

UNAH

Ixchel

En Debate



Junio 1998

Año 1
Tegucigalpa, Honduras, C. A.

Tema central:
Enseñanza en salud

Ixchel

Ixchel en debate es un espejo plural, con las incisiones del tiempo y los signos del trabajo y la imaginación de la generación que transita con el postgrado en Salud Pública a finales del siglo XX. Diálogo, persistencia, pensamiento, acción, intercambio es la constelación del deseo que nos une.

Ixchel, nombre de mujer Maya identificada con el arco iris, con el tejido, con el parto, con la luna, con las inundaciones, con la medicina. Invocada por sacerdotes, médicos y hechiceros para curar o producir enfermedades. *Ixchel* late en la sombra de los adoratorios Mayas, como aire, como fuego, como principio, como fin. *Ixchel* es palabra e imagen contradictoria que brilla por sí misma.

Ixchel en debate no predice sino que dice, porque no es la letra la que reposa en sus páginas, sino la memoria de los cambios intrincados del hacer, pensar e imaginar en salud. Es letra en movimiento ocupando el espacio del silencio para ser oída: Por los colores que dibuja, por lo que teje, por lo que da a luz, por lo que provoca en una emulación simbólica del sentimiento seductor del culto a *Ixchel*.

Este primer número de *Ixchel en debate*, abre las compuertas. Presencia y evidencia los espacios animados en el campo de la Salud Pública y las circunstancias que le rodean. Se abre con cuatro secciones: 1) Taller sin llaves, 2) Salud en síntesis, 3) Costilla rota, 4) Salud vis à vis.



Universidad Nacional Autónoma
de Honduras

Dra. Ana Belén Castillo
de Rodríguez
Rectora

Dra. María Teresa de Grima
**Directora Sistema de Estudios
de Postgrados**

Dr. Humberto Rivera Medina
**Decano Facultad
Ciencias Médicas**

M.Sc. María Elena Cáceres
**Directora del Postgrado
de Maestría en Salud Pública**

Consejo Editorial:

Dr. Manuel Chávez Borjas
Director

M.Sc. Astarté Alegría Cerna
Secretaría

Dr. Jorge Alberto Sierra

M.A. Rosibel Gómez Zúniga
OPS/OMS.

Dr. Jorge Haddad
OPS/OMS.

Porfirio Cabrera
Diagramación

Dirección:

Post Grado en Salud Pública,
Facultad de Ciencias
Médicas, UNAH
Tel.: (504) 239-1977
e-mail: gomezr@ns.paho-who.hn
Apdo. Postal U-8787, Ciudad
Universitaria, Tegucigalpa

El contenido de los artículos en esta revista es responsabilidad del autor. Se permite la reproducción total o parcial de los artículos citando la fuente.

Enseñanza de la Salud Pública 4
M. Sc. Ana María Dávila de Sánchez

Enseñanza de Farmacología 13
Dr. Pedro Reniery Portillo Núñez, *et. al.*

Foro: Salud, violencia y masculinidad 22

Hombres, género y salud 23
M. Sc. Rosibel Gómez

Masculinidad en el espejo trizado 25
Dr. Manuel Chávez Borjas

Masculinidad: Un modelo de despojo 28
Dr. Daniel Herrera

La atención masculinizada en salud 30
Dr. Juan Almendárez

Masculinidad y hombría 32
M. Sc. Wilfredo Domínguez

...De cómo los trabajadores superan
el machismo 33
B. A. Gregorio Baca

Comentarios al Proceso Nacional de Acceso 36
M. Sc. Eva Luz de Alvarado

Cálculo de costos en salud 42
Dr. Rodulio Perdomo

Afirmación de la vida 53
M. Sc. Astarté Alegría

Radiactividad y salud 70
Dr. Ruy Díaz

La medicina natural y la Biblia 77
Teólogo Jorge Rodríguez

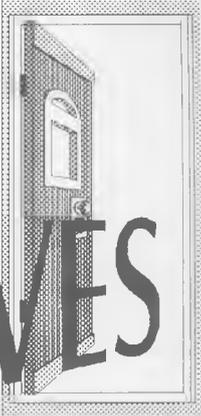
Plantas medicinales 79
Dr. Pablo José Cámar

SIDA: Estructura del Programa Nacional 86

Proyecto original de la revista 87

Pequeña biografía de la artista 88

Taller sin LLAVES



Nuestra primera sección abre la casa como un taller sin llaves. Presenta el tema central de *Ixchel* en debate que en esta ocasión está dedicado a la educación en salud, con dos artículos que sintetizan experiencias innovadoras dentro de la Facultad de Ciencias Médicas: La primera a nivel de postgrado, la segunda a nivel de pregrado.

Enseñanza de la Salud Pública

M.Sc. Ana María Dávila de Sánchez
Coordinadora Académica de
la Maestría Salud Pública/FCM/UNAH

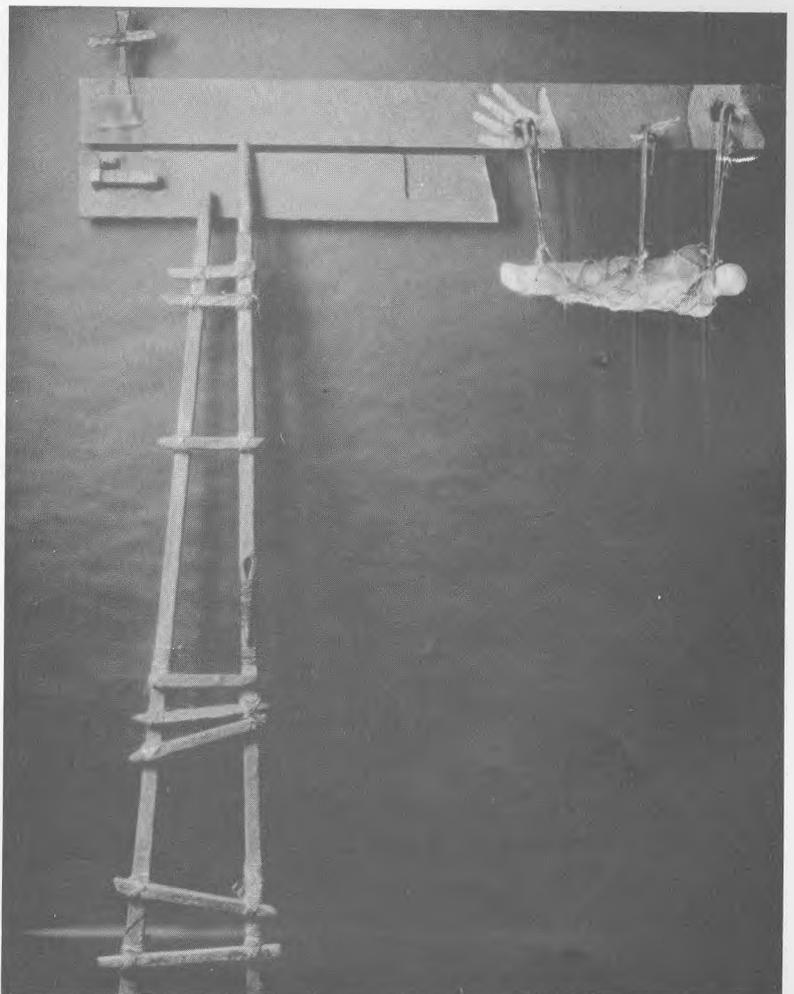
Desde la década de los Sesenta se perfila en el contexto sociopolítico e ideológico de los países latinoamericanos el marcado crecimiento de una actitud crítica frente a las medidas de ajuste económico, la crisis, los efectos económicos, en las políticas sociales y educativas prevalentes.

