de los servicios ya que pretende satisfacer las necesidades básicas de la comunidad atendiendo los problemas más frecuentes, que por lo general no son tomados en cuenta y mucho menos resueltos, lo que provoca una patología social permanente.

En el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud dentro del Modelo de Atención de la Salud de la Población Abierta, (MASPA, 1985) de la Secretaría de Salud, se plantea que para el correcto funcionamiento de las unidades de primer nivel es necesario el trabajo conjunto de los recursos institucionales y comunitarios, el cual podrá adquirir características particulares de acuerdo a cada ámbito de aplicación.

También se considera la necesidad de contar con mecanismos de supervisión y capacitación continuos para garantizar una adecuada conducción de programas y actividades, organizándose en zonas dentro de cada área geográfica, las cuales estarán bajo el cargo de las jurisdicciones. Cada una de estas zonas estará constituida por cierto número de módulos o equipos de salud que podrán variar dependiendo de las características de accesibilidad y dispersión geográfica de las unidades sin olvidar la importancia de una supervisión mensual de las actividades.

En el MASPА también se determinó que para una correcta articulación del primer nivel, es primordial incluir como mínimo los siguientes programas prioritarios: atención médica, atención maternoinfantil, prevención y control de enfermedades y accidentes, educación para la salud, nutrición, saneamiento básico y planificación familiar.

Es importante aclarar que hay bastante similitud entre estos programas prioritarios y los planteados por la Coordinación de los Servicios de Salud de la UNAM, por lo que estos últimos tienen el respaldo y la aceptación de la Secretaría de Salud, y cuentan con la posibilidad de un mayor alcance a nivel nacional. Cabe resaltar que los problemas psicosociales y relacionados con la esfera psicológica de los individuos, no son considerados por estos programas prioritarios de salud.

Las unidades de salud del primer nivel están pensadas principalmente para áreas rurales y urbanas planeando que la cobertura alcanzada para cada equipo de salud en áreas rurales dispersas sea de 3,000 habitantes, para áreas rurales concentradas de 3,000 a 5,000 y para áreas urbanas sea de 5,000 a 8,000 habitantes (MASPA, 1985, p. 41). Asimismo, la configuración arquitectónica se basa en una estructura modular compuesta por cierto número de consultorios y equipos de salud, determinándose la cantidad de éstos por características geográficas, demográficas y socioeconómicas de cada localidad.

En una sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina realizada en 1984, el Dr. Raúl Gómez Garza, planteó que se han definido tres subniveles dentro de este primer nivel de atención los cuales describiremos a continuación:

a) el *primer subnivel o de autoatención*, está compuesto por todas aquellas actividades sanitarias realizadas por las familias, en los sitios de reunión o al interior de los grupos de trabajo, teniendo como tarea fundamental el mantenimiento o la restauración de la salud para lo cual la población realiza acciones de autocuidado o prácticas derivadas de la medicina en apoyo a la salud. Aunque en este subnivel no se presenta la intervención por parte del trabajador sanitario, la comunidad hace un adecuado empleo de métodos y técnicas de educación para la salud y actividades de higiene que generalmente son obtenidas a través de los hábitos y las costumbres.

b) el *segundo subnivel* se refiere a la participación de líderes formales o informales en la comunidad quienes pueden estar contratados por las instituciones de salud o participar voluntariamente como personal auxiliar de salud contribuyendo en la organización y desarrollo de la comunidad. En este subnivel las actividades se realizan en consultorios o casas de salud rurales y de zonas marginadas que dirigen sus acciones primordiales a la

educación para la salud, la prevención de ciertos padecimientos transmisibles, la orientación médica simplificada y el saneamiento ambiental básico.

No podemos olvidar el papel tan importante que ha jugado este personal auxiliar de salud también conocido como: ayudantes de salud, promotores de salud rural, auxiliares de salud de la comunidad, agentes de salud, etc., para la implantación de los elementos de la APS en la mayoría de los países latinoamericanos, lo que ha propiciado el desarrollo de este subnivel con cierta amplitud.

c) el *tercer subnivel o de atención profesional* se refiere a la atención general a la salud, la cual se realiza en consultorios rurales o en centros de salud de áreas urbanas y marginadas en forma de consulta general y con un equipo de salud constituido por médicos en servicio social, médicos generales de base y las auxiliares de enfermería cuyas acciones se orientan a la solución de los problemas médicos más frecuentes y de poca complejidad, así como detectando y canalizando aquellos problemas más complejos (Gómez Garza, et al., op. cit., pp. 177-178).

Como se observa, no se abandona el sistema tradicional de ejercer la atención. Bajo la concepción actual de la APS se plantea que el psicólogo no debe integrarse en las áreas rurales sino a nivel central, delegacional o jurisdiccional donde, junto con el personal general de salud (médico, enfermera, promotor, etc.), debe supervisar y asesorar a los integrantes de los equipos sanitarios haciendo énfasis en el área mental de la salud.

### 2.3.2. Segundo Nivel de Atención

El segundo nivel de atención se caracteriza por ofrecer atención sanitaria general y especializada, brindando el tratamiento adecuado a padecimientos específicos poco frecuentes. Sus funciones se basan principalmente en la prevención, la curación y la rehabilitación de carácter general de aquellos problemas que no puedan ser atendidos por el nivel primario.

El personal de salud para el segundo nivel son médicos familiares, algunos especialistas, y personal general y auxiliar que cuente con cierta especialización. Este personal ejercerá en unidades de salud de tamaño intermedio ubicadas a cierta distancia del domicilio del paciente, prestando atención curativa ambulatoria u hospitalaria por lo que es indispensable cierta especialización del equipo de salud. Dichas unidades hospitalarias ofrecerán sus servicios fundamentalmente en localidades rurales concentradas y urbanas.

Por la estructura orgánica del hospital es necesario hacer una división racional del trabajo llevando a cabo una organización tal que permita una adecuada departamentalización de los

servicios. Estas unidades hospitalarias también podrán ofrecer servicios de primer nivel dentro de la localidad donde se ubiquen, siempre y cuando en ésta no existan centros de salud que se hagan cargo de la atención básica a la salud de la población.

El alcance que tiene este nivel en la cobertura de la población no es muy amplio puesto que por el tipo y características de la unidad de salud, priorizará aquellos padecimientos que por su complejidad requieren una atención más específica, o sea, aquellos casos donde la enfermedad esté notablemente avanzada.

El quehacer del segundo nivel de atención está dirigido a la recuperación de la salud rehabilitando los daños causados por la enfermedad y tiene como objetivo la solución de los problemas entre el 12 y el 30% de la patología nacional, pero "cabe señalar que su cobertura se establecerá con base en indicadores de demanda que dictamine la Secretaría de Salud en coordinación con los responsables de cada Entidad Federativa" (MASPA, op. cit., p. 39).

Las instituciones encargadas de este nivel cubrirán a varias comunidades que estén establecidas a una distancia considerable de cada unidad sanitaria. Dichas unidades se organizarán en base a los recursos instalados ya existentes considerando los hospitales de la Secretaría de Salud, del IMSS y de los servicios locales de salud, así como nuevas instalaciones que se planeen edificar para este nivel de atención, sin olvidar que se deben establecer acciones de coordinación y apoyo entre cada una de ellas para alcanzar una cobertura definida por la oferta de servicios en proporción acorde a su capacidad instalada (*ibid.*).

La relación entre los servicios de salud y los usuarios será directa o a través de la canalización del primer nivel por lo que la atención se caracterizará como intermitente y discontinua. Es por ello que los servicios de hospitalización y especialización se han clasificado como de contacto secundario al considerar que los pacientes atendidos deben ser referidos por algún servicio de contacto primario, aunque ésto no se realiza con frecuencia.

Este nivel también se encargará de la preparación de recursos humanos, de la realización de estudios socioeconómicos diversos y de la formación de una red de hospitales generales en todo el país mediante actividades de atención médico quirúrgica aplicando las cuatro especialidades consideradas como básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría; agregando algunas otras que se determinarán por la región geográfica, las necesidades preponderantes y por medio de programas específicos de enseñanza e investigación para cumplir con la serie de objetivos y metas destinadas para el nivel secundario de atención.

Para realizar esta serie de tareas, es indispensable una combinación de recursos de variada complejidad no sólo durante la atención ambulatoria o la que se encarga de la hospitalización de los pacientes, sino básicamente en todas las acciones dirigidas al desarrollo de programas educativos para la comunidad, en la preparación de nuevos estudiantes para lograr un óptimo funcionamiento con un personal consciente del trabajo que desempeña, así como respaldando investigaciones en diversos ámbitos.

No se debe menospreciar el esfuerzo que se ha realizado en México durante los últimos años para introducir nuevos conceptos programáticos en la práctica hospitalaria con la intención de obtener más conocimiento, elevar la eficiencia de los servicios y homogeneizar la atención médicoasistencial, sin embargo, los hospitales generales con frecuencia se ubican en diferentes sistemas del Sector Salud presentando discrepancias entre los recursos, los servicios y la población beneficiada.

El Dr. Lázaro Benavides V. al analizar el segundo nivel de atención plantea que todo hospital constituye un complejo que estará formado por tres componentes básicos:

- 1) el sector receptor- es aquella población que recibe la atención sanitaria básica, es decir, los individuos y familias;
- 2) el sector profesional- son todos los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, administrativos, técnicos, etc., que otorgan la atención;
- 3) el sector u organización social y física- se refiere al hospital, a la estructura orgánico-funcional que facilita la atención.

Es indiscutible que estos tres sectores presentarán características propias determinadas por diversos factores lo que quizá propicie una preferencia de la institución hacia uno u otro de los sectores dependiendo de los objetivos que se pretendan cumplir, pero eso no significa que el complejo hospitalario desvíe su atención de las funciones básicas universales como serían: atención médica, docencia e investigación y relaciones públicas (Benavides, et al., op. cit., pp. 179-181).

Frecuentemente el oportuno y adecuado funcionamiento del segundo nivel de atención se ve afectado por una serie de condiciones externas que repercuten en la estructura orgánico-funcional del mismo, provocando barreras técnico-administrativas que impiden la solución de los problemas dentro del nivel que les corresponde.

En el Programa de Descentralización de los Servicios, presentado por la Secretaría de Salud, se planteó que "las unidades de primer y segundo niveles deberán garantizar la prestación de servicios en la cantidad, calidad y oportunidad acordes con las necesidades y demandas de la población en general que habite en sus áreas de influencia, sin embargo, es



conveniente señalar que las acciones estarán fundamentalmente dirigidas a la población no protegida por la seguridad social y con escasas posibilidades de acceso a la medicina privada" (MASPA, op. cit., p. 36).

### 2.3.3. Tercer Nivel de Atención

No nos introduciremos demasiado en la explicación de este nivel de atención puesto que no es considerado como básico para el desarrollo e introducción de la APS en el sistema de salud. Sin embargo, es preciso que exista una correcta y armoniosa coordinación entre los tres niveles en la medida que esta organización de la atención, es una manera de racionalizar y hacer más eficiente el uso de recursos en los servicios de salud.

Como hemos visto, el primer nivel de atención es el menos complejo y comprende las acciones más elementales o básicas del sistema; los otros niveles (segundo, tercero, etc.) estarán conformados por todas aquellas agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y complejidad ascendente cuyas acciones influyen sobre el sistema de referencia de individuos y situaciones detectadas en el primer nivel. Por ello, lo que determina la distinción entre un nivel y otro es, entre otras cosas, su capacidad tecnológica en la resolución de problemas.

El tercer nivel se caracteriza por ofrecer atención altamente especializada, la cual no se centra en un enfoque integrador del paciente sino que da el tratamiento en función del padecimiento o daño detectado en sistemas, aparatos u órganos.

Estas instituciones de alta especialización surgieron en los años 40, pensando en la necesidad de tener fuentes de entrenamiento de alta calidad para dar atención a los problemas de difícil solución que requieren equipos de tecnología muy compleja y costosa, así como de un personal de especialistas entrenados para el manejo y atención en dichas condiciones.

Por el grado de complejidad que se maneja en este nivel, sus funciones básicas se han centrado en la curación y rehabilitación especializadas; atiende únicamente aquellos problemas de salud que son poco frecuentes, por lo que no es posible que brinde atención a un gran número de personas. Dichas unidades de salud están ubicadas a gran distancia de la casa de los pacientes y no son muy numerosas.

El tercer nivel de atención no por fuerza necesita de un hospital grande que cuente con los aparatos más modernos para la atención, si se considera que un centro de tercer nivel puede ser "Una institución del segundo nivel que cuente con un especialista altamente entrenado y con un equipo dedicado a estudios de alta tecnología" (Soni, et al., op. cit., p. 182).

Cuando se crearon los institutos para este nivel en nuestro país, se definieron claramente sus metas y se consideró que debían cumplir con tres funciones básicas las cuales fueron expuestas por el Dr. Jorge Soni en la Academia Nacional de Medicina:

- 1) La enseñanza especializada y sus ramas colaterales, tendrán como función preparar especialistas de los centros del segundo nivel.
- 2) El entrenamiento de especialistas, evitará el gigantismo de los centros del tercer nivel. Hasta ahora no existe un centro de segundo nivel capaz de atender las necesidades de cuidados especializados en ninguna rama, de una ciudad con una población de mediana densidad en nuestro país. Por lo tanto es indispensable que exista el mayor número de centros de segundo nivel con especialistas debidamente entrenados.
- 3) La situación actual ha obligado a redoblar esfuerzos e inventar y producir elementos diagnósticos, terapéuticos, así como de investigación propiamente dichos. Toda investigación debe tener cuatro funciones: la investigación básica, la investigación aplicada, el entrenamiento de investigadores de carrera y la función de investigación tecnológica. Hasta hace poco tiempo, por diversos motivos, no se había insistido mucho en tener una tecnología nacional propia (*ibid.*, p. 183).

En lo referente al aspecto asistencial, dicho nivel debe estar tecnológicamente preparado y contar con un personal altamente calificado por lo que su función asistencial cubrirá a un reducido número de pacientes, tratando de no competir con las cifras de pacientes atendidos por el segundo y el primer nivel de atención. Actualmente se calcula que este nivel atiende alrededor del 3 al 4% de la población enferma.

El personal de salud estará formado por profesionistas de la salud especializados que estarán obligados a desarrollar campañas de prevención, así como a preparar material informativo para el público (lo cual es considerado como funciones del tercer nivel) y prestarán atención en consulta externa y hospitalaria.

Generalmente a los pacientes que se les da atención en este nivel, son enviados desde el segundo nivel y en ocasiones provienen del primer nivel por lo que se dice que la atención es episódica y discontinua.

Es necesario insistir en que las funciones y reglas definidas para los centros de atención del tercer nivel no pueden ser universales ya que están expuestas a condiciones externas y a la situación nacional que los hará variar de país a país.

Incluiremos en nuestro trabajo un esquema bastante ilustrativo sobre los niveles de atención presentado en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en la República

Dominicana (García Aguilar, et al., 1980, p. 22); incluyendo algunas modificaciones nuestras (ver Esquema 2 en la página siguiente).

Debemos aclarar que uno de los cambios realizados al esquema original es en relación al uso indebido de la terminología para definir los niveles de atención, pues éstos fueron sustituidos por atención primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, como vimos anteriormente, por las confusiones que estos términos acarrearán para la comprensión de la APS, decidimos designarlos como debe ser: *primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención*; asimismo agregamos la capacidad resolutoria de cada uno de ellos.

Dicho esquema solamente incluye las funciones del médico pero puede servir de guía no sólo para insertar el trabajo del psicólogo sino el de todos los profesionistas que participen en los diferentes niveles de atención bajo los lineamientos propuestos por la APS.

Como podemos observar, el apoyo básico de los tres niveles parte del primer nivel de atención el cual debe ubicarse lo más cerca posible del lugar donde se presentan las necesidades de salud más frecuentes de la población.

Así, las unidades de primer y segundo nivel, por ser la base primordial de la atención, deberán asegurar la prestación de servicios en cantidad, calidad y oportunidad en relación con las necesidades y demandas de la población. Las acciones de estos niveles estarán dirigidas a la población en general pero fundamentalmente, a la no protegida por la seguridad social y con escasas o nulas posibilidades para lograr el acceso a la atención privada. Como observamos, existe una compenetrada interacción entre estos dos niveles de atención.

La referencia y contrarreferencia son condiciones básicas para el correcto funcionamiento entre los diversos niveles y de éstos con las unidades de salud, permitiendo el adecuado manejo y control subsecuente de los pacientes y problemas referidos con lo que la organización y operación de los servicios y de las unidades de salud alcanzarán un alto grado de eficiencia y eficacia.

Es importante aclarar que las características de los niveles de atención variarán en contenido dependiendo de la influencia de múltiples factores tales como la demografía, la epidemiología y la disponibilidad de recursos porque de ellos dependerá, en gran medida, la planeación bajo los cuales se programa la prestación de los servicios de salud.

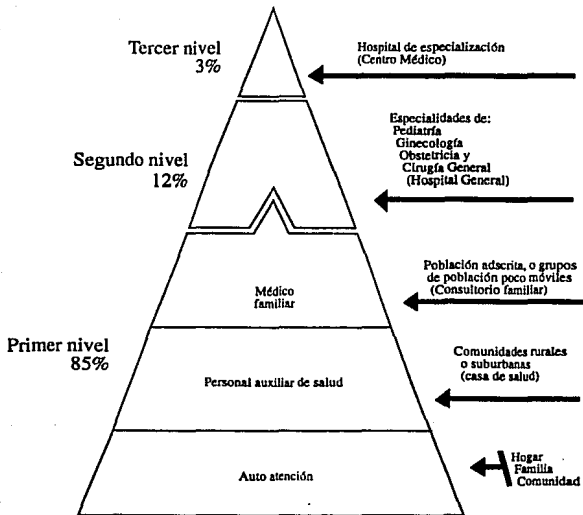
Es por esto que los elementos de los niveles de atención, quizá con más frecuencia los del primer nivel, serán diferentes en cada país estando sujetos a variaciones aún de una región a otra en el mismo país.

Por lo general, cuando las acciones de los niveles de atención son llevadas a la práctica se presenta una relación bastante estrecha entre las funciones del primer y segundo nivel puesto

## ESQUEMA 2

Niveles de atención

Niveles aplicativos



Fuente:

García Aguilar, José; Rodríguez Domínguez, José.

"Medicina familiar y atención primaria. Necesidad en los países latinoamericanos" en la Revista de la Facultad de Medicina, Vol. XXII, No. 6, Año 23, UNAM, México, 1980, p. 22.

Esquema modificado.

que en las unidades de tipo intermedio, básicamente hospitalares, se llegan a realizar actividades similares, que propician la duplicidad de acciones sanitarias, lo que ha inducido a una grave confusión entre estos dos niveles.

Asimismo, este malentendido se presenta entre el segundo y el tercer nivel de atención, ya que en los establecimientos con servicios de alta especialidad se llevan a cabo programas de atención de ambos niveles, presentándose una sobrecarga de pacientes que están indebidamente situados, lo que genera una atención indiscriminada en el segundo y tercer nivel, los cuales atienden cualquier problema de salud sin considerar las funciones para las que han sido planeados, relegando casi por completo al primer nivel de atención.

Hasta la fecha no se ha logrado una adecuada coordinación entre los niveles de atención y al parecer tampoco se han podido circunscribir exitosamente los límites que diferencian a cada uno de ellos, ni las funciones que deben desempeñar por separado para articular un buen sistema de salud.

Las características generales de cada uno de los niveles de la atención, así como su impacto con respecto a la solución de los problemas de salud que atienden, son las siguientes (ver Cuadro 8).

Cuadro 8  
Características e impacto de los niveles de atención

Nivel	Frecuencia	Gravedad	Costo del tratamiento	Posibilidades de curación
1º	Elevada	Baja	Bajo	Elevadas
2º	Media	Media	Medio	Medias
3º	Baja	Elevada	Elevado	Bajas

Fuente: Alfonso B., Pedro; García G., S.. Publicaciones técnicas de Medicina Preventiva y Social. Educación para la salud. Facultad de Medicina, UNAM.

Para lograr un adecuado funcionamiento de los niveles de atención es básico realizar programas de difusión y orientación al público para que conozcan los servicios que presta cada nivel y a qué unidades deben acudir para la solución de su problema.

Dando una correcta educación para la salud tanto a pacientes como a familias, se fomentará la adecuada canalización o referencia y contrarreferencia de los enfermos de un nivel a otro enseñándoles a recurrir por sí mismos al nivel conveniente para su mejor atención

y evitar así la sobrecarga de pacientes en uno de los niveles que no sea el adecuado para resolver sus problemas, ya que esto propicia un desequilibrio en todos los niveles de atención.

Para finalizar esta descripción general diremos que los niveles de atención forman parte indispensable de la APS, que dicha división de la atención es una división operativa, pero ello no significa que cada nivel funcione independientemente de los otros.

Debemos reiterar que los niveles de atención conforman un solo organismo encargado de la atención de la población, y si se logra una correcta sincronización entre ellos, a través de la distribución equitativa de los recursos disponibles y de la adecuada capacitación de todas las personas que laboren en el área sanitaria, se podrán aprovechar al máximo todas las acciones en favor de la salud encaminadas a mejorar el bienestar de la comunidad.

#### **2.4. La participación del psicólogo en los niveles de atención**

Ahora que tenemos una idea general del funcionamiento de los niveles de atención, nos centraremos en la participación del psicólogo dentro de cada uno de ellos, describiendo a grandes rasgos cuáles serán sus aportaciones de trabajo como pieza indispensable del equipo interdisciplinario de APS, en la búsqueda de la atención integral a toda la población.

Bajo la concepción integral de atención a la salud se debe insistir en que aquellos problemas de tipo psicológico o social que estén determinando o agravando una patología física o mental, deberán ser atendidos simultáneamente con cualquier tipo de tratamiento que sea utilizado; "prescindir de los componentes psíquicos y sociales de la salud y de los aspectos conductuales de la enfermedad ha sido un error fundamental de los sistemas sanitarios" (OMS, 1990), los cuales no podrán funcionar eficazmente hasta no considerar dichos componentes con el mismo interés como han abordado los aspectos físicos del proceso salud-enfermedad.

Es precisamente por ello que la organización sanitaria de cualquier país debe contemplar como una de sus obligaciones, el proporcionar a la población los servicios de salud mental que ésta requiera, respetando el "escalonamiento" de los niveles de atención anteriormente descritos, para que así los servicios de salud mental queden incluidos en los servicios de salud pública.

A continuación, para fines prácticos de este trabajo, describiremos algunas de las posibles tareas que el personal sanitario encargado del área mental de la salud -donde queda incluido el psicólogo- podrá realizar, tomando en cuenta, por un lado, el trabajo que se compartirá con la

comunidad en la solución y atención de problemas psicosociales, y por otro, el grado de complejidad de los problemas de comportamiento o enfermedades psíquicas que serán tratados, lo que determinará en cual nivel de atención deberá ser abordado cada uno de ellos para evitar la duplicidad de servicios y la formación de organismos aislados.

#### 2.4.1. Primer Nivel de Atención

"La comunidad es el nivel primario de atención de salud" (*ibid.*) por lo que las actividades de salud mental en este nivel deberán ser realizadas, en primera instancia, por agentes generales de salud quienes pertenecerán a las propias comunidades donde se brinde la atención y serán adiestrados para trabajar conjuntamente con el personal sanitario especializado. Este contacto directo con la comunidad favorecerá la organización de grupos de autoayuda y grupos de desarrollo social que podrán colaborar significativamente en las actividades de salud.

Cabe aclarar que "un programa de atención de salud mental puede funcionar sin personal especializado" (*ibid.*), lo que no significa que el especialista en salud mental será relegado de sus funciones. En el primer nivel de atención la función del especialista se centrará en la *supervisión y formación* de los agentes de salud no especializados, ya que las actividades de éstos son indispensables para la integración de los servicios de salud mental en la atención sanitaria básica y por ende de la correcta aplicación de los programas de atención primaria.

La adecuada instrucción del personal general de salud y de aquellos grupos que permitan el desarrollo social de las comunidades, debe incluir técnicas psicológicas y psicosociales que hagan más eficaces las intervenciones sanitarias y mitiguen la ansiedad de las poblaciones a causa del cambio social. Dicha "sensibilidad psicosocial" se basará principalmente en la enseñanza de relaciones humanas y en el reconocimiento y respeto de las necesidades psicológicas de la población.

Como hemos mencionado, el personal de atención primaria de salud en el primer nivel trabajará principalmente con gente "sana" que por el hecho de no padecer alguna enfermedad específica no significa que se encuentren en un "estado óptimo de bienestar físico, mental y social". Las actividades del agente de salud, además de ocuparse de la prevención de enfermedades, deben encargarse de promover el bienestar integral que no siempre está totalmente ligado a la enfermedad, sino al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Dentro de las técnicas modernas propuestas por la OMS para ser utilizadas por el agente de atención primaria en cuanto a la promoción de dicho bienestar están las de educación al público sobre:

- a) métodos para combatir el estrés (técnicas de relajación y meditación)
- b) el buen uso del tiempo libre (actividades recreativas, deporte, ejercicio físico regular) y
- c) la ayuda a los sistemas sociales de apoyo (participación en proyectos comunitarios y actividades de desarrollo).

Así, aquellos agentes de salud con un adiestramiento más sólido en el área sanitaria, podrán hacerse cargo de un tipo de tareas de salud mental que no requieren la atención directa de un especialista pero sí la supervisión y dirección de éste para aportar un trabajo más completo a la atención de salud comunitaria. Dentro de dichas tareas se encuentran:

- supervisar el desarrollo físico y psíquico de los niños,
- detectar los casos de trastorno mental y neurológico importante y enviarlos al nivel inmediato superior de asistencia,
- comprender los principios a que obedece el tratamiento prolongado y velar por que los pacientes reciban y tomen sus medicinas,
- identificar los casos de abuso de drogas y de alcohol y darles asesoramiento,
- localizar los casos de negligencia parental o malos tratos a niños y adoptar medidas adecuadas, e
- impartir cierta educación en lo tocante a salud mental (OMS, 1990, p. 37).

El personal que realice estas actividades es capaz de ayudar, educar y supervisar a varios de los agentes de salud de su comunidad. Asimismo tendrá reuniones periódicas con personal más adiestrado con quienes intercambiará información en relación a los pacientes o sobre las necesidades de salud mental de la comunidad. La atención de este nivel podrá ofrecerse en dispensarios de atención primaria donde se otorgará principalmente asistencia ambulatoria.

Por otro lado el personal especializado para la atención de la salud mental se encargará principalmente de:

- facilitar atención básica a enfermos,
- detectar trastornos mentales prioritarios (epilepsia, estados psicóticos crónicos, farmacodependencia, alcoholismo, crisis emocionales y psíquicas agudas),
- determinar qué casos deberán ser referidos al personal del segundo nivel o en su caso hasta el tercer nivel de atención,
- detectar los síntomas físicos indicativos de un problema psíquico subyacente,



- impartir educación sobre salud mental apoyándose en miembros adecuados e influyentes de la comunidad,
- realizar un registro de los pacientes remitidos de alguno de los niveles superiores que deban recibir medicación prolongada, asegurando la continuidad del tratamiento,
- organizar programas sencillos de desarrollo personal (adiestramiento en técnicas de relajación, fomento de actividades recreativas, asesoramiento sobre participación en actividades comunitarias, etc.),
- utilizar técnicas de comunicación que permitan movilizar y motivar a grupos de apoyo mutuo y autoayuda e invitar a entidades benéficas para que participen en actividades de desarrollo comunitario, y
- detectar casos de riesgo para la salud mental por causas de estrés familiar, pobreza, problemas físicos, desempleo, etc. (*ibid.*, p. 38).

Todos los agentes de salud deberán promover la autoconfianza de la comunidad para que se desencadene el desarrollo de su autorresponsabilidad a través de la solución de problemas de salud mental.

Además no podemos olvidar que "la incorporación de los problemas psicosociales en los programas primarios de salud es la única posibilidad previsible de extender la cobertura en estas áreas de salud de la población rural y de la población marginada" (De la Fuente, 1982).

#### 2.4.2. Segundo Nivel de Atención

En este nivel intermedio de atención es necesario contar con personal especializado en el campo psiquiátrico y psicológico pues el servicio se otorgará en hospitales generales, clínicas o centros de salud que atienden a una población aproximada de 50 000 a 500 000 personas aunque pueden ser centros sanitarios con menor capacidad y hasta dispensarios de comunidad.

Lógicamente es necesario que exista un estrecho vínculo administrativo y funcional entre estos hospitales de zona que son el primer lugar encargado de la atención de referencia de casos de los servicios del primer nivel. Asimismo se debe promover una buena cooperación entre estos dos niveles, estimulando al personal hospitalario para que realice visitas periódicas a centros y dispensarios de atención primaria en el primer nivel.

El equipo de salud en este nivel debe estar formado por diversos profesionistas que realicen trabajo interdisciplinario, porque de otra manera se estaría cayendo nuevamente en la

atención dividida del paciente, dependiendo de la especialidad de cada uno de los trabajadores sanitarios.

Entre algunas de las funciones más sobresalientes del personal en el segundo nivel de atención que han sido planteadas por la OMS están:

- diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes incluidos los referidos por el primer nivel de atención,
- atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios,
- detección de pacientes que puedan padecer trastornos de origen psíquico y no físico, que se encuentren en otros departamentos del hospital para canalizarlos a los servicios de salud mental,
- educación continua, apoyo y supervisión de los agentes de atención primaria y de personal de otros sectores por lo que estos agentes sanitarios deberán contar con una formación sólida en ciencias sociales y del comportamiento, planificación comunitaria, organización y evaluación de servicios entre otros,
- relación e intercambio de información con otros sectores con la finalidad de promover la salud mental, dando a conocer los problemas de este tipo tanto dentro como fuera del hospital para fomentar la adquisición de técnicas adecuadas para cada departamento,
- administrar tratamientos contra los trastornos mentales (farmacoterapia, consejo psicoterapéutico, electroshock),
- manejo eficiente de registros completos que permitan el seguimiento y continuación del tratamiento en aquellos casos donde los trastornos persistan y pasen a depender de los agentes de atención primaria dentro de la comunidad, (*ibid.*, p. 39-40) y
- desarrollar programas específicos con fines preventivos para evitar enfermedades y propiciar cambios de conducta.

#### 2.4.3. Tercer Nivel de Atención

El tercer nivel de atención y segundo lugar de envío de casos, se caracteriza por ofrecer el servicio en hospitales psiquiátricos o centros especializados que pueden ser independientes o pertenecer a grandes hospitales generales con mayores recursos técnicos. Dichos centros u hospitales también pueden tener funciones docentes de mayor nivel.

El personal que labore en estos hospitales especializados, deberá realizar actividades extramuros, aumentando su propia comprensión y la de la comunidad, hacia el trastorno mental, para que este problema sea enfocado desde otra perspectiva. Asimismo deberá

fomentar la asistencia continua de pacientes individuales y de diferentes grupos sociales que conforman la población. Sería ideal que los nuevos hospitales psiquiátricos fueran pequeños y estuvieran situados dentro de las propias comunidades.

En este nivel, los especialistas atienden casos difíciles de diagnóstico y tratamiento que les son referidos, por el grado de complejidad del trastorno, de los niveles secundario y primario.

La OMS ha definido, dentro de las funciones de los especialistas de salud mental para el tercer nivel de atención, las siguientes acciones:

- organizar el adiestramiento en salud mental para todos los niveles del servicio de salud,
- supervisar las acciones del nivel secundario relacionadas con la esfera psicológica de la atención integral a la salud,
- efectuar estudios y evaluaciones para todo el sistema de salud y
- ofrecer servicios de asesoría y consulta a gobiernos y a administradores sanitarios (*ibid.*, p. 40).

Los profesionistas en salud mental, deben delimitar claramente las funciones en cada uno de los niveles de atención para impedir que el tercer nivel sea saturado con padecimientos, que aún siendo agudos, pudieron ser atendidos y resueltos desde el nivel primario de atención con apoyo de la propia comunidad.

Es urgente acabar con el mito de que los padecimientos complejos únicamente pueden ser atendidos por los especialistas; se ha comprobado fehacientemente que los propios agentes de salud no especializados, pueden diagnosticar y dar un tratamiento adecuado a bastantes trastornos mentales y neurológicos (*ibid.*).

Por desgracia, frecuentemente, son los propios especialistas los que se resisten a aceptar que otras personas con menor capacitación, puedan sustituirlos en acciones sanitarias que estuvieran bajo su cargo durante tantos años. Esta gran resistencia a la pérdida de "categoría" -básicamente de poder-, ha frenado el desarrollo e implantación de nuevos programas y acciones en favor de la salud pública.