El surgimiento de nuevas ideas y nuevos hechos marcaron el desenvolvimiento de varias tendencias pedagógicas que orientaban su controversial polémica hacia marcos referenciales relativos al cambio, el desarrollo y la marginalidad. Además reiteraban la necesidad de plantear nuevas categorías pedagógicas que abrieran una multiplicidad de interpretaciones, diferencias y conflictos conforme la explicación histórica que las sustentara.

Lo anterior provocó una diversificación de las tendencias pedagógicas Latinoamericanas en las últimas décadas y la manera en que ellas se insertaron en los marcos generales de referencia marcó hitos importantes en los procesos educativos de la región conforme su posicionamiento frente a los bloqueos o a las aperturas del contexto socioeconómico y político de cada país.

Los procesos de formación de recursos humanos en salud no fueron ajenos a esa diversificación, diferen-

cias y conflictos lo que generó en las instituciones formadoras de la Subregión Centroamericana una fuerte movilización alrededor del cuestionamiento a los modelos formativos tradicionales abriendo espacios de debate para la búsqueda, construcción o reconstrucción de propuestas educativas innovadoras que ampliaran los márgenes de posibilidades en la búsqueda de explicaciones más profundas, que formaran, exigidas por la situación socioeconómica, política y de salud de los países de la Subregión, los profesionales en la cantidad y calidad necesarias para producir el impacto requerido.



En el caso particular de nuestro país Honduras, los procesos de formación de personal en salud y particularmente en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas, habían sido desde tiempo atrás seriamente cuestionados, al plantear que los mismos, no cumplían con la responsabilidad de formar los profesionales que la sociedad hondureña demandaba para su desarrollo y la recuperación del derecho Constitucional a la Salud.

Es así como en 1988 a iniciativa del Dr. Raúl Felipe Cáliz, Decano de la Facultad en ese entonces, se inicia la construcción del Postgrado en Salud Pública en el país, en respuesta y como un primer paso a la interpretación de las necesidades, sentimientos y pensares de la población en cuanto a su salud y, al desafío de contribuir a fortalecer los procesos de democratización social y económica de la Región Centroamericana.

Construcción que parte de la convicción de que lo expresado por la población y las instituciones del Sector Salud son necesidades auténticas ya que existe en el país un déficit considerable de Salubristas (0.02 Salubristas X 1,000 habitantes) y el requerimiento mínimo no cubierto es de 480 Salubristas en las tres principales instituciones del sector: Instituto Hondureño de Seguridad Social, Secretaría de Salud y Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Además, ya se cuenta en el país con una riqueza de experiencias, conocimientos y praxis en Salud Pública producidas y acumuladas históricamente. Situación que viabiliza el desarrollo de proyectos educativos alternativos y creativos que se constituyan en espacios de crecimiento teórico-metodológico, de propuestas y realización de prácticas más integrales y participativas; pasando necesariamente por la transformación de las instituciones y organizaciones que incorporan a los sujetos formados.

Por otra parte, la situación de salud del país refleja una acumulación epidemiológica expresada en la



coexistencia de los antiguos problemas de salud (Cólera, Malaria) con problemas emergentes (SIDA, Violencia), a lo que se suman los problemas generados por la contaminación ambiental y el acceso limitado a los Servicios de Salud. A las carencias crónicas de los Servicios se añaden la obsolescencia y la falta de mantenimiento, la insuficiente o inadecuada capacitación del personal de salud y la falta de insumos críticos.

Esto exige repensar sobre los Sistemas Nacionales de Salud, en redireccionarlos desarrollando modelos de atención más integrales y basados en el nuevo paradigma de la salud, asumida ésta como la expresión de las condiciones objetivas de vida de los diferentes grupos sociales.

En Marzo de 1992 se firma un Convenio entre la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y la Secretaría de Salud y en Agosto de ese mismo año se da inicio a la primera promoción de Magistrados en Salud Pública. Ambas instituciones se



comprometen a ser y permitir espacios de debate y reflexión de la situación de salud, de sus determinantes, condicionantes e indeterminantes sobre la base de la ciencia, los saberes y prácticas en salud de la población y las condiciones socioeconómicas y políticas de país. Avanzando en la construcción de estrategias y líneas de acción conjuntas de mayor impacto transformador y resolutivo.

¿Cuál es su posicionamiento y misión?

El Postgrado de Maestría en Salud Pública se exige como institución formadora de personal de salud asumir un papel protagónico y de acompañamiento en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de propuestas, programas y proyectos comprometidos con la implantación de políticas sociales de compensación frente a las políticas de ajuste, con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Su protagonismo debe llevarle al cuestionamiento de las estructuras de acumulación del saber técnico-científico y a la formulación de planteamientos que superen el concepto economicista tradicional, que ha considerado los recursos invertidos en salud como gasto público no rentable, por cuanto no genera dividendos económicos cuantificables; que en la práctica no considera el sujeto sano y su fuerza laboral como fuerza productiva fundamental del desarrollo humano.

Planteamientos que consideren el bienestar integral del ser humano como el componente más importante para elevar la productividad del trabajo, la humanización y desarrollo de los individuos y de la sociedad hondureña. Consideren a la educación del personal en el campo de la salud como inversión necesaria y obligatoria para impulsar de manera creativa y dinámica ese desarrollo.

Como actor social protagónico en los procesos de formación de personal en salud no puede alejarse

ni desentenderse de la compleja, injusta e incierta situación de la población hondureña y sus acciones deberán revelar permanentemente lo original de las necesidades e ideales sociales de la población, la participación consciente y popular en un proyecto Nacional de salud democrático.

Liderazgo que implica una postura política, asumida como propia, expresada en todo proceso de desarrollo científico y en la reconceptualización de la Salud Pública en su dimensión más integral. Que al asumir su compromiso con la sociedad hondureña y sus aspiraciones e ideales abre un espacio al saber y poder populares; posibilitando una mayor coherencia entre el desarrollo de la docencia, la investigación y la prestación de los Servicios con la situación de salud del país.

¿Qué se pretende lograr?

Todo lo anterior, llevó a repensar desde la Maestría en Salud Pública en los procesos de formación vigentes y a reconceptualizar al recurso humano como sujeto principal del cambio, haciendo emerger la problemática educativa a ser superada para lograr la formación de un nuevo sujeto. Exigiendo la creación de un proyecto educativo alternativo cuya acción educativa meta sea la preparación y capacitación política-técnica de los profesionales de salud pública y la recuperación de su dimensión humana.

Formación que además de proveer sólidos conocimientos científico-técnicos, genere en el profesional de Salud Pública una conciencia social, que le garantice un desempeño congruente con nuestra realidad, y fomente la creación de nuevas y significativas relaciones sociales; desarrolle la capacidad y voluntad de resolver problemas de salud de la población, además de responder a los objetivos y metas de las instituciones donde se desempeñan.

Formación que estará direccionada por la concepción integral de salud, que incorpora lo individual-colectivo, lo biológico-social, la promoción y pro-

tección de la salud y el pensamiento estratégico que privilegia el reconocimiento de la participación de otros actores sociales del sector social.

Los profesionales formados bajo esta visión educativa deben desarrollar la capacidad técnico-política para crear y proponer opciones políticas, diseñar y ejecutar propuestas creativas, que ayuden a resolver las contradicciones que obstaculizan la conquista de una sociedad saludable y libre en proceso de construcción. Pero también, para recrearse como sujetos nuevos, críticos y creativos; ciudadanos de esa nueva sociedad; creadores y constructores de su propia historia y cultura. Con esa visión y actuación prospectiva y estratégica en la solución de los problemas de salud.

Actores sociales que como sujetos históricos necesitarán enfrentarse permanentemente con la situación actual, con su proceso de vida, con la cotidianidad, y a través del conocimiento de esa realidad puedan transformarla y recrearla, recreándose y transformándose a sí mismos; reencontrándose como seres humanos, sujetos de su propia subjetividad.

La formación de un profesional con estas características exige a la Maestría en Salud Pública asumir un papel protagónico en la construcción participativa, consciente y popular de un proyecto educativo democrático que profundice la ruptura con una concepción académica que enfatiza que los asuntos científicos no pueden mezclarse con lo político; que cultiva el saber decir, pero poco el saber hacer. Avanzar en redimensionar el proceso educativo como proceso pedagógico, social y político.

Constituirse en espacio de formación de Salubristas donde los diferentes actores del Sector Salud son convocados a participar en la creación de proyectos políticos coherentes con las aspiraciones democráticas y de desarrollo de la sociedad hondureña. A construir solidariamente políticas sanitarias basadas en una concepción bio-psicosocial de

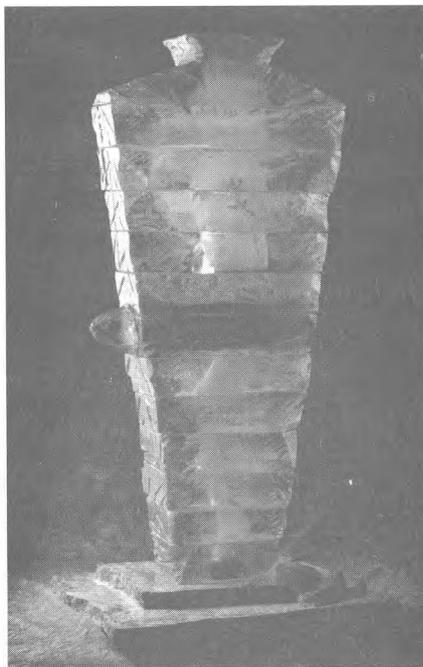
la salud, que desempeñe un papel redistributivo de la riqueza social; priorice el fortalecimiento de la capacidad resolutoria y la expansión cualicuantitativa de los Sistemas de Prestación de Servicios de Salud —con énfasis en los niveles locales— bajo los principios de equidad y universalidad del derecho a la salud.

Posibilitar el surgimiento de modelos de atención orientados al desarrollo de la promoción de la salud, que reconozcan e incorporen formas alternativas de expresión, conocimientos y prácticas en salud de la población.

Modelos de atención que viabilicen una auténtica participación social, expresada en un mayor control democrático sobre la fijación de políticas y en la gestión de las instituciones que componen el sector salud. Que reconozcan la complejidad de los problemas, que por lo tanto, su abordaje requiere de un análisis integral y la valoración desde diferentes enfoques disciplinarios, tanto en su nivel conceptual como operacional; planteando por lo consiguiente una visión transdisciplinar de los problemas y de las intervenciones a construir y efectuar.

¿Qué características debe asumir su Metodología?

La Maestría en Salud Pública concibe como espacios de protagonismo los Servicios o espacios de trabajo de los profesionales del área de la salud que ingresan a la misma, lo que permite la generación y ejecución de acciones de transformación en ellos; en respuesta a las necesidades auténticas de la población, de los Servicios de Salud y de la academia.



El concebir el ámbito de trabajo como espacio de intervención refuerza el proceso de aprendizaje individual y colectivo ya que la problemática del trabajo se constituye en insumo crítico para el desarrollo curricular al abrir múltiples posibilidades de conocimiento y fortalecimiento de la unicidad teoría-práctica.

El conocimiento de la realidad y los problemas que de ella se emergen opera como resultado dialéctico entre el sujeto y su mundo, entre su afirmación como sujeto y la apertura hacia lo universal. Esa toma de conciencia que se da en estrecha conexión con la realidad de los espacios de trabajo del sujeto en formación, es fin primordial de la Maestría, por considerar que de esa relación dialogal surge el conocimiento y la definición de opciones políticas, sustrato básico de la misma.

Se busca que los ámbitos de trabajo sean considerados como espacios de oportunidad de expresión, de creación, de praxis; donde el sujeto viva creativamente un proceso socialmente productivo, con amplia comunicación interpersonal, en libertad y con plena participación en la toma de decisiones respecto a su salud y al abordaje de los problemas y necesidades de la población bajo su responsabilidad en la búsqueda y acompañamiento de mejores opciones de salud.

Se considera además, que las situaciones-problemas de salud adquieren características propias en las diferentes Regiones Sanitarias del país por lo que las mismas son incorporadas en el desarrollo curricular. El proceso de aprendizaje integrará permanentemente las situaciones-problemas y la praxis propia de cada Región Sanitaria, en el marco de la situación de salud y condiciones de vida nacional y local, con el propósito de conciliar lo general, par-

ticular y singular, tanto en lo conceptual como en lo técnico-operativo, recuperando así la integralidad en la explicación e intervención.

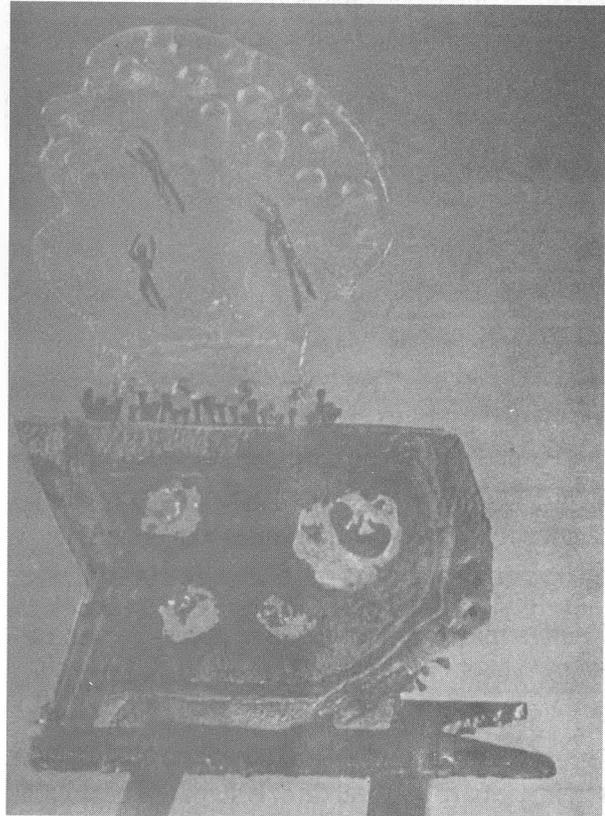
La problemática en salud del país, los problemas en el desarrollo de los Servicios y los que emergen en el campo de los recursos humanos, se constituyen en insumos para la reflexión teórico-práctica del proceso de aprendizaje. Las líneas de acción, contenidos y las prácticas a desarrollarse se basan en los problemas identificados desde los ámbitos de trabajo docente-asistencial.

Las situaciones-problema que surgen de la práctica son iluminados por la teoría, lo que permite formular hipótesis explicativas y de solución sobre los mismos, soluciones que son validadas o cuestionadas en la práctica cotidiana. Esto plantea una teoría comprometida con la solución y transformación de la práctica de salud, siendo este proceso continuo, permanente, integral y dinámico.

Al problematizar se busca profundizar en la explicación de los problemas en diferentes planos de la realidad, permitiendo la socialización del saber y promoviendo el intercambio de ideas con plena participación de los actores sociales involucrados, que luego conlleve a una práctica consciente y transformadora de la realidad de donde emergen esos problemas. Su ausencia es la producción de conocimiento nuevo y el cuestionamiento del saber conocido.

La interacción teoría-práctica que se da en el proceso educativo se fundamenta en la pedagogía problematizadora cuya metodología plantea características propias y amplios grados de libertad o posibilidad de opciones creativas y apropiadas; condiciones que permiten al reconceptualizar la Salud y la Salud Pública recuperar la unicidad dialéctica de lo biológico, lo ecológico, lo ideológico y lo económico-social, a nivel individual y colectivo; y además, redimensionar al recurso humano como sujeto principal del cambio y la creación de respuestas apropiadas y socialmente aceptables.