Los especialistas que se niegan a difundir su experiencia, deberían comprender que sus funciones se centran en la *educación, consulta, supervisión, investigación y evaluación*, además del *diagnóstico y tratamiento* de las psicopatologías, ambas actividades, que seguirán siendo de su dominio por su saber y preparación profesional adquiridos (*ibid.*, 41).

Este cambio de orientación y actitud en varios especialistas, es decisivo para lograr con mayor rapidez la implantación y óptimo funcionamiento de la APS en nuestro país.

### TERCERA PARTE: COMUNIDAD

Todas las personas que de alguna manera están ligadas a los trabajos de sanidad, concretamente a la estrategia de la APS, deben contar con conocimientos teóricos y prácticos para la comprensión de los problemas que se presentan dentro de las comunidades; para ello es necesario empezar por conceptualizar qué es la comunidad, el desarrollo y la participación comunitarios.

Comunidad es un término que designa una amplia gama de realidades que son muy diferentes pero que de alguna manera tienen rasgos y características que hacen posible su unificación. El individuo "como la unidad social indivisible" es "producto de la sociedad y la cultura en la que vive, con la experiencia social incorporada a su capital biológico hecho que lo transforma en un individuo social" (Ferrara, 1972, p. 53) y como tal, forma parte de grupos sociales que son asociaciones de un número variable de personas que se interrelacionan por medio del proceso de trabajo (del cumplimiento de roles y estatus específicos). Estos grupos que están divididos fundamentalmente en clases sociales, según el lugar que ocupan en el proceso productivo, también los podemos describir como *primarios* cuando sus relaciones son estrechas e íntimas como en el caso de familia, amigos, etc.; y son *secundarios* cuando son estructurados para alcanzar objetivos e intereses comunes con cierta tendencia a la institucionalización lo que significa aceptar y crear normas, autoridades y jerarquías, como en el caso de las asociaciones, gremios, etc..

Estos grupos, los primarios y secundarios están inmersos dentro de un todo más amplio, territorialmente definido que es la comunidad. Para nuestros fines, la comunidad implica además una marcada e íntima relación de convivencia, cuya identidad es relativamente independiente de otros conglomerados sociales o comunidades lo cual permite que sus habitantes se consideren mutuamente vecinos, unidos por un vínculo importante de cohesión y solidaridad. Además de ser grupos de población organizada y de convivir en un territorio definido, la comunidad observa conductas y experiencias similares, sentido de pertenencia histórica, política, económica y cultural, y tiene capacidad de actuar en común (*ibid.*, p. 55).

### 3.1. Desarrollo Comunitario

El término desarrollo de la comunidad se empleó inicialmente por Inglaterra y Francia para indicar el desarrollo de sus colonias, en los albores de su independencia. Este término, que inicialmente fue usado como un instrumento civil que difundía las relaciones de los países capitalistas con sus colonias y que aseguraba de alguna manera su control económico, posteriormente se convirtió en una alternativa de éstos países para suplir las carencias que había generado la administración colonial y asegurar el desarrollo continuo del mercado interno (Gomezjara, 1983, p. 9).

Este fenómeno se observó con bastante claridad en la India donde se implementó el programa más grande a nivel mundial de Desarrollo de la Comunidad, también fueron implementados programas de este tipo en diferentes países de África, Asia y en Puerto Rico en América Latina (década de los 50). Otra experiencia de Desarrollo de la Comunidad se dió en Latinoamérica en la década de los 60 como respuesta al triunfo de la Revolución Cubana que se proclamó como primer país socialista de América Latina. Los Estados Unidos de Norteamérica vieron en este hecho una amenaza para su hegemonía en el continente Americano e implementaron programas de desarrollo comunitario para diferentes países de América Latina, instituyeron la Alianza para el Progreso (ALPRO) como órgano promotor del desarrollo para mediatizar las legítimas demandas de los países del tercer mundo y evitar que cayeran en el comunismo (*Excelsior*, 7-01-1991).

La ALPRO formada por los Cuerpos de Paz, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y múltiples programas de desarrollo de la comunidad; representó, en su momento, una medida preventiva civil para evitar levantamientos revolucionarios que empezaron a gestarse y por otra parte, la instrumentación de guerras limitadas contrarrevolucionarias apoyadas por militares y gobiernos leales a los Estados Unidos de Norteamérica fueron las medidas preventivas militares.

Con estas medidas, complementadas con planes de desarrollo socio-económico, se esperaba mediatizar, como ya se mencionó, la pobreza y el descontento de los sectores más pobres de los países latinos y como señala Fals Borda, el desarrollo de la comunidad cumple dos tareas: "a) absorber y neutralizar el malestar campesino y de los pobladores de las barriadas urbanas, mediante su institucionalización y b) preparar a estos sectores para una masiva introducción a la sociedad de consumo" (Gomezjara, op. cit., p. 10).

Después han seguido varios programas de desarrollo patrocinados por el gobierno de E.U. los cuales están dirigidos a fines determinados como lo señala un informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) durante la guerra de Vietnam "se han estado realizando durante los 7 u 8 últimos años grandes programas de desarrollo de la comunidad patrocinados por el Gobierno de los Estados Unidos. Estos programas, a los que se han dado diversas denominaciones [...] consisten fundamentalmente en *medidas defensivas paramilitares encaminadas a 'pacificar' y asegurar determinadas zonas rurales contra el elemento insurgente*" (*ibid.*).<sup>3</sup>

En México, en el lapso comprendido entre la primera y segunda guerras mundiales, se dió una experiencia importante, que aunque no fue continua ni sistemática, permitió contemplar a la comunidad con base en su organización socio-política, en sus contradicciones de clase, a una de las cuales ha de servir el desarrollo de la comunidad para lograr cambios estructurales profundos en la sociedad civil.

Después de esta experiencia nació el modelo americano del "desarrollismo" cuyos fines últimos son el abaratamiento de la mano de obra y el control de la población. Para nosotros el desarrollo de la comunidad no se trata de ésto, sino de lo que plantea Ander-Egg: "Hay algo que para mí es fundamental -lo repito otra vez, y de otra forma-, son las personas concretas, especialmente las que están y sufren situaciones de pobreza, de marginalidad y de opresión. Me preocupa los que no pueden ser personas porque carecen de lo indispensable", estas son las personas con las que es necesario comprometerse en proyectos de desarrollo comunitario (Ander-Egg, 1982, p. 7).

El desarrollo comunitario, como señala Gomezjara, difiere ideológicamente de lo que se ha dado en llamar desarrollo de la comunidad que como ya se ha visto se resume en la siguiente situación: "Cuando las colonias quieren separarse de las metrópolis, se aplican programas de desarrollo de la comunidad; cuando el movimiento campesino se insurrecciona, aparece el desarrollo de la comunidad; cuando los países superindustrializados tienen exceso de capital y mercancías que necesitan enviar a los países 'atrasados', se aplica en éstos el desarrollo de la comunidad; cuando la descampesinización se multiplica debido a la modernización agrícola aconsejada por las multinacionales, y empiezan a emigrar los hombres del campo a las barriadas urbanas, se diseñan nuevos programas de desarrollo de la comunidad" (Gomezjara, op. cit., p. 7).

El desarrollo comunitario nos enfrenta a una realidad establecida que debe ser rescatada con nuestro quehacer profesional, debemos autenticarlo realmente al servicio de los

---

<sup>3</sup>El énfasis (letra cursiva) es nuestro.

marginados, de los "desheredados de la tierra". El desarrollo comunitario es más que un compromiso moral, es un compromiso ideológico, político y social para modificar la realidad en beneficio de la población.

Este cambio debe partir del seno de las propias comunidades conscientes de sus necesidades y no como se ha contemplado hasta la fecha, como un desarrollo impuesto de manera vertical y desde afuera de la comunidad por gente que prioriza acciones, muchas veces, ajenas a los intereses de la comunidad, de manera paternalista y que impiden la organización comunitaria, dejando abandonados después proyectos y programas que no prosperan porque no son asumidos por los pobladores de las comunidades.

Al abordar lo que es el desarrollo no podemos desligarlo de la noción de subdesarrollo, éstos dos términos desde el punto de vista sociológico, son inseparables, representan toda una corriente ideológica para abordar, analizar e interpretar la realidad.

Si bien es cierto que fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando se puso sobre la mesa de discusión el problema de la desigualdad social, el hambre, la miseria y el hecho de que existen países con diferentes niveles económicos fue desde 1750, durante la Revolución Industrial, que el desarrollo y subdesarrollo son fenómenos inherentes al capitalismo.

El problema central de la teoría desarrollista es que la realidad nos muestra escasos o nulos resultados en lo que respecta al desarrollo efectivo de los países, donde los problemas no sólo no se han resuelto sino que se han agravado en las últimas dos décadas. Los países subdesarrollados o como posteriormente se les llamó del tercer mundo, siguen siéndolo y en la actualidad han aparecido los países que podríamos llamar del cuarto mundo, es decir, los más pobres de los pobres.

Es claro que la teoría del desarrollo y subdesarrollo juega un papel ideológico y político, por eso a pesar de que ya fue cuestionada sigue siendo importante su manejo en los países del primer mundo y para las burguesías nacionales ya que desde la perspectiva del desarrollo se instrumenta la racionalidad en las acciones económicas y sociales de los gobiernos, independientemente de su sistema social, para asegurar y preservar el orden social vigente.

En nuestro país como en otros muchos, cualquier plan de desarrollo lleva implícito un proyecto político que expresa un proyecto nacional, que contemplado desde la perspectiva del capitalismo, en última instancia, también expresa intereses de clases, sin embargo, no podemos soslayar que sigue siendo necesario considerar al desarrollo dentro de un proceso evolutivo de las sociedades y que éste "se concibe y se mide en términos de tasa de crecimiento" (Ander-Egg, op. cit., p.30).

Con base a las experiencias señaladas con anterioridad, la ONU definió al desarrollo de la comunidad como "aquellos esfuerzos de una población que se suman a los de sus gobiernos para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de sus comunidades e *integrarlos* a la vida del país y permitirles contribuir plenamente al *progreso nacional*" (Gomezjara, op. cit., pp. 12-13).

Visto de esta manera el desarrollo comunitario no es sólo un concepto, es también un proceso, un método y un programa. Los elementos principales que constituyen el desarrollo comunitario son las acciones que tienen por objeto *satisfacer necesidades fundamentales de la comunidad*; para que estas acciones sean equilibradas y alcancen su pleno desarrollo requieren de *planes múltiples* que para ser operativizados necesitan que los pobladores los asuman como suyos, que tengan un *cambio de actitud* desde las primeras etapas, que lo hagan viable incorporándose al plan y *participando activamente*, de ésta participación surgirán, si es que previamente no se han identificado ya, los *líderes locales*.

Todas estas acciones conjuntas requieren apoyo amplio e intenso por parte del gobierno para que se vayan dando los cambios y el proceso, que va modificando ciertas conductas, actitudes, normas y condiciones de vida por otras, encuentre un camino viable para lograr las metas propuestas según un programa que es donde realmente se concretan las acciones del proceso y del método.

Al desarrollo comunitario tenemos que concebirlo como un instrumento que permita la organización y educación de la colectividad para promover su participación consciente al planear y ejecutar programas que la beneficien, motivándola al cambio de actitud que favorezca el progreso y que acelere la integración de los esfuerzos que con su intervención permiten el desarrollo general (Ander-Egg, op cit., p. 9). Esto es lo que esperamos alcanzar al implementar la APS en la comunidad.

### **3.2. Participación Comunitaria**

A través del desarrollo de la humanidad desde tiempos inmemoriales, la ayuda mutua y la acción conjunta de los hombres ha permitido, primero, su sobrevivencia y después, su desarrollo hasta alcanzar los grados de organización que conocemos en la actualidad. Este desarrollo de las comunidades, logrado con intentos, vías y formas diferentes, siempre ha tenido como directriz el esfuerzo común para alcanzar metas que en su momento fueron prioritarias.



A veces en las grandes urbes es difícil identificar esta organización comunitaria, sin embargo, siempre ha existido. Donde se puede observar con mayor claridad es en las zonas marginadas de las ciudades y en el campo. No es casual que así sea, dadas las condiciones precarias de éstas comunidades, donde la solidaridad y ayuda mutua suplen la falta de apoyo gubernamental y permite a sus integrantes resolver problemas comunes o individuales lo cual redundará en beneficio colectivo; así observamos, por ejemplo, cómo durante la cosecha los vecinos se organizan en grupos para la "faena" de la recolección de ésta, incluso cuando algún miembro se encuentra enfermo y no puede trabajar su tierra, el resto se encarga de hacerlo y le lleva a su casa lo cosechado.

Como podemos observar, la participación comunitaria no es algo nuevo, lo novedoso es que se le ha conceptualizado a partir de los llamados "programas de desarrollo de la comunidad" que como ya mencionamos con anterioridad, datan de la década de los 50 en Asia y África y desde los 60 en Latinoamérica y han sido tan importantes al grado de ser "incorporados como instrumentos de la acción gubernamental" (Ander-Egg, op. cit., p. 48).

Actualmente cualquier programa de salud local, regional o nacional, no se puede concebir sin la participación comunitaria, dado que el avance en el desarrollo de éstos implica un proceso que tendrá resultados diferentes para alcanzar sus metas en la medida que se logren a corto, mediano o largo plazo, con deficiencias o con gran eficiencia, para ello la participación consciente de los pobladores es necesaria tanto para elaborar los planes como para ejecutar los programas.

Para que esto tenga validez los individuos y la comunidad en su conjunto deben dejar de ser objetos de atención para convertirse en "sujetos activos que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella" (Kroeger, et al., op. cit., p. 11).

La participación comunitaria con base a experiencias diversas se ha conceptualizado también en abundantes escritos que según Loewe, como vimos anteriormente, se puede dividir en tres grandes grupos: la que se da en el proceso de desarrollo de la comunidad, la que promueve la autoayuda y la que analiza la participación comunitaria en la APS (Loewe, op. cit., p. 668).

Es ésta última la que nos interesa y en Alma Ata fue definida así:

"La participación de la comunidad es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en

vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes" (OMS/UNICEF, 1978, p. 22).

La participación comunitaria es el eje central para poder, efectivamente, implementar la APS, ya que sin esta participación activa los servicios de salud, especialmente en las áreas rural y suburbana, no podrán cubrir sus metas. Por eso en la organización del sistema sanitario de la mayoría de los países con sistema nacional de salud está reflejada la importancia de la participación comunitaria y nosotros no somos la excepción.

Sin embargo, aunque se dice que la población debe participar en la evaluación de la situación de salud, en la planeación de programas y actividades en salud, la realidad es que hasta la fecha, en nuestro país no se han podido implementar estas acciones en forma total, sólo parcialmente; lo que sí es un hecho, es que los logros de los servicios de salud se acrecientan o disminuyen en la medida en que participa o no la población.

Por eso la participación de las comunidades es un componente importante de la APS, son múltiples las formas y mecanismos de participación, pero es fundamental tomar en cuenta las características de cada comunidad, municipio, región o país, lo cual implica respetar hasta donde sea posible sus formas de vida y sus culturas adecuando más que modificando sus costumbres de tal forma que puedan preservar su salud. Es contradictorio entonces, decir que para desarrollar su salud "La APS debe promover modificaciones en las formas de vida de las comunidades [...] pero respetando sus culturas" (OIT, Informe Final, México-Ginebra, 1982, p. 120).

Por otra parte para que la comunidad participe verdaderamente es necesario que los programas no traten de ejecutarse verticalmente, es decir, ordenados desde cúpulas de poder, sino tomando en cuenta el sentir de la población de manera democrática y considerando también sus necesidades, no las de las instituciones.

Hasta la fecha, señala la OPS, en Latinoamérica los sistemas de salud están organizados de tal forma que para prestar servicios a los usuarios se va de los niveles superiores a los inferiores y no al revés que es precisamente de lo que se trata, para que la participación comunitaria sea una realidad y no mera retórica declarativa. De esto se derivan algunas conclusiones: "La política de participación comunitaria sólo es positiva si hay congruencia entre la política de participación comunitaria y la estructura del sistema de salud" (Loewe, 1988, p. 3).

Pero sucede, por una parte, que la comunidad que debe participar no es homogénea, está estratificada y la mayoría de las veces las toma de decisiones son manipuladas por grupos de

poder que tergiversan las necesidades reales de la comunidad favoreciendo sus particulares intereses y por otra parte, la centralización de los servicios de salud no permiten la participación democrática de la comunidad en la medida que las tareas que se tienen que llevar a cabo ya vienen definidas de antemano por las autoridades centrales y sólo se toma en cuenta a la comunidad en tanto ofrezca, en forma gratuita o a bajo costo, trabajo en la creación de la infraestructura de los servicios de salud (OPS, 1984).

Con base en todo esto y adelantando lo que plantearemos en el siguiente capítulo queremos dejar asentado que para que la participación comunitaria sea una realidad 1) deberá existir un sistema de salud local descentralizado con recursos y toma de decisión propios que priorice las acciones de salud, 2) deberá contar con recursos físicos y humanos, en este caso, equipos de salud interdisciplinarios y comités de salud participantes, 3) se respetarán, el modo de vida, la cultura y las decisiones democráticas de la comunidad, tratando solamente de adecuar innovaciones para el mejoramiento de su salud, 4) se procurarán conexiones con diferentes organizaciones populares u oficiales con el fin de instrumentar el trabajo intersectorial y 5) la comunidad, para que realmente sea participante deberá dotarse de poder decisorio y de medios para llevar a la práctica las decisiones tomadas. Por las limitaciones en estos puntos es que la participación comunitaria no se ha logrado como era de esperarse.

En 1985, el Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (MASPA) al hablaros de participación comunitaria plantea que "La participación de la comunidad, por definición, no puede ser un elemento aislado, sino que debe ser un ejercicio de solidaridad social y en consecuencia su cabal logro sólo es posible a partir de su organización. Al respecto puede afirmarse, en base a la experiencia acumulada, que el mayor o menor éxito de dicha participación está relacionado con el mayor o menor grado de organización de la comunidad" (Secretaría de Salud, 1985, p. 49).

Esto viene a colación debido a que los planteamientos anteriores sólo son posibles dentro de un marco de organización de la comunidad, organización que debe hacerse extensiva a los equipos de salud y en todos los niveles de atención, para que la APS realmente funcione dentro de la concepción de promoción a la salud y no dentro de la concepción curativa.

Promover y educar para la salud a la población implica que el propio equipo de salud tenga la mente abierta a este nuevo enfoque, implica también una formación diferente a la hegemónica y un compromiso con la población.

Mientras se define el nuevo *curriculum* de las carreras de medicina y psicología (si es que algún día se comprende la importancia de este hecho) es importante capacitar, asesorar y supervisar al personal del equipo interdisciplinario de salud que se vaya a encargar de los

diferentes niveles aplicativos y propiciar la formación y participación de comités de salud genuinamente representativos de la comunidad para que se integren a las diferentes etapas del trabajo de salud.

Nuestro enfoque es que la participación comunitaria en la APS es fundamental, pero dicho proceso, dadas las circunstancias socioeconómicas y culturales de nuestro país, puede beneficiar o no a la población, tanto más cuanto, hace posible alcanzar determinadas metas de salud al ejercer cierto control sobre algunos factores determinantes de la salud como son: el mejoramiento del medio ambiente, la prevención de accidentes, algunas modificaciones en los estilos de vida que perjudican la salud, etc.; pero otros factores socioeconómicos como los niveles de vida, es difícil que puedan ser modificados sólo por medio de la participación comunitaria.

**CAPITULO III**  
**PROPUESTA PARA LA INTEGRACION DEL PSICOLOGO**  
**EN EL EQUIPO DE SALUD**

## PRIMERA PARTE: LA NOCIÓN DE SALUD MENTAL

### 1.1. Por qué el término Salud Mental

Es bien sabido que ningún sistema sanitario será completo si no considera y atiende las necesidades globales de la salud. En este apartado, haremos principal hincapié en aquella esfera de la salud que se refiere al área mental o psicológica de todo ser humano, haciendo la aclaración que no se pretende dividir o darle mayor importancia a ésta sobre cualquiera de las otras áreas que también son parte integral y fundamentales de la salud.

Esta "división de trabajo" que se realiza para abordar la salud integral representa una abstracción del concepto global de salud pero ello no significa que descuidaremos los otros factores igualmente decisivos que permiten gozar de aquel estado considerado como salud.

Para los fines del presente trabajo creemos necesario referirnos al término de salud mental, el cual hemos utilizado en este trabajo, principalmente por la importancia y alcance que ha logrado a nivel mundial.

La salud mental es algo más que un término, se trata de un concepto que involucra una serie de componentes que son difíciles de aprehender, pero que sabemos, están presentes a lo largo del desarrollo psicobiológico y social de todas las personas. Quizá es por ello que algunos profesionistas están en desacuerdo con el uso de este término en la medida que al pretender abarcar tantos ámbitos, se desintegra sin ser capaz de describir con exactitud este componente tan complejo que se fusiona en la salud.

Debemos aclarar que al utilizar el término *mental* como parte de la salud integral de los individuos y colectividades, no nos estaremos basando en el funcionamiento biológico del cerebro o en aquellos factores que denominamos psicológicos; intentamos condensar en dicho término tanto estos dos aspectos como la adición de otro tipo de factores, los externos o sociales, que influirán en cada organismo y a los grupos como un todo indivisible.

Si nos pusieramos a analizar detenidamente cada una de las definiciones que se han difundido acerca de la salud mental, podríamos detectar que ninguna de ellas se contradice o están divorciadas entre sí; por el contrario, podríamos asegurar que son complementarias. Es aquí donde se puede percibir el grado de abstracción de dicho concepto, así como la dificultad para definir con pocas palabras los múltiples procesos que forman y conforman la psique y todo lo que esta conlleva, tanto interna como externamente.

Como lo plantea el Dr. Weinstein "El concepto de salud es siempre relativo. Esta afirmación general es reconocidamente válida en salud mental. Lo que se considera adecuado en un período, en una sociedad, ya no lo es en la otra. Normal y anormal, sano y enfermo, son, en gran parte, nociones variables 'socioculturalmente'" (1975, p. 23).

Basándonos en la serie de dificultades para elaborar una definición conceptual apropiada, hemos decidido utilizar el siguiente concepto de salud mental:

*La salud mental está presente cuando el individuo puede gobernar a nivel de sus reacciones, los conflictos y contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia en equilibrio y armonía.*

El concepto *salud mental* es mundialmente aceptado, debido al respaldo que le otorga la Organización Mundial de la Salud, pues los planteamientos que ésta emite son la directriz teórica y práctica para abordar el análisis de la salud a nivel mundial. Asimismo determinó que "el objetivo de la higiene es la salud y por lo tanto, a partir de entonces toda la nomenclatura será de salud pública y de salud mental" (Cabildo, 1991, p. 13).

Por esta razón utilizaremos este concepto ya que es precisamente la OMS (1990) la que postula que la salud mental debe ser objeto de especial interés en todos los aspectos de la acción sanitaria.

## **1.2. Aproximaciones teóricas a la Salud Mental**

Con base en los capítulos anteriores, nuestro enfoque para el estudio de la salud integral del hombre, contemplará a éste en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Hemos visto como la práctica médica, históricamente ha pasado por diferentes etapas; desde la atención a la salud a nivel individual, hasta la práctica de tipo social donde no es ya sólo un individuo -el médico- el que se ocupa de ella, sino un equipo interdisciplinario que junto con la participación de la comunidad instrumenta los recursos, tanto humanos como materiales para tratar de mantener la salud de los individuos en su propio medio geográfico y social sin tener que recurrir por fuerza a los centros de atención sanitaria.

El enfoque de la práctica médica curativa tiende a cambiarse hacia una práctica preventiva, donde el cuidado de la salud y no el tratamiento de la enfermedad, es el eje rector. La relación médico-paciente tradicional es obsoleta, ya no debe el médico asumir su papel individual y pasivo, como profesionista aislado y que espera en su consultorio a que llegue el paciente, sino que debe considerarse integrante de un equipo de salud que promueve por todos los

medios a su alcance, la salud de la población, que hace partícipe a la comunidad y la responsabiliza de parte de ciertas acciones que tiendan a prevenir la enfermedad y mantener la salud colectiva.

Para llevar a cabo estas acciones y pensando concretamente en un programa de salud integral, es indispensable que el equipo mínimo esté formado además del médico, por una enfermera, un psicólogo y una trabajadora social o un promotor de salud; este equipo debe considerar dentro de sus funciones, aquellas que eduquen a la población y promuevan simultáneamente el mantenimiento de la salud integral. Asimismo debe tratar de cambiar la imagen mental de la población, que cree que el equipo de salud exclusivamente lleva a cabo actividades curativas por una visión donde la prevención de la enfermedad, sea la directriz.

Con ello se persigue que tanto la población o comunidad como el equipo de salud, puedan detectar a tiempo problemas que de dejarlos avanzar degenerarían en patologías; anticiparse al síntoma detectando en los problemas de la vida cotidiana aquellos que soslayados, después nos sorprenden como graves problemas de salud pública, como serían la farmacodependencia, el alcoholismo, la prostitución, los abortos clandestinos, los homicidios, etc., todos ellos ligados tanto a la salud física como a la salud mental. Desde luego las acciones curativas también serían funciones del equipo interdisciplinario, las correspondientes al primer nivel de atención dentro de la estrategia de APS, con sistemas de referencia y contrarreferencia al segundo y tercer nivel.

En el campo de la salud se han producido en varios países cambios estructurales cualitativos, su manera de operar no se centra ya sólo en el hospital, el trabajo se hace extramuros y esto da la oportunidad al equipo de salud de llegar directamente al lugar donde se gestan las enfermedades mentales; a la comunidad, al seno familiar, alcanzando así al individuo inmerso en su medio ambiente social.

Igualmente el equipo de salud debe tomar en cuenta como otra función, la rehabilitación del sujeto para que éste se pueda reinserir en la sociedad en primera instancia, y a la vida productiva posteriormente.

Trataremos ahora de centrarnos en los aspectos particulares de lo que debemos entender primero, como salud y después, como salud mental.

En julio de 1946 fue fundada la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo una serie de concepciones en favor de los derechos del hombre y el desarrollo de su salud. Asimismo, la salud fue definida "como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", siendo hasta 1948 que dicha definición



entró en vigor en todos y cada uno de los países que pertenecían a esta organización recibiendo varias alabanzas y numerosas críticas.

Se debe reconocer el notorio avance que se logró al aceptar que en el concepto de salud se involucren una serie de aspectos, no sólo de índole físico o somático, sino también los relacionados con las áreas mental y social, ampliando con ello la comprensión y el campo de acción sobre la salud al considerar que es necesaria una integración armoniosa entre lo psíquico, lo social y lo físico, para que cada individuo sea beneficiado en su salud. Este nuevo enfoque termina con la interpretación que se hizo de la salud durante varias décadas, donde se daba primordial importancia a los componentes físicos que eran reconocidos como la única expresión de la salud o de la enfermedad.

Por ello cuando la OMS da a conocer el estado ideal que debe ser considerado como salud (completo bienestar), el panorama sanitario se amplía al aceptar la existencia de dimensiones psíquicas y sociales de igual importancia que las físicas, las cuales estarán determinando simultánea y constantemente el estado de salud de todos los individuos. O sea que en la salud se mezclan todas aquellas relaciones intrínsecas y extrínsecas que se presentan en el campo biopsicosocial de cada ser humano.

Algunos autores han considerado como utópica la definición de salud que propone la OMS, puesto que es difícil alcanzar el "completo bienestar" en todas las áreas que se requieren para preservar la salud y principalmente para mantenerla como un continuo.

Se asegura que la salud no es únicamente la "ausencia" de enfermedad, ya que podemos referirnos tanto a la salud del sano como a la del enfermo.

Por otro lado, se debe considerar que cada una de las dimensiones que influyen en la salud, tienen la misma probabilidad de producir padecimientos, pero debemos saber detectar en qué momento y bajo qué condiciones una de éstas puede ser determinante para la pérdida de la salud.

Autores como Ferrara, Acebal y Paganini (1972) admiten el gran impulso y cambio que logró la OMS al intentar definir a la salud, propiciando con ello un "arranque fundamental para la comprensión del problema sanitario universal".

Sin embargo, también adoptan una posición crítica hacia la misma en busca de esclarecimiento del concepto básico de interés pero puntualizan que su planteamiento debe ser considerado como hipótesis de trabajo puesto que sus conclusiones se basan en su experiencia personal para explicar el constante dinamismo de la integridad entre salud y bienestar.

Así para ellos, la definición de salud es una concepción estática si se considera que únicamente el concepto de salud se convirtió en sinónimo de la idea de completo bienestar y

finalmente ninguno de los dos términos fueron definidos con precisión, por lo que aún no se puede hablar de una definición de salud sino sólo de una aproximación de la misma.

Frecuentemente la salud ha sido equiparada con la "adaptación" del sujeto al ambiente biopsicosocial que lo conforma y rodea, llegando al extremo de asegurar que la correcta adaptación será igual al grado máximo de salud. Sin embargo esta equiparación es peligrosa puesto que un proceso tan complejo como la salud es encajonado en un estado sin cambios constantes y sin considerar todos los factores que interactúan permanentemente en cualquier organismo, por lo que esta definición, sólo alcanza a ser una suposición ideal de todo lo que implica la salud.

Por ello, si este término es utilizado, consideramos importante enfatizar que el grado de adaptación debe entenderse únicamente como un elemento de estabilidad relativa de cada individuo con su medio, lo que será percibido como un estado de salud aceptable, pero no debemos olvidar que existe una inagotable influencia e intercambio entre el hombre y su entorno, que en ciertas situaciones puede producir desadaptación o provocar el surgimiento de alguna enfermedad.

El ser humano es un sistema cuyo funcionamiento integral es determinado y determinante en toda interacción social. Esta constante relación social influirá y provocará cambios favorables o desfavorables en la situación y en las características de personalidad de cada individuo, que en ocasiones pueden motivarlo para su desarrollo y en otras provocarle dolor, molestia y conflictos que podrían frenar su desarrollo personal. Este intercambio perenne entre varios aspectos, se verá reflejado en el tipo de relaciones interpersonales cotidianas que se establezcan con la familia, en la escuela, en el trabajo, en la comunidad. Entramos con ésto al campo específico de la salud mental.

Empezaríamos por conceptualizar, más que definir, qué es lo que entendemos por salud mental. Esto en sí, implica un serio problema y no podemos negar que la ideología ha jugado y juega un papel determinante en la conceptualización y planeación de los modelos psiquiátricos que son los que se han ocupado hasta ahora de la atención a la salud mental, mejor dicho, de la enfermedad mental. Esta interrelación entre ideología, planeación y modelos ha obstaculizado las acciones que la psiquiatría necesita para pasar de "su clásica concepción aplicativa de nivel individual hacia una psiquiatría de orientación social" (Pucheu, 1982, p. 3).

Foucault plantea que definir la enfermedad y la salud psicológicas resulta difícil "porque nos esforzamos en vano en aplicarles masivamente los conceptos destinados a la medicina somática" (Foucault, 1988, p. 10), tal vez por atribuyérselos una causalidad idéntica debido a que

existe una patología general y abstracta que domina tanto a la patología orgánica como a la patología mental, imponiéndoles como elementos previos los mismos conceptos y postulando los mismos métodos para su estudio.

Esta patología general se ha desarrollado por etapas en su intento por descifrar la esencia de la enfermedad, primero la sintomatología y luego la nosografía en las cuales se vislumbran como postulados, que la enfermedad mental es una esencia específica identificable por los síntomas que la hacen evidente y además *natural* en tanto está definida por los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica; esto significa que si unimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, necesariamente llegaremos a una entidad nosológica, pero esto, no puede ser una unidad real entre lo orgánico y lo mental, sino un simple paralelismo mediado por los postulados ya señalados.

El problema de la unidad biopsicosocial (la unidad humana) sigue siendo un reto, un problema abierto a la conceptualización ya que ni la enfermedad mental ni la salud mental deben seguirse considerando como una realidad independiente del contexto sociocultural como lo ha venido haciendo la psiquiatría ortodoxa. Retomando a Foucault estamos de acuerdo en que "la patología mental exige métodos de análisis diferentes de los de la patología orgánica" porque "Una patología unitaria que utilizara los mismos métodos y los mismos conceptos en el dominio psicológico y en el fisiológico entra actualmente en la categoría de mito, si bien la unidad del cuerpo y del espíritu está dentro de lo real" (*ibid.*, p. 20).

Pero aún dentro de la patología orgánica se ha observado que no existe una línea clara de demarcación entre lo normal y lo patológico ya que las entidades nosológicas están constituidas en parte por mecanismos normales y reacciones adaptativas que el organismo echa a funcionar para conservar su homeostasis, por ejemplo, la fiebre, la hipercalcemia, la anorexia, etc., fenómenos que se presentan en el organismo que reacciona ante ataques patológicos y con la finalidad de restaurarlo.