Lo apropiado y socialmente aceptable debe ser entendido muchas veces como la selección del abordaje metodológico más pertinente o las diversas formas de organización para enfrentar las situaciones-problemas; en otras, la aplicación de altas tecnologías o la selección de opciones estratégicas frente al manejo de las mismas que necesariamente son la expresión consensuada de sujetos críticos, reflexivos, creativos; cuya concientización



es fruto de su participación y organización políticas.

¿Cómo ser organizativa y estructuralmente coherente?

El pensar, sentir y actuar de la Maestría en Salud Pública se ve expresado en la organización de un currículum integrado semi-estructurado, que incorpora el perfil profesional deseado, los objetivos generales y específicos que orientan el logro de ese perfil y la metodología seleccionada; caracterizada ésta por ser multidisciplinaria, regionalizada, ligada

a los Servicios y basada en la pedagogía problematizadora.

El plan pedagógico seleccionado se desarrolla en unidades de aprendizaje que corresponden a los problemas a ser intervenidos. Estas unidades poseen una estructura propia y su finalidad es lograr por aproximaciones sucesivas las características generales del perfil.

Las aproximaciones se traducen en prácticas transformadas, planteadas en cada unidad, y constituyen los eslabones que integran los conocimientos, habilidades y actitudes que sustentarán el quehacer del salubrista, resultante de la interacción trabajo-aprendizaje, sujeto-sujeto, sujeto-comunidad, alumno-facilitador.

El trabajo-aprendizaje y la explicación e intervención de los problemas identificados son abordados desde los marcos teóricos y conceptuales de los cuatro grandes ejes perspectivas seleccionados: Ciencias Sociales, Epidemiología, Planificación/Administración e Investigación. Ejes cuyos contenidos teóricos y metodologías dan coherencia y direccionalidad a las unidades de aprendizaje.

Cada unidad de aprendizaje se construye y desarrolla alrededor de dos momentos interrelacionados: Presencial, con duración de una semana, y de vuelta al trabajo con duración de cinco semanas; para un total de seis semanas para cada unidad.

Un plan pedagógico de esta naturaleza se acompaña de un proceso de monitoría y evaluación de diseño propio, el que ha sido validado y enriquecido durante la formación de dos promociones anteriores y el proceso de formación de la actual, 1997-1998.

¿Qué nos dice la experiencia acumulada?

El Postgrado en Salud Pública como proceso nuevo y en construcción permanente ha experimenta-

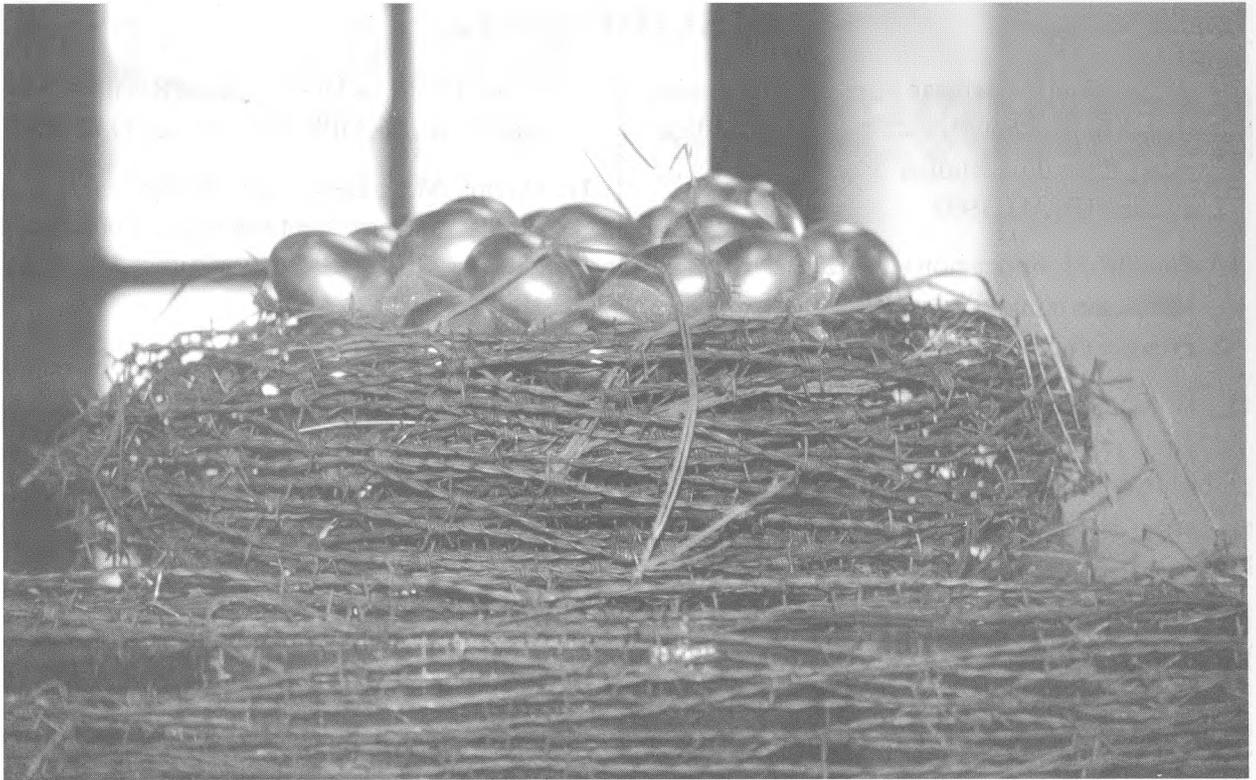
do situaciones de extrema complejidad e incertidumbre; de avances y retrocesos; de desánimos, rupturas epistemológicas, controversias y conflictos. Situaciones que de una u otra manera han sido superadas, ganando amplia experiencia en formas alternativas de prever y repensar formas de enfrentarlas en el futuro.

Estas situaciones han sido ocasionadas por muy diversas razones; a veces motivadas por cambios políticos a nivel de la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma -cambios de autoridades, planes, programas y otros- que demandaron permanentes procesos de negociación y concertación con nuevas autoridades. Así como, adecuaciones y reinserciones en los procesos de trabajo determinados por los cambios en las políticas y proyectos en salud o académicas impulsadas por esas autoridades.

Algunas estuvieron ligadas a la incorporación de docentes-facilitadores, al equipo de trabajo de la Maestría, formados bajo esquemas tradicionales; lo que ocasionó dificultades para la apropiación y aplicación de la propuesta pedagógica en su totalidad. Situación que sin embargo ofreció y generó amplios espacios de discusión crítico-reflexiva y permitió transparentar vacíos teóricos-metodológicos a ser superados y la necesidad de nuevas opciones propositivas a ser construidas con la incorporación de nuevos actores sociales.

En otras ocasiones, las dificultades estuvieron ligadas a los espacios donde se desarrolla el proceso trabajo-aprendizaje, muchas veces a causa del afinamiento de modelos de práctica desintegrados o alejados del entorno, que no permitían que el equipo de trabajo, si era que existía, fuese un medio para la reorganización de los significados y prácticas requeridas al analizar los problemas generados en esos ámbitos y buscar su transformación.

Lo anterior, se constituirá un obstáculo para el propósito fundamental del proceso pedagógico que busca llevar a los sujetos que aprenden a cuestio-



nar sus saberes, sentires y prácticas en un proceso permanente de indagación y contrastación; a producir conocimientos significativos y a reorganizar sus formas de pensar y actuar con sentido social. Fortaleciendo, en el equipo del cual forma parte, los valores compartidos y la reelaboración de una cultura de trabajo colectivo.

Una razón más lo constituye el ingreso de profesionales de diversas disciplinas, cuyos ámbitos de trabajo pertenecen al sector privado. Esto ha generado la configuración y aplicación de diversas estrategias teórico-metodológicas y políticas para lograr por un lado, la inserción del equipo de facilitadores y tutores de la Maestría en espacios con regulaciones y procesos de trabajo sustentados en paradigmas diferentes y poco flexibles a las transformaciones y por otro a los sujetos en formación provocar las rupturas necesarias para incorporar nuevas formas de pensar y actuar.

Algunas estrategias diseñadas están dirigidas a fortalecer aquellos proyectos que esas instituciones

desarrollan en el marco de las políticas de salud del país.

Podríamos concluir expresando que la Maestría en Salud Pública de nuestro país a través de la formación sus promociones ha experimentado grandes avances en el logro de las situaciones objetivo propuestas, y cree firmemente, que es posible producir rupturas importantes en los procesos de formación y capacitación tradicionales e imprimir nuevas formas de concebir y realizar cambios educativos, pedagógicos y metodológicos. Los espacios existen y los deseos son compartidos por muchos actores sociales.

En los espacios de trabajo se han iniciado transformaciones, lentas pero posibles, a nivel de sujetos en formación, equipos de trabajo, facilitadores del proceso educativo, población usuaria y no usuaria de los Servicios de salud y académicos. Creemos estar contribuyendo desde el hoy a construir un mañana mejor para nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Abordaje ejes Ciencias Sociales, Epidemiología, Planificación/Administración e Investigación. Plan de Estudios Maestría en Salud Pública. UNAH, 1992.
2. Barreiro, J: Educación y Concienciación: La educación como práctica de la libertad. Paulo Freire. Editorial Siglo XXI. México, 1988.
3. Borquera, G: Las principales propuestas pedagógicas en América Latina. Material Mimeografiado. Centro de Estudios Educativos, 1982.
4. Boletín de Estadística e Información de Salud. Años 1987-1991. Atención Ambulatoria.
5. Brito, P., Novick, M; Mercer, H: El Personal de Salud y el Trabajo: Una mirada desde las instituciones. Educ. Médica y Salud, Vol. 27, No. 1 OPS, Washington, 1993.
6. Castellanos, P.L: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según condiciones de vida y el impacto de las acciones de salud y bienestar. Washington, D.C. OPS, 1991.
7. Calderón, R: Elementos para una relectura de la propuesta de monitoreo y seguimiento de los procesos de educación permanente. Informe de Consultoría, OPS, Washington, D.C, 1993.
8. Chorny, A: El enfoque estratégico para el desarrollo de los recursos humanos. Educación Médica y Salud. Vol 24, No. 1, 1990.
9. Chang, M y Oquelí, R: Monitoreo de un proceso de aprendizaje en el trabajo en un Postgrado de Salud Pública. Educación Médica y Salud Vol. 27 No. 4, OPS. Washington, D.C, 1993.
10. Davini, M.C, Pineda, E.B Roschke, M.A y Sigaud, M.A: La investigación educacional en salud. En: Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 86, OPS, Washington, D.C, 1990.
11. Davini, M.C: Bases Metodológicas para la Educación Permanente en Salud. Publicación No. 19 OPS/OMS. Buenos Aires, Argentina, 1989.
12. Freire, P: La educación como práctica de la libertad. Siglo Veintiuno. Cuarta Edición. Terra Nova, 1990.
13. Freire, P: Pedagogía del Oprimido. Tierra Nueva Segunda Edición., Montevideo 1975.
14. Gutiérrez, Francisco: La educación como praxis política. Siglo Veintiuno. Edit, México, 1990.
15. Haddad, J; Davini, C, Roschke, M.A: Marco de referencia para un proyecto multipaíses de Educación Permanente de personal de salud en la Región de las Américas. OPS, Washington, D.C, 1991.
16. Nassif, R: Las tendencias pedagógicas y cambios educativos en América Latina (1960-1980). UNESCO-CEPAL-PNUD. Proyecto Desarrollo y Educación en América Latina y El Caribe. Buenos Aires, 1981.
17. Plan de Estudios Maestría en Salud Pública. UNAH, 1992.
18. Pérez Lindo ,A: Teoría del Sistema Universitario. Curso Latinoamericano de Recursos Humanos en Salud. Brasil, 1992.
19. Riberio, E.C: Informe sobre Taller: Nuevas tendencias pedagógicas. Asesoría Proceso de Construcción de la Maestría en Salud Pública. Honduras. OPS, 1991.
20. Rovere, M.R: Gestión de la Educación Permanente: Una relectura desde una perspectiva estratégica: Educación Médica y Salud, Vol. 27 No. 4, OPS. Washington, D.C., 1993.

Enseñanza de Farmacología

Dr. Pedro Reniery Portillo Núñez
Profesor de Farmacología FCM/UNAH

Estudiantes de la FCM/UNAH
Kenia Dalila Meza Da'Costa
Frida Nadezda Mejía Díaz
Victor Hugo Montes Reyes

La enseñanza de la Farmacología y la práctica de la Farmacoterapia enfrentan actualmente problemas especiales derivados del rápido desarrollo e introducción en la terapéutica de miles de medicamentos nuevos. Lo cual, desde el año de 1961 fue descrito por Modell como "explosión de los fármacos" (1) que ha puesto a disposición del clínico un apreciable y creciente número de nuevas y potentes sustancias medicamentosas.

En realidad este incremento del arsenal terapéutico farmacológico es considerado por algunos autores como uno de los avances más significativos alcanzados en el campo de la medicina ortodoxa u occidental en el presente siglo.

Sin embargo, resulta desconcertante comprobar que junto a este avance farmacológico surge el problema de Salud Pública denominado por Laporte "patología farmacológica" (2), cuyas repercusiones en la farmacoterapia no han suscitado las acciones efectivas de vigilancia, investigación y control así como la adecuación de los currículum de formación del médico que numerosos autores han reclamado reiteradamente al analizar el asunto (3,4,5).

Sobre esta patología farmacológica, estudios epidemiológicos han demostrado que el 5 % de los ingresos a un hospital general están asociados a reacciones adversas a los medicamentos (6); que

cada paciente durante su estadía intrahospitalaria es expuesto a un promedio de 14 sustancias farmacológicas diferentes (7) y que hasta el 30 % de ellos son afectados por estas reacciones durante el curso de una hospitalización (8,9), y que más del 10 % de las reacciones revisten acentuada gravedad y llegan a provocar el 3.8 % del total de los decesos (10).

Indudablemente que este desconcertante panorama epidemiológico tiene entre sus principales factores determinantes la ideología mercantilista, la cual se presenta como un elemento dominante en la conformación social y en el modo de producción social de los países de América Latina.

Esta concepción mercantilista ha conducido a una creciente presión de los cada vez más numerosos productos disponibles en el mercado farmacológico, lo cual a su vez ha inducido el una feroz competencia entre los fabricantes de productos medicinales, asistidos por las herramientas de la mercadotecnia científica para conquistar su objetivo: los médicos como intermediarios en el negocio y los enfermos reales o imaginarios como consumidores finales.



Sus efectos se evidencian profundamente en los países subdesarrollados en los cuales el gasto en medicamentos innecesarios se ha convertido en un drenaje de recursos que deberían servir para atender necesidades prioritarias de la salud, a lo cual se agrega el hecho de la introducción de medicamentos declarados nocivos en el país de origen, ineficaces, no estudiados, o retirados del mercado de los países productores y además por la utilización de los países subdesarrollados como campos de experimentación en humanos de fármacos cuyo uso clínico no ha sido autorizado en el país productor (11, 12, 13).

En estos países la prescripción médica influye en el consumo excesivo de los medicamentos en una forma tan alarmante que algunos autores consideran que la práctica médica podría constituir una rama de la industria química farmacéutica (14).