Más incierta es la separación entre lo normal y lo patológico en psiquiatría, porque la salud mental es casi imposible de definir; nociones como personalidad, carácter, emoción, etc., hacen especialmente difícil esta separación; pero hay algo más que dificulta nuestro análisis y es el hecho de que estas nociones se separan del contexto sociocultural y de la historia del individuo; la dialéctica de las relaciones del individuo a nivel mental, son totalmente diferentes de las relaciones que establece a nivel orgánico.

Tomando en cuenta lo anterior, es indispensable alcanzar una comprensión de la conducta humana como una totalidad, como un reflejo de acciones de la mente y el cuerpo ya que tras "una conducta 'anormal', 'desviada', 'enferma', subyace una situación de conflicto de la que

la enfermedad emerge como intento fallido de resolución" (Pichon-Rivière, 1985, p. 173); como intento equilibrador entre lo normal y lo patológico.

La conducta, en este caso, no está conceptualizada de manera simplista como un cambio de actitud, sino como algo que viene de una estructura en permanente interacción, donde el cuerpo y la mente, el organismo y el medio, el individuo y la sociedad tienen un recambio dialéctico<sup>1</sup> que permite que la conducta también sea estructurante del sujeto y éste, estructurante de la sociedad (*ibid.*).

En principio tendríamos que ver qué se entiende por estado mental y encontramos que según la Norma Técnica de la S.S. "es la organización y apreciación sistemática de información acerca del funcionamiento psicológico actual del paciente" (S.S., 1985.); vemos que aquí no se está hablando de lo que es el estado mental sino del método que seguiremos para darnos cuenta de cómo está "funcionando psicológicamente el paciente", pero por muy sistematizada que esté la información, jamás podremos saber objetivamente cual es el estado psicológico del paciente, aún valiéndonos de métodos indirectos como son las pruebas psicológicas y el examen neurológico, sólo tendremos acercamientos más o menos fidedignos del mismo.

El artículo tercero del Capítulo I de la Norma Técnica para la prestación de Servicios de Salud Mental en la APS de la S.S. especifica que "Salud mental significa ausencia de psicopatología y en un sentido más amplio, despliegue óptimo de las potencialidades individuales para el bienestar, la convivencia, el trabajo y la recreación" (S.S., 1987, p. 11). Con esta definición sucede lo que se observa con la definición de salud de la OMS; es una definición estática, ahistórica y tautológica.

Un primer acercamiento al concepto de salud mental sería el considerarla como un "aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos" que consiste en "una aptitud sintetizadora y totalizante, en la resolución de las anomalías que surgen de su relación con la realidad" (Pichon-Rivière, 1985., p. 175).

En otra vertiente y en general, cuando escuchamos el término enfermedad mental, pensamos en la práctica psiquiátrica asociada casi siempre a la locura. La psiquiatría, como plantea Menéndez, se enfrenta a los problemas de etiquetamiento, a la psiquiatrización de la patología mental y de la cura y deja de lado los aspectos de la salud mental, quizá como lo menciona el mismo autor, porque la actividad psiquiátrica "es reconocida cada vez más como

---

<sup>1</sup>Lo que Pichon-Rivière plantea como la interacción dialéctica o recambio dialéctico, es la interrelación intrasistémica del sujeto, que es el mundo interno de éste y la interrelación intersistémica, que es la relación del mundo interno del sujeto con el mundo externo.

básicamente ideológica" (Menéndez, 1979, p. 14). Y lo es tanto más cuanto, no cuenta con las herramientas necesarias para enfrentar la problemática de salud integral y dentro de ella ubicar la enfermedad mental como un proceso que tiene que ver con carencias de todo tipo, alimentarias, educacionales, laborales, etc. y establecer la relación directa que existe entre enfermedad mental/desviación y producción y reproducción de la sociedad.

Al desvincular estos factores se pierde el hilo conductor que nos explicaría de manera más vasta como se producen las enfermedades de mayor incidencia, entre las cuales se encuentran las enfermedades mentales. Si bien es cierto que la salud mental ha tenido un abordaje desde la práctica médica, no ha sido el único; a fines del siglo XIX, estudiosos de los fenómenos sociales enfocaron a la salud mental desde una perspectiva epistemológica e ideológica como un intento de considerarla un problema de los conjuntos humanos y como un problema social; Esquirol planteaba que hay que "cuidar a la sociedad de la locura" pero desde una perspectiva reducida, sin visualizar lo normal y lo patológico como hecho social (*ibid.*, p. 29).

Es con Durkheim (citado por Menéndez, 1979) cuando esta problemática se reconoce por la sociología y el autor elabora su teoría de la anomia y el control de la misma, para éste, todo lo que reprobamos es patológico y toda patología es una desviación de la norma, algo que hace diferentes a los individuos; pero es precisamente esta diferencia lo que mantiene a la sociedad integrada. Si se examina este planteamiento, salta a la vista su orientación adaptacionista ya que lo desviado pasa a ser automáticamente negativo en sí, lo que la sociedad cataloga y etiqueta (*ibid.*, p. 30).

El concepto de desviación existe en relación con una norma de donde se infiere que este concepto implica un juicio moral, indica la indeseabilidad social, en tanto la oposición al código moral y a las convicciones dominantes, de aquí que este concepto sea normativo para favorecer la estabilidad del orden social establecido; basta como ejemplo lo que E. Brody (1986) menciona: "Es bien sabido que las personas que están socialmente en desventaja y que son étnicamente distintas de las que toman las decisiones corren más riesgo de ser identificadas como incompetentes y subsecuentemente recludas. Es así como la psiquiatría, mientras comparte con el resto de la medicina el poder para interferir en la privacidad y limitar la libertad de los ciudadanos, lo hace de manera mucho más obvia. De hecho, sus funciones legalmente otorgadas la convierten en una parte explícita del sistema de control social en una base global" (Brody, 1986, p. 4).

La teoría del etiquetamiento se ha estructurado a partir de los planteamientos de Goffman, Scheff y Backer (citados por Brody, 1986) y su mérito estriba en que llena las necesidades ideológicas y teóricas de una concepción que trata de explicar el hecho social por una parte, y

que al mismo tiempo impugna la concepción hegemónica del proceso salud-enfermedad mental y curación.

Para Scheff (citado por Brody, 1986) "la enfermedad mental es un estatus social y no una enfermedad pues los síntomas de la enfermedad mental se hallan vagamente definidos y ampliamente distribuidos, y la definición de la conducta como sintomática de enfermedad mental, depende, por lo general, de contingencias sociales antes que médicas" (*ibid.*, p. 30), ya que observó que no había fundamento médico de internación para 43% de los pacientes en una Institución Psiquiátrica estudiada por él; la locura entonces, más que una característica intrínseca a una persona es un juicio que se hace sobre su conducta.

Desde esta vertiente el trastorno mental es:

- a) "el resultado de una 'desventaja' social, psicológica o biológica" que se da
- b) cuando "las personas [...] no utilizan todas sus potencialidades psicológicas de inteligencia y afectividad sino únicamente una parte de ellas; bien porque nunca han aprendido a utilizarlas, bien porque se lo impiden obstáculos de algún tipo" (*ibid.*, p. 50).

Backer (citado por Brody, 1986) añade que "este proceso significa la abdicación del poder personal sobre los propios procesos en los que se constituye; pareciera como que las personas no pudieran aceptar actualmente la enfermedad, la muerte, la separación. Pareciera que los 'duelos' no pudieran ser resueltos sin la presencia de la psiquiatra es decir, convierten los problemas cotidianos en problemas psiquiátricos", psiquiatrizan la normalidad. (*ibid.*).

De esta corriente rescatamos que el etiquetamiento se hace intencional y funcionalmente con la finalidad de elaborar un proceso de psiquiatrización con el fin de controlar la diferencia o desviación; sin lograr con esto dar cuenta de la totalidad de la enfermedad mental a la cuál no importa curar sino simplemente controlar.

Es a principios de este siglo cuando la psiquiatra empieza a dar prioridad al conocimiento de la psicología, la influencia sociocultural, sobre el mantenimiento o no de la salud mental, en tanto que son causas importantes y determinantes de ella. Es por eso que ahora se considera que no sólo el médico psiquiatra es el que debe hacerse cargo de la atención a la salud mental, sino un equipo donde el psicólogo juega un papel importante en vista de que su preparación permite un manejo más específico de los problemas psicológicos y no sólo el abordaje de la psicopatología.

Los psiquiatras han reconocido las limitaciones del modelo hegemónico de la enfermedad para explicar las alteraciones psicosociales que se asocian con los traumas y cambios en el ciclo vital. En esta rama de la medicina la desigualdad social y económica influye mucho más

que en otros campos de la medicina, en las decisiones y tratamiento ya que limita el posible beneficio personal del paciente.

El carácter de los servicios de salud mental hasta la fecha, se han determinado por la historia de su desarrollo, por la demanda pública y fundamentalmente por consideraciones de tipo político e ideológico. Así vemos como en la actualidad la Secretaría de Salud centra sus programas en la psicopatología y en la atención médica curativa *aunque ya es un avance* que a nivel declarativo enfoque su política de salud hacia la prevención de la enfermedad mental. Tales programas no han sido planeados pensando objetivamente en las necesidades de la población y en el aprovechamiento óptimo de sus recursos humanos.

A pesar de que ya existen en los Centros de Salud los servicios de salud mental, "Se toma al hospital como ámbito preferente de actuación en donde la tecnología subsituye al contacto afectivo y efectivo, y en donde la acción estrictamente terapéutica apenas da importancia al pasado del enfermo, y las más de las veces se desentiende del futuro del mismo. En consecuencia, se deja de lado la atención en la comunidad, se permanece indiferente ante los mensajes que infunden pánico en la población en relación a procesos naturales de la vida humana, y apenas se propicia la promoción y la preservación de la salud mental por la vía de la autogestión y por el incremento de la capacidad para la autoasistencia" (Pucheu, 1982, p. 3).

La multicausalidad de la enfermedad mental habitualmente se remite a factores predisponentes, condicionantes y precipitantes, controlar todas estas variables es difícil, precisamente porque se inscriben en ramas del saber diferentes a las de la biología, que son las ciencias sociales. El conocimiento de la psicología así como de la psiquiatría necesariamente tienen que constituirse sobre la base de proposiciones tanto objetivas como subjetivas y mientras esto no sea así, será difícil si no imposible, ganar el grado de objetividad que requieren como disciplinas "científicas", especialmente en el caso de la psicología.

Tanto el psicólogo como el psiquiatra en un momento dado consolidan más sus conocimientos basándose en el trato personal con los individuos que con su propio saber teórico que muchas veces no descansa en razones objetivas suficientes, con criterios de verdad, sino en el "conocimiento" que les dá su práctica y en su ideología.

Con base en la ideología se ha teorizado y planeado la instrumentación de la atención a la salud mental, los términos que se utilizan indistintamente para identificar los programas de salud mental tienen un fundamento ideológico y dependen de la época histórica, como ya se mencionó, del país y de los objetivos que se persiguen y actualmente tenemos los paradigmas

de salud mental en la comunidad, psiquiatría comunitaria, psiquiatría social en acción, etc. (*ibid.*, p. 4).

Existen otras concepciones interpretativas de las que se derivan los modelos: moral, de incapacidad-invalidez, biogénico, psicogénico, sociogénico, antipsiquiátrico, familiar, psicodélico y médico curativo (Pucheu, op. cit., pp. 5-11); para abordar el proceso salud-enfermedad mental. Posteriormente a estos modelos agregaremos nuestro modelo biopsicosocial de APS.

Cada uno de estos modelos tienen diferencias en sus expectativas y metas pero el médico curativo y el biopsicosocial de APS tienen un denominador común, que es la importancia que le conceden a la comunidad.

Hay que tomar en cuenta que además de la organización de la comunidad, la planeación, desarrollo y administración de los programas y servicios de salud mental, se requiere de un cuerpo de conocimientos médico-epidemiológicos<sup>2</sup> para ubicar en los procesos sociales la génesis de la enfermedad, sus manifestaciones y el curso que siguen; conocimientos sociológicos, psicológicos y antropológicos para saber como emplear las fuerzas sociales para prevenir y tratar de contener los desórdenes emocionales, afectivos, de personalidad, etc. que se manejan dentro de las diferentes culturas.

Es necesario aplicar siempre estos conocimientos de tal forma que las intervenciones en la comunidad alcancen siempre al mayor número de personas, que cuantitativamente aumenten sus posibilidades de éxito pero que también cualitativamente se consiga el cambio no sólo en el enfoque, sino en la actitud y los resultados; es decir, que se le dé mayor peso a la salud mental y no a la enfermedad mental, que la población esté dispuesta a colaborar, participe activamente y asuma una actitud positiva ante las acciones de promoción a la salud mental para modificar así la morbilidad que se presente en la población, ya que como señala la OPS: "Los factores sociales influyen de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios; esto constituye la esencia de la salud mental" (OPS-OMS, 1968, p. vii).

Por lo mismo, todos aquellos factores sociales "positivos" que faciliten el rápido equilibrio del individuo ante diversas condiciones socioculturales favorecen la salud mental.

Con base en todos estos planteamientos los diferentes modelos abordan, desde su particular punto de vista, y con base también a una experiencia, la realidad referente a la salud mental y hacen sus propuestas para su abordaje.

---

<sup>2</sup>La Epidemiología es la disciplina que se ocupa de estudiar la distribución y condiciones que determinan los diferentes estados de salud o de enfermedad en las poblaciones humanas.



El *modelo moral* no debe confundirse con el que se desarrolló a finales del siglo XVIII por Chiarugi, Pinel y Tuke y que decayó a principios del siglo XIX. Es uno de los más antiguos y está fundamentado en la ideología o código moral que determina cuales conductas son morales (aceptables) y cuales inmorales (inaceptables). Lo importante para este modelo es  *fijar límites de conducta* de manera implícita o explícita utilizando para ello estímulos que gratifiquen o frustren al individuo siempre con el fin de corregir su conducta de preferencia con la anuencia de él. El objetivo final que persigue es la adaptación de las personas en la sociedad prevaletente. En la actualidad la expresión del modelo moral equivale a las técnicas sofisticadas de análisis y modificación de la conducta que aplica la corriente "conductista".

El *modelo de incapacidad-invalidez* toma como base la "teoría de la degeneración", este modelo antiguo centra en los tratamientos custodiales sus acciones. Preferentemente se emplea en pacientes con síndromes cerebrales orgánicos como la demencia senil, retardo mental severo y alternativas para rehabilitar al enfermo mental crónico.

El *modelo biogénético* se adopta por la llamada psiquiatría biológica a finales del siglo XIX, sus aportaciones han sido relativamente pobres ya que se han limitado a la explicación científica de la parálisis general progresiva (PGP) del SNC causada por la sífilis; y la demencia que causa la pelagra. Lo fundamental de este modelo es el hecho de que *sobre él se ha desarrollado la investigación biomédica actual*; que ha tenido logros sorprendentes y se espera que para fines de siglo los descubrimientos que se hayan logrado, cambien radicalmente su enfoque.

El peligro que se vislumbra en este modelo es la posibilidad de una regresión -en términos históricos- hacia la búsqueda de la unicausalidad de la enfermedad mental. Caplan se apoyó en este modelo relacionado con la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark<sup>3</sup> y estableció los principios de psiquiatría preventiva ordenados por niveles de prevención lo que hace que se vincule, en la práctica, con el modelo sociogénético.

Aunque hay antecedentes previos que datan desde la medicina de los asclepiades y de la escuela mesmeriana, es Freud el precursor del *modelo psicogénético* su impulsor y máximo exponente que con su teoría psicoanalítica funda los presupuestos para la psicoterapia a todos los niveles. Hablar de este modelo es hablar de toda la teoría que sustenta Freud y sus seguidores, los cuales la han cuestionado, la han enriquecido pero no han podido prescindir

---

<sup>3</sup>Leavell y Clark elaboraron el modelo de la historia natural de la enfermedad, presentando como base genética para la misma la interacción que se da entre huésped, agente y medio ambiente durante el período prepatogénico. Así factores de estos tres elementos pueden ayudar a conservar un equilibrio (homeostasis) o bien provocar su ruptura y es cuando se presenta la enfermedad.

de ella, de ahí "la afirmación de que se puede estar con Freud, contra Freud, pero no sin Freud" (Pucheu, op. cit., p. 3).

Desde la segunda mitad del siglo pasado con la medicina social alemana y con el desarrollo de las ciencias sociales en el presente siglo, se fundamenta el *modelo sociogenético* que ha sido enriquecido por la escuela de Chicago que influyó fuertemente en el desarrollo del programa de salud mental comunitaria norteamericano. En nuestro país en la década de los 70, este modelo se aplicó a nivel general conocido como medicina comunitaria; dicho modelo, pese a que no ha podido ser bien evaluado, promete beneficios notables ya que con el apoyo de la sociología, epidemiología y psicología es factible que alcance las metas planteadas por la OMS.

Con Foucault, Laing, Cooper y Basaglia (citados por Pucheu, 1982) nace el *modelo antipsiquiátrico* que ha tenido grandes repercusiones en la psiquiatría moderna porque al negar las bases biológicas de la enfermedad mental ha permitido que se consideren las relaciones que la psiquiatría tiene con las ciencias sociales. Al cuestionar los servicios psiquiátricos y sus prácticas inhumanas ha abierto la posibilidad de otro tipo de tratamientos más variados y eficaces y de alguna manera ha permitido que se contemple otro tipo de organización en los servicios de salud mental.

El *modelo familiar* tiene grandes nexos con el modelo sociogenético pero se reduce al enfoque de la familia como centro y núcleo de la sociedad, dirige su atención hacia ella y le ofrece como medida práctica de tratamiento la psicoterapia familiar. Lidz, Wynne y Bateran (citados por Pucheu, 1982) al estudiar familias podían desencadenar los síntomas principales de la enfermedad. Posteriormente se crearon los conceptos de familia funcional y disfuncional donde la enfermedad mental es sólo expresión de la patología familiar que puede deberse a una comunicación defectuosa, una confusión en el desempeño de roles, manipulaciones entre sus miembros, etc., donde el enfermo se convierte en el "chivo expiatorio".

El *modelo psicodélico* probablemente es de orígenes más antiguos, donde el hombre con fines religiosos en ritos ceremoniales ha consumido sustancias de origen vegetal que modifican su estado de consciencia; tiene un auge en la década de los 60 como un fenómeno social contestatario donde se consume marihuana, hashish, peyote, LSD, heroína, etc., de donde surge la enfermedad mental derivada de otro problema no menos grave, que es la farmacodependencia y que en nuestros días, ha adquirido características de pandemia ya que muchos países se ven afectados por este problema de salud pública.

La conducta social no se ha hecho esperar dadas las múltiples vertientes que este fenómeno tiene en función de la oferta y la demanda que requieren medidas sociales, médicas,

económicas, políticas y policíacas. La farmacoterapia y la psicoterapia son las alternativas con que se cuenta a la fecha para encontrar solución con este modelo.

Por último, el *modelo médico curativo* se ha combinado con otros modelos y hasta hoy día sigue siendo el modelo hegemónico en tanto es el que se acerca más a la realidad que nos muestra que ciertas enfermedades generales y sobre todo la mayoría de las psiquiátricas, no pueden ser curadas pero nos ofrece la alternativa de paliar y aliviar el sufrimiento; cosa que de alguna manera le permite a algunos enfermos reintegrarse a la sociedad.

Este modelo no invalida a los otros, más bien se nutre de ellos, pero deja de lado como meta prioritaria la salud del individuo; sin embargo, incluye elementos que nos pueden servir para la construcción de un modelo teórico que pueda ser llevado a la práctica, el biopsicosocial de la APS.

Esta revisión previa muy superficial y un tanto esquemática nos da idea de cuales son las proposiciones básicas de cada modelo, de qué manera se aproximan a la realidad y qué planteamientos ideológicos los sustentan y es obvio que sobre estos planteamientos se toman las decisiones para desarrollar programas y organizar servicios de salud mental, se forman y capacitan recursos humanos, se investiga y se da prioridad a la curación o a la prevención.

La situación actual de la APS dista mucho de su plena implantación, donde el equipo interdisciplinario debería tener un enfoque integral hacia el paciente y sobre todo estar consciente de la importancia del bienestar social y mental del mismo, por lo que su práctica más que con criterio tecnológico tendría que orientarse hacia uno más humanístico; esto último no significa que deba dejar de lado el uso de la tecnología.

Se esperaría también que el equipo en su práctica diaria educara para la salud, la promoviera, saliéndose del círculo de la enfermedad y de la curación y dando más énfasis a la conservación de la salud.

Para fomentar el mantenimiento de la salud en la población e impulsarla, se requiere de un cambio de enfoque, el equipo dedicado a la atención primaria de salud debe atender a la comunidad no al individuo, e informarle de manera especializada para lo cual deberá de seleccionar con cuidado los canales apropiados, relegando ciertas responsabilidades de la atención a los individuos, las familias y la comunidad para que ésta, con dicha información, esté preparada para cuidar de la salud por sí misma.

"Para organizar un programa de atención primaria en salud mental, debemos de recordar las recomendaciones expresas y las indicaciones de la OMS en lo que toca a la transmisión de conocimiento de nivel informativo a la Comunidad" (Souza, 1984, p. 16). Para ello es necesario cuidar lo mejor posible el lenguaje técnico que se utilice así como el contenido

conceptual de los mensajes para evitar errores cualitativos de comunicación (distorsión o mala comprensión de los mensajes que algunos receptores puedan tener).

Cuadro 9  
Modelo Biopsicosocial de Atención Primaria de Salud

<b>OBJETIVOS:</b>	Mantener la salud de la población. Prevenir las enfermedades. Dar atención integral a los enfermos y rehabilitación en caso necesario.
<b>INSTITUCION:</b>	<p><b>Comunidad:</b> Organización y participación comunitaria.</p> <p><b>Sector Salud:</b> Organización por niveles de atención, dando prioridad a la promoción, prevención y educación para la salud en el primer nivel fundamentalmente.</p> <p><b>Promoción a la salud:</b> Es indispensable que sea en el ambiente psicosocial del individuo donde se promueva la salud.</p> <p><b>Prevención:</b> El individuo es considerado como ente biopsicosocial cuya salud debe preservarse antes de que se presente la enfermedad, la cual esta determinada por el lugar que éste ocupa en el proceso productivo.</p> <p><b>Educación para la salud:</b> Es preciso educar a la población para que cuide su salud. Desarrollar materiales educativos para formar personal técnico auxiliar y/o promotores de salud de la comunidad.</p> <p><b>Equipo de salud:</b> Debe ser multi e interdisciplinario, formado por profesionales y no profesionales: médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, sociólogos, etc; empíricos, parteras, agentes de salud, etc., que son gente de la comunidad.</p> <p><b>Convenios Interinstitucionales:</b> Vigilar que se establezcan los convenios adecuados para que la referencia y contrarreferencia de un nivel a otro o de una institución a otra funcionen adecuadamente.</p>
<b>DERECHOS:</b>	<p><b>Comunidad:</b> Exigir a las instituciones gubernamentales el derecho a la salud para todos los individuos</p> <p><b>Familia:</b> Exigir a las instituciones del sector salud el derecho a la salud de sus miembros y de toda la comunidad.</p> <p><b>Individuo:</b> Asumir su derecho a la salud y reclamar este derecho.</p>

OBLIGACIONES:	Institución:	<p>Promover la participación activa y organizada de la comunidad para alcanzar las metas y objetivos de los programas establecidos.</p> <p>Promover la salud de la población. Prevenir las enfermedades y formar promotores de salud en las comunidades.</p> <p>En caso de enfermedad, dar atención a los pacientes en sus tres niveles de atención según sea el caso y rehabilitarlos cuando proceda.</p>
	Comunidad:	<p>Promover y cuidar la salud de todos sus miembros.</p> <p>Promover y facilitar la prevención y la investigación en el área de la salud.</p> <p>En caso de enfermedad, promover la atención médico-psicológica de sus integrantes.</p> <p>En caso de enfermedad de alguno de sus miembros, aceptarlos en su seno así como a los inválidos y ayudarles a su integración social sin estigmatizarlos u hostilizarlos.</p>
	Familia:	<p>Mantener saludables a sus miembros.</p> <p>Hacerse cargo del paciente en caso de enfermedad o de incapacidad orgánica o mental.</p> <p>En caso de enfermedad mental responsabilizarse del paciente y tratarse ella misma cuando así lo amerite el caso, por ejemplo, cuando exista farmacodependencia de uno o varios de sus miembros, en caso necesario apoyar el tratamiento de rehabilitación.</p>
	Individuo	<p>Responsabilizarse de su salud en lo que a él corresponda como individuo y como integrante de la comunidad.</p> <p>En caso de que enferme, cooperar con el tratamiento y/o rehabilitación, participando en actividades que le conduzcan a recuperar la salud como: las recreativas, ocupacionales, educativas, etc..</p>

---

En 1973 el Comité de Expertos de la OPS/OMS para la enseñanza de la salud mental en las escuelas de América Latina discutió lo relativo a estas acciones y concluyó que "la salud mental ha de tratarse como aquella porción inmersa en la salud pública, ya no sinónima de la antigua denominación de 'Higiene Mental', sino ahora unida muy estrechamente al amplio campo de conocimientos basados en la antropología, la sociología, la psicología, las ciencias de la comunicación y otras" (*ibid.*), por lo mismo los profesionistas afines al área sanitaria, deben estar informados primero y adiestrados después, en la tarea de solucionar problemas concretos que no deben separarse de la prevención.

Todos estos criterios son los que intentamos seguir al confeccionar nuestro modelo de APS integral que contempla tanto la salud orgánica como la psicológica o mental, asimismo seguiremos el ordenamiento del paradigma médico curativo (etiología, diagnóstico,

tratamiento, pronóstico) para resaltar de esta manera las diferencias fundamentales entre este modelo y el que proponemos.

Nuestros objetivos, los hemos venido repitiendo a lo largo de este trabajo, son la prevención de la enfermedad mental y el mantenimiento de la salud en forma colectiva; para ello proponemos nuestro modelo biopsicosocial de APS donde el psicólogo juega un importante papel psicopsicomédico, donde importa su ideología, su disciplina científica y su compromiso social (ver Cuadro 9).

### **1.3. La Salud Mental, componente de la Salud Integral**

Ya vimos que el hombre se diferencia de otros seres vivos principalmente por caracterizarse como ente social lo que determina su desarrollo a lo largo de toda la vida. En cada ser humano se integran una serie de procesos biológicos, psicológicos y sociales que lo conforman como un organismo que se relaciona con otros dentro del ámbito natural y social. Así, el ser humano es considerado como un todo indivisible, como una unidad biopsicosocial conformada por distintos elementos que tendrán una interacción permanente entre sí.

Bajo esta concepción del ser humano fue que definimos el proceso salud-enfermedad, el cual abarca a la salud mental y es uno de los componentes primordiales de nuestro trabajo. En el desarrollo anterior nos encontramos con que el término salud mental no es lo suficientemente claro ya que lo que se conceptualiza es la enfermedad mental y las acepciones utilizadas para este término, van desde meros eufemismos para referirse a la enfermedad psiquiátrica, para definir cátedras o servicios que se relacionan con la psiquiatría, así como para caracterizar criterios utilizados que etiquetan quién es "sano" o "enfermo mental".

Varias de estas acepciones son discutibles por ser bastante subjetivas. Por otro lado, encontraremos una franca diferencia de interpretación del concepto entre los profesionistas que lo manejan y la población en general, presentándose en ésta última cierta desconfianza debido al uso que se le ha dado al término, el cual frecuentemente es asociado con desajustes mentales.

Por desgracia, son algunos enfoques dentro de la propia psicología los que propician este rechazo por parte de la población, ya que, como la psiquiatría, se limitan a "clasificar" arbitrariamente una serie de conductas como "normales o anormales", siendo que dichas nociones son variables de una sociedad a otra y dependen tanto del momento histórico como del contexto sociocultural que prevalezca.

Es importante reiterar que en general, se ha realizado una separación de las dimensiones corporal, mental y social del hombre, lo cual resulta útil para comprenderlas teóricamente, pero que en la práctica nos enfrenta a una gran dificultad, puesto que no podemos separar a la enfermedad mental de la enfermedad corporal, considerando que tanto la salud como la enfermedad son un mismo proceso que se presenta en la totalidad de un sistema a pesar de que los síntomas observables de la enfermedad sólo se manifiesten en una área de todo el organismo.

La perspectiva de la salud integral de Luis Weinstein (1975) que compartimos, engloba una serie de procesos necesarios para hablar de la integridad de cada sujeto dentro de su ambiente social. El hace énfasis en que la salud mental comprende la capacidad de contribuir a modificar la realidad y a sí mismo, tomando en cuenta las vinculaciones afectivas profundas, la disposición para establecer relaciones considerando las contradicciones, la tolerancia a la frustración y a la ambigüedad; todo ello como procesos cambiantes a lo largo de la vida, siempre en constante desarrollo y a diferentes niveles dentro de la organización socioeconómica donde también jugarán un papel importante los factores culturales que limitarán o favorecerán la expresión de las capacidades físicas y psíquicas de cada individuo.

La salud mental se caracteriza por un rasgo indiscernible entre lo físico y lo psíquico en la salud de cada persona, como un todo que indiscutiblemente aportará algo a la salud de los demás por medio de sus vivencias y conductas, aquélla salud con un elemento muy personal pero dentro de un contexto sociopolítico que influirá constantemente en el desarrollo de los individuos y ante el cual no se puede permanecer indiferente.

Asimismo, Weinstein (1975) nos dice que la atención integral no puede ser definida o descrita bajo un concepto universal. Básicamente se trata de una tendencia, una corriente de percepción que haga énfasis en lo estructural, en una relación articulada y orgánica que conceptualice lo íntegro como lo consistente, coherente y consecuente. Es por ello que las posturas organicistas, psicologistas, individualistas, sociologizantes, o cualquier otra que pierda la realidad global, la estructura biopsicosocial del hombre, no pueden considerarse integrales sino mecánicas y parcelarias.

Basándonos en lo anterior decimos que la salud, reflejada en elementos físicos y mentales, no puede determinarse como una condición estática puesto que está sujeta a variaciones por el continuo cambio de y entre aspectos biopsicosociales que conforman la salud de todo individuo en su devenir histórico, por eso tampoco puede ser ahistórica. Para lograr el mejoramiento y la preservación de la misma, es fundamental hacer una consideración

cuidadosa de dichos aspectos así como de su reciprocidad con determinantes socioeconómicos y culturales.

Todo ser humano para tener salud mental, requiere de un ambiente propicio en el cual encuentre estímulos y respeto, donde se le reconozcan sus capacidades individuales que lo ayuden a establecer interacciones favorables para alcanzar un desarrollo positivo y productivo dentro de su ámbito social. Vemos, sin embargo, que no siempre se presentan dichas condiciones y que es común que un gran número de personas se encuentren agobiadas por graves problemas emocionales, sociales y económicos que les impiden realizar adecuadamente sus actividades cotidianas, sintiéndose incapaces de solucionar su problemática lo que les puede llegar a producir una sensación de angustia que, con seguridad, los encaminará a un estado permanente depresivo difícilmente superable sin apoyo profesional.

Por desgracia, a las personas que atraviesan por estas "crisis", no se les ofrece la atención y el apoyo necesarios a lo que se suma la incomprensión por parte de otros individuos que rodean a quienes están afectados psicológica o emocionalmente y que al no detectar la complejidad del problema pueden propiciar el empeoramiento del padecimiento o encaminarlo a una desestabilización emocional cada vez más grave.

Es en la vida cotidiana donde encontramos una rica pluralidad causal que va gestando desviaciones, neurosis y psicosis; elementos que se articulan y van evolucionando desde la vida intrauterina hasta la edad adulta, modificaciones que pueden ser no sólo de tipo psicológico sino orgánico. Una buena nutrición de la madre durante su embarazo nos hará pensar en que su producto será viable y nacerá con una buena nutrición también; la aceptación del hijo por parte de los padres y una buena relación con ellos nos orienta hacia el desarrollo de un niño sano y estable desde el punto de vista psicológico; la resolución acertada de conflictos familiares y/o sociales; los factores económicos resueltos darán estabilidad social y emocional.

Es aquí donde se tiene que incidir para mantener la salud mental del individuo, es donde el psicólogo debe jugar un rol específico ya que estos aspectos son soslayados por la práctica médica que se centra en otras cuestiones que tienen que ver más con la salud orgánica.

Otro aspecto a considerar es la conducta que asume el individuo ante las diferentes situaciones y en diferentes épocas de su vida, esto puede resumirse en la forma en que el sujeto ubica sus vínculos con el contexto exterior vía su mundo interno, en este interjuego es donde se puede perder el equilibrio entre mente-cuerpo y cuerpo-mundo exterior.