La propaganda comercial aparece como un elemento importante en la prescripción irracional, por parte del médico y el consumismo excesivo e innecesario por parte del paciente. Este hecho sumado a la propaganda deshonesto de varios laboratorios ha sido descrito por Silverman como la drogación de las Américas (15), el cual se pone de manifiesto por los datos siguientes:

- Prescripción y consumo excesivo e innecesario de medicamentos (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24)
- Uso de medicamentos sin una evaluación de los riesgos versus eficacia (11, 15, 21, 25).
- Prescripción de medicamentos inapropiados para determinada condición terapéutica (15, 16).
- Falta de relación entre medicamentos de más alto consumo y la estructura de morbilidad de los países. (26)
- Uso creciente de productos farmacéuticos en cuya composición interna contienen varios principios activos (27, 28).

- Uso de medicamentos discontinuados no estudiados o ineficaces (13)
- Automedicación indiscriminada (29)

Las dificultades en la enseñanza

La asignatura Farmacología se imparte al cuarto año de la carrera de medicina y a estudiantes de enfermería. En la carrera de medicina se extiende a los últimos años cuando se aplica la farmacoterapia. La Farmacología y la Farmacoterapia enfrentan serios problemas y contradicciones que reflejan claramente la influencia de la concepción mercantilista del proceso salud-enfermedad, la cual a su vez induce a un patrón de prescripción médica inadecuada.

Las principales dificultades son las siguientes:

- Falta de identificación del objetivo fundamental en la formación del médico general, cual es el desarrollo de una conciencia y un espíritu crítico para analizar en forma científica los méritos que la propaganda en una forma artificiosa atribuye a sus productos comerciales.
- Poca capacitación del estudiante y del recién egresado para la evaluación científica de los medicamentos del mercado terapéutico nacional, lo cual les impide seleccionar los fármacos que reúnen los mejores atributos terapéuticos y a la vez rechazar los que tienen una composición irracional.
- Dependencia del contenido de los textos de Farmacología, que por su naturaleza propia no contienen la información y los análisis para la evaluación farmacológica de los medicamentos del mercado terapéutico nacional. De tal manera que lo que se aprende cuando se es estudiante no es lo que se aplica en la práctica.
- La concepción biológica y unicausal de la enfermedad es un factor determinante para la prescripción excesiva e innecesaria porque se

considera el medicamento como la mejor solución al problema patológico, sin considerar los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos, educativos, sociológicos y políticos relacionados con la causalidad de la enfermedad

- Los estudiantes aprenden los medicamentos por su nombre genérico y de probada eficacia, pero al egresar del centro de estudios se encuentra con un mercado terapéutico inundado de productos farmacéuticos con nombres comerciales que desconoce, miles de los cuales en su composición interna contienen varios principios activos que no aparecen en la categoría de medicamentos eficaces y seguros en los textos y revistas médicas científicas. Este tipo de productos farmacéuticos en su mayoría no son aceptados en los países con agencias estrictas de regulación de los medicamentos.
- Escasez o ausencia de fuentes científicas oficiales que orienten el uso adecuado de los medicamentos de los listados oficiales y ausencia o falta de aplicación de normas de selección, evaluación y uso de los productos comerciales. Ante esta situación el recién egresado se ve obligado a informarse de las fuentes comerciales. De esta manera comienza a olvidar los medicamentos eficaces y seguros y la aplicación de los principios científicos y éticos para su prescripción racional. La alternativa que le queda al recién egresado es aprender la farmacología comercial y los datos proporcionados por la propaganda, sin darse cuenta si la actividad terapéutica y los riesgos ha sido adecuadamente evaluada en función de su eficacia, toxicidad y relación beneficios riesgos y costo beneficio. Esta dificultad se extiende a través de los años de práctica del médico que no continúa estudiando y aplicando los principios científicos y éticos de la prescripción racional.

- Falta de una conciencia humanista y de servicio en amplios sectores de estudiantes, docentes y médicos en el ejercicio profesional que anteponen sus intereses personales e individualistas a las necesidades de los grupos menos favorecidos de la sociedad

Metodología de la enseñanza

En la Cátedra de Farmacología desde varios años se vienen tomando acciones para contrarrestar el patrón de prescripción referido en los párrafos anteriores, para lo cual se realizan trabajos de investigación científica con la participación de todos los estudiantes de la sección A de Farmacología durante las clases magistrales. Este proceso docente investigativo se basa en la siguiente metodología:

1. En varias sesiones teóricas el docente desarrolla el tema a ser investigado para proporcionar a los estudiantes los conocimientos de base.
2. Cada estudiante recibe un instructivo sobre el trabajo de investigación, el cual contiene: objetivos, metodología y procedimientos para el trabajo individual. (30,31,32)
3. Durante las clases teóricas se analiza el instructivo a fin de hacer los ajustes que se consideren necesarios.
4. Se asigna a cada estudiante un producto farmacéutico que es comercializado en Honduras o en cualquiera de los demás países centroamericanos, a fin de que lo evalúe desde el punto de vista farmacológico y que haga un enfoque crítico sobre su composición farmacológica y su función terapéutica en el contexto de la situación de salud de Honduras.
5. Cada estudiante luego presentan un informe escrito sobre los resultados de su investigación.
6. En forma aleatoria se seleccionan estudiantes para presentar su trabajo en foros durante la

clase magistral, en los cuales se genera una discusión que permite profundizar y reflexionar detalladamente sobre la racionalidad de la composición farmacológica de los productos que se venden en Honduras, evaluar la calidad de la información y la propaganda que se ofrece al médico y además analizar los factores determinantes y condicionantes de la prescripción irracional.

7. Se integra un grupo de estudiantes y docentes que forman parte del equipo de coordinación, el cual hace un consolidado de los estudios individuales y se elabora un documento para su publicación y divulgación.

En este modelo docente se hace una vinculación de la teoría y la práctica en función de la realidad nacional porque se aplican los conocimientos teóricos al análisis y determinación de los productos que se venden en el mercado nacional y al final el estudiante deberá estar capacitado para utilizar una metodología que le permite evaluar los medicamentos comerciales, y definir los de composición racional e irracional y así poder elegir los productos que puede usar siendo aún un estudiante de años inferiores.

Los criterios utilizados para este análisis servirán para su aplicación en los años superiores y en su práctica médica. El objetivo principal en este tipo de actividad docente es el desarrollo de una conciencia y un espíritu crítico para que el futuro profesional pueda analizar la literatura médica en una forma científica y que no sea víctima del engaño promocional de los productores y vendedores de medicamentos, todo ello con fines a la formación

de profesionales comprometidos con el dolor humano y principalmente de los sectores más vulnerables por su condición de marginamiento social.

Para el logro de este objetivo funciona en la Facultad de Ciencias Médicas el movimiento académico ACCIÓN POR LA SALUD HONDURAS (ASH) integrado por docentes y estudiantes de Medicina y Enfermería de la cátedra de Farmacología, el cual tiene bajo su responsabilidad

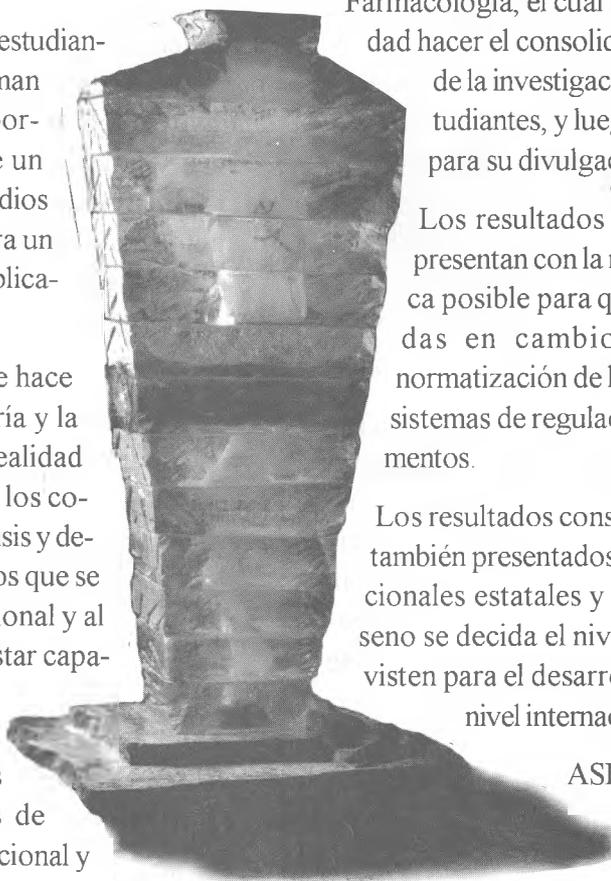
hacer el consolidado de todos los reportes de las investigaciones realizadas por los estudiantes, y luego elaborar un documento para su divulgación y publicación.

Los resultados de las investigaciones se presentan con la mayor rigurosidad científica posible para que puedan ser consideradas en cambios curriculares, en la normatización de la práctica médica y en los sistemas de regulación estatal de los medicamentos.

Los resultados considerados importantes son también presentados a los organismos internacionales estatales y privados para que en su seno se decida el nivel de importancia que revisten para el desarrollo de planes de acción a nivel internacional.

ASH y los estudiantes han realizado estudios sobre la composición de los productos farmacéuticos

promocionados en los índices y diccionarios de anuncio de los medicamentos comerciales para el tratamiento sintomático de las infecciones respiratorias agudas (IRAS), entre ellas el resfriado común. La importancia de estudiar estos medicamentos es su alto consumo porque las IRAS se encuentran entre las primeras cinco causas de morbilidad infantil. Aparte de lo cual abunda la literatura mundial que enfatiza sobre lo innecesario de dar tratamiento medicamentoso a la mayoría de las IRAS. Entre ellas se ha establecido que no hay



forma de prevenir o curar un resfrío común (33). Según Diehl en estudio publicado en Journal of the American Medical Association el 35 % de pacientes con resfrío tratados con un placebo de lactosa reportaron buenos resultados. Estos resultados lo llevaron a escribir que “es posible convencer al público que prácticamente cualquier preparación es útil para la prevención o tratamiento de los resfríos” (34). En tal sentido, la industria farmacéutica ha sido muy exitosa en hacer precisamente eso, llevando a que grandes sumas de dinero se gasten cada año intentando tratar lo intratable.

El problema es peor cuando se prescriben mezclas de varios fármacos contenidos en un mismo preparado farmacéutico incluyendo antibióticos para tratamiento sintomático de las IRAS. Varios autores reportan que las infecciones de vías respiratorias altas y bajas son las causas principales del uso de antibióticos en la práctica general (35). Un estudio de las farmacias ubicadas en poblaciones de bajos ingresos en Fortaleza, Brazil, encontró que los antibióticos eran rutinariamente recomendados para infecciones respiratorias agudas (36). Sin embargo, el 95 % de todas las infecciones agudas del tracto respiratorio superior son causadas por organismos no bacterianos (37). De acuerdo a la Asociación Médica Americana (AMA), la administración rutinaria de agentes antimicrobianos a pacientes con resfrío ha mostrado ser completamente inútil (38). Esta situación es peor en los países en desarrollo, en los cuales se desperdician recursos de los servicios de salud y se aumenta la aparición de bacterias resistentes (39). Y finalmente la OMS dice que en la mayoría de los casos de IRAS, los antibióticos no son necesarios (40).

A continuación ASH presenta un resumen de los resultados del estudio realizado por los estudiantes así como algunos ejemplos de medicamentos de composición inadecuada y en una forma resumida se presentan los argumentos científicos que permiten determinar los productos farmacéuticos

que tiene una composición irracional y que no deben ser consumidos.

Resultados

De acuerdo con el análisis realizado de 172 productos indicados en el tratamiento sintomático de las IRAS y particularmente del resfrío común, los cuales se anuncian en el diccionario farmacéutico utilizado para presentar y anunciar los productos a disposición de los médicos y del público consumidor en Centroamérica, 48 (28 %) tienen una composición adecuada para ser consumidos; 121 (70 %) tienen composición inadecuada, y 3 (2%) no clasificados.

El concepto de “adecuado” se refiere a los productos en cuya composición interna contienen uno o más principios activos cuya eficacia ha sido científicamente comprobada, y que sus ventajas curativas superan a las desventajas (efectos adversos o tóxicos peligrosos).

De los 172 productos analizados, 139 tienen autorización para su venta en Honduras, de acuerdo con lo referido en dicho diccionario.

La definición de “principio activo” es el componente químico que produce las acciones farmacológicas responsables de los efectos terapéuticos.

A continuación se presentan algunos ejemplos y los argumentos técnicos que se aplican para determinar si su composición es o no racional:

BIOSTIM: contiene como principios activos unas glicoproteínas de la bacteria *Klebsiella pneumoniae*, y es promocionado “como la primera inmunoterapia no específica bacteriana y viral para el tratamiento de la bronquitis aguda, amigdalitis, sinusitis, rinofaringitis, faringitis y otitis”.

El cuestionamiento a este producto y su propaganda es que la glicoproteína de la bacteria al llegar al estómago e intestino, después de la ingestión de la tableta es descompuesta en sus unidades es-

tructurales (aminoácidos principalmente); la glicoproteína pierde así su efectividad para provocar la reacción de defensa contra las enfermedades que los productores anuncian, curará.

BRONCOPULMIN JARABE: es una mezcla de tres principios activos que tienen efectos medicamentosos contrarios entre sí, entre ellos el **dextrometorfano**, un **antitusivo** que al inhibir el reflejo de la tos, el paciente no puede expulsar la flema acumulada en su sistema respiratorio. Este efecto es contrario al de otro principio activo, el **expectorante guayacolato de glicerilo**, el cual sirve para licuar las flemas y hacer más fácil su expulsión durante el acto de toser, el cual no se puede realizar por haber sido bloqueado por el antitusivo dextrometorfano.

Sin embargo, el broncopulmín contiene además el **antihistamínico clorfeniramina**, el cual seca las secreciones y contrarresta el efecto del expectorante.

ESTREPTOBRONCOL INYECTABE: es utilizado para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas. Contiene cinco principios activos: ampicilina, quinina, vitamina D, mentol y terpinol. Sin embargo, es un producto inadecuado porque la **ampicilina** es un **antibiótico** que no tiene ninguna eficacia en las infecciones virales del sistema respiratorio; la **quinina** es un medicamento usado contra la **malaria o paludismo** y no tiene justificación en un preparado para tratar infecciones respiratorias bacterianas o virales. La **vitamina D** se ha demostrado que no es eficaz para contrarrestar las infecciones respiratorias, y el estreptobroncol contiene 500 unidades, cantidad que es una sobredosis para enfermedades comunes, con el riesgo que puede producir pérdida del apetito, daño del riñón, y retardo físico y mental. Por su parte el **mentol y el terpinol** si se aplican por inyección son capaces de producir una **reacción alérgica**, en algunos casos mortal.

PASPAT, PULMONAR-OM, Y BRONCHOVAXON: forman un grupo de productos que se presentan en la forma de ampollas bebibles y tabletas, los cuales, de acuerdo con sus fabricantes, están indicadas como inmunoestimulantes para el tratamiento y profilaxis de enfermedades infecciosas bacterianas y virales. Sin embargo, en su composición química contienen como principios activos **extractos o lisados de bacterias**, los cuales al ser ingeridos no tienen la capacidad de desarrollar defensas en el organismo contra las infecciones bacterianas y virales.

VIROPULMIN: utilizado para el tratamiento de resfriado común e infecciones virales respiratorias contiene dos principios activos: acetaminofeno (calmante del dolor y fiebre) y flumidin, un químico que el fabricante dice es un antiviral, pero la literatura científica mundial no reconoce las propiedades curativas antivirales de éste ingrediente.