La situación económica y los cambios sociales ejercen influencias considerables sobre la vida mental de los individuos, sobre su estructura y la estructura y funcionamiento de su



familia. Por ello el psicólogo también puede centrarse en el trabajo con la familia para preservar y consolidar la salud mental entre cada uno de sus integrantes y aportar así un componente básico para el desarrollo de la salud mental a nivel social, ya que la salud individual tenderá a reflejarse en la salud mental social.

El urbanismo descontrolado, las zonas marginales superpobladas, el hacinamiento con carencias infraestructurales como son: déficit de vivienda, carencia de agua, de drenaje, de luz, etc., hace que los individuos enfrenten la posibilidad de tener efectos desastrosos en la calidad de vida, ya que no sólo sufren las presiones económicas y de su entorno social sino que estas se toman en causa y efecto de su salud mental pues entre ellos abundan las tensiones psicológicas por el desempleo y su alarmante situación que los lleva al abuso del alcohol, de las drogas, la prostitución, la deserción escolar, el abandono, la violencia e incluso el crimen.

Todo lo anterior podría considerarse como génesis de la enfermedad mental ya que sigue una secuencia que vincula siempre a estas situaciones depresivas, de privación, de pérdida, de dolor, las que el sujeto vive como catástrofe interna y externa, las que lo orillan a la enfermedad mental. Ante esta situación de sufrimiento (característica de la depresión) el individuo elabora como recurso defensivo -como ya mencionamos- la desviación, la neurosis o la psicosis; reacciones que emergen en el proceso del enfermar como respuesta al conflicto desencadenante y/o instituido.

Las neurosis son mecanismos de defensa contra ansiedades básicas y que sostienen de alguna manera al individuo en el límite de lo rescatable, no así las psicosis que traspasan ese límite para caer en un mayor grado de desviación de lo normatizado para considerar saludable al individuo; en este contexto "la enfermedad sería la alteración intrínseca de la personalidad, desorganización interna de sus estructuras, progresiva desviación de su devenir, sólo tiene sentido y realidad en el interior de una persona mórbida" (Foucault, op. cit., p. 17), pero ya consideramos que estas conceptualizaciones tienen limitaciones y que si bien es cierto que pueden ser útiles en casos específicos, no dan cuenta de la totalidad y complejidad del proceso salud-enfermedad.

A lo largo de este desarrollo, hemos constatado que la patología mental nos plantea dos problemas fundamentales, ¿cómo podemos ligar la patología mental a la patología orgánica? y ¿qué condiciones debemos tomar en cuenta para hablar de enfermedad en el campo psicológico?. Hemos tratado de salvar este escollo con la conceptualización abstracta que trata de reflejar una realidad que aún no comprendemos pero que en todo caso nos permite colocar a la enfermedad mental en una situación global totalizadora del individuo con el mundo donde su esencia fisiológica y psicológica son indivisibles; desde esta perspectiva fomentar la salud

no sólo debe dirigirse a preservar el organismo sino se debe ocupar de estimular la vida mental.

Nuestra conceptualización sobre salud mental y nuestra propuesta más próxima a lo buscado es la siguiente:

*La salud mental está presente cuando el individuo puede gobernar a nivel de sus reacciones, los conflictos y contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia en equilibrio y armonía.*

Antes de hacer la otra propuesta, el perfil del psicólogo como integrante del equipo de APS, creemos conveniente señalar que al desarrollar su trabajo, el psicólogo se va a enfrentar por una parte, a la concepción hegemónica de la salud mental, que es la de la OMS, así como al concepto que maneja el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, III Revisado (DSM-III-R) y por otra parte a la concepción que tienen las diferentes comunidades sobre enfermedad mental.

El DSM-III-R declara por principio que "no existe ninguna definición satisfactoria de los límites precisos y del concepto de trastorno mental" pero adopta una definición provisional donde "El trastorno mental se define como un síndrome o un conjunto clínicamente significativo, comportamental o psicológico, padecido por un individuo y típicamente asociado a un síntoma de dolor (aflicción) o a un handicap (incapacidad) en al menos uno de sus principales terrenos de funcionamiento" (Pichot, 1986, p.58).

Como ya quedó asentado y ampliamente fundamentado nuestra concepción es completamente diferente, pero en tanto que el psicólogo tenga que emplearse en Instituciones de salud deberá conocer y manejar estas definiciones.

En la segunda reunión del Comité de expertos de Higiene Mental de la OMS se concluyó que salud mental "implica la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos" (OMS, 1973).

Para Ackerman la salud mental se debe considerar en términos de proceso de *equilibrio y adaptación* y así se concibe la definición de la OMS; al mismo tiempo vemos como esta definición adaptativa puede ser cuestionada con razón por la teoría de la desviación y la corriente antipsiquiátrica ya que adaptación al venir del verbo *adaptar*, que significa acomodar o "ajustar" una cosa a otra, es decir que no hay discrepancia entre ellas, lo que preconiza, es

ajustar al individuo a las normas sociales para no considerarlo patológico, y las modificaciones de su ambiente físico y social se contemplan bajo estas normas.

El hombre sano es, entonces, aquel que puede adaptarse perfectamente a un contexto normativo definitivo. Para nosotros al contrario, es aquel que lo hace respecto a un movimiento, a un complejo de permanente cambio donde ciertamente puede actuar como agente de éste, de modificaciones donde las normas no están establecidas sino donde se tienen que ir estableciendo (Becerra, 1977, pp. 19-23).

¿Qué percepción tiene al respecto la comunidad?

Es importante que el equipo de salud en general y el psicólogo en particular, conozcan de qué manera y cómo percibe la comunidad no ya la salud, sino la enfermedad mental, porque de eso dependerá el éxito o fracaso que puedan tener en su desempeño profesional.

Se ha observado que muchos profesionales de la salud alimentan mitos y falsas creencias que se transmiten por generaciones, en las cuales se minimiza y subvalora la capacidad de las comunidades para entender la enfermedad mental.

Desde la década de los años 50 se han realizado estudios sobre las creencias de los profesionistas respecto a cómo creen que la comunidad ve el problema de las enfermedades mentales y simultáneamente se ha investigado en las propias comunidades qué es lo que éstas perciben respecto al tema. A partir de los años 60, estos estudios han detectado evidentes cambios importantes respecto a lo registrado en años anteriores, esto es, descubrieron que "Se observa una actitud de mayor aceptación hacia el enfermo mental, debido quizás a que los problemas psicosociales se consideran como parte de la etiología y por aceptar que todos estamos expuestos a contraerla" (Casco, et al., 1986, pp. 70-75).

En un estudio llevado a cabo en 1986 en el sur del D.F., con la finalidad de orientar los servicios de salud en el área de prevención y tratamiento cuyo funcionamiento y efectividad "dependen del conocimiento que tengan los profesionistas acerca de la manera como percibe la comunidad los problemas de salud mental" (*ibid.*), se recabaron los siguientes datos en una comunidad de 40 000 habitantes de bajos recursos económicos y en proceso de urbanización, que contaban con un grupo de profesionistas: profesores, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y un administrador, que atendían a la comunidad en las áreas de salud y educativa.

En la comunidad la información general sobre la enfermedad mental fue correcta, de acuerdo a la clasificación y a las definiciones de la misma; la comunidad manejó la

multicausalidad como determinante de la enfermedad mental dado que mencionó lo orgánico, lo familiar y lo socioeconómico como factores precipitantes de los problemas mentales; en tanto que los profesionistas le negaron a la comunidad la capacidad de comprensión o de conocimiento acerca de los problemas psicológicos, con juicios estereotipados y con desconocimiento -como ya quedó asentado- minimizando la capacidad de la comunidad (*ibid.*)

En este estudio no se pudo negar que la comunidad poseía información adecuada, otra cosa hubiera sido, corroborar si la población era congruente en su saber con su conducta o simplemente contestó de esta manera a los cuestionarios para satisfacer a los investigadores, con respuestas teóricas que han llegado a conocer a través de los medios de difusión y que corresponden a la concepción dominante dentro del sistema de salud.

Así tenemos que mientras la comunidad describió en forma adecuada la mayor parte de las patologías, los profesionistas opinaron que aquella no podía identificarlas y que su explicación era más mágico-religiosa que científica. Lo asombroso fue que la población estudiada manejó la debilidad mental, la paranoia y la esquizofrenia como enfermedades que deben ser tratadas por un especialista, por tanto, no acuden a tratamiento en las instalaciones de zona sino que se dirigen a hospitales más especializados.

La depresión fue identificada con precisión, además de mencionar que tiene diferentes grados y utilizando bien el término, hicieron saber que es común entre la población "pero que darle importancia significaría dejar de trabajar, cosa que no pueden permitirse" (*ibid.*), en cambio los profesionistas dijeron al respecto, que la depresión apenas y era identificada por la comunidad. La histeria y la obsesión-compulsión no fueron consideradas como patologías por la población, a menos que fueran muy severas; identificaron algunos rasgos generales pero fueron calificados como positivos, sobre todo en la obsesión-compulsión, ya que le atribuyeron cualidades para desempeñar un trabajo exitosamente. En este caso se percibe con mayor claridad lo difícil que es identificar los límites entre la salud y la enfermedad mental.

Otro descubrimiento relevante durante esta investigación, fue que la comunidad se sentía con mayor responsabilidad ante las enfermedades de la infancia, lo cual explicaría que ante la debilidad mental que se le atribuye mayormente a los niños tenga necesidad de obtener más y mejor información y su preocupación vaya orientada a evitarla.

En este estudio, comunidad y profesionistas, coincidieron en el conocimiento acerca de las características del alcoholismo al identificar el aspecto conductual, psicológico y físico de estos enfermos. En cuanto al pronóstico, es decir, la posibilidad de recuperación del enfermo mental, la comunidad opinó que son pocas las posibilidades de recuperación de éste, excepto

en lo referente a la debilidad mental ya que ésta puede mejorar con un tratamiento adecuado (de estimulación temprana).

Por su parte los profesionistas opinaron que la comunidad, al ignorar lo que es la enfermedad mental, cree que los enfermos mentales si se pueden recuperar e incluso opinaron que la comunidad niega el problema de la debilidad mental y considera como inútiles a los débiles mentales cuando los identifica. Otro punto donde coincidieron los profesionistas y la comunidad, fue al opinar que las enfermedades de peor pronóstico son el alcoholismo y la depresión profunda. Los profesionistas sólo acertaron al opinar que la comunidad piensa que las personas que padecen alguna deficiencia mental, esquizofrenia, depresión, alcoholismo, etc., están muy limitadas para realizar cualquier tarea, a menos que reciban un tratamiento adecuado.

Respecto a la causalidad, la comunidad, por lo menos en cuatro de las patologías identificó causas psicológicas (maltrato emocional, falta de afecto, etc.); causas sociales (problemas de pobreza, de educación, etc.) y causas físicas (maltrato físico: lesiones, traumas, enfermedades, etc.), en la etiología de los problemas mentales.

Ejemplos ilustrativos fueron cuando la comunidad mencionó "que las causas del retraso mental son de tipo orgánico, como los problemas durante el embarazo y el parto, o un traumatismo a edad temprana"; en tanto que los profesionistas opinaron que la comunidad creía que el retraso mental obedecía "a que el niño es flojo, consentido o bien a que le han hecho 'mal de ojo'".

En cuanto a la depresión los profesionistas opinaron que la comunidad no la identificaba, cosa que ya vimos es falsa, que daban respuestas como "está traumatado", "no quiere salir de su tristeza para que lo compadezcan" en tanto que en realidad la comunidad no sólo identificaba la depresión sino que la atribuye a problemas familiares, a dificultades económicas en general, a carencias afectivas, etc.. Asimismo la comunidad opinó que "el alcoholismo, la drogadicción, los conflictos familiares son más bien los causantes de la esquizofrenia" (*ibid.*).

Esto nos hace pensar que los profesionistas, entre ellos el psicólogo, deben acercarse más a la comunidad y comunicarse con ella abiertamente para conocer su modo de pensar, sus inquietudes y necesidades más urgentes; propiciar que su conducta sea congruente con sus opiniones y conocimientos sobre la enfermedad mental, informando y contribuyendo para que los padres de familia mejoren sus relaciones entre ellos y con sus hijos, las familias mejoren sus relaciones con los vecinos y la comunidad en su conjunto supere los riesgos de enfermar mentalmente.

## SEGUNDA PARTE: TAREAS GENERALES DEL PSICOLOGO EN APS

### 2.1. El perfil profesional del psicólogo como integrante del equipo de APS

A manera introductoria, basándonos en los planteamientos de Rivero y López (1989), consideramos conveniente precisar que el análisis de la identidad del psicólogo debe realizarse desde una perspectiva latinoamericana puesto que no es posible seguir idealizando la formación de un psicólogo que no esté involucrado en la situación real por la que atraviesa no sólo nuestro país, sino el resto de los países latinoamericanos a los que nos unen condiciones estructurales similares en cuanto a nuestro rol como países periféricos o dependientes de las grandes potencias, enfrentando problemas análogos como son: la creciente deuda externa y las restricciones en el gasto público, lo que influye directamente en el rápido deterioro del bienestar social; en nuestro país, el único problema que no compartimos con el resto de Latinoamérica es la inestabilidad política (Rivero, et al., 1989, pp. 389-390).

Por otro lado, aunque muchos colegas no estén de acuerdo, es inadmisibles asegurar que el psicólogo en su acción profesional es ajeno o neutral a cualquier tipo de ideología o pensar que está incapacitado para intervenir exitosamente bajo las condiciones socioeconómicas que en la actualidad nos aquejan y que son responsables de una buena parte de los trastornos mentales que afectan y se expanden rápidamente en la población. Si esta mentalidad profesional se sigue reproduciendo, seguiremos careciendo de dicha visión latinoamericana como psicólogos, lo que nos encajonará únicamente en la descripción de aquellas actividades específicas tradicionalmente concebidas para definir el rol profesional del psicólogo.

*Por ello el psicólogo está profesionalmente obligado a conocer la situación general del país donde pretenda formarse profesionalmente, vinculándose a los diferentes problemas sociales, políticos, académicos y educativos para reforzar su preparación y contar con las destrezas y habilidades que lo capaciten para resolver los problemas de mayor incidencia dentro de dicha realidad social, buscando la transformación de la misma, por medio de su acción.*

La psicología, que estudia varios componentes conductuales, emocionales, mentales, de aprendizaje, etc., que influyen decisivamente en el proceso salud-enfermedad de todo ser humano, y utiliza las técnicas que la caracterizan, por su importancia en la modificación de prácticas sociales a nivel individual o de grupo, ha podido ampliar considerablemente la

comprensión del individuo como unidad biopsicosocial en un continuo intercambio integral con su medio ambiente.

Al igual que cualquier ciencia social, la psicología ha sido influida por los problemas políticos, económicos y sociales que se desarrollan actualmente en México, así como por la preocupación, a nivel nacional e internacional, del desarrollo de programas dirigidos a la población bajo los elementos programáticos y estratégicos de la APS pretendiendo alcanzar con ello la Salud para Todos en el año 2000.

Sin embargo, en el plano educativo, sabemos que las ciencias sociales no cuentan con la planeación, evaluación e investigación educativa necesarias, para su correcto y sólido desarrollo, lo que repercute en la imagen profesional de estas disciplinas que por largo tiempo han sido devaluadas, por no ofrecer las soluciones adecuadas a la gran gama de problemas con que se enfrentan estos profesionistas.

Por otro lado, es un hecho que en las escuelas de psicología en América Latina no existe actualización de conocimientos y estrategias de enseñanza, presentándose así una marcada carencia de una concepción epistemológica, metodológica, pedagógica y social que contemple el currículum de la carrera, y tampoco se realizan revisiones continuas y sistemáticas tanto de la estructura como del contenido de los planes de estudio (*ibid.*, p.391).

Si bien "la psicología ha estudiado la asociación entre ciertos procesos patológicos y una gama de eventos relacionados con la experiencia del individuo", es un hecho que ni los psicólogos ni el resto del equipo de salud conciben a los primeros realizando tareas diferentes a las tradicionales como es abocarse a atender al enfermo en su "salud mental"; sin contemplar en absoluto la posibilidad de analizar y abordar a los sujetos en forma integral (Durán, 1991, p. 103).

Dicha situación también ha provocado una gran discrepancia entre el tipo de profesional que se forma y las necesidades de la mayoría de la población desprotegida, así como el restringido campo de trabajo que hasta ahora se le ha otorgado a las áreas sociales, lo que impide aún más una correcta utilización y poco aprovechamiento de las acciones dispersas realizadas por estas disciplinas.

Todo esto tiene que ver directamente con el total descuido en la preparación integral del futuro psicólogo, puesto que su preparación académica ha estado desarticulada y desequilibrada entre los cursos teóricos y los prácticos lo que le da al estudiante una noción errónea de la verdadera relación que hay entre ambos y conlleva a un mal manejo de las situaciones en la búsqueda de soluciones de problemas, a nivel social. Asimismo es común la

falta de entrenamiento teórico-práctico, que le permita al alumno enfrentar problemas de importancia y urgencia nacional en aquellos sectores de escasos recursos (*ibid.*).

Para tener una noción más amplia del trabajo que realiza el psicólogo, así como de los problemas a los que se enfrenta en la práctica profesional, es indispensable definir el perfil y el quehacer profesionales del mismo, considerando las cualidades que se pretende adquiera a lo largo de su formación profesional, así como las funciones para las que deberá estar capacitado.

En 1978, en Jurica Qro., se reunieron los miembros del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), con el propósito de conformar un perfil profesional del psicólogo, acorde a la situación socioeconómica prevalecte en nuestro país y especificaron que "un programa de entrenamiento profesional debe hallar su justificación en las necesidades de la población" (CNEIP, 1978, p. 7), aseveración con la que estamos de acuerdo.

Se hicieron algunos planteamientos que, después de más de una década, aún siguen estando vigentes porque no han sido resueltas las principales carencias de una gran parte de la población en México, la integrada por quienes viven inmersos en la miseria total, contando con pocas o nulas oportunidades educativas, padeciendo desnutrición y enfermedades endémicas, los condenados forzosamente a un nivel de vida inaceptable para gozar de salud mental que les permita desarrollar sus capacidades individuales y sociales.

Bajo este marco se consideró que no es posible definir el perfil profesional del psicólogo reflexionando únicamente en los requerimientos de la psicología como disciplina ya que manejándolo de esta manera se corre el riesgo de formar profesionistas que no cuenten con los conocimientos mínimos necesarios para interpretar los problemas sociales y económicos y reconocer su importancia e interdependencia en la expresión de los padecimientos mentales.

Asimismo para lograr una definición del perfil más acorde a nuestra realidad, se procedió a realizar un análisis de las necesidades sociales más apremiantes del país para determinar en cuales de ellas puede incidir el psicólogo dirigiendo sus acciones en forma programada y organizada, formando así profesionistas verdaderamente útiles para solucionar los problemas que más perjudican a la población.

Los miembros del CNEIP (1978) al presentar su perfil profesional respetaron los múltiples enfoques para la interpretación de la conducta humana y consideraron las posibles y necesarias modificaciones en los distintos currícula, todo ello basado en las siguientes características:



- "a) Constituye un cambio del profesionista liberal al especialista en comportamiento humano comprometido con la atención a los problemas de las mayorías.
- b) Responsabiliza a las instituciones al ubicarlas en el marco de las necesidades sociales.
- c) Hace del egresado de las carreras de psicología un profesional estrechamente ligado al servicio y no al utilitarismo.
- d) Orienta la investigación, en cuanto al desarrollo de tecnología propia que sirva para resolver lo que son las necesidades prioritarias" (CNEIP, op. cit., p.5).

También se externó la profunda preocupación por las marcadas injusticias derivadas de la estructura socioeconómica que prevalece en México planteando que si ésta no es modificada de cualquier manera, será difícil poder desarrollar las cualidades profesionales antes descritas en los futuros psicólogos.

Ante esta situación creemos que el nuevo perfil profesional para el psicólogo - concretamente el que ejerce sus funciones en la atención primaria de salud- debe responder a la necesidad de una vinculación más efectiva entre las ciencias sociales y psicológicas por una parte, y las ciencias naturales y biomédicas por otra. Esto generará un conocimiento capaz de brindar una mejor comprensión de la totalidad de las condiciones que determinan y participan en el proceso salud-enfermedad en toda su complejidad y podrá contribuir a optimizar la prestación y utilización de los servicios de salud para lograr niveles más elevados de salud y bienestar para la población.

Basándonos en los fundamentos de este perfil profesional y sobre la base de que el psicólogo debe formar parte de un equipo de salud, creemos pertinente delimitar su papel y mencionar cuáles serían sus funciones dentro de dicho equipo, aclarando que parte de éstas, se involucran muchas veces, complementándose, con las funciones de otros miembros de equipo. Si ligamos estas funciones a la vigilancia epidemiológica de los posibles riesgos a la salud mental, condición *sine qua non* para mantenerla en la población, vemos que el psicólogo debe estar preparado para a) *evaluar* con base en la información, recolección sistemática de datos y su concentración y análisis de cualquier situación que le de una perspectiva de intervención, b) *planear* de acuerdo a esta información, c) *intervenir* presentando alternativas ya sea para prevenir un problema o modificar la realidad, sobre la base de que debe d) *comprometerse* para este trabajo con la comunidad.

Es frecuente observar que la mayoría de los psicólogos siguen dirigiendo sus servicios principalmente al grupo capaz de pagarlos, lo que también ha servido como guía en la formulación de los programas académicos sin proponer cambios profundos y pertinentes en los distintos planes y programas de estudio de las escuelas y facultades de psicología.

También es común que un gran número de psicólogos utilicen sus conocimientos para el desarrollo de aquella práctica que satisface los intereses de los grupos dominantes sin preocuparse realmente de las necesidades prioritarias de los grupos mayoritarios y que reflejan la verdadera problemática de nuestro país.

No podemos olvidar aquellas dificultades que enfrenta el psicólogo en su práctica profesional, considerando la relación entre el ejercicio y la formación profesional del mismo, la vinculación entre ambas, el tipo de práctica profesional y la satisfacción de las necesidades sociales, así como sus actividades en el equipo de salud donde generalmente no se le da a la psicología el peso que debiera tener en el manejo de la salud, ya que con frecuencia es el médico -que no siempre está preparado en el área mental- el que dirige las actividades del equipo. Esto debe superarse y permitir que cualquier miembro del equipo pueda hacerse cargo de la dirección del mismo, por lo que la preparación de todos debe basarse en una concepción integral de la salud.

Se ha observado que la formación profesional de los egresados no coincide con el mercado laboral, considerando que existe una marcada incompatibilidad entre la teoría y la práctica como se dijo anteriormente. La experiencia en el ejercicio de la profesión y/o los cursos de capacitación, son en realidad, los espacios donde el psicólogo se consolida profesionalmente.

Es evidente que dentro de la práctica tradicional se excluye la participación activa del psicólogo en la búsqueda de soluciones para los principales problemas y carencias sociales en México. Sus funciones se centran básicamente en la detección, planeación y evaluación de problemas estando convencidos los propios psicólogos que estas son las actividades más importantes que deben y pueden realizar, relegando funciones tales como la intervención, la prevención y la rehabilitación.

En cuanto a la práctica profesional se ha visto que no importa demasiado que el psicólogo esté realmente capacitado para el área donde vaya a laborar, ya que el mercado de trabajo se rige más por la demanda que por la preparación de los profesionistas. También es común que ejerzan en las instituciones del sector público y privado y el ejercicio libre de la profesión se dirige principalmente al sector urbano desarrollado, descuidando casi por completo a los sectores marginados suburbanos y rurales que son los más necesitados por el rápido crecimiento de los padecimientos y trastornos mentales que están propiciados por el hacinamiento en las ciudades, entre otras causas.

Con base en todas las limitantes detectadas en la práctica profesional del psicólogo, se ha planteado que "existe un círculo vicioso entre la formación profesional y la práctica que limita

la investigación y la intervención del psicólogo como generador de nuevos conocimientos y nueva tecnología que facilitarían y promoverían el desarrollo científico-técnico de la propia disciplina" (Acle, 1989, p. 127).

Con todo lo anterior, tratamos de dar una idea más clara de las actividades y el campo laboral donde puede ofrecer sus servicios el psicólogo, así como las múltiples dificultades a las que se ha enfrentado y seguirá enfrentándose si no se hace una adecuada evaluación y planeación de sus actividades académicas y profesionales para participar exitosamente en la búsqueda de solución a la gran gama de problemas que existen en nuestro país, donde el psicólogo aún no ha podido desarrollar activamente sus conocimientos e incidir en el control y la prevención de un buen número de problemas que afectan la salud.

Posteriormente pasaremos a describir de una manera más amplia, las actividades y funciones del psicólogo que consideramos más importantes en su participación dentro del sector salud y en particular dentro del equipo de APS. Sin embargo será necesario ubicarlo primero, dentro de la Psicología de la Salud y la relación que ésta guarda con la atención primaria.

Conceptualmente, desde hace aproximadamente 20 años, en Cuba y otros países se viene usando el término Psicología de la Salud "para denominar una práctica y un campo de teoría relacionada con los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad" (Morales, et al., 1987, p. 24).

Por su parte Torres y Beltrán (1986) la definen como "La actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etc.) que faciliten la vinculación estrecha entre el equipo de salud-población, en un esfuerzo conjunto por identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población. Esto significa la inserción del psicólogo en las tareas de salud con la finalidad de incrementar el nivel de vida de los habitantes de la comunidad, al mismo tiempo que logra la plena integración al equipo de salud" (Piña López, 1991, p. 88); en esta medida la atención primaria permite la práctica de la Psicología de la Salud ya que da la oportunidad de que el psicólogo participe en el sector, estando muy cerca de la vida de las personas, las familias y la comunidad, lo cual hace posible una integración diversa, sostenida e intensa en su trabajo.

## **2.2. La participación del psicólogo en el sector salud**

Bajo los fundamentos del enfoque tradicional de la atención a la salud, donde prevalece el modelo biologicista y curativo de la enfermedad, el papel que ha desempeñado el psicólogo ha sido, en general, únicamente como auxiliar técnico del médico o psiquiatra en trabajos encaminados al tratamiento y curación de la enfermedad mental de los pacientes, soslayando los aspectos socioeconómicos y las acciones preventivas para la salud.

Con el paso del tiempo, y gracias al desarrollo en el estudio experimental del ser humano, el psicólogo también ha podido participar parcialmente en casos que requieren rehabilitación o en aquellas tareas que implican organización, interacción de grupos o formación de recursos humanos para la salud; pero su principal actividad, hasta ahora, sigue siendo la de ayudante en la curación más que como profesional encargado de la prevención de la enfermedad mental.

En México algunas instituciones públicas no se dedican realmente al mejoramiento del bienestar integral del individuo, su función se centra en ayudar a sobrellevar los malestares, sean físicos, mentales o sociales, de personas que de alguna manera estén rompiendo con el orden social establecido.

Compartimos los planteamientos de Basaglia cuando asegura que "la cárcel no sirve para la rehabilitación del encarcelado, así como tampoco el manicomio sirve para la rehabilitación del enfermo mental. Ambos responden a una exigencia del sistema social", aquel "sistema social que tiene como fin último la marginación de quien rompe con el juego social" (Basaglia, 1978, pp. 16-17).

Si se realiza un análisis profundo de las actividades que llevan a cabo distintas instituciones públicas en nuestro país, no sería difícil comprobar que su trayectoria no está encaminada al cumplimiento eficaz de los objetivos sociales bajo los cuales fueron creadas, es decir, no son afines con el contenido mismo de la institución.

Asimismo, en el área sanitaria, nos percatamos que existe un desfase entre las metas que se pretenden alcanzar y los medios que han sido utilizados hasta ahora, los cuales, frecuentemente, se han considerado deficientes. Esto es relevante al reconocer que la psicología es una de las disciplinas directamente relacionada con el área de la salud y en particular con aquella definida como salud mental.

Es un hecho que los profesionales de la salud en nuestro país se han preocupado poco por promover los aspectos psicosociales de la salud y como sabemos, las instituciones de salud

mental han sido escasas y relegadas, más vistas como centros de reclusión que como centros de rehabilitación y tratamiento, ofreciendo un servicio deplorable que se refleja desde la atención personal de los pacientes, muchas veces inhumana, hasta la baja calidad del tratamiento y desorganización al interior de la institución.

Nos encontramos con que la atención en el área de la salud mental es ofrecida dependiendo de la demanda hecha por la población y no como obligación del sector salud; la responsabilidad del psiquiatra o psicólogo se limita a atender únicamente a aquellos pacientes que han solicitado sus servicios y aunque haya personas que necesiten este tipo de atención en las comunidades, ésta no será ofrecida hasta que el paciente la solicite por iniciativa propia.

Existen varios grupos expuestos a un alto riesgo (etareos, farmacodependientes, alcohólicos, etc.) que amenazan su salud mental, pero los profesionales encargados de esta área no han tenido ninguna obligación de hacerse cargo de dicho riesgo, y como dice Pucheu: "si la persona está bien, y por lo tanto ya no es un paciente, pero sigue estando expuesta al riesgo que amenaza su salud, el psiquiatra no tiene ninguna responsabilidad por dicho riesgo. La relación siempre se establece como activa por parte del paciente y pasiva por parte del psiquiatra; este último siempre debe esperar a que el paciente se presente, para poder tratarlo" (Pucheu, 1981, p. 3); ésto se hace extensivo al psicólogo.

Tanto en psicología como en psiquiatría el enfoque de la atención tradicional se orienta básicamente a la atención del individuo y como hemos repetido varias veces, es necesario un cambio sustancial hacia la orientación social, familiar, grupal y/o comunitaria.

Dentro de la psiquiatría también existe la perspectiva social que realiza una interpretación distinta en la comprensión de la enfermedad individual, considerando los diferentes aspectos psicosociales que la determinan así como su influencia durante la manifestación y curso de la enfermedad mental.

La educación de los médicos, psiquiatras, psicólogos, etc. que requieren para lograr la restauración de los servicios de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria, implica modificaciones al plan de estudios tanto de pregrado como de posgrado.

Así, en 1986 se creó en la SS la Residencia de Atención Primaria para médicos, donde el programa operativo se basa en la atención de la población con la detección del riesgo, cuya búsqueda se efectúa domiciliariamente; esta metodología del factor de riesgo permite dar atención integral a la población, incluyendo la salud mental, organizar y movilizar los recursos comunitarios para la salud. En 1988 se agregó, entre otras, la Residencia de Psicología en Atención Primaria que ha enfrentado el problema de que el psicólogo no ha podido abandonar

el papel tradicional de dar atención individualizada o en el mejor de los casos, atención familiar (Durán, 1991, p. 107).

El nuevo enfoque, de la atención integral del individuo, ya no se limita a "reparar" el problema individual humano; su acción terapéutica busca abarcar el pasado y el futuro del enfermo, todas aquellas relaciones interpersonales de importancia, así como la atención a la familia cuya dinámica es la responsable de la patología del paciente.

Creemos que la psiquiatría tiene dos componentes; uno médico que se ocupa de los desórdenes mentales orgánicos y uno psicológico que se ocupa de los aspectos conductuales, emocionales y afectivos que se presentan en los pacientes, en situaciones médicas y sociales pero que deben contemplarse como un todo indivisible.

En el campo de la psicología médica se han gestado conceptos psicodinámicos y psicosociales que explican el papel que los conflictos, frustraciones y pérdidas juegan en la psicopatología. Bajo los conceptos de diferentes corrientes donde destacan los freudianos, se ha hecho hincapié en que las experiencias de la infancia, el papel decisivo de la familia, fundamentalmente el de los padres y más específicamente el de la madre, son determinantes en el desarrollo emocional y social del niño, de ahí la sentencia lapidaria de Santiago Ramírez, "Infancia es destino".

Lo que al principio fue individual, búsqueda de los determinantes profundos e interiores de la conducta, se trasladó del individuo a la familia y de ésta a la comunidad. La concepción sistémica de la familia como una fuerza ha dado luz sobre áreas que permanecían ignoradas en la vida familiar.

Sin embargo, a pesar de la influencia que han recibido diversas disciplinas de las ciencias sociales y del nuevo enfoque que se ha tomado hacia la atención humanista y social del enfermo mental, muchos psiquiatras y psicólogos siguen centrándose básicamente en la atención de tipo individual.

Es factible que gracias a la nueva orientación que actualmente prevalece a nivel nacional para la solución de la problemática sanitaria, la cual otorga mayor importancia al enfoque preventivo que al curativo de la enfermedad, se facilite el crecimiento de las expectativas de participación profesional para el psicólogo en varias áreas laborales, principalmente en el sector salud.

El nuevo psicólogo de la salud requiere, además de la formación propia dentro de la psicología, tener o estar capacitado dentro de una concepción integral, manejar conceptos sociológicos, antropológicos, médicos, económicos; saber sobre estadística, epidemiología, salud pública, etc.. No estamos planteando que sea un especialista en cada área, sino que

tenga las nociones mínimas para comprender al ser humano como ente biopsicosocial, para no caer en el psicologismo, así como la mayoría de los médicos han caído en el organicismo y han perdiendo de vista la parte psicológica del sujeto, así como su relación con el medio ambiente.

Esta formación integral del psicólogo no se recibe a lo largo de los estudios universitarios, sino como resultado de la capacitación que cada Institución del sector salud pueda proporcionar.

Para que su trabajo tenga un mayor alcance e impacto en la población, es necesario que el sector salud reoriente su enfoque hegemónico tradicional en busca de un modelo sanitario que, como hemos reiterado a lo largo del trabajo, realmente resuelva los problemas de salud de toda la población y que articule las actividades de todas las disciplinas encargadas de la prevención y del cuidado y promoción de la salud, ya que sin esta reestructuración, es imposible que los psicólogos puedan tener una participación efectiva en favor de la salud.

Por ello consideramos que lo más conveniente para realizar esta reestructuración es la participación activa y directa de todos los trabajadores de la salud, entre ellos el psicólogo, para que conjuntamente, determinen la forma más efectiva para abordar la problemática sanitaria y unificar los criterios de cada disciplina en una concepción integral del ser humano, basándose en las necesidades de la población y no en las necesidades de empleo de los egresados de las distintas escuelas o facultades existentes en nuestro país, como frecuentemente se hace cuando se presenta una sobrepoblación en alguna de las profesiones universitarias.

Como hemos visto a lo largo del trabajo, en México un gran porcentaje de la población no tiene acceso a actividades intelectuales, culturales y recreativas las cuales son indispensables para el adecuado desarrollo físico y mental de los individuos y que repercuten en el grado de bienestar individual y colectivo permisibles para el desarrollo social.

El hecho de concederle mayor importancia no a la enfermedad, sino a la salud mental, nos permite dedicar un apartado a las posibles formas de intervención del psicólogo en este campo para promover la salud y evitar al máximo el deterioro de la psique de gran número de individuos de nuestra población. Como sabemos una forma eficiente y directa para abordar la difícil tarea que tenemos por delante, es por medio de la prevención, actividad poco desarrollada pero muy difundida en las últimas décadas.

### 2.3. Atención Preventiva

Es notable el mayor énfasis que se ha hecho hacia la atención preventiva, el cual ha surgido, por una parte, de la desilusión progresiva de la atención curativa que a pesar de su sofisticada tecnología sólo ha logrado un mejoramiento del estado de salud de la población, pero no un cambio significativo en el mismo. Por otro lado, desde una perspectiva económica, no es posible seguir incrementando el gasto para la atención curativa mientras los resultados obtenidos son cada vez más desoladores.

Sin embargo, a pesar del creciente entusiasmo hacia la atención preventiva y hacia aquellas actividades que están relacionadas con ella y la favorecen, es evidente que no se cuenta con el conocimiento idóneo para llevarla a cabo. Existe un gran conocimiento acerca de la etiología de las enfermedades en general pero ello no es suficiente para dirigir el quehacer sanitario hacia el área preventiva y emprender una acción de verdadera trascendencia y magnitud ya que a lo largo de la historia de la salud pública se han aplicado infinidad de programas preventivos que, a pesar de estar basados en los últimos adelantos científicos del estudio de la enfermedad de cada época, no lograron ser satisfactorios, cuanto más, en aquellos programas dirigidos a los trastornos mentales cuya etiología ha sido, y en algunas áreas sigue siendo, desconocida.

Retrocediendo a los antecedentes históricos del proceso salud-enfermedad y a la importancia de la salud mental como componente de la salud integral, se nos presenta un conjunto diferente de métodos de aproximación que buscaron la mejoría de la salud en todas las sociedades, donde la prevención estuvo dirigida principalmente a enfermedades que por su extensión representaron un problema social, pero no se tuvo un conocimiento real de cómo la prevención funcionó y por qué funcionó.

Es por ello que una buena parte de las actividades preventivas son ineficaces y son pocas las que han reportado y logrado un verdadero avance a nivel comunitario. Para conseguir que el impacto de la prevención en la comunidad sea real, es necesario considerar los planteamientos de las corrientes desarrolladas en las últimas décadas, las cuales plantean que debemos conocer todavía más, no sólo sobre las ciencias biológicas, sino principalmente acerca de *las ciencias sociales y del comportamiento* para tener una concepción realmente integral de todo lo que implica el proceso salud-enfermedad.

La psicología, por ser una disciplina encargada entre otras áreas del comportamiento humano y estar estrechamente relacionada con el ámbito social, es responsable de varias



actividades afines para *el mejoramiento y conservación de la salud* contando con un campo de acción vasto para realizar acciones preventivas básicas que apoyen la labor fundamental de los servicios de salud en nuestro país.

Aunque aún no se cuente con bases sólidas para implementar la prevención, es importante desarrollarla porque podría resultar más eficaz e impactar directamente la morbilidad<sup>4</sup> haciéndola descender. La utilización de acciones preventivas reduciría los costos que se hacen cuando se tiene que recurrir a tratamientos largos y caros, esto beneficia a todos los países independientemente de su condición socioeconómica y política.

Esta nueva reorientación hacia la prevención, el cuidado de la salud más que al tratamiento de la enfermedad y la exhortación a los profesionales de la salud para sostener este enfoque, busca también un cambio de actitud y una concepción diferente en la comprensión del problema sanitario tratando de hacer un uso eficaz y prudente de los recursos actuales, frecuentemente limitados. Sin embargo, hasta ahora, es evidente que dicha orientación preventiva no ha alcanzado el impacto deseado para propiciar un cambio sustancial en la atención hegemónica con que han sido abordados los problemas de salud, así como tampoco ha sido adoptada con entusiasmo por las múltiples disciplinas encargadas del área sanitaria las cuales serían las portadoras y ejecutoras directas de varias actividades preventivas de importancia en salud integral.

Las acciones preventivas no deben entenderse como medidas específicas preestablecidas para todos los países, ni en todos los casos, porque ello no permite una correcta y cotidiana ejecución de la prevención, ya que estas acciones dependerán de las especificidades de cada problema. Es conveniente que ésta sea aceptada e incorporada sistemáticamente a las diversas formas de seguridad sanitaria incluyendo así, en todas las acciones para el mejoramiento y mantenimiento de la salud, una actitud y atención permanentemente preventivas. Cabe aclarar que dicha concepción debe ser introyectada tanto por el personal que labore en el área sanitaria como por la población en general.

Por otro lado, el sector salud también debería reconsiderar el alcance real de los objetivos que pretenda cubrir puesto que con frecuencia no es posible concretar muchas de las promesas ofrecidas a la población -por ejemplo, al inicio de cada sexenio- por lo que quizá sería más conveniente intentar una distribución más equitativa de la responsabilidad en cuanto a la prevención entre el sector público, otros organismos y los individuos de la comunidad para hacer un frente común con un fin determinado.

---

<sup>4</sup>La Morbilidad es el número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.

Hasta la fecha las acciones preventivas más desarrolladas en la atención médica han sido las destinadas al saneamiento básico como son las inmunizaciones y el descubrimiento temprano de enfermedades a nivel de prevención secundaria dirigidas a alterar en una dirección favorable el curso de las enfermedades; no negamos su importancia y la ayuda que han ofrecido en la disminución, y muchas veces erradicación de varios padecimientos, pero no bastan estas acciones para mantener la salud integral de los individuos. Los trabajadores en salud deben ampliar sus actividades a terrenos hasta hoy no explorados en nuestro país como es la salud mental y hacer a la comunidad partícipe y responsable de ésta.

Se debe comenzar por aceptar y difundir que el mejoramiento del nivel de vida y las medidas preventivas más eficaces contra las enfermedades recaen, básicamente en la esfera económica, ya que salarios justos permitirán la reducción de riesgos dentro del medio ambiente, un aceptable nivel de nutrición para todos, etc. Los mensajes e información exhortando a la población a adquirir hábitos personales adecuados, podrán resultar más significativos, que las acciones realizadas por la asistencia médica. Para lograr lo anterior es esencial que se coordinen los esfuerzos de toda la sociedad.

Asimismo para cualquier actividad preventiva en el área de la salud debe procurarse un balance adecuado entre la responsabilidad individual y la colectiva puesto que se ha comprobado que las medidas preventivas más eficaces parecen ser aquellas que requieren el menor esfuerzo individual de los integrantes de la población, por lo que en adelante la educación sanitaria pública y la APS deberán dirigir sus actividades a aquellas áreas preventivas que requieran del ejercicio de responsabilidades individuales en relación a los hábitos y estilos de vida, elevando con ello no sólo la salud de cada individuo sino la salud de toda la comunidad.

Si consideramos que un objetivo para mantener la salud mental es la creación de condiciones adecuadas que propicien el óptimo desarrollo de las capacidades de todo ser humano, es evidente que dentro del marco educativo, las acciones en favor de la salud integral, deben hacer uso de la prevención, centrándose esencialmente en actividades preventivas a nivel primario ya que por medio de éstas se logrará impedir con mayor eficacia y rapidez, que se presenten con frecuencia los principales trastornos mentales en la comunidad, o sea que, mediante la aplicación de la prevención es más factible promover la salud mental entre la población, que padezca o no, alguna alteración, logrando así reducir ampliamente el riesgo de que enfermen.

Es necesario que realicemos una revisión más detallada de los diversos tipos de prevención y conozcamos el alcance de su acción ya que puede hacerse uso de ella en los

distintos niveles de atención, delimitando las funciones específicas de los profesionales en salud mental, las cuales estarán estrictamente relacionadas al nivel donde se ofrezca el servicio, así como al trastorno mental del que se ocupe.

Desde el punto de vista del Dr. Ramón de la Fuente (1980), las acciones médicas en favor de la salud mental, se llevan a cabo principalmente en tres niveles, cuyas funciones es posible delimitar pero no desarticular puesto que están estrechamente relacionadas y son interdependientes. En el primer nivel, la meta es impedir la presentación de casos, basándose en el conocimiento de las posibles causas que producen las patologías mentales; el segundo nivel, se caracteriza por la identificación temprana y el manejo oportuno de los problemas impidiendo su progresión; y el tercer nivel, ofrece tratamientos específicos para ayudar a compensar el deterioro que ha producido defectos o daños irreparables en las funciones mentales de los individuos que han padecido enfermedad mental. Es importante destacar que las acciones preventivas en estos tres niveles deben alcanzar a toda la población (De la Fuente, 1980, pp. 2-3).

Sin embargo, el interés por describir la prevención en los tres niveles de atención, nace de varias décadas atrás. Caplan (1966) desarrolló su planteamiento en relación a la función de la psiquiatría preventiva como promotora de salud mental entre los miembros de la comunidad que gozan de salud, pero que están expuestos a padecer trastornos mentales en alguna etapa de su vida.

Así, define a la psiquiatría preventiva como la serie de "conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir 1) la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo ("prevención primaria"), 2) la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan ("prevención secundaria"), y 3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos ("prevención terciaria)" (Caplan, 1966, p. 34); insistiendo que es la prevención primaria el elemento esencial para reducir el riesgo de que enferme la población. Esto también es aplicable a la psicología preventiva.

Según Böwer (1976) la prevención es "cualquier intervención específica, biológica, social o psicológica que promueve y fortalece la salud mental y emocional; o reduce la incidencia y la frecuencia de desórdenes de aprendizaje y conducta en la población en general" (Rocha, et al., 1987, p. 3).

Es importante ahondar en los tres diferentes tipos de prevención puesto que éstos serán los niveles de atención donde el psicólogo desarrollará sus acciones profesionales. Dichas

actividades deberán ser especificadas para cada nivel con la finalidad de impedir la duplicidad de servicios, como ya se analizó en el apartado de niveles de atención del Capítulo II.

### 2.3.1. Prevención Primaria

A pesar de los adelantos que se han logrado a través del estudio de las complejas funciones de la mente humana, hasta la fecha, es evidente el desconocimiento en cuanto a las causas que producen desórdenes mentales, lo que limita en gran medida las posibles formas de acción dirigidas al área mental.

En nuestro país, dichas actividades han sido dirigidas básicamente hacia la enfermedad orgánica, descuidando casi por completo la salud mental, estado poco fomentado y desatendido por los profesionales responsables de la salud, siendo también desconocida por la gran mayoría de la población mexicana. Bajo esta concepción será difícil que las actividades preventivas funcionen con eficacia y satisfagan las necesidades en salud mental de los diferentes grupos sociales.

Por ello, es importante distinguir que la prevención primaria en salud mental será aquella que se dirige directamente a la población en toda su extensión y estará encargada de disminuir los trastornos mentales, así como de impedir la presentación de nuevos casos en las distintas poblaciones, haciéndose cargo del control de las posibles causas perniciosas que tienden a producir enfermedad o desajuste mental.

En general la atención orientada al paciente de manera individual se ocupa sólo de esa persona y de las distintas circunstancias que originaron en este individuo el padecimiento; por el contrario, la prevención primaria, intenta producir un cambio sustancial en cuanto a la percepción que se tiene del individuo enfermo, considerándolo como representante de un grupo social y no como un ente aislado; por lo tanto su tratamiento estará determinado no sólo por las necesidades del individuo que lo solicite, sino básicamente por su relación con otros individuos dentro de su comunidad.

Antes de aplicar cualquier programa de prevención en este nivel, debe realizarse un diagnóstico comunitario mediante el cual se detecten los problemas más comunes en la población para incidir acertadamente en las fuerzas ambientales y situaciones específicas que resulten perjudiciales e influyan de manera negativa en el desarrollo de los individuos y de la comunidad. Con este tipo de programas se intenta coadyuvar a los individuos para que aprendan a resistir estas situaciones patógenas y puedan enfrentar las circunstancias que

intervengan en su resistencia, preparándose para futuras experiencias que puedan afectar su salud mental.

Si el programa preventivo logra modificar estos factores decisivos alienantes de la comunidad, será factible incidir en detrimento de los trastornos mentales, pero simultáneamente se debe ofrecer a la población un servicio permanente que apoye su desenvolvimiento sin estar bajo presiones ambientales perniciosas y le permita desarrollar sus capacidades, tanto individuales como colectivas, en busca de un equilibrio lo más "sano" posible que le ayude a alcanzar las condiciones básicas para disfrutar de su salud mental.

La prevención primaria es básicamente un concepto comunitario, puesto que se debe trabajar dentro, para y con la comunidad, contrarrestando los elementos dañinos que puedan causarle enfermedad. Es difícil asegurar que por medio de la prevención primaria se evitarán totalmente las enfermedades; lo que se pretende mediante su implantación es reducir en alto grado el riesgo que tiene la población a ciertos padecimientos, y aunque llegasen a enfermar algunos individuos, se puede tener un buen control para evitar que el mal se propague.

Por esta razón es primordial actuar con base a los recursos generales de la comunidad, reduciendo al máximo aquellas condiciones que sean detectadas como nocivas para la salud, aún cuando no contemos con pruebas contundentes de que éstas son responsables del desarrollo de patología mental en la comunidad.

Todas las acciones preventivas deben tener presente la naturaleza multifactorial de las fuerzas que pueden provocar o aliviar los trastornos mentales. Sin embargo, debemos destacar que estas acciones serán efímeras e inútiles, por un lado, sin la participación plena de la comunidad, y por otro, si ésta no tiene satisfechas las necesidades básicas que le permitan alcanzar un aceptable nivel de vida, para entonces poder comprender la importancia que tiene la salud mental y procuren realizar actividades que la favorezcan y permitan su desarrollo y permanencia.

Este enfoque comunitario no implica descuidar al individuo, sencillamente considera más significativo dirigirse al grupo social donde la persona adquirió su trastorno mental, incidiendo no sólo en los individuos circunstancialmente considerados como "desviados", sino también en el resto de la población para detectar las posibles causas del desarrollo de padecimientos mentales, procurando con ello el bienestar de quienes los padezcan y evitando que otros los adquieran.

La prevención primaria en la salud mental se hará cargo fundamentalmente de los componentes psicosociales de los desórdenes y desviaciones mentales, basándose en operaciones de carácter educativo, ofreciendo educación para la salud mental a la población y

dirigiéndose a los grupos que puedan padecer crisis o situaciones asociadas a ella. Para ubicar estos grupos será necesaria la detección de las condiciones peligrosas más comunes y posteriormente identificar a los grupos de individuos más "vulnerables", quienes deberán participar en los programas de prevención para tener un conocimiento sólido de lo que implica su salud mental, no sólo para su desarrollo personal, sino para el bienestar social.

La educación para la salud es una forma efectiva para aplicar los programas preventivos y por su importancia en las acciones sanitarias la retomaremos y desarrollaremos posteriormente, describiendo con más detalle sus propuestas para comprender el alcance que implican y el impacto que pueden lograr sobre la comunidad.

Caplan estructuró el primer modelo conceptual de prevención en psiquiatría que fue acogido por varios psiquiatras preventivos, el cual plantea una forma de clasificar nuestro conocimiento inseguro acerca de los factores responsables de las variaciones de la frecuencia de los trastornos mentales en una comunidad, presentando algunos puntos claves donde puede incidir favorablemente la prevención primaria.

"Este modelo conceptual se basa en la hipótesis de que, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita continuos 'aportes' adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo. Estos aportes pueden clasificarse en tres grupos: físicos, psicosociales y socioculturales" (Caplan, op. cit., p. 48).

Dentro de los aportes físicos se encuentran: alimentación, vivienda, estimulación sensorial, oportunidad de ejercicio, etc., fundamentales para el correcto crecimiento y desarrollo corporal así como para el mantenimiento de la salud protegiendo al organismo contra el daño físico tanto antes como después del nacimiento.

Los aportes psicosociales serían todas aquellas actividades que favorezcan y estimulen el desarrollo intelectual y afectivo de las personas por medio de las interacciones personales con los miembros significativos de la familia, así como con el resto de individuos de los diferentes grupos sociales a los que pertenezca. Esta área será de gran importancia para el desarrollo emocional de cada persona puesto que los intercambios cara a cara entre individuos y el significado de cada una de las relaciones donde se presenta un compromiso emocional continuo, serán determinantes y fundamentales para la "satisfacción de las necesidades interpersonales", así como del comportamiento social de cada individuo.

Dichas relaciones, que tendrán a modificarse por la influencia perenne con el medio, serán decisivas en la resistencia al trastorno mental puesto que mientras más oportunidades tenga cada individuo para establecer relaciones "sanas", duraderas y continuas con aquellos que puedan satisfacerlo, se puede decir que será más resistente al trastorno mental, ya que la

provisión inadecuada de aportes psicosociales, conduce casi inevitablemente, hacia el trastorno mental.

Por último los aportes socio culturales delimitarán el desarrollo y funcionamiento de la personalidad por la fuerte influencia que ejercen las costumbres y los valores de la cultura y de la estructura social. Por medio de estos aportes se conformarán las aspiraciones individuales y la trayectoria, en cierto grado predeterminada, de la vida de cada persona. Aquí básicamente se destaca la importancia que implica nacer en un grupo aventajado socialmente y con mayor posibilidad de oportunidades de todo tipo, lo que permitirá el desarrollo saludable de la personalidad, mientras que el pertenecer a un grupo en situación social desventajosa, con múltiples bloqueos para su progreso y con demandas y oportunidades nulas, tendrán un efecto negativo sobre la salud mental de estos individuos.

"Cuanto más rica sea la herencia cultural, más complejos serán los problemas que cada miembro del grupo aprenderá a manejar. Cuanto más estable sea la sociedad, mayor es la probabilidad de que los individuos sean provistos de instrumentos perceptivos, habilidades para resolver problemas, y valores de orientación para encarar las dificultades de la vida. Por el contrario, en las sociedades en transición [...] no existen en general formas bien ensayadas de manejo de los nuevos problemas que cada individuo enfrenta" (*ibid.*, p.50). Esto último lo encontramos en países como el nuestro, donde un gran número de personas depende sólo de sus recursos personales, muchas veces limitados, para incorporarse socialmente.

Dicho modelo puede resultar útil para el ordenamiento de las ideas basadas en el desarrollo de la personalidad y en la detección de los factores perjudiciales que pueden aumentar la frecuencia de trastornos mentales en la población expuesta a ellos.

Asimismo, en un programa de prevención primaria, la consideración de estas posibles causas nocivas a la salud mental, puede resultar provechosa si se complementa con la utilización y desarrollo del concepto manejado en salud pública de "poblaciones de alto riesgo". Este concepto también será ampliado más adelante ya que su utilización es esencial en problemas de este tipo, puesto que nos ayuda a detectar las condiciones perjudiciales en la comunidad, indicándonos que éstas no serán igualmente patógenas para todos los grupos de la población, ya que la patogenicidad variará, dependiendo de la edad, el sexo y otras características de los individuos que están expuestos a ella. También existen las subpoblaciones con riesgo especial las cuales deberán recibir atención preventiva particular con carácter especial e inmediato, centrándose en los sujetos más vulnerables a los factores dañinos que se pretende neutralizar.

### 2.3.2. Prevención Secundaria

Las intervenciones preventivas secundarias en favor de la salud mental, tienen como propósito alterar favorablemente el curso de los desórdenes mentales que se presentan por alteraciones cuantitativas o cualitativas a lo largo del desarrollo del individuo, actuando oportunamente sobre ellas en forma directa, ya sea trabajando con la familia del paciente o acercándose a él por medio de la escuela o el trabajo donde éste asiste, interviniendo mediante terapia individual o grupal en busca de las modificaciones de aquellos factores psicológicos y sociales que actuaron en la iniciación del padecimiento e influyeron determinadamente sobre el curso y desarrollo de un desorden psicosocial mayor, con la finalidad de evitar la progresión del mismo (De la Fuente, 1979, p. 3).

La prevención secundaria incluye la posibilidad de identificar en forma temprana la presencia de procesos psicopatológicos o de trastornos funcionales resultantes de conflictos intra e interpersonales. Mediante esta detección es factible ofrecer el tratamiento oportuno para cada caso, evitando con ello que el individuo sufra daños mayores e irreparables.

Cabe aclarar que las acciones en este nivel se dirigen a diversos grupos sociales ya que dependiendo de las diferentes etapas de la vida, existen grupos que se vuelven más vulnerables que otros a ciertos padecimientos, teniendo mayor riesgo de adquirir un determinado tipo de psicopatología.

Caplan (1966) plantea que en salud pública se le da el nombre de prevención secundaria a los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno, disminuyendo el dominio del trastorno mismo y entendiéndolo como "dominio" a la proporción de casos probados, tanto los nuevos como los ya existentes, del trastorno entre la población en riesgo y a un momento o período determinados. "La población en riesgo" incluye a todos los miembros de la comunidad que podrían sufrir el trastorno (Caplan, op. cit., p. 105).

Los programas de prevención secundaria se centran en los programas técnicos profesionales de prevención y terapia, pero también deben ocuparse del óptimo manejo logístico para utilizar adecuadamente los recursos. Dichos programas estarán encargados de la educación pública a través de los medios de comunicación masiva, dando información a la población sobre los primeros signos y síntomas de los trastornos mentales, orientando con ello a los posibles enfermos y en general a todas las personas para que sepan cuál es el manejo más adecuado en estos casos y acudir con el especialista en salud mental cuando sea necesario.



La finalidad de estas actividades es educar a la población para que se interese por su salud y contrarrestar el estigma supersticioso y el miedo irracional hacia los padecimientos mentales. Junto con esta información se debe ofrecer aquella relacionada a los servicios de salud mental disponibles para la comunidad y la forma como pueden dirigirse a ellos, utilizando adecuadamente estos recursos.

En este nivel es común el uso del diagnóstico precoz mediante el cual se intenta identificar aquellas enfermedades que aún no han alcanzado su total desarrollo, pero que se encuentran en una etapa temprana, en la que comienza la manifestación de los primeros síntomas, por lo que será factible su detección a través del grado de malestar sentido por los pacientes o por la comunidad, con el fin de atender a estas personas antes de que su enfermedad se desarrolle como patología franca y afecte, no sólo la salud mental del individuo que la padezca, sino en general la salud mental de toda la comunidad, por la constante interacción del individuo enfermo con otras personas.

Uno de los problemas que enfrenta este tipo de diagnóstico es la falta de conocimientos sólidos acerca de la etiología de los trastornos mentales, es por esto que el diagnóstico precoz deberá realizarse dependiendo de una serie complicada de juicios clínicos que evalúen el significado total de múltiples signos y síntomas que se presentan en las primeras etapas de la enfermedad mental.

Sin embargo, es común encontrar que varios de estos síntomas pueden estar estrechamente relacionados con otros trastornos o presentarse en personas "sanas" que atraviesan por alguna crisis emocional o existencial, pero sin precipitarse hacia el desequilibrio mental. Es por ello que la persona encargada de realizar este diagnóstico, debe estar bien capacitada y contar con experiencia y conocimientos suficientes que le permitan determinar un diagnóstico con el menor rango de error posible.

Dentro de la prevención secundaria, los hallazgos y el diagnóstico precoz de los casos, sólo tendrán un verdadero valor en la medida que les acompañe un rápido y eficaz tratamiento. Es un hecho que en este nivel de prevención existe poca disponibilidad de recursos humanos y los existentes, con frecuencia están mal capacitados para la aplicación de tratamientos convenientes y eficaces para que se pueda asegurar que la atención ofrecida es anticipatoria a perturbaciones mentales mayores.

Es de primordial importancia ofrecer un tratamiento eficaz, ya que éste es esencial para la pronta recuperación de muchos pacientes que no pueden reaccionar de manera espontánea a su problemática, u otros tantos cuya recuperación depende totalmente de la intervención terapéutica.

Cualquier programa de prevención secundaria debe precisar objetivos modestos y viables para extender al máximo los servicios de atención en salud mental, planeados también para cambiar la concepción de muchos profesionistas, así como la de la comunidad hacia los especialistas en salud mental, reconociendo que las actividades realizadas por aquellos son benéficas para la pronta instauración de programas de prevención y para ayudarles a enfrentar y manejar sus dificultades de la vida cotidiana, problemas que con frecuencia les son difíciles de afrontar por sí mismos.

Dicha acción en favor de la salud mental no debe considerarse como una fuerza capaz de modificar o cambiar la conducta de los individuos para que éstos se ajusten a la imagen ideal o al modelo de salud socialmente establecidos. Este servicio a la comunidad busca formar parte fundamental en la atención integral del individuo introduciéndose, cuando así se requiera, en la vida de los pacientes que se encuentren en una situación conductual o emocional que les provoque problemas psicológicos severos, siempre y cuando cada paciente participe activamente durante el desarrollo de su tratamiento.

También sería oportuno trabajar con defectos menores que al no ser atendidos oportunamente pueden agravarse y complicarse con reacciones secundarias para perpetuarse en forma de enfermedad mental. Es recomendable poner más atención a aquellos grupos que por sus características estén más expuestos al riesgo de enfermar. Por ejemplo, se deberían dirigir acciones preventivas a los niños que comienzan a caracterizarse como problemáticos, informando simultáneamente a los padres de familia, maestros y otras personas que interactúan directamente con estos niños, para que sepan hasta qué grado sus actitudes, favorables o desfavorables hacia la conducta de los niños, pueden ser decisivas en el agravamiento o solución de este tipo de problemas.

El campo de acción del psicólogo en esta área es muy amplio pues son necesarias innumerables intervenciones que a largo plazo pueden resultar de gran valor tanto para el equipo de salud como por el carácter educativo hacia la comunidad. El psicólogo puede organizar grupos, promover la autogestión y la autoayuda para la solución de estos problemas. Como ya dijimos, la meta de la prevención secundaria es la identificación y manejo oportuno de problemas mentales para impedir su progresión y restaurar con ello la salud mental de las personas que los hayan padecido.

En este nivel preventivo los psicólogos pueden intervenir por medio de las diversas técnicas de modificación de la conducta para eliminar y/o corregir ciertos comportamientos; a través del asesoramiento y la psicoterapia individual, en grupos o la terapia familiar, en la

medida que la patología del individuo, frecuentemente es el reflejo de la patología de la familia, etc..

Otra técnica de tratamiento a nivel secundario sería la farmacoterapia, función que por lo general recae en el médico psiquiatra y no en el psicólogo, pero dicho uso farmacológico para padecimientos mentales no debe sustituir el manejo de los problemas en su aspecto psicosocial; es recomendable que éstos sean incluidos como parte de un programa terapéutico que no descuide la atención integral del paciente, haciendo un uso adecuado de dichos medicamentos y evitando prolongar innecesariamente su administración. Es fundamental que los profesionistas que apliquen este tipo de tratamientos, estén bien familiarizados con los efectos e indicaciones en el uso de distintas sustancias psicotrópicas.

### 2.3.3. Prevención Terciaria

La prevención terciaria en salud mental, básicamente se centra en la disminución de defectos residuales que permanecen después de que los trastornos mentales severos han sido eliminados y que en algún momento llegaron a producir alguna alteración en la conducta de quienes los padecieron. Dichos "residuos" pueden llegar a limitar la capacidad del individuo para contribuir a la vida social y ocupacional que le permita una participación activa dentro de su comunidad.

Mediante la rehabilitación, la prevención terciaria intenta reducir, al interior de la comunidad, la proporción de funcionamiento defectuoso producido por los trastornos mentales, intentando ayudar a los individuos afectados para que desarrollen su capacidad productiva y un equilibrio emocional que les permita incorporarse a su comunidad padeciendo el menor sufrimiento posible. La prevención en este nivel también pretende evitar recaídas o reingresos posteriores una vez que el paciente ha sido dado de alta de un hospital psiquiátrico y procura la reinserción del mismo a sus actividades sociales y laborales cotidianas, lo más rápido y seguro posible, trabajando con aquellos aspectos de su personalidad que fueron "opacados" por el padecimiento mental

Este nivel de prevención incluye los dos tipos de prevención anteriormente descritos en la medida que el daño provocado por la enfermedad mental involucra: 1) la alteración de las funciones básicas de la personalidad, afectadas a lo largo del desarrollo de la patología y, 2) la disminución de la capacidad del individuo para lograr un funcionamiento aceptado socialmente, lo que también le impide una rápida integración, después de haber superado el trastorno mental. Ambas condiciones, que forman parte de un solo proceso que finalmente

desencadenó la enfermedad mental, pudieron ser evitadas de haberse detectado y atendido oportunamente por el primer o segundo niveles preventivos.

Basándonos en lo anterior podemos decir que la prevención terciaria está fundamentalmente centrada en la rehabilitación, que ha sido definida como un "proceso activo mediante el cual se intenta restaurar las funciones afectivas o compensar las deficiencias" (De la Fuente, 1979, p. 4) que han permanecido después del padecimiento mental. Consideramos que la diferenciación que hace Caplan es importante al otorgarle al término "rehabilitación" un alcance exclusivamente individual y utilizar el término "prevención terciaria" para designar toda acción comunitaria. "Esta distinción puede ser oscurecida por el hecho de que la rehabilitación de un individuo se centra en sus relaciones con la comunidad, pero trato de subrayarla porque el proceso de prevención terciaria nos compromete" con "problemas de planeamiento comunitario relacionados con la necesidad de mirar más allá de los individuos, para considerar el cuadro social total del funcionamiento reducido de quienes han estado mentalmente alterados" (Caplan, op. cit., p. 128).

La intervención preventiva a nivel terciario debe planearse bajo metas viables que puedan ser cumplidas mediante acciones organizadas y continuas, en busca de resultados favorables y verdaderamente significativos para el óptimo tratamiento y recuperación de los enfermos en las comunidades. Esto es importante porque al hacer un mal manejo de los pacientes, resultan ser los más perjudicados, en la medida que su padecimiento puede convertirse en enfermedad crónica, presentar regresión y/o un deterioro aún más severo que los aleje drásticamente de su recuperación.

En cuanto a la asistencia en el área de salud mental, la prevención terciaria está básicamente dirigida a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos haciéndose cargo, en específico, de las alteraciones individuales que presente cada uno.

Dentro de esta nueva concepción, se ha hecho un llamado urgente para que todas las instituciones psiquiátricas de nuestro país, cambien la línea tradicional de atención, que poco se ha transformado con el paso del tiempo, hacia una atención más humana y basada en la salud integral para abordar debidamente la psicopatología. Para ello es necesario tomar en cuenta algunos elementos que, según Caplan, deben ser considerados en el nivel terciario de prevención.

*La rehabilitación debe comenzar con el diagnóstico* para que la intervención terapéutica sea efectiva, y no esperar a las etapas finales del tratamiento o a la terminación de la enfermedad, comprendiendo a la rehabilitación como un proceso perenne que debe ser integrado en el diagnóstico, a lo largo de la terapia y perdurando aún después de que estos dos hayan

terminado, o sea, hasta que el paciente logre su plena participación en la vida de la comunidad. Lo más conveniente es que sean siempre los mismos profesionales los que realicen y vigilen el desarrollo de la rehabilitación, para obtener datos precisos de los adelantos de cada paciente durante su tratamiento.

*Es preciso contrarrestar la alienación debida al prejuicio*, porque el hecho de etiquetar a una persona como enfermo, y particularmente como enfermo mental, acarrea una serie de prejuicios que obstaculizan la recuperación, productividad y plena participación de quien ha padecido la enfermedad, influyendo también negativamente en su familia, sus amigos u otros individuos de la comunidad. Es importante que la población reciba una educación básica sobre la naturaleza y desarrollo de los trastornos mentales, fomentando en la gente una actitud positiva hacia las personas que se recuperan de algún padecimiento mental, lo que permitirá que su reinserción social no se convierta en un proceso doloroso.

Cuando una persona es internada en un hospital psiquiátrico, se le aísla por completo de su familia y su trabajo, presentándose un rompimiento con todo tipo de relaciones sociales extrahospitalarias, lo que propicia que el grupo social de donde salió el paciente reajuste sus funciones y transfiera las tareas que generalmente éste realizaba para que otras personas cubran su rol social al interior de la familia. Así, se dice que la red social "cierra sus filas" para compensar la ausencia del internado, presentándose un grave problema principalmente cuando éste retorna a su comunidad y se percata de que otros han tomado su lugar al interior de la familia y en el trabajo, situación que puede producirle inseguridad y una crisis considerable al querer "recuperar" las actividades y posiciones anteriores a su ingreso al hospital.

Lo más recomendable es que *debe mantenerse la comunicación con la red social*, reduciendo lo más posible el período de hospitalización, permitiendo al paciente salir a la comunidad mientras dure su tratamiento dentro del recinto psiquiátrico, motivarlo a reestablecer sus contactos sociales (con la familia, amigos, etc.) y dándole un trato humano al interior del hospital. Es fundamental que todo proceso de rehabilitación incluya a la familia o amigos cercanos al paciente, explicándoles las ventajas que implica mantener el contacto social y emocional con él para favorecer su recuperación, ya que a mayor red social menor patología y viceversa.

Por otro lado, se ha comprobado que el aislamiento social y la privación sensorial que se llevan a cabo en la mayoría de los hospitales psiquiátricos, han configurado un medio patogénico donde los pacientes son "encarcelados" y dentro del que se propicia un deterioro, aún mayor, de los síntomas del trastorno mental por el que se decidió su ingreso al hospital. Bajo estas condiciones no es posible alcanzar la rehabilitación de los pacientes quienes son tan

sensibles a los efectos dañinos de dicho aislamiento y privación emocional como cualquier persona "sana", teniendo todo el derecho de recibir un tratamiento adecuado y humano, dentro del ámbito que influyó y determinó el desarrollo de su padecimiento, o sea, dentro de su propia comunidad.

*Debe evitarse el "hospitalismo"* ya que éste sólo funciona como mecanismo social para apartar las fuentes de perturbación del panorama público, pero está muy lejos de satisfacer las necesidades de rehabilitación de los pacientes. No se puede seguir considerando a la enfermedad mental como un proceso ajeno a la vida cotidiana de las comunidades y despojando a los pacientes de sus derechos civiles, dejándonos persuadir por la concepción médica hegemónica y aceptando que se les daña por su propio bien. Debemos comprender que la hospitalización de los enfermos mentales sólo está indicada cuando su estado y sus circunstancias hacen que sea imposible tratarlos en su propio hogar.

Después de esta revisión somera acerca de algunos planteamientos de Caplan, consideramos pertinente hacer algunas observaciones de los mismos.

Es innegable que con su modelo preventivo Caplan logró proyectar algunos de los conocimientos profesionales básicos necesarios para la atención de la salud mental hacia ámbitos como el político, económico y administrativo, resaltando la coordinación de actividades entre profesionales y no profesionales (agentes sanitarios). "Se fundaron en este modelo las bases de desarrollos posteriores en materia de inter y multidisciplinaria" (Videla, 1991, p. 59).

Sin embargo se deben tener presentes las condiciones sociopolíticas en que se desarrolló su modelo y cuales fueron sus verdaderos alcances y beneficios para la población norteamericana. El modelo de Caplan se basa en la concepción política del presidente J. F. Kennedy quien en 1963 propuso un Programa Nacional de Salud Mental. Esto dió origen a los famosos Centros de Higiene Mental (Mental Health Centers) que fueron ubicados en el corazón de los barrios más pobres de las grandes ciudades norteamericanas y sirvieron como modelo para la mayoría de los países capitalistas, pero fueron fuertemente criticados, en especial por el movimiento de la "antipsiquiatría" que se desarrolló en Italia y donde se encuentran varios de los exponentes más sobresalientes de este movimiento.

Es importante considerar esta crítica "antipsiquiátrica" al modelo preventivo en salud mental de Caplan, el cual llegó a homogeneizarse principalmente en los países desarrollados. Dichos Centros de Higiene Mental acabaron por transformarse en formas de represión y control social.

En relación a esto Giovanni Jervis, exponente de la antipsiquiatría, describe que "el objeto de la creación de estos centros, fue el de ofrecer a los negros de los ghettos, eficientes estructuras psiquiátricas y asistenciales, y por lo tanto obtener sus votos para las elecciones, pero también el de controlar con técnica psiquiátrica y sociopsiquiátrica, una situación urbana que se estaba haciendo explosiva. Es indudable que esta política fracasó y fue abandonada, puesto que en este momento el control de los ghettos es confiado a formas de control policial eficientes y brutales" (*ibid.*).

El modelo de Caplan obviamente no se basa en un modelo eminentemente médico y epidemiológico puesto que remarca la importancia de ciertos aspectos sociales como responsables de la enfermedad mental y hace hincapié en que la prevención debe instaurarse como una política de salud. Sin embargo, sus propuestas para que funcione eficientemente un modelo de este tipo se circunscriben a las condiciones predominantes en determinado momento histórico-político de un país desarrollado, por lo que es recomendable no pretender adecuar dicho modelo tal cual a nuestra realidad social.

Es necesario retomar aquellos aspectos que puedan ser instrumentados en nuestro país y no tratar de reproducir e imponer un esquema que viene de un país desarrollado y que es totalmente ajeno a los problemas sanitarios actuales en toda Latinoamérica. Indudablemente este modelo dió una pauta importante para la atención a la salud mental pero actualmente resulta insuficiente por la amplia gama de problemas psicosocioeconómicos que observamos en la población mexicana.

En los países en desarrollo, hasta la fecha, ni la salud mental ni la enfermedad mental, han sido consideradas como merecen dentro de la atención a la salud de la población.

Para Basaglia, el individuo internado en un hospital psiquiátrico es una persona inactiva, con actitudes pasivas que únicamente recibe órdenes y espera el día que otros decidan que ya está en condiciones de reintegrarse a la sociedad. Por ello, plantea que los hospitales psiquiátricos no sirven para el cuidado sino para la custodia de los pacientes, quienes son encerrados en lugares donde sus trastornos mentales no van a ser curados; su terapia se centra en su recuperación, no "mediante una ideología de cura sino mediante una ideología de castigo" (Basaglia, 1975, p.19).

No se puede negar que los hospitales psiquiátricos han jugado un papel sobresaliente en la organización para la asistencia de los enfermos mentales, sin embargo es necesario cambiar, como condición primera, el tipo de atención tradicional de asilo, hacia una atención realmente humanitaria, centrándose en la rehabilitación de los pacientes sin olvidar la relación intrínseca con su comunidad y la influencia que ésta puede tener como elemento decisivo en la pronta

recuperación de los mismos, con el propósito de que retornen a sus actividades sociales sin sentirse rechazados.

Por otro lado, San Martín (1982) realizó un análisis de la crisis mundial de la salud donde describe como uno de los principales problemas, la *orientación marcadamente medicalizada y curativa* de los servicios de salud. Asimismo, el término de enfermedad mental también se ha visto invariablemente encajonado por esta perspectiva "medicalizada" y la mayoría de las veces recibe un tratamiento similar al de una enfermedad física, "el problema comunitario del trastorno mental es tan amplio y nuestra ignorancia tan grande, que todas las contribuciones - gubernamental, voluntaria y privada- serán bien recibidas" (Caplan, op. cit., p.36).

Los programas centrados únicamente en la atención de hospitales psiquiátricos y enfermedades mentales, retardan y obstaculizan el desarrollo de nuevos proyectos que se ocupe de la implantación y supervisión de programas comunitarios dirigidos a la salud mental de la población. El término de salud mental no debe considerarse, en ningún caso, dentro de una perspectiva de liberación de una enfermedad o de un padecimiento biológico. Debe ser concebido como *la realización de todo ser humano*, donde sean definidas e incluidas todas aquellas condiciones necesarias que lo conforman como ente biopsicosocial.

Actualmente en México, nos enfrentamos a un sistema sanitario que dificulta la democratización del sector salud, la participación de la comunidad, el trabajo interdisciplinario y algunas otras actividades necesarias para poder implantar los componentes de la APS. Es urgente que las posibilidades de cooperación entre profesionales a cargo de la salud mental y física se conviertan en una realidad que permita operativizar sus conocimientos interdisciplinariamente, por un lado, para humanizar los procedimientos que se utilizan en las instituciones médicas y psiquiátricas, y por otro, para proteger los derechos de salud integral de todos los grupos humanos, principalmente de los marginados, llevándoles la posibilidad de interactuar con equipos capacitados para que encuentren alternativas trabajando conjuntamente y logren dar un manejo adecuado a los problemas sanitarios y a los conflictos psicosociales, previniendo así futuras enfermedades físicas o desajustes mentales.

Como hemos reiterado en nuestro trabajo, es fundamental que también los servicios hospitalarios psiquiátricos establezcan, con el primero y segundo nivel de atención, un sólido y ágil sistema de referencia y contrarreferencia que realmente permita hacer un seguimiento de los pacientes, con la finalidad de evitar los reingresos psiquiátricos o el desarrollo de conocidos o nuevos síntomas a causa del posible abandono del tratamiento indicado. Obviamente todo esto no podrá funcionar si no se cuenta con los recursos financieros



necesarios así como con el personal profesional, técnico y auxiliar capacitado para ejercer en los distintos niveles que cubran la atención en salud mental de toda la población mexicana. Así, se presenta un nuevo campo donde el psicólogo puede intervenir y aplicar sus conocimientos.

Es importante acortar al máximo la brecha entre la institución y la comunidad, facilitando la posibilidad de que todos los individuos se vinculen con los servicios de salud mental y reduciendo el papeleo administrativo, muchas veces innecesario, para que toda la población pueda gozar de una atención integral. "Una prevención total implica un cambio radical de las causas que determinan los modos de vida colectivos e individuales, y con toda seguridad no es realizable en el sistema social en que vivimos" (Jervis, 1979, p. 29).

No es posible que en nuestro país se continúe desatendiendo la salud mental, restándole más importancia de la que realmente tiene frente a otro tipo de problemas graves como serían las enfermedades infecciosas y la desnutrición que, siendo igualmente representativos de la problemática nacional, han contado con "mejor suerte" en cuanto a los recursos disponibles para su atención, pero no por ello se ha logrado superarlos.

Podrían ser infinitas las razones por las que los funcionarios a cargo de la salud pública en México no han considerado como problema social de primer orden los trastornos o padecimientos mentales, los cuales representan un enorme sufrimiento no sólo en los individuos afectados, sino en todas las personas que les rodean o tienen algún lazo emocional con ellos. Sabemos que a lo largo de la historia del hombre se han ido conformando una serie de prejuicios, temores y todo tipo de actitudes negativas hacia los padecimientos mentales que parecen arraigarse sólidamente en muchas culturas, claro está, incluyendo la nuestra.

Por esta fuerte influencia, las causas que han provocado el abandono y desinterés de la salud mental son comprensibles, pero ello no debe ser una justificación para seguir privando a la población de un adecuado desarrollo mental por falta de atención profesional a esta esfera fundamental para la salud integral de todos los seres humanos. Sería útil comenzar por reconocer que los métodos tradicionales resultan insuficientes para satisfacer las necesidades concretas actuales en salud integral de nuestra población.

Es urgente que las leyes de salud mental se amplíen mucho más allá de la simple reglamentación y cuantificación de los ingresos y altas de los hospitales psiquiátricos. Se debe desarrollar la capacitación profesional del personal, la promoción de los servicios, la protección de los derechos del enfermo mental por medio de la humanización de los procedimientos de tratamiento, así como mejorar las actitudes de la sociedad, enseñándole a

enfrentar sin prejuicios el cambio de comportamiento de los enfermos mentales y respetando en todo momento la integridad psicosocial de los mismos.

Las necesidades en el campo de la salud mental en México son enormes y hasta la fecha ninguna institución ha logrado brindar una solución efectiva y realista, que se ocupe de área tan importante y crucial para el desarrollo individual y colectivo, principalmente si nos referimos a la cantidad de problemas psicosociales que se presentan en nuestro país y que aumentan paulatinamente sin ser considerados todavía como un problema social que necesite atención urgente por parte de todos los organismos encargados del bienestar físico, mental y social de la comunidad.

A esta situación se suman una serie de condiciones desfavorables que impiden el adecuado control y tratamiento de dichos padecimientos, dentro de los que consideramos más sobresalientes:

1) el poco interés por la salud mental comunitaria, lo que ocasiona que estos servicios sean insuficientes y tengan acceso a ellos sólo un número reducido de la población, por lo que es fundamental extender estos servicios al mayor número de personas y grupos sociales;

2) no se cuenta con personal adiestrado para el cuidado de la salud integral para ninguno de los tres niveles de atención y el existente, que es escaso, demuestra poco interés hacia el trabajo comunitario. Es necesario capacitar a más profesionistas y técnicos para cubrir los servicios de salud mental, básicamente en el primer nivel de atención y que sean suficientes para dar atención a toda la comunidad;

3) es fundamental contar con más conocimiento acerca de los problemas psicosociales que abordará el equipo de salud, por lo que sería importante propiciar y apoyar la investigación en salud mental; y

4) como vimos en el capítulo II, una de las metas de la APS es lograr que las acciones en favor de la salud estén coordinadas y encaminadas a una atención integral para obtener mejores resultados, por lo que es pertinente organizar y planificar el trabajo de los recursos humanos, hasta hoy dispersos, para utilizarlos de manera efectiva.

Antes de intentar definir de una manera más precisa la función e intervención del psicólogo, consideramos necesario abordar un tema más de todos los que aún quedarán pendientes, el cual nos servirá como base y guía para determinar las funciones del psicólogo en nuestro trabajo, aclarando que también es imprescindible y de gran utilidad para definir no sólo las funciones, sino el trabajo y acciones sanitarias de todos los integrantes que conformarán el equipo de salud.

## 2.4. La educación para la salud

Los integrantes del equipo de APS, al interactuar con las distintas poblaciones, deben impregnar todos sus programas y actividades comunitarias con una intención *educativa* y *preventiva* que produzca cierta actitud crítica en la población, hacia aspectos sanitarios y logre modificar sus comportamientos en favor de la salud.

En los capítulos anteriores realizamos un breve análisis de la manera en que ciertos aspectos socioeconómicos, políticos, culturales, etc., determinan el proceso salud-enfermedad, y también podemos decir que éstos, serán responsables de los variados estilos de vida que llevará cada comunidad dentro del *denso tejido social y ecológico* en el que transcurre su vida personal.

Por ello, como plantean Costa y López (1986), la salud, su deterioro o permanencia; la enfermedad; la calidad de vida o hasta la muerte "están inexorablemente ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos"; siendo también corresponsable el sistema político, encargado de decretar el valor de la salud en cada país y fomentar, mediante las acciones gubernamentales, una cultura de la salud (Costa, et al., 1986, p. 17).

Según O'Neill (1983) y San Martín (1982) la crisis de la salud está estrechamente ligada con problemas derivados del *estilo de vida* que conlleva sus enfermedades específicas: cáncer, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, enfermedades de transmisión sexual, alteraciones graves del comportamiento, suicidio, embarazos en edades de riesgo, accidentes automovilísticos, etc. (*ibid.*, pp. 25-26). Sin embargo, el hecho de que lleguen a presentarse dichas alteraciones en la salud implica, antes que nada, que los individuos llevaron a cabo frecuentemente ciertos comportamientos nocivos que precedieron a su padecimiento.

Por ello se puede plantear que existe una serie de comportamientos que tienen dramáticas secuelas en la morbilidad y mortalidad de un número considerable de personas. El *comportamiento* estará estrechamente ligado no sólo a la vida interna de las comunidades sino también en la relación de éstas con el equipo de profesionistas que atenderá sus necesidades en salud. En esta medida, si a través de la *educación para la salud* se ha pretendido lograr que la gente desarrolle *comportamientos saludables*, es conveniente que ahondemos un poco más en el alcance que ésta puede tener, tanto para la atención integral de la comunidad como para el trabajo que podrá realizar el equipo de APS en el área de la salud.

La educación para la salud, desarrollada como disciplina científica, es relativamente reciente. En la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en el año de 1986, se enfatizó que la promoción a la salud no es responsabilidad exclusiva del sector sanitario, por la razón que para alcanzar la salud de todos los seres humanos, en primera instancia, se deben satisfacer ciertos prerrequisitos, los cuales son: "la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en el alcance de estos prerrequisitos" (Morán, 1990, p. 64).

Consideramos que este planteamiento es una forma un tanto utópica de alcanzar la salud, en la medida que cualquiera de estos prerrequisitos implica una serie de procesos complejos que no pueden desarrollarse únicamente por su reconocimiento a nivel mundial. En nuestro país sería complicado pensar siquiera en el hecho de implantar una sola de estas condiciones necesarias para hablar de salud, porque tendrían que darse cambios en los ámbitos político, económico y social (entre otros), que requerirían bastante tiempo y quizá despertarían el descontento de aquellos grupos sociales que verían afectados sus intereses con un cambio de tal magnitud.

Sin embargo, en México se podría ir transformando el nivel de *información* en salud que ha sido difundido hasta la fecha, hacia un nivel *educativo* en salud, lo que facilitaría en el futuro la promoción de políticas más adecuadas a nuestra realidad nacional.

Tradicionalmente la educación para la salud se ha definido como: "Una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables a la salud" (*ibid.*). Por ello la educación para la salud se ha constituido como un instrumento técnico que permite, a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, la modificación o cambios de conductas nocivas a la salud, fomentando el autocuidado y la responsabilidad sobre la propia salud.

Como nos indican Costa y López (1986), en general todas las definiciones acerca de este término han contado con dos objetivos genéricos: 1) enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y 2) propiciar conductas o comportamientos facilitadores de salud (Costa, et al., op. cit., p. 142). Sin embargo, y a pesar de todas las actividades realizadas en esta área, aún se carece de métodos de evaluación que verdaderamente sean eficientes.

A lo largo de este continuo proceso de auto-desarrollo y aprendizaje que implica la educación para la salud de la comunidad, se debe recordar la importancia de las condiciones socioeconómicas, porque de ellas depende también históricamente el proceso de enseñanza-

aprendizaje, que será uno de los medios más importantes para establecer vínculos con la comunidad.

Se ha comprobado que las acciones preventivas serán más difíciles de llevar a cabo en la medida que a cada individuo se le responsabilice de ellas, por ejemplo: en el uso, que muchas veces se convierte en abuso, de alcohol, tabaco u otras drogas. Sin embargo, para que los programas preventivos sean más eficaces y abarquen al mayor número de personas de la población, es indispensable que los integrantes del equipo responsabilicen a la comunidad de su propia salud para que por medio de la participación comunitaria y las medidas preventivas se logre ofrecer una atención verdaderamente integral que llegue a todos los grupos sociales, extendiendo así la cobertura de los servicios sanitarios, principalmente hacia los grupos más desprotegidos.

Las epidemias "modernas" de afecciones psicosociales sólo podrán ser controladas, y posteriormente solucionadas, bajo medidas preventivas a gran escala, con la finalidad de mejorar las ciudades y la calidad de vida de sus habitantes. Para el fomento de la salud se ha propuesto que una de las funciones del control legal podría ser el limitar los riesgos para la salud, influyendo no sólo en el medio físico sino también a nivel de la población controlando, por ejemplo, el uso excesivo del alcohol y del tabaco (OPS, No. 446, 1983, p. 6).

Debemos considerar que la divulgación de la información no conduce por sí misma a la modificación de la conducta, quizá resulte una condición necesaria pero no siempre es suficiente para que los individuos abandonen la práctica de conductas que dañan su salud. Se deben realizar campañas masivas sobre acciones preventivas individuales y colectivas, que orienten a la comunidad y le permitan conservar o restaurar su salud, dirigiéndose con especial interés a los grupos detectados como de alto riesgo.

La forma más rápida de expandir cualquier información sobre salud es mediante el uso correcto de los medios de comunicación masiva asegurando así que un mayor número de individuos, en poco tiempo, sean motivados a participar de alguna manera en favor de su salud. Dicha información podrá propagarse por medio de programas de radio y televisión, materiales educativos, carteles, afiches, propaganda, circulares, etc., procurando que se establezca un flujo regular de retroalimentación entre la comunidad y el equipo a cargo de las acciones sanitarias, quien también se encargará de manejar siempre información lo más actualizada posible. Así, la persuasión para que la gente altere sus estilos de vida, y con ello reduzca los riesgos a ciertas enfermedades, puede ser lograda a un costo razonable.

Será conveniente que tanto la simple información sanitaria como la educación formal en salud que sea ofrecida a través de los medios de comunicación masiva, incluyan programas de

actividades específicas para que los individuos participen directamente en el cambio hacia esta nueva concepción de salud integral, percatándose de que su intervención en las medidas sanitarias posibilitan el bienestar comunitario, ya que sólo elevando la sensibilidad colectiva que desarrolle la capacidad de responsabilidad para exigir la atención básica de la salud, permitiría a la población contar con iniciativa y decisión propias y no simplemente acatar, en forma pasiva, las resoluciones tomadas por los organismos responsables de la salud.

La educación para la salud forma parte fundamental de la APS y puede resultar decisiva en la preparación de las condiciones para que la atención a la población sea anticipatoria y programada. Para poder abordar aquellos problemas que se pretenden prevenir y los daños específicos que serán atendidos dentro de la comunidad, como primera condición, es necesario conocer los valores sanitarios bajo los cuales dicha comunidad realiza acciones para el mantenimiento de su propia salud, ya que éstos son los que determinan los patrones de comportamiento, colectivos e individuales, con los que la población se guía en relación al cuidado de su salud y a través de los cuales podrán ser introducidos nuevos valores sanitarios que logren mejorar aún más la salud de toda la comunidad.

La acción de "educar" a la población implica mucho más que el simple hecho de llenarla de conocimientos que no siempre le podrían ser útiles. Para que la información ofrecida sea significativa se debe tomar en cuenta la historia y experiencia de cada comunidad, porque con frecuencia se pretende educar a la gente para que lleve una "vida sana" o "comportamiento saludable"<sup>5</sup> siendo que no todos cuentan con las condiciones mínimas para hacerlo.

Como en el caso de aquella propaganda que recomienda "lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño y lavar los alimentos", cuando hay lugares donde el agua intradoméstica y la existencia de fosas sépticas es un sueño; o procurar una dieta "sana, rica y balanceada", cuando hay miles de obreros con sus familias que apenas sobreviven con el salario mínimo. Pudiendo enumerar tantos ejemplos similares y reales en México, es evidente que la educación para la salud debe redefinir su objeto de estudio y el equipo sanitario deberá incorporarla directamente a su práctica cotidiana con la población y no tanto basándose en manuales o programas diseñados por especialistas que no siempre están en contacto con la comunidad.

Simultáneamente, la población podrá participar determinando sus necesidades esenciales de salud y formular alternativas posibles de solución, favoreciendo así un proceso continuo de

---

<sup>5</sup>McAlister (1981) ha definido el comportamiento implicado en la salud como cualquier acción que influye en la probabilidad de consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que afectan al bienestar físico y a la longevidad. Estos comportamientos pueden promover o impedir un funcionamiento humano óptimo y gratificante". (Costa, et al., 1986, p. 144).

auto-desarrollo que se producirá a través del aprendizaje. Es por ello que los objetivos de la educación para la salud deben ir más allá de los estrictamente educativos y orientarse a los participativos, formando grupos de promotores de salud que se encarguen básicamente de apoyar a la población.

En específico, la actividad de ofrecer a la población conocimientos orientados hacia la salud mental, facilitaría el reconocimiento oportuno de desórdenes o enfermedades mentales, en la medida en que ellos mismos aprenderían a reconocer ciertos síntomas que podrían reflejar el inicio de alguna anomalía mental.

También es importante que la educación para la salud mental se extienda hacia el personal educativo en general, como serían maestros, educadoras, profesores a nivel universitario, en guarderías y hacia todo aquel personal que se relacione con poblaciones de más alta significancia para las acciones preventivas en salud, como son los niños y los adolescentes. La finalidad de estas acciones educativas es promover la salud cubriendo a todos los grupos de la comunidad.

Todos los trabajadores en salud deberían ser educadores para informar a la población, en todo momento, acerca de los problemas sanitarios que podrían ser mejorados con simples prácticas cotidianas de salud y contar también con la capacidad de relegar ciertas responsabilidades de la atención y cuidado de la misma a los propios individuos, familias y comunidades, facilitando así, el proceso de autocuidado de la salud integral.

Por esta razón será de gran utilidad que el equipo de salud sea capaz de establecer y mantener relaciones personales, así como contar con conocimientos básicos de comunicación social y educación para la salud. Por otro lado, una condición básica para su trabajo sanitario, es que todas sus acciones deberán tomar en cuenta el proceso salud-enfermedad, por lo que los profesionales en este campo estarán obligados a conocer las condiciones socioeconómicas y principales problemas de la sociedad en que viven, comprender cuál es su papel social como profesionistas y cómo pueden incidir en ella para transformarla.

Para que las actividades en favor de la salud sean eficientes y tengan alcance en la comunidad, es necesario promover la participación de ésta junto con las acciones del equipo de salud y éste último deberá basarse en la demanda que exija la población dependiendo de sus propias necesidades y no en la necesidad del equipo por desarrollarse profesionalmente, lo que muchas veces propicia imponer su propia ideología sin respetar la de cada comunidad.

La educación para la salud debe implementar un *proceso de socialización* en la comunidad, descrito éste por la OMS (1983), como uno de los mecanismos más importantes para transmitir valores y normas al grado que la población sea conciente de sus derechos,

necesidades y obligaciones en cuanto a su participación por mejorar la salud individual y colectiva, transmitiendo dichas actitudes y comportamientos a generaciones futuras.

Según Morán (1990) el objeto de estudio de la educación para la salud estará constituido por tres componentes: 1) el proceso educativo, 2) el comportamiento humano, 3) el proceso salud-enfermedad; por la razón que en todo proceso de enseñanza intervienen una serie de relaciones interpersonales que tienen como meta una tarea específica, en este caso conservar la salud. El proceso salud-enfermedad, será un componente importante que influirá, al igual que las condiciones socioeconómicas, en la modificación de las conductas nocivas para la salud (Morán, op. cit., p. 66). Para ello es necesario que el equipo adecúe sus acciones a los intereses de la comunidad, cuidando que el contenido ideológico de éstas sea el esperado por la población.

También plantea la importancia de que la educación para la salud se integre y fundamente en diversas disciplinas, ampliando con ello el panorama obtenido de la salud y multiplicando las posibles estrategias de acción por la cantidad de conocimientos que permiten abordar, de una forma más completa, el problema sanitario.

No se puede asegurar que las diferencias entre la mortalidad y la morbilidad de los distintos grupos sociales se deba únicamente a la variedad de comportamientos aprendidos desde la infancia; las posibles causas se funden en procesos aún más complejos intrínsecamente relacionados con condiciones tan diferentes de vida, así como la forma en que cada grupo se inserta en el aparato productivo.

Estos procesos conducirán y determinarán la reproducción y mantenimiento de cierto comportamiento humano que afectará la salud, siendo éste más bien adquirido que genético, por lo que las acciones del trabajador sanitario deberán evitar que dichas conductas dañinas a la salud sean reproducidas. Cambiar un comportamiento o ayudar a la gente a hacerlo debe ser también responsabilidad del sistema de salud.

La vida en sociedad es la que impone los riesgos que afectarán directamente nuestra salud, por lo que consideramos que por medio de la educación para la salud es posible propiciar la reflexión de los individuos en relación a su comportamiento, valores, prejuicios y conocimientos acerca de la misma. Esta debe ser una alternativa para lograr el desarrollo de modos de vida sanos promoviendo una *cultura para la salud* que fomente la movilización de la sociedad civil hacia la adopción de comportamientos realmente facilitadores de salud.

Es fundamental involucrar al mayor número de personas para lograr la permanencia de la salud física y mental en toda la población, con el objetivo de propiciar un amplio proceso de cambio. Se pretende aplicar los principios psicológicos a la comprensión de los problemas



**sociales en busca de un verdadero cambio social que favorezca la salud integral de todos los mexicanos.**

## **TERCERA PARTE: FUNCIONES ESPECIFICAS DEL PSICOLOGO EN APS**

### **3.1. Función e intervención del psicólogo en el equipo de APS**

No se puede ignorar que el crecimiento económico y los cambios sociales determinan la estructura y funcionamiento de la sociedad y en esta medida, influyendo considerablemente sobre la vida mental de toda la población, son responsables también en gran parte del funcionamiento de los individuos. Bajo situaciones de crisis económica, que tienden a reducir el nivel de vida de las personas y consecuentemente la calidad de la misma en todos sus aspectos, observamos un aumento de la incidencia de enfermedades en general y de enfermedad mental en particular. Por ello, en esta época de crisis económica es urgente implementar programas de salud.

Estadísticamente se considera que dentro de los próximos 20 años la población en América Latina y el Caribe sobrepasará mínimamente los 610 millones de habitantes, localizándose el 76% de esta población (450 millones) en centros urbanos, lo que significa que continuarán prevaleciendo las enfermedades transmisibles, la desnutrición y el crecimiento desmesurado de nuevas y crecientes necesidades, enfermedades crónicas y degenerativas, enfermedad mental, accidentes y todas aquellas manifestaciones consideradas como patología social propias de las grandes concentraciones urbanas (APS-OIT, 1986, pp. 66-67).

La cantidad de problemas sanitarios que pueden emerger de estas situaciones conducirán a la búsqueda de nuevos enfoques y variadas soluciones en la atención a la salud lo que implicará una serie de gastos cuantiosos y la difícil tarea de que dichos problemas puedan ser abordados por el tipo de atención tradicional que encontramos en la mayoría de los actuales servicios de salud en todos los países.

Nuevos problemas y nuevas respuestas requieren un personal de salud con diferentes conocimientos, habilidades y actitudes; una vez más, repetimos que es imprescindible una nueva orientación para la atención de la salud en México.

El enfoque de la APS no niega la importancia paralela de la atención hospitalaria y de la atención médica especializada, sino por el contrario, reafirma un balance armónico y efectivo de la atención hospitalaria y de la comunitaria. Las acciones de APS incluyen no solamente

tratamientos curativos de enfermedades agudas, sino fundamentalmente educación para la salud, promoción y rehabilitación de la salud, prevención de enfermedades, encuestas de la situación sanitaria de la población, etc..

Las estrategias sociales para proteger, promover y recuperar la salud mental, previniendo los trastornos psíquicos, serán trazadas por el equipo de salud donde el psicólogo jugará un papel relevante ya que su preparación lo califica para ello. Al plantear ésto, seguimos los lineamientos de la OMS, que tienen un enfoque multidisciplinario de salud pública para abarcar un amplio espectro de problemas psicosociales, mentales y neurológicos, es decir, fomentar la salud, no sólo es preservar el elemento biológico del ser humano sino cuidar y estimular su vida mental; importante es también, prevenir la enfermedad para evitar la invalidez, buscando siempre fomentar el equilibrio de los componentes biopsicosociales.

Para preservar la salud mental dentro de cualquier programa sanitario, es necesario partir de tres premisas fundamentales de la OMS:

- 1) La vida mental es la que da valor a la vida de las personas,
- 2) La tecnología está en condiciones de mejorar la atención de la salud integral y
- 3) Dado que algunos trastornos mentales y neurológicos se pueden prevenir o tratar es posible reducir la morbilidad y evitar la invalidez concomitante (OMS, 1983, p. 2).

Debemos remarcar la diferencia entre sanar y curar ya que lo primero está estrechamente relacionado con el crecimiento y el desarrollo del individuo, con la manera de aprender a usar todo el potencial humano para favorecer el propio organismo, mientras que lo segundo es hacerse cargo del daño una vez que se ha presentado como enfermedad.

La integración e interacción adecuadas de las diferentes disciplinas que conformarán el equipo profesional para el trabajo interdisciplinario en salud, son necesarias para que el médico, el psicólogo, el trabajador o promotor social, la enfermera, el odontólogo, etc., puedan operar sus acciones. Sin embargo, consideramos que deben existir ciertas condiciones que permitan a los integrantes del equipo desarrollarse adecuadamente y al mismo tiempo ofrecer un servicio más acorde a las necesidades de la población. Dichas condiciones deben centrarse, a nuestro parecer, en los puntos que describiremos a continuación, los cuales es preciso considerar desde el inicio y a lo largo del trabajo del equipo sanitario dentro de la comunidad.

### 3.2. Trabajo en equipo

Para el trabajo en equipo se requiere, en primer término, tener bien claro el marco teórico, la estructura organizativa definida, cierta unidad de criterios conceptuales y operativos, así como conocimiento de los objetivos específicos comunes que se pretende sean cubiertos.

Podríamos presentar una propuesta sobre la combinación de las diferentes disciplinas que conformarían el equipo de salud ideal de APS pero no lo haremos, no porque consideremos que no sea funcional o porque descuidemos alguna área de atención, sino por dos razones de mayor importancia que pasaremos a describir.

Primero, estamos concientes que por la situación y crisis económica actual del país y las carencias que ésta conlleva a diferentes campos, incluyendo el de la salud, no estamos en condiciones de disponer de tantos profesionistas para integrar tantos equipos interdisciplinarios como se quisiera. Además, debemos basarnos en los medios y recursos con los que actualmente cuenta el país.

Segundo, los equipos de trabajo pueden estar formados por tres o cuatro profesionistas de diversas disciplinas, que estarán encargados de detectar, con ayuda de la comunidad, los principales problemas de la misma y planearán conjuntamente posibles soluciones. Podrán intervenir en aquellos problemas donde hayan encontrado vías adecuadas de manejo y control, transformando la situación negativa con los recursos que tengan a su alcance y recurriendo a otros profesionistas, que posteriormente podrían integrarse al equipo, para que se hagan cargo de problemas que aún no han sido atendidos.

Lo más importante es comprender que no es necesario un modelo único de equipo sanitario pues deben ser consideradas las múltiples formas interdisciplinarias de trabajo, las capacidades y conocimientos de cada integrante, así como las necesidades de la población, porque no todos los problemas sanitarios se resuelven de una misma manera.

Cada uno de los integrantes debe tener una formación personal y profesional idónea para este trabajo. Respecto a la formación personal, ésta supone características que proporcionen al sujeto capacidad para integrarse al grupo de trabajo, manteniendo una mentalidad de apertura y comunicación en todo momento. Profesionalmente hablando, es necesario que cada trabajador en salud tenga una sólida preparación dentro de su área pero también debe contar con una serie de conocimientos generales de otras disciplinas en relación a las áreas social, económica, política, antropológica, educativa, sanitaria, administrativa, etc., que determinarán la forma de incidir en la gran esfera de problemas comunitarios.

También será necesario detectar aquel integrante que pueda fungir como coordinador del equipo, que sea aceptado por el grupo y que cuente con características de mando equilibradas, tanto a nivel administrativo como a nivel organizativo y en el manejo de autoridad. Es importante que el grupo de trabajo se rija de manera democrática, delegando funciones que tengan cierta flexibilidad, aceptando la innovación y creatividad de sus miembros e incluso la confrontación constructiva en el trabajo grupal para lograr condiciones de cordialidad y eficacia en las distintas tareas del equipo.

Al considerar a la salud mental como un fenómeno biosicosocial que se expresa como un problema de salud pública y que abordamos bajo una concepción de medicina social y comunitaria y de Psicología de la Salud; estamos convencidos de que es el grupo interdisciplinario de salud el que mediante acciones específicas, fundamentalmente de prevención según los riesgos detectados, debe atender a la comunidad, a la familia y al individuo, promoviendo la participación activa y organizada de la comunidad para alcanzar las metas y objetivos de los programas establecidos. *Esta participación comunitaria debe ser la parte central del trabajo* dado que por intermedio de ella se vincularán todas las acciones preventivas con la sociedad.

Expertos de la OMS, en 1973, plantearon que la salud mental debe concebirse como una porción inmersa en la salud de toda la población, unida muy estrechamente al amplio campo de conocimientos basados en la antropología, la sociología, la psicología, las ciencias de la comunicación y otros. Es por ello que el equipo de salud debe manejar, si no a fondo, sí nociones de estas disciplinas ya que su objetivo es prevenir y solucionar problemas concretos echando mano de todos los conocimientos que estén a su alcance.

Las funciones del personal que lleve a la práctica los programas basados en los componentes de la APS, serán definidas a partir del estudio y conocimiento de la situación social concreta existente en cada una de las comunidades donde se pretenda trabajar, sin olvidar tomar en cuenta también, el desarrollo económico y cultural de las mismas. Es por ello que las funciones de ninguno de los integrantes del equipo podrán ser definidas antes de comenzar el trabajo directamente en la comunidad.

Una vez realizado este estudio o *diagnóstico comunitario* de salud general y en el momento que sean conocidas dichas condiciones de la misma por todo el equipo, es conveniente que cada uno tenga noción tanto de sus propias funciones como de las de sus compañeros, definiendo el papel que cada quien desempeñará en los distintos programas y frente a la comunidad, sin descuidar nunca la complementariedad y colaboración necesarias para el trabajo interdisciplinario del equipo.

Es importante que el equipo sanitario considere entre sus actividades centrales las de *educación y promoción* de la salud, manteniendo una continua vigilancia de la población para detectar posibles enfermedades que aún no se han manifestado como tales, y si ya hay indicios de un desarrollo prematuro, darles el tratamiento oportuno. Conocer, preservar y mejorar la salud de la población, es tarea permanente de todo trabajador de la salud.

Todas las acciones preventivas del equipo sanitario deberán incluir la prevención primaria, dirigida básicamente a la promoción de la salud de todos los miembros de las poblaciones, tratando de reducir con ello el riesgo de que enfermen. Asimismo, las acciones de salud mental se planearán y programarán con base en la información proporcionada por el *diagnóstico comunitario de salud mental* elaborado previamente, que a su vez, estará estrechamente relacionado con las características y problemas psicosociales detectados en el primer *diagnóstico de salud general* de la comunidad.

La OMS y la OPS han planteado que en toda sociedad existen individuos, familias y comunidades con una mayor probabilidad de enfermar, morir o accidentarse en comparación con otros grupos similares a éstos. Es por ello que a los grupos más expuestos se les ha definido como grupos especialmente "vulnerables" y es posible que el equipo de salud identifique algunas de las condiciones que los ubica como tales.<sup>6</sup>

Esta vulnerabilidad se presenta tanto para la enfermedad como para la salud y es el resultado de un número de características y condiciones interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc.; las que en continua interacción confieren un riesgo particular ya sea del estado sano o enfermo (OMS-OPS, 1986, p. 11).

Cuando el equipo sanitario realice el diagnóstico comunitario de salud, es importante que detecte aquellos grupos considerados como de *alto riesgo*. El *riesgo* "es la medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El *enfoque de riesgo* se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios" (*ibid.*). O sea que la *población de riesgo* incluye a todos los miembros de la comunidad que podrían sufrir una enfermedad o trastorno en su salud.

Además de la capacitación necesaria para que el personal realice estas actividades, deberán contar también con una buena preparación en el manejo de problemas psicosociales, los cuales deberán incluirse en los programas primarios de salud para lograr una mayor cobertura de los servicios a todo tipo de poblaciones, sean urbanas, rurales o marginadas. Es fundamental la

---

<sup>6</sup>Enfoque de riesgo (OPS, 1986, pp. 9-23).

continuidad en los programas ofrecidos a la comunidad para obtener resultados satisfactorios a mediano y largo plazo.

En las últimas décadas, las interacciones que varios equipos de salud han tenido con la comunidad nos presentan un macrocosmos donde tienen crucial importancia las acciones médicas, las medidas preventivas, el potencial terapéutico de éstas, así como la terapia concreta utilizada en casos específicos. Sin embargo todos éstos, sin excepción, han reflejado la destacada importancia de la comunidad como organismo vital para concretar todo tipo de programas sanitarios.

Hasta la fecha, los equipos de salud (donde los hay) que debieron proporcionar atención continua e integral a sus pacientes, familias y/o comunidad en general, no lo hacen; lo que ha sucedido es que se limitan a atender organismos independientes ya que rara vez están concientes del área social y mental de sus pacientes. Es por ello que urge su capacitación para que puedan contemplar e integrar estos aspectos a lo largo de su atención, transformándose en verdaderos educadores de la salud.

Al realizar la capacitación del personal que integrará los equipos de salud, sería conveniente que todos ellos fueran involucrados y comprometidos en la realización de tareas que promuevan y cuiden la salud integral de toda la población. También debe planearse una coordinación bastante estrecha entre la formación profesional de los recursos y la capacitación ofrecida por parte del sector salud.

Por lo general el profesionista que trabaja directamente con los pacientes, realiza un diagnóstico clínico y determina el tipo de tratamiento individual que utilizará en cada caso. A diferencia de un modelo preventivo, donde no es tan necesario hacer énfasis en los detalles individuales, es más importante tener un amplio panorama que abarque las distintas direcciones e influencias de la problemática más relevante a nivel comunitario, y así, atacar los problemas desde una perspectiva macrosocial pero sin descuidar al individuo.

*La prevención deberá ser considerada el eje rector donde se basarán las acciones y el trabajo del equipo de salud, con el objetivo de garantizar a la población una buena calidad del estilo de vida así como un aceptable nivel de salud mental para los individuos, tomando en cuenta que es más costeable prevenir y controlar las implicaciones que pueden provocar enfermedad, que curarla una vez que ésta se ha presentado como padecimiento o problema psicosocial.*

Como hemos reiterado, en el primer nivel de atención la responsabilidad de ocuparse de los enfermos que requieran atención en salud mental estará a cargo de todo el personal de salud en general, quienes deberán estar capacitados y familiarizados con esta área, sabiendo

como abordar y tratar a los pacientes hasta que reciban el tratamiento adecuado en caso necesario, por profesionistas especializados para dicha tarea. Por medio de este nivel también se deberá ofrecer a la comunidad diversos programas preventivos, realizar la identificación oportuna de los casos, hacer un manejo eficiente de los mismos y referir al segundo o tercer nivel de atención a los pacientes que lo requieran.

En este contexto, la prevención en salud mental adquiere importancia fundamental porque al aplicar todos los recursos posibles que impidan la aparición de patología, anticipándose al padecimiento aún antes de que se presenten los primeros síntomas en los individuos y "rescatando" a todas las personas que hayan abandonado su tratamiento, serán acciones en favor de la salud de todos los grupos sociales.

Esto se logra con la participación activa de la comunidad en las decisiones y en la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, en una verdadera colaboración activa entre los profesionales de la salud y la comunidad, en la búsqueda y solución de sus propios problemas; lo que permitirá y fomentará que los individuos desarrollen diversas actividades recreativas, culturales, educativas, etc., tan descuidadas y lejanas para una gran parte de la población mexicana.

El equipo de salud se enfrentará, entre otras cosas, a las facetas psicológicas que cada problema médico tiene y en esta medida encontrará: estados depresivos y de angustia; defectos de aprendizaje, desarrollo y conducta en los niños; problemas de alcoholismo, farmacodependencia, prostitución, estados combinados de éstos y aquellos relacionados con enfermedades como la arterioesclerosis, la senilidad, intentos de suicidio, violaciones, formas incipientes o descompensadas de psicosis funcionales, etc..

Ante este panorama es conveniente que el equipo de salud esté en condiciones de dar a la prevención y a la práctica de todo tipo, una *dimensión psicológica y psiquiátrica* en el momento de atender la salud mental de la población, por lo que es necesario *capacitar* a los equipos, reforzando la enseñanza de aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociológicos, antropológicos, etc., ya que la salud y la enfermedad deben ser comprendidas a la luz de una concepción unitariamente intrínseca que conforma al ser humano.

Una de las funciones del psicólogo, es precisamente capacitar a los integrantes de los equipos sanitarios y a las personas de la comunidad que participen como agentes de salud, en aquellos aspectos psicológicos básicos para lograr una mejor comprensión del área mental y psicológica de la salud integral.

Todos los programas que realice el equipo de salud dirigidos a aquellas áreas que fueron detectadas por la comunidad como problemáticas, serán aplicados en forma sistemática y



organizada con la finalidad de llevar un cierto control de las acciones sanitarias, determinando cuáles realmente funcionaron y cuáles deben ser modificadas o transformadas.

Hay que tener presente que no basta únicamente con el trabajo realizado por los profesionistas para que todas las acciones descritas tengan el suficiente impacto en las distintas comunidades y sean realmente eficaces; es necesario contar con muchos otros recursos que son primordiales para que funcione un solo grupo interdisciplinario. Entre éstos consideramos que es imprescindible disponer de un lugar físico situado al interior de cada comunidad, donde puedan ser atendidos en forma individual los pacientes que así lo requieran y llevar a cabo las actividades preventivas comunitarias planeadas por el equipo de salud.

Todos los trabajadores en salud deben coordinarse para ofrecer un tratamiento integral a los pacientes, realizando supervisiones preventivas del desarrollo y control de las enfermedades físicas y mentales. Es un error creer que más salud equivale a más consultas y a la construcción de más centros sanitarios.

En nuestro país tenemos un amplio campo de acción para aplicar programas preventivos. La cuestión es aprender a intervenir en aquellas áreas hasta la fecha desconocidas casi en su totalidad; por ejemplo, en el terreno no patológico del área física, y sobre todo, del área mental, donde se podrán realizar múltiples actividades en beneficio de la salud de toda la población mexicana, ardua tarea que debe ser cubierta por el sector salud en los próximos años.

A continuación describiremos una serie de actividades que los psicólogos podríamos realizar al interior del equipo de salud considerando la preparación profesional que hemos recibido, pero ello no significa que sean las únicas acciones posibles que puede desempeñar nuestra disciplina dentro de equipo de APS. Las funciones tendrán que ser definidas - insistimos - en el momento mismo que el equipo multidisciplinario comience a trabajar directamente en y con la comunidad.

### **3.3. Funciones e intervenciones específicas del psicólogo**

La salud y la enfermedad como hemos visto, se condicionan por diversos factores, entre los cuales no sólo hay factores biológicos sino también factores psicológicos y sociales.

Puede inferirse que en el mantenimiento y el desarrollo del estado de salud de un individuo o de la comunidad, en la prevención de sus enfermedades (no sólo las "mentales"), en la manifestación de éstas y en su tratamiento, siempre habrá, en mayor o menor grado, factores psicológicos.

Siendo así el proceso salud-enfermedad, la psicología como ciencia y los psicólogos como profesionales, pueden tener diversas áreas de intervención ya sea sobre la colectividad, la familia o sobre el individuo sano o enfermo, para elevar los niveles generales de salud.

Las actividades del psicólogo deberán estar orientadas en función de los objetivos y prioridades de cada comunidad, como un todo, formando parte del enfoque multidisciplinario de la problemática de salud y en estrecha relación de trabajo con el resto de los integrantes del equipo y especialidades que las actividades en cuestión requieran. También deberán estar dirigidas a distintos sectores de la población, los cuales serán atendidos dando prioridad a la población marginada.

Los psicólogos que trabajen en la promoción física del individuo y o la prevención de las enfermedades físicas, tienen un gran rango de actividades incluyendo la investigación, la enseñanza y la intervención. Las áreas de interés del psicólogo incluyen conductas de riesgo para la salud, como el fumar; la nutrición inadecuada; los hábitos higiénicos; el embarazo de alto riesgo; las enfermedades crónico-degenerativas como son la diabetes, el cáncer, enfermedades coronarias, etc; los comportamientos como el uso de anticonceptivos o cinturones de seguridad; los servicios de salud donde pueden estudiar la comunicación médico-paciente, la satisfacción de los pacientes, y la promoción de comportamientos de salud más positivos como la lactancia materna (Morales, et al., 1987, p. 28).

Corresponde a la psicología estudiar las particularidades del desarrollo de la personalidad, para el mejoramiento de la salud en un sentido integral, sin exclusiones somaticistas o psicologistas, concebido el hombre en su unidad somatopsíquica y la salud-enfermedad, como un proceso continuo; esto quiere decir que la Psicología de la Salud se refiere a *toda la salud* y no a la "mental" o a la "corporal" porque ambas son inseparables (*ibid.*, p. 31).

La psicología debe tener como objetivo amplio y general, la promoción de aquellos factores cognoscitivos, afectivos y conductuales que favorezcan la salud y el desarrollo de las potencialidades del hombre en el ámbito familiar, escolar, laboral y comunitario.

Con esta visión amplia, el psicólogo puede tener tareas específicas aparentemente disímiles pero unidas por un criterio integrador que pueden ir "desde la utilización de técnicas psicológicas para promover hábitos y conductas concretas beneficiosas para 'enriquecer' la salud nutricional hasta la restauración de funciones psíquicas seriamente afectadas" (*ibid.*); pero siempre con el sentido psicológico sin substituir lo que puede corresponder a otras disciplinas, aún cuando puede haber puntos de contacto.

Entre las actividades a desarrollar, el psicólogo puede participar en *todos los programas de salud* que contiene el Programa Nacional de Salud 1990-1994; y en todos los niveles de

sobre la respuesta sexual propia y la del otro sexo; sino también debe tener conceptos claros sobre las exigencias de la vida familiar, la educación y atención de los niños, la relación de pareja, la relación padres-hijo que implica comunicación y confianza, etc. (Infante, 1987, pp. 78-79).

El cuidado de la vejez implica, entre otras cosas, la creación de grupos de ancianos con vistas a realizar actividades terapéuticas (físicas, culturales, recreativas, manuales, etc.) (*ibid.*).

En resumen la intervención debe abordar la integralidad de la atención, promover y fomentar la salud a través de la participación comunitaria, prevenir la enfermedad y tratar y rehabilitar al individuo enfermo en todos los niveles de atención, pero fundamentalmente en el primer nivel.

Para lograr que sus intervenciones sean adecuadas, el psicólogo se podrá apoyar en diferentes técnicas que le permitan un amplio margen de acción como son: la observación, la sensibilización, la entrevista, las encuestas, los cuestionarios, las pruebas psicológicas, la plática de orientación, el psicodrama, la dinámica de grupo, la terapia breve de apoyo, en general las técnicas psicodinámicas, la atención psicomotriz, etc..

Los psicólogos, en el momento de intervenir, no pueden descuidar las áreas que conforman y equilibran el sistema integral de todo ser humano. Nos referimos tanto a las circunstancias internas como a las externas de cada individuo; de ahí la importancia de tomar en cuenta también la opinión de cada paciente, ya que con frecuencia la única opinión que se considera es la del profesionalista, sea médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera, etc., descalificando cualquier comentario del afectado.

4) *Actividades de investigación*,<sup>7</sup> dirigidas a estudiar la cultura sanitaria de la población para conocer la conducta preventiva en estado de salud y enfermedad y poner en evidencia aquellos factores psico-socio-culturales presentes en la etiología y/o evaluación de las enfermedades principales en la zona. Estas actividades nos permiten conocer como percibe la población la atención recibida (Díaz, 1987, p.45).

---

<sup>7</sup>Se define la investigación psicológica en el nivel de atención primaria, como una actividad dirigida a contribuir al esclarecimiento de las variables sociopsicológicas presentes en el proceso salud-enfermedad, mediante el uso de la metodología científica, con el fin de dar respuesta a problemáticas de carácter local y favorecer el desarrollo eficaz de los programas de salud en el área (Casal, 1987, p. 59).

La psicología debe ampliar el enfoque individual clínico hacia el grupal y comunitario, debe adquirir una proyección social y preventiva acorde a los objetivos que plantea la Psicología de la Salud:

1. "Contribuir al desarrollo óptimo de la personalidad a través de todo el ciclo vital, para promover la salud, el bienestar psicológico y la capacidad de rendimiento del individuo.
2. Contribuir a la integralidad de la atención en salud al incorporar la valoración de los aspectos psicológicos del hombre sano y enfermo en las acciones de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Contribuir a la óptima prestación y utilización de los servicios de salud, mediante la valoración de los aspectos sociopsicológicos involucrados" (Casal, 1987, p. 55).

El papel de lo psicológico y por ende, del psicólogo, debe centrarse en la conservación de la salud y en su promoción colectiva, la atención preventiva, la atención del daño o enfermedad y en rehabilitación del individuo, familia y comunidad.

Con programas de atención a la familia se posibilita influir positivamente sobre las condiciones en que se conforma la personalidad y el estilo de vida personal, facilitando la proyección integral sobre la vida familiar, laboral, escolar, de la comunidad en general y permite fomentar normas y valores sociales que promuevan la participación y responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud.

Al integrarse al equipo de salud, el psicólogo constituye un elemento importante de apoyo en el desarrollo de todos los programas del sector salud. La APS, sin ser el único, es un escenario muy rico para la práctica del psicólogo.

## CONCLUSIONES

- Las condiciones del desarrollo económico, social y político del país, han determinado históricamente las políticas de salud del Estado Mexicano.
- En la década de los años 40, la industrialización del país consolidó definitivamente los modos y tipos distintos de atención médica a la población.
- La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada para dar atención a la población improductiva y las Instituciones de Seguridad Social para hacerse cargo de la población asalariada (productiva).
- El costo social que tuvo la industrialización, consistió en la polarización de la riqueza que se concentró en pocas manos, originó la migración del campo a la ciudad con la consecuente concentración urbana de la población, la concentración de las instituciones de salud en las ciudades industrializadas, etc.. A mediano plazo estas condiciones generaron una crisis estructural del sistema y una crisis de la práctica médica que resulta inapropiada para dar solución a los problemas de salud.
- El Informe Flexner marcó el cambio en el desarrollo de la práctica médica mexicana, que de una concepción social y multicausal de la enfermedad pasó a una concepción individual y unicausal.
- En la actualidad los servicios de salud pasan por alto los determinantes sociales de la enfermedad; dependen excesivamente de la tecnología compleja sin tomar en cuenta la realidad socioeconómica del país.
- Los gastos en salud son mayores para las instituciones de seguridad social y menores para las instituciones que atienden a la población abierta.
- El control sobre las enfermedades físicas y mentales es inadecuado, porque no se trabaja sobre la salud, se sigue trabajando sobre la enfermedad.

- **La Atención Primaria de Salud (APS) es una alternativa para resolver los problemas de salud de la población a partir de la declaración de Alma Ata, en 1978.**
- **Actualmente el Estado no da prioridad al pago de salarios ni a necesidades de servicios de la población sino al pago de la deuda interna y externa. Esta situación ha propiciado el deterioro del nivel de vida de los estratos medios y bajos de la población, lo que se traduce en más enfermedades y desnutrición.**
- **Para dar solución a los problemas de salud, es preciso uniformar acciones institucionales dispersas, propiciar la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.**
- **La participación comunitaria es la clave para que toda la población tenga un mayor nivel de salud, por lo tanto es parte fundamental en el desarrollo de la APS.**
- **La APS requiere equipos de salud interdisciplinarios que promuevan la responsabilidad colectiva e individual en la comunidad para el cuidado de la salud.**
- **El Programa Nacional de Salud 1990-1994 tiene como directriz la APS.**
- **La APS requiere de la formación de recursos humanos a nivel profesional y a nivel comunitario.**
- **La capacitación del personal de salud y de la comunidad es una actividad fundamental para elevar el nivel de salud de la población.**
- **Es indispensable que la comunidad participe en todos los niveles de planificación y desarrollo de cualquier sistema de asistencia y salud.**
- **Es en el primer nivel de atención donde el psicólogo puede y debe incorporarse al sector salud para cuidar la salud de la población, promoviéndola, educando y previniendo la enfermedad y en última instancia coadyuvando en la curación y rehabilitación del enfermo mental.**

- El psicólogo debe ser capaz de contemplar integralmente al sujeto ya que no es posible hablar de salud orgánica sin tomar en cuenta la salud mental, tampoco puede desligarse de su medio geográfico, cultural y social.
- No existe una definición satisfactoria que especifique los límites precisos del concepto de trastorno mental, mucho menos de salud mental.
- Es factible elaborar modelos de atención a la salud mental tomando como elementos básicos aspectos de la APS: promoción a la salud, educación para la salud, prevención de la enfermedad, participación comunitaria, etc..
- Las perspectivas de ejercicio profesional para el psicólogo dentro del sector salud son muy vastas, es necesario vincular su papel profesional al trabajo que desempeñan otras áreas del conocimiento humano.
- Los problemas de salud mental de la población sólo pueden resolverse con el trabajo de un equipo interdisciplinario de salud.
- Es necesario reestructurar el currículo de la carrera de psicología, lo cual deberá basarse en la situación nacional de salud.
- El marco conceptual de la Psicología de la Salud serviría como base de la práctica psicológica de la APS, ya que se refiere a la atención de toda la salud.
- Las actividades que el psicólogo puede realizar en los programas básicos del Sector Salud son: técnico-normativas, docentes, de intervención y de investigación.
- El psicólogo puede participar en todos los programas de salud y consecuentemente en cualquier programa del Programa Nacional de Salud 1990-1994.
- La participación del psicólogo debe centrarse en la conservación de la salud para hacer realidad la estrategia de la APS, Salud para Todos en el Año 2000.
- En esencia, la salud para todos es una cuestión de valores.

atención. También puede desempeñar funciones normativas y de asesoría técnica para buscar nuevas perspectivas de desarrollo para esta disciplina, en su aplicación a la salud.

Las actividades que puede realizar el psicólogo en los programas básicos del área de salud, podemos dividirlos en cuatro grandes grupos:

1) *Actividades técnico-normativas*, encaminadas -precisamente- para la elaboración de los programas de salud, donde el psicólogo pueda intervenir en la planeación, programación, ejecución, control y evaluación de éstos.

2) *Actividades docentes*, tanto con los miembros del equipo de salud como con la comunidad con el fin de lograr que incorporen conceptos de psicología. Esta educación para la salud les permitirá considerar al hombre en su complejidad biopsicosocial.

La docencia también incluirá la participación comunitaria en la formación de promotores de salud, así como la orientación de grupos de trabajo dentro de la comunidad para que adquieran, por un lado, conciencia de la necesidad de preservar la salud mental para coadyuvar así a conservar la salud integral, y por otro, para que se les trasmitan conocimientos en materia de atención a la salud; de higiene, de nutrición, de dirección del hogar, de sexualidad humana, etc; enseñándoles a enfrentar problemas de comportamiento y problemas psicosociales, para que puedan darles un manejo adecuado y sepan cómo abordarlos, a dónde recurrir para su atención y que resultados esperar de su tratamiento.

La capacitación de personal del sector salud es otra de las actividades que podrá desarrollar el psicólogo.

3) *Actividades de intervención* donde el psicólogo contribuirá a promover y fomentar la salud, prevenir la enfermedad, y detectar y atender precozmente las manifestaciones psicopatológicas.

Para llevar a cabo estas actividades, se deberán organizar y realizar, junto con el resto del equipo de salud, grupos de discusión sobre el hábito de fumar, sedentarismo, dieta inadecuada, etc., promoviendo nuevos estilos de vida.

El cuidado de la mujer embarazada; del desarrollo infantil; de la adolescencia y los trastornos que en ésta se presentan; de la educación sexual y el cuidado de la salud de los ancianos; son áreas donde el psicólogo puede intervenir.

La educación sexual debe entenderse como la preparación de las nuevas generaciones para el amor, el matrimonio, la familia, y no la mera impartición de conocimientos sobre anatomía y fisiología de los genitales, sobre la reproducción, métodos anticonceptivos y conocimientos



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABEL-SMITH, Brian (1969). *Estudio Internacional de los gustos de sanidad*. Ginebra: OMS, 135 pp.
- ACLE T., Guadalupe (1989). Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la psicología en México. En: URBINA SORIA, Javier (Ed.). *El psicólogo: Formación, Ejercicio profesional y Prospectiva*. México: UNAM, Facultad de Psicología, pp. 121-129.
- AGUDELO C., Carlos (1983). Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 95, No. 3, septiembre, pp.205-215.
- AGUDELO C., Carlos (1987). Características de la participación comunitaria en programas urbanos de atención primaria. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 103, No. 1, pp. 43-51.
- ALEGRIA A., Juana (1986). *Servicios Psicológicos Comunitarios. Sistema y Método de Trabajo*. (1a. ed.). México, D.F., 78 pp,
- ALONSO F., Francisco (1983). Televisión y Salud Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 6, No. 4, invierno, pp. 3-11.
- ALVAREZ MANILLA, José M. (1988). Atención Primaria a la Salud. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre, pp. 676-682.
- ANDER-EGG, Ezequiel (1982). *Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*. (10a. ed.). México, D.F.: El Ateneo, pp. 17-84.
- ARIF, Hasan (1988). Sancamiento barato para una Comunidad de Precaristas. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 9, No. 4.
- AYALA, José; BLANCO, José; CORDERA, Rolando; KNOCKENHAUER, Guillermo y CABRA, Armando (1979). La Crisis Económica: Evolución y Perspectivas. III La crisis actual. En: GONZALEZ CASANOVA, P. y FLORESCANO, E. (Eds.). *México, hoy*. (3a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, pp. 48-94.
- BASAGLIA, Franco (1978). La institucionalización psiquiátrica de la violencia y ¿Psiquiatría o Ideología de la locura? En: SUAREZ, Armando (Ed.). *Razón, Locura y Sociedad*. México, D.F.: Siglo XXI, pp. 15-55.
- BECERRA, R. M (1977). *Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico*. México, D.F.: ECRO, pp. 15-57.
- BENAVIDES VAZQUEZ, Lázaro (1985). El segundo nivel de atención médica. Simposio: Papel médico de los niveles de atención médica. En: *Gaceta Médica de México*, Vol. 121, No. 5-6, mayo-junio, pp. 179-181.

- BERNSTEIN, Douglas y NIETZEL, Michael (1984). La intervención clínica: perspectiva general y La Psicología Comunitaria. En: BERNSTEIN, Douglas y NIETZEL, Michael (Eds.). *Introducción a la Psicología Clínica*. México, D.F.: Ed. Mc Graw Hill, pp. 307-349 y 479-511.
- BLUM, Marcela (1979). Un programa de Psiquiatría Comunitaria. en Santa Ursula Coapa, D.F. En: *Salud Mental*, Vol.2, No. 1, pp. 19-22.
- BOLTVINIK, Julio (1989). La satisfacción de las necesidades esenciales en México, 1970-1987. En: LECHUGA, Jesús y CHAVEZ, Fernando (Eds.). *Estancamiento Económico y Crisis Social en México 1983-1988*. Tomo I. México, D.F.: UAM, Unidad Azcapotzalco, pp. 497-548.
- BORDA, F (1985). Movimientos Sociales. En: *Nuevos Cuadernos CELATS*, Vol. 7.
- BRENGELMANN C., J. (1976). Psicología Clínica en la salud mental. En: *Psicología*, No. 9, julio-agosto, pp. 26-31.
- BRODY, Eugene (1986). La Psiquiatría en relación a la salud mental. Una perspectiva global. En: *Salud Mental*, Vol. 9, No. 2, junio, pp.3-7.
- CABILDO M., Héctor (1991). *Salud Mental enfoque preventivo*. (1a. ed.). México, D.F., 196 pp.
- CALDERON N., Guillermo (1981). *Salud Mental Comunitaria un nuevo enfoque de la psiquiatría*. (2a. ed.). México, D.F.: Trillas, pp. 155-176.
- CAPLAN, Gerald (1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Paidós, pp. 21-42 y 72-143.
- CAPOTE M., R. (1980). Crítica a las Principales Teorías burguesas y revisionistas sobre el hombre, la salud y la salud pública. Control Nacional de información de Ciencias Médicas. En: *Rev. Cub. Admin. Salud (La Habana)*, Vol. 6, No. 2, abril-junio, pp. 165-174.
- CARAVEO A., Jorge (1982). Análisis crítico y perspectivas futuras de la Epidemiología Psiquiátrica en México. En: *Salud Mental*, Vol. 5, No.1, primavera. México, pp. 13-19.
- CARAVEO A., Jorge (1985). La vigilancia epidemiológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental. En: *Salud Mental*, Vol. 8, pp. 20-22.
- CARRASCO, R. y PROVENCIO, E. (1988). La política social 1983-1988 y sus principales consecuencias. En: *Investigación Económica*, No. 184, abril-junio, México, D.F.: UNAM, Facultad de Economía, pp. 91-110.
- CASAL S., Ada M. (1987). Sobre algunos aspectos de la psicología en la Atención Primaria de Salud. Trabajo con la comunidad e investigación. En: MORALES C., Francisco, et al. *La Psicología de la Salud en la Atención Primaria*. Memorias del XXI Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba, pp. 55-63.

- CASCO, M.; NATERA, G. (1986). Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental. Comparación entre ambas poblaciones. En: *Salud Mental*, Vol. 9, No. 2, junio, pp. 70-77.
- CASCO F., Margarita; et al. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. En: *Salud Mental*, Vol. 10, No. 2, junio, pp. 41-51.
- CASCO F., Margarita (1990). Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior. En: *Salud Mental*, Vol. 13, No. 2, junio, pp. 11-23.
- CELIS, Alejandro y NAVA, José (1970). *Patología de la Pobreza*. (Manuscrito inédito). México, D.F.: S.S.A., Hospital General, Unidad de Neurología, 21 pp.
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1989). *Notas preliminares sobre la situación social y los gastos sociales de países seleccionados de América Latina y el Caribe*. México, D.F., pp. 3-20.
- CIJ, Centros de Integración Juvenil (Ed.) (1988). *Manual de capacitación para el voluntariado*. México, D.F., pp. 3-4.
- CIRCULO DE ESTUDIOS DE TRABAJADORES DE LA SALUD (1976). Teoría práctica de la medicina comunitaria. En: *Rev. Cub. Admín. Salud* (La Habana), Vol. 2, No. 1, pp.4-9.
- CIRCULO DE ESTUDIOS DE TRABAJADORES DE LA SALUD (1984). *Crítica a la concepción burguesa de la Atención Primaria de Salud*. (Manuscrito inédito). La Habana, 5 pp.
- CORDERA, Armando (1985). Conceptos Generales. Simposio: Papel médico de los niveles de atención médica. En: *Gaceta Médica de México*, Vol. 121, No. 5-6, mayo-junio, pp. 174-177.
- CORDERA, Rolando, y HERNANDEZ, Enrique. (1991). El ABC del TLC. En: *Nexos*, No. 165, septiembre, pp. 47-51.
- CORDOBA, Alejandro (1979). El proceso de trabajo y su relación con la salud mental. En: *Salud Mental*, Vol. 2, No. 4, diciembre, pp. 14-20.
- COSTA, Miguel y LOPEZ, Ernesto (1986). *Salud Comunitaria*. (Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Salud 2 000). Madrid: Ed. Martínez Roca, 235 pp.
- CRUZ R., Miguel (1984). *La formación de recursos humanos en la Escuela Superior de Medicina dentro de la concepción de medicina comunitaria*. Ponencia presentada en la II Conferencia Interamericana de Educación para la salud del 4-9 de noviembre. (Manuscrito inédito). México, D.F., 6 pp.
- CRUZ R., Miguel (1989). *La atención primaria a la salud. Relaciones entre 1o. y 2o. nivel de atención*. I Jornadas médicas de la montaña, noviembre-diciembre. (Manuscrito inédito). México, D.F., 11 pp.

- CUELI, José (1983). El espacio en Psicocomunidad. En: *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. IX, No. 1 (17), enero-junio, pp. 150-161.
- CUEVAS C., Susana (1989). El estudio de la salud mental en relación a los procesos migratorios. Esbozo de un modelo. En: *Salud Mental*, Vol. 12, No. 1, marzo, pp. 15-27.
- CHAVARRIA S., Edgar (1988). Hacia la salud por la participación comunitaria. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 9, No. 3, pp. 472-475.
- CHAVEZ, V. et al. (1988). Alcances del Sistema de Paquetes Selectivos. en los Programas de Atención Primaria. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 3, mayo-junio, pp. 447-462.
- DE GEYNDT, W. (1983). Atención Primaria de Salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 94, No. 5, mayo, pp. 441-458.
- DE LA FUENTE, Ramón (1977). La Salud Mental en México. En: *Salud Mental*, Vol. 1, No. 1, agosto, pp. 4-13.
- DE LA FUENTE, Ramón (1979). El Ambiente y la Salud Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 2, No. 1, marzo, pp. 6-9.
- DE LA FUENTE, Ramón (1980). La prevención y la intervención temprana en los desórdenes mentales de los niños en los programas de salud mental. En: *Salud Mental*, Vol. 3, No. 3, otoño, pp. 2-5.
- DE LA FUENTE, Ramón (1981a). Acerca de algunos Problemas de la Medicina Contemporánea. En: SEPULVEDA, Bernardo (Ed.). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional, pp. 27-32.
- DE LA FUENTE, Ramón (1981b). La Salud Mental en el campo de la Medicina Preventiva. En: SEPULVEDA Bernardo (Ed.). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional, pp. 279-286.
- DE LA FUENTE, Ramón (1981c). Introducción. Sexta Mesa Redonda: La Salud Mental. En: SEPULVEDA Bernardo (Ed.). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional, pp. 307-335.
- DE LA FUENTE, Ramón (1982). Acerca de la Salud Mental en México. En: *Salud Mental*, Vol. 5, No. 3, otoño, pp. 22-31.
- DE LA FUENTE, Ramón (1986). Las consecuencias del desastre en la Salud Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 9, No. 3, septiembre, pp. 3-7.
- DE LA FUENTE, Ramón (1988). Semblanza de la Salud Mental en México. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre México, pp. 861-871.
- DE LA FUENTE, Ramón et al. (1987). El programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM. En: *Salud Mental*, Vol. 10, No. 3, septiembre, pp. 3-8.

- DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITARIA, ESM-IPN (1989). *Especialidad en Medicina General Familiar Comunitaria (Atención Primaria de Salud)*. (Manuscrito inédito). México, D.F., 8 pp.
- DIAZ G., Jorge A. (1987). Los orígenes de la integración de la Psicología a la Atención Primaria en Cuba. En: MORALES C., Francisco, et al. *La Psicología de la Salud en la Atención Primaria*. Memorias del XXI Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba, pp.35-46.
- DIEGUEZ, H. (1985) *Consecuencias Sociales de la Crisis Económica*. (Manuscrito inédito). Buenos Aires y México, D.F.
- DOWLING A., C. (1988). Como redactar manuales para agentes de salud. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 9, No. 3, pp. 419-424.
- DUHL, Leonard (1980). Salud Mental: una mirada hacia el futuro. En: *Salud Mental*, Vol. 3, No. 1, primavera, pp. 38-41.
- DURAN G., LILIA I., et al., (1991). El proceso de salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. En: *Psicología y Salud* (Veracruz), No. 3, enero-junio, pp. 101-111.
- EISENBERG, León (1978). Psiquiatría y Sociedad. En: *Salud Mental*, Vol. 1, No. 4, octubre, pp. 16-21.
- FERRARA, Floreal; ACEBAL, Eduardo y PAGANINI, José (1972). *Medicina de la Comunidad*. Buenos Aires: Ed. Inter-médica, pp. 1-56.
- FOUCAULT, Michel (1980). El concepto del individuo peligroso en la psiquiatría legal del siglo XIX. En: *Salud Mental*, Vol. 3, No. 4, invierno, p. 65.
- FOUCAULT, Michel (1988). *Enfermedad Mental y Personalidad*. (2a. ed.). México, D.F.: Paidós Mexicana, 122 pp.
- FRANCO, Carlos (1989). Participación y concertación en las políticas sociales. En: *Revista de la CEPAL*, No. 37, abril, pp. 133-140.
- FRENK, Julio (1978). Cuadro Clínico de la Enseñanza Médica Mexicana. Textos y Programas. En: *Nexos*, No. 1, enero, pp. 1-5.
- FRENK, Julio (1988). Ensayo La Salud Pública: Campo del Conocimiento y ámbito para la acción. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, pp. 246-254.
- FRENK, Julio (1979). Salud, Educación y Medicina: Expectativas y Limitaciones. En: *Ciencia y Desarrollo*, No.26, pp. 133-138.
- FRENK, Julio y BOBADILLA, José Luis (1991). Los futuros de la salud. En: *Nexos*, No. 157, enero, pp. 59-68.
- FOSTER, Susan y DRAGER, Nick (1988). Medicamentos esenciales. Planes comunitarios de venta de medicamentos. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 9, No. 4, pp. 200-206.

- FOX HALL, Elveback (1975). *Epidemiología. El Hombre y la Enfermedad*. México, D.F.: Ed. La Prensa Médica Mexicana, pp. 104-122.
- FUERBRINGER, Miady; TELLO, Ana Ma. y TERREROS, Alejandro (1986). Hacia el perfil psicológico del trabajador de la salud (características de la personalidad). En: *Salud Mental*, Vol. 9, No. 3, septiembre, pp. 22-26.
- GARCIA AGUILAR, José y RODRIGUEZ DOMINGUEZ, José (1980). Medicina familiar y atención primaria. Necesidad en los países latinoamericanos. En: *Revista de la Facultad de Medicina* (UNAM), Vol. 22, No. 6, pp. 19-26.
- GOMEZ GARZA, Raúl (1985). Primer nivel de atención médica. Simposio: Papel médico de los niveles de atención médica. En: *Gaceta Médica de México*, Vol. 121, No. 5-6, mayo-junio, pp. 177-179.
- GOMEZJARA, Francisco (1983). *Técnicas de Desarrollo Comunitario*. (4a. ed.). México, D.F.: Ed. Nueva Sociología, pp. 7-16.
- GONZALEZ C, Eleuterio (1982). Como la educación para la salud puede promover la salud para todos a través de la participación de la comunidad en el ambiente urbano. En: *Salud Pública de México*, Epoca 6, Vol. 24, No. 1, enero-febrero, pp. 49-54.
- GONZALEZ MENENDEZ, R. (1980). *El Médico ante el trastorno psiquiátrico menor*. Santiago de Cuba: Ed. Oriente, 128 pp.
- GRAVEL G., Betal (1985). Actitud de los enfermos crónicos frente al hospital psiquiátrico. En: *Salud Mental*, Vol. 8, No. 2, junio, pp. 55-57.
- GUIMARAES BORGES, Guilherme L. (1981). *Rehabilitación en Hospitales Psiquiátricos*. México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de licenciatura inédita, pp. 145-146.
- GUIMARAES, Roberto (1987). Participación comunitaria, Estado y desarrollo: el difícil arte de conciliar lo conflictivo. En: *Interamericana de Planificación*, No. 83-84, pp. 5-33.
- HARSCH, Catalina y BIRO, Carlos (1978). Programa para un curriculum alternativo de psicología, nivel licenciatura. En: *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. IV, No. 1 (7), enero-junio, pp. 153-159.
- HERNANDEZ ZINZUN, Gilberto (1985). *Desarrollo Económico-Social y Políticas Estatales de Salud en México (1876-1984)*. México, D.F.: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Tesis de licenciatura inédita, 129 pp.
- HEVIA R., Patricio (1985). Organización de la atención a la salud. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. En: *Salud Pública de México*, Vol. 27, No. 5, septiembre-octubre, pp. 402-409.
- IMF, International Monetary Fund (1989). *Government Finance Statistics Year Book 1989*. Washington, D.C., pp. 59-61.

- IMSS-COPLAMAR (1982). *Necesidades esenciales de México*. Tomo: Salud. (3a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, pp. 19-194.
- IMSS-COPLAMAR (1984). *Diez años de solidaridad social; expresión de la doctrina mexicana de seguridad social integral*. México, D.F., 50 pp.
- INFANTE P., Olga , et al. (1987). Algunas experiencias de trabajo de Psicología en policlínicos con médicos de familia. En: MORALES C., Francisco, et al. *La Psicología de la Salud en la Atención Primaria*. Memorias del XXI Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba, pp. 72-101.
- ISAIAS LOPEZ, Manuel (1985). Historia de la Enseñanza de la Psiquiatría Infantil en México. En: *Salud Mental*, Vol. 8, No. 2, junio, pp. 17-19.
- JERVIS, Giovanni (1979). *Manual Crítico de Psiquiatría*. (2a. ed.). Madrid: Anagrama, pp. 11-104.
- KAREN, L., et al. (1988). La Atención Primaria de Salud y la Política Gubernamental. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 9.
- KRASOIEVITCH S., Miguel (1981). Salud Mental en Ancianos En: SEPULVEDA, Bernardo (Ed.). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*, México, D.F.: El Colegio Nacional de México, pp. 341-352.
- KROEGER, Axel y LUNA, Rogelio (Eds.) (1987). *Atención Primaria de Salud. Principios y métodos*. México, D.F.: Pax, pp. 5-51.
- KUMATE, Jesús; Cañedo, L. y PEDROTTA, O. (1977). *La salud de los mexicanos y la medicina en México*, México, D.F.: El Colegio Nacional, p. 455.
- KUMATE, Jesús (1989). *Día Mundial de la Salud, 1989*. Discurso pronunciado por el C Secretario de Salud. (Manuscrito inédito). México, D.F., 13 pp.
- LABRA, Armando (1979). La Crisis Económica: Evolución y Perspectivas III. La Crisis Actual. En: GONZALEZ CASANOVA, P. y FLORESCANO, E. (Eds.). *México, hoy*. (3a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, pp.48-94.
- LOEWE, Ricardo (1988). Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre, pp. 666-674.
- LOEWE, Ricardo (1988). *Participación Comunitaria en la Atención Primaria a la Salud*. (Manuscrito inédito). México, D.F., 11 pp.
- LOLAS S, Fernando (1988). Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. En: *Salud Mental*, Vol. 11, No.3, septiembre, pp. 19-24.
- LOPEZ ACUÑA, Daniel (1979). Salud, Seguridad Social y Nutrición. En: GONZALEZ CASANOVA, P. y FLORESCANO, E. (Eds.). *México, hoy*. (3a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, pp. 177-219.

- LOPEZ ACUÑA, Daniel (1980). *La Salud desigual en México. Salud y Sociedad*. (1a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, 247 pp.
- LOPEZ M, Sergio (1990). Atención Primaria de Salud. En: FACULTAD DE MEDICINA, UNAM (Ed.). *Factores de Riesgo en la Comunidad I. Elementos para el estudio de la salud colectiva*. México, D.F., pp. 49-62.
- LOPEZ R, José y JUAREZ CAMPA, Marisela (1988). Educación Superior en Salud. Integración, Docencia, Servicio e Investigación en el área de la salud. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre, pp. 714-728.
- LUSTIG, Nora (1989a). Crisis Económica y niveles de vida en México (1982-1985). En: TELLO, Carlos (Ed.). *México: Informe sobre la crisis (1982-1986)*. México, D.F.: UNAM, CIH, pp. 420-515.
- LUSTIG, Nora (1989b). Magnitud e Impacto del Gasto Público en el Desarrollo Social de México. En: *Investigación Económica*, Vol. 48, No. 187, enero-marzo, pp. 85-140.
- LLERENA, Carlos y ARROYO, Pedro (1985). Modelos de atención primaria a la salud. En: *Salud Pública de México*, Vol. 27, No. 6, noviembre-diciembre, pp. 540-546.
- MADY, F., Betal (1987). Hacia el perfil psicológico del trabajador de la salud (La formación del pensamiento clínico). En: *Salud Mental*, Vol. 10, No. 1, marzo, pp. 18-22.
- MARCOS, Sylvia (1978). Origen socioeconómico de los desajustes psicológicos. En: *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. IV, No. 2 (8), julio-diciembre. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México, 1978. pp. 303-306.
- MARCO; KUMATE Jesús y BERNARD (1989). La APS como instrumento de desarrollo en México. En: *Salud Pública de México*, Vol. 31, No. 2, marzo-abril.
- MARCHAIS, Pierre (1982). Un nuevo enfoque en Psiquiatría. En: *Salud Mental*, Vol. 5, No. 4, invierno, pp. 16-26.
- MARTINEZ BAEZ, Manuel (1981). La Medicina Preventiva. En: SEPULVEDA, Bernardo (Ed.). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional de México, pp. 259-270.
- MARTUSCELLI, Jaime (1988). El Desarrollo Tecnológico en el marco del Programa Nacional de Salud. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre, pp. 853-858.
- MAUSNER, J. y BAHN, A. (1977). *Epidemiología*, México, D.F.: Interamericana, pp. 1-17.
- MEINERS H., Rolf (1989). El Sistema de Salud. En: LECHUGA, Jesús, CHAVEZ, Fernando (Eds.). *Estandamiento Económico y Crisis Social en México*, Tomo II: Sociedad y Política. México, D.F.: UAM, Unidad Azcapotzalco, pp. 373-398.
- MENENDEZ, Eduardo (1979). *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. (1a. ed.). México, D.F.: Nueva Imagen, pp. 13-60.



- MENENDEZ, Eduardo (1990). Continuidad y Discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y Reorientación Neoconservadora. En: ALMADA BAY, Ignacio (Ed.). *Salud y Crisis en México. Textos para un debate.* (1a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, pp. 221-245.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA REPUBLICA DE CUBA (1986). *Sociedad y Salud.* La Habana: Pueblo y Educación, pp. 1-38 y 61-84.
- MOLINA M., L.(1985). Participación Popular y Desarrollo Rural. En: *Nuevos Cuadernos CELATS*, Vol. 8.
- MORA, Fernando y HERSCH, Paul (1984). *Introducción a la Medicina Social y Salud Pública.* (Biblioteca Universitaria Básica, UAM, Unidad Xochimilco). México, D.F.: Terra Nova, pp. 112.
- MORALES C., Francisco y AZCAÑO R., Rogelio (1987). El marco conceptual de la Psicología de la Salud y su relación con la Atención Primaria. En: MORALES C., Francisco, et al. *La Psicología de la Salud en la Atención Primaria.* Memorias del XXI Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba, pp. 24-33.
- MORAN A., Cristina y CASTRO A., Juan Manuel (1990). Educación para la Salud. En: FACULTAD DE MEDICINA, UNAM (Ed.). *Factores de Riesgo en la Comunidad I. Elementos para el estudio de la salud colectiva.* México, D.F., pp. 63-75.
- MORENO, Alejandra (1979). La crisis en la ciudad. En: GONZALEZ CASANOVA, P. y FLORESCANO, E. (Eds.). *México, hoy.* México, D.F.: Siglo XXI, pp. 152-176.
- MUSTARD H., S. y STEBBINS E., L. (1982). *Introducción a la Salud Pública.* (4a. ed.). México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
- OCHOA de MENDOZA, Margarita (1990). Política del gasto en el Sector Salud (1977-1986). En: ALMADA BAY, Ignacio (Ed.). *Salud y Crisis en México. Textos para un debate.* (1a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, pp. 274-300.
- OIT, Organización Internacional del Trabajo (Ed.) (1986). *Atención Primaria y estrategias de salud en la seguridad social en América Latina.* Ginebra y México, D.F., 279 pp.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1973a). *Segunda Reunión del Comité de expertos de Higiene Mental.* Ginebra
- OMS (1973b). *Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico.* Ginebra, 60 pp.
- OMS (1981). *La 34a. Asamblea Mundial de la Salud adopta la estrategia mundial de Salud para Todos.* (Crónica de la OMS, No. 35). Ginebra, pp. 128-156.
- OMS (1990). *La Introducción de un componente de Salud Mental en la Atención Primaria.* Ginebra, 60 pp.
- OMS (1991). *De Alma-Ata al año 2 000: reflexiones a medio camino.* Ginebra, 174 pp.

- OMS / UNICEF (1978). *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 6-12 de septiembre. Alma-Ata, URSS
- OMS / UNICEF (1981). *Adopción de decisiones en el plano nacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra, 83 pp.
- OPS, Organización Panamericana de la Salud / OMS (1973). *Para la enseñanza de la Salud Mental en las Escuelas de América Latina*. Ginebra
- OPS / OMS (1983). *Dimensiones Sociales de la Salud Mental*. (No. 446). Washington, D.C., 39 pp.
- OPS / OMS (1983). *Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria*. (Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares, No. 1). Washington, D.C., 100 pp.
- OPS / OMS (1986). *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Maternoinfantil*. (Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, No.7). Washington, D.C., pp. 1-23.
- OPS / OMS (1990). *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de Salud. La Participación Social*. Washington, D.C., 38 pp.
- PADILLA A. Enrique (1980). *México: desarrollo con pobreza*. (10a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, 173 pp.
- PADILLA, P. y PELAEZ, O. (1985). Detección de trastornos mentales en el Primer Nivel de Atención Médica. En: *Salud Mental*; Vol. 8, No. 3, septiembre, pp. 66-72.
- PICHON-RIVIERE, Enrique (1985). *El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 13-75.
- PICHOT, Pierre (1986). La identidad de la Psiquiatría. En: *Salud Mental*; Vol. 9, No. 2, junio, pp. 56-60.
- PIÑA B., Beatriz (1990). Modelos de explicación sobre la determinación del Proceso Salud-Enfermedad. En: FACULTAD DE MEDICINA, UNAM (Ed.). *Factores de Riesgo en la Comunidad I. Elementos para el estudio de la salud colectiva*. México, D.F., pp. 15-22.
- PIÑA L., Julio A. (1991). La Psicología en el proceso salud-enfermedad: La necesidad de una redefinición conceptual y práctica. En: *Psicología y Salud* (Veracruz), No. 3, enero-junio, pp.85-92.
- PUCHEU R., Carlos (1981a). La responsabilidad social del psiquiatra. En: *Salud Mental*, Vol. 4, No. 7, primavera, p. 3.
- PUCHEU R., Carlos (1981b). La Farmacodependencia en México. En: SEPULVEDA, Bernardo (Ed.). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional, pp. 347-352.
- PUCHEU R., Carlos (1981c). Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental. En: *Salud Mental*; Vol. 4, No. 3, otoño, pp. 4-12.

- PUCHEU R., Carlos (1982). Ideología, Planeación y Modelos en Psiquiatría. En: *Salud Mental*; Vol. 5, No. 1, primavera, pp. 3-12.
- PUCHEU R., Carlos (1985). Marcos de Referencia para la Investigación Sociomédico-Psiquiátrica. En: *Salud Mental*; Vol. 8, No. 1, marzo, pp. 8-15.
- PUNTE SILVA, Federico (1982). Explosión demográfica y Salud Mental. En: *Salud Mental*; Vol. 5, No. 2, verano, pp. 4-7.
- QUERO A., Adriana (1984). El médico en una comunidad, un enfoque antropológico. En: *Revista de la Facultad de Medicina*; Vol. 27, No. 7, pp. 262-265.
- QUINTANILLA, Ana.María (1985). La importancia de la participación comunitaria en los Centros de Integración Juvenil. (Manuscrito inédito). México, D.F., 11 pp.
- RAMIREZ M., Adrián (Ed.) (1978). Mesa redonda sobre Psiquiatría Comunitaria. En: *Salud Mental*; Vol. 1, No. 4, octubre, pp. 35-41.
- RESTREPO F, Antonio (1985). La participación comunitaria y la transformación democrática del Estado. En: *Nuevos Cuadernos Celats*, Vol. 7, pp. 15-27.
- RICHELLE, More (1973). *Los psicólogos ¿para qué?* Madrid: Sociedad de Educación Atenas, 163 pp.
- RIO del L., Norma y VERDUZCO A., Angélica (1982). Hospital de día un nuevo concepto de Atención Psiquiátrica. En: *Salud Mental*; Vol. 5, No. 3, otoño, pp. 16-17.
- RIVERO, Fermín y LOPEZ, Ma. Eugenia (1989). Una aproximación al análisis de la situación profesional del psicólogo en Latinoamérica. En: URBINA SORIA, Javier (Ed.). *El Psicólogo: Formación, Ejercicio profesional y Prospectiva* México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología, pp. 389-394.
- ROCHA F., Adriana y TORRES G., Nelly (1987). *Prevención primaria en salud mental*. México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de licenciatura inédita, pp. 1-46.
- RODRIGUEZ A., Imelda, et. al. (1989). Los modelos de atención a la salud. En: *Nematihuani. Revista de Psicología y Ciencias Sociales* (UNAM, ENEP-Zaragoza), No. 5., pp. 19-28.
- RODRIGUEZ, Eloy y LOPEZ M., Sergio (1990). El proceso salud-enfermedad. En: FACULTAD DE MEDICINA, UNAM (Ed.). *Factores de Riesgo en la Comunidad I. Elementos para el estudio de la Salud Colectiva*. México, D.F., pp. 1-3.
- RODRIGUEZ Graciela (1984). La participación del psicólogo en el sector salud. En: *Revista Mexicana de Psicología* (UNAM, Facultad de Psicología), Vol.1, No. 1, pp. 22-26.
- RODRIGUEZ O., Graciela y PALACIOS V., Jorge (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la Salud en México. En: URBINA SORIA, Javier (Ed.). *El Psicólogo: Formación, Ejercicio profesional y Prospectiva*. México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología, pp. 473-482.

- RODRIGUEZ V., Aida Ma. (1990). *Aportación de la Psicología a la Aplicación de la Atención Primaria de Salud en Comunidades Rurales*. (Manuscrito inédito). México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología.
- RODRIGUEZ V., Aida Ma. (1991). Popularización de la educación para la salud. En: *Cuestión Social. Revista Mexicana de Seguridad Social*, No. 21, primavera, pp. 33-39.
- ROJAS SORIANO, Raúl (1990). *Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica*. (1a. ed.). México, D.F.: Plaza y Valdes, pp. 11-31 y 113-124.
- RYEN, P.J. (1979). Salud Mental: Sistemas Tradicionales y Modernos. En: *Salud Mental*, Vol. 2, No. 3, septiembre., pp. 15-16.
- SANGUINETI V., Yolanda (1980). *La Investigación Participativa en los Procesos de Desarrollo de América Latina*. (Tesis de maestría inédita). México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Social, 208 pp.
- SAN MARTIN, Hernán (1984). *Crisis Mundial de la Salud. ¿Salud para nadie en el año 2.000?* (2a ed.). Madrid: Ciencias Tres, pp. 17-99.
- SARTORIUS, Norman (1978). El nuevo programa de Salud Mental de la OMS. En: *Salud Mental*, Vol. 1, No. 2, marzo, 6-9.
- SARTORIUS, Norman (1985). Investigación Psiquiátrica Mundial: Progresos y Tendencias. En: *Salud Mental*, Vol. 8, No. 2, junio, pp. 5-10.
- SAWARD, E. y SORENSEN, A. (1980). El énfasis actual de la medicina preventiva. En: *Salud Mental*, Vol. 3, No. 3, otoño, pp. 18-25.
- SECRETARIA DE SALUD (1986). *Actividades de salud mental por tipo de unidad y puesto primer nivel de atención*. México, D.F., 22 pp.
- SECRETARIA DE SALUD (1987). *Normas técnicas para la prestación de servicios de salud mental*. México, D.F., 56 pp.
- SECRETARIA DE SALUD (1988). *Salud Mental. Dinámica Familiar*. (Serie Aprisa, No. 2). México, D.F.: SS, Dirección General de Enseñanza en Salud, 70 pp.
- SECRETARIA DE SALUD (1989). *Disposiciones Generales de la Norma Técnica para la prestación de Servicios de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud*. México, D.F.
- SECRETARIA DE SALUD (1990a). *Programa Nacional de Salud 1990-1994*. México, D.F., 78 pp.
- SECRETARIA DE SALUD (1990b). *La salud de la mujer en México. Cifras Comentadas*. México, D.F.: SS, Dirección General de Salud Materno, Programa Nacional de la Salud, pp. 147-156.
- SIXTEN S. R., Haraldson (1988). Ayudantes de salud comunitarios para poblaciones dispersas. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 9, No. 4, pp. 238-241.

- SKEET, Muriel (1984). Mesa redonda: El agente de salud de la comunidad: ¿motor o freno de la atención primaria de salud? En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 5, pp. 333-338.
- SOBERON, Guillermo (1982). Los prestadores y los usuarios de los servicios de salud. En: *Salud Pública de México*, Vol. 24, No. 4, julio-agosto, pp. 369-371.
- SOBERON, Guillermo, et al. (1988). Requerimientos del Paradigma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre, pp. 791-803.
- SOBERON, Guillermo; KUMATE, Jesús y LAGUNA, José (1988). *La Salud en México. Testimonios 1988*. Tomo I: Problemas y Programas de Salud. (Biblioteca de la Salud). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, pp. 13-112, 221-226 y 236-258.
- SOBERON, Guillermo; KUMATE, Jesús y LAGUNA, José (1988). *La Salud en México. Testimonios 1988*. Tomo II: Problemas y Programas de Salud. (Biblioteca de la Salud). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, pp. 157-160.
- SONI, Jorge (1985). Tercer nivel de atención médica. Simposio: Papel médico de los niveles de atención médica. En: *Gaceta Médica de México*, Vol. 121, No. 5-6, mayo-junio, pp. 182-183.
- SONIS, Abraham, et al. (1982). *Medicina Sanitaria y administración de salud*. Tomo I: Atención a la Salud. Buenos Aires: El Ateneo, pp. 293-321.
- SORIA, Victor (1988). La crisis de la protección social en México. Un análisis de largo plazo con énfasis en el período 1971-1985. En: GUTIERREZ G., Esthela (Ed.). *Testimonios de la crisis*. Tomo II: La crisis del Estado de bienestar. México, D.F.: Siglo XXI, pp. 174-203.
- SOSA, M. (1987). Medicina familiar y Atención Primaria de Salud. En: *Atención Primaria* (Buenos Aires), Vol. 4, No. 6, septiembre, pp. 14-22.
- SOUZA M., Mario (1984). La Atención Primaria y la Educación para la Salud Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 7, No. 3, otoño, p. 6.
- STEFANI, D. (1984). Influencia del Nivel Socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. En: *Salud Mental*, Vol. 7, No. 3, otoño, pp. 25-27.
- STEFANI, D. (1985). Autoritarismo y actitud hacia la Enfermedad Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 8, No. 2, junio, pp. 27-29.
- STINSON, Wayne (1984). Posibilidades y Limitaciones de la financiación comunitaria. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 5.
- TALLER DE JURICA (1978). Definición del perfil profesional del Psicólogo mexicano. En: *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 4, No. 1 (7), enero-junio, pp. 4-9.
- TARIMO, E y FOWKES, F. (1989). Como reforzar la columna vertebral de la Atención Primaria de Salud. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 10, pp. 76-81.

- TOVAR A., H., et al. (1984). La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. En: *Salud Mental*, Vol. 7, No. 4, pp. 10-21.
- TOYMIL, G. M. (1983). La organización comunitaria en la República de Cuba y su interrelación con el trabajo social. En: *Temas del Trabajo Social* (La Habana), Vol. 5, No. 2-3.
- URBINA S. Javier (1991). *Investigación sobre las funciones del psicólogo en el Sector Salud*. (Manuscrito inédito). Veracruz: Universidad Veracruzana, Centro de Estudios Psicológicos, 23 pp.
- VALDEZ, Cuauhtemoc (1988). Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México. En: *Salud Pública en México*, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre, pp. 815-826.
- VALENCIA, M. (1985). Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales. Su importancia en el campo de la Salud Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 8, No. 1, marzo, pp. 29-38.
- VANAJA, Ramprasad (1988). Atención Primaria de Salud. Agentes comunitarios de salud: una fuerza en evolución. En: *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 9, No. 4, pp. 232-237.
- VAZQUEZ, A. (1983). Capacitación continúa en el área de la Salud Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 6, No. 1, primavera, p. 73.
- VELASCO F., Rafael (1981). La salud mental en los niños. En: SEPULVEDA, Bernardo (Ed.). *Seminario sobre problemas de la Medicina en México*. México, D.F.: El Colegio Nacional, pp. 353-358.
- VIDELA, Mirta (1991). *Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Buenos Aires: Cinco, 269 pp.
- VIESCA T., Carlos, et al. (1986). Avicena y la Enfermedad Mental. En: *Salud Mental*, Vol. 9, No. 2, junio, pp. 8-12.
- WARMAN, Arturo (1979). El problema en el campo. En: GONZALEZ CASANOVA, P. y FLORESCANO, E. (Eds.). *México, hoy*. (3a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI, pp. 108-120.
- WEINSTEIN, Luis (1975). *Salud mental y proceso de cambio. Hacia una ideología de trabajo en prevención primaria*. Buenos Aires: ECRO, 187 pp.
- WOLFE, Marshall (1982). La participación: una visión desde arriba. En: *Revista de la CEPAL*, No. 23, pp.159-184.
- YEPES V., Eduardo (1986). Hacia el perfil psicológico del trabajador de la Salud (características de la personalidad). En: *Salud Mental*, Vol. 9, No. 3, septiembre, p. 4.
- ZAKUS, David (1988). La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el Tercer Mundo. En: *Salud Pública de México*, Vol. 30, No. 2, pp. 151-174.

**ZAMARRIPA TORRES, Carlos (1985a).** Introducción. Simposio: Papel médico de los niveles de atención médica. En: *Gaceta Médica de México*, Vol. 121, No. 5-6, mayo-junio, pp. 173-174

**ZAMARRIPA TORRES, Carlos (1985b).** Conclusiones. Simposio: Papel médico de los niveles de atención médica. En: *Gaceta Médica de México*, Vol. 121, No. 5-6, mayo-junio, pp. 183-184.

**ZIMERMAN, Rebeca, et al. (1981).** Los servicios de salud mental para niños y adolescentes en el Valle de México. En: *Salud Mental*, Vol. 4, No. 2, verano, 4-7.