MILAGROSA: es una tableta que contiene fenilacetamida o fenacetina, cuyo uso como calmante del dolor y de estados febriles, tiene el potencial peligro de causar daño al hígado, riñón, y anemia por destrucción de los glóbulos rojos, así como producir cáncer. Este producto contiene además aspirina y cafeína.

Los ejemplos anteriores son solo la muestra de más productos inadecuados que se encuentran en el mercado nacional y se han presentado en este reporte como un ejemplo de las actividades de investigación científica de la cátedra de Farmacología del Departamento de Fisiología de la Facultad de Ciencias Médicas.

ASH invita a los estudiantes y docentes de las Facultades de Ciencias Médicas, Farmacia, Odontología y otras Unidades Académicas relacionadas con la salud para hacer los cambios curriculares con contenidos orientados a la investigación científica para hacer planteamientos y realizar acciones concretas para mejorar el proceso enseñanza – aprendizaje, teniendo como meta una medicina integral y humana.

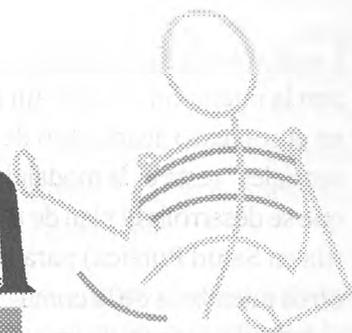
BIBLIOGRAFIA

1. Modell, W. "The drug explosion" (Editorial). *Clin Pharm Ther* 2: 1-7, 1961
2. Laporte, J., J. A. Salva, E. Cuenca y M. Bartolomé. *Patología Farmacológica*, vol 2, Barcelona, Laboratorios del Dr. Esteve S. A., 1964.
3. Barr, D. P. "Hazards of Modern Diagnosis and Therapy: The Price We Pay". *Jama* 159: 1452-1456m 1995.
4. Evreux, J. C. y J. M. Rouzioux. "Reactions Adverses aux Medicaments" *Eur J Toxicol* 6: 123-131, 1973.
5. Portillo N. P.R., Espinal D., et al. "La integración de la docencia, la investigación y la extensión universitaria: mediante el estudio de la Industria Farmacéutica, la Educación Médica, la Prescripción y el Control de los Medicamentos en Honduras, Ciencia y Cultura, Vol 1, No.2, pp12-31, Dirección de Investigación Científica UNAH., Enero-Febrero 1984.
6. Seidl, L., G., G., F. Thornton, J. W. Smith y L. E. Cluff. "Studies on the Epidemiology of Adverse Drug Reactions-III: Reactions in patients in a General Medical Service". *Bull Johns Hopkins Hosp.* 119: 199-315, 1966.
7. Cluff, L., E., G. F. Thornton y L. G. Seidl. "Studies on the Epidemiology of Adverse Drug Reactions-I "Methods of surveillance" *JAMA* 188:976-983, 1964.
8. Simmons, U., J. U. Parker, C. W. Gowdy y W. K. Coulter. "Adverse Drug Reactions during Hospitalization". *Can med Assoc J* 98: 98: 175, 1968.
9. Shapiro, S. "Epidemiologic Monitoring of Adverse Reactions" *Int J Clin Pharmacol* 7: 178-179, 1973.
10. Shapiro, S., D. Slone, G.P. Lewis y H. Jick "Fatal Drug Reactions among Medical Inpatients" *JAMA* 216: 467 - 472, 1971.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Farmaceutical in the Third World markets special opportunity, special problemem.*, American Pharmacy NS 22 (3): March 1982.
12. Solaka L.A. *Drug Evaluation in Developing Countries, Trends in Pharmacological Siences*, 2(4): 84 - 85, April 1981.
13. Muller M., *Drug Companies and the Third World.* *New Scientist* N° 998, vol70, 216-218, April 1976.
14. Vernengo Marcelo J., "Los medicamentos en la sociedad humana", *Control Oficial de Medicamentos.*, Organización Panamericana de la Salud., OMS., ISBN 9275322090 pag 2., 1996.
15. Silverman M., *The Drugging of the Americas.* University of California Press 1976.
16. Mercer H., *Prescripción de Medicamentos*, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 16 marzo 1978.
17. Bellanger R. T., *La Medicina como negocio.*, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.*, Pag, 121-139, Mayo-Agosto 1976.
18. Cámbar P. J., et al., *Gastos en Farmacia en Honduras, Análisis del Problema*, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.*, Pag. 187-205, Mayo-Agosto 1976.
19. Fift Conference of Heads of State of Government of Non Aligned Countries, Colombo., 1976.
20. World Health Organization., *Consultation on the Selection of Essential Drugs*, DPM/ 76.1, 1133, October 1976.

21. Burack R., Recetar., Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1972.
22. Organización Panamericana de la Salud OPS., Comité de Expertos en la Enseñanza de la Farmacología., Washington, 1969.
23. Sánchez. J.R., Consideraciones Generales de la Salud en Guatemala., Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud., Pag. 97-120., Mayo- Agosto 1976.
24. Díaz S.A. Los medicamentos y la práctica médica, X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina., Ed. UDUAL, M.
25. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. La administración de Alimentos y Medicamentos previene contra la Prescripción Excesiva de Cloranfenicol. Agosto, p126., 1968.
26. Cristóbal C.F., Los Medicamentos y la práctica Médica., X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina., Ed. UDUAL, 1979.
27. Crout J.R. Critical Appraisal of Fixed Drug Combinations. World Health Organization, Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control., Heidelberg, 1975.
28. Report of the Committee of inquiry into the Relationship of the Pharmaceutical industry with the National Health Service. Her Majesty Stationery Office. Cmmnd., 1967.
29. Muller M. Roche in the Third World., New Scientist., August 12., 1976.
30. Portillo N. Pedro R., Guía metodológica para la determinación de los productos farmacéuticos de composición racional e irracional y análisis de la calidad de la información., Farmacología., Unidad de Tecnología Educativa en Salud., Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional Autónoma de Honduras., 1994.
31. Portillo N. Pedro R., Determinación de los productos farmacéuticos contra la Infección Respiratoria de composición racional e irracional y análisis de la calidad de la información Instructivo N° 1 Cátedra de Farmacología. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1995.
32. Portillo N. Pedro R., Determinación de los productos farmacéuticos de vitaminas y minerales de composición racional e irracional y análisis de la calidad de la información. Instructivo No.2 Cátedra de Farmacología. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1995.
33. AMA., op cit, p 376.
34. Speber and Hayden, lop citg, pp410.
35. Bengogne, Berezin,E., Continuous activity of significant antibiotics., Clinical Therapeutics, Vol 13, No. 1, pp181-8. 1991.
36. Misago, C. and Fonseca , W., Antimicrobial drugs advised in Pharmacies in Brazil for children with acute respiratory infections., Lancet, vol 338.,No.8768,p702., 14 Sept. 1991.
37. Lode. H., Respiratory tract infections when is antibiotic therapy indicated, Clinical Therapeutics, Vol 13., No.1.,pp149-156., Jan-Feb 1991.
38. AMA. Drug Evaluations, Philadelphia, W. B Saunders Co. (6 edn). p 376. 1986.
39. Sutrisna,B. Frerichs, R.R. and Reingold. AL., Randomized controlled trial of effectiveness of ampicillin in mild acute respiratory infections in Indonesian children. Lancet No.8765. Vol 338., pp 471-4., 24 Aug. 1991.
40. Chetley, A., Pending Placebos: An analysis of cough and cold remedies, Amsterdam, HAI. P1. 1990.

Costilla

ROTA



Esta sección está dedicada a la discusión de las múltiples dimensiones del género. Este número de Ixchel lo dedicamos a la masculinidad en el contexto de la salud y la violencia.

SALUD y MASCULINIDAD VIOLENCIA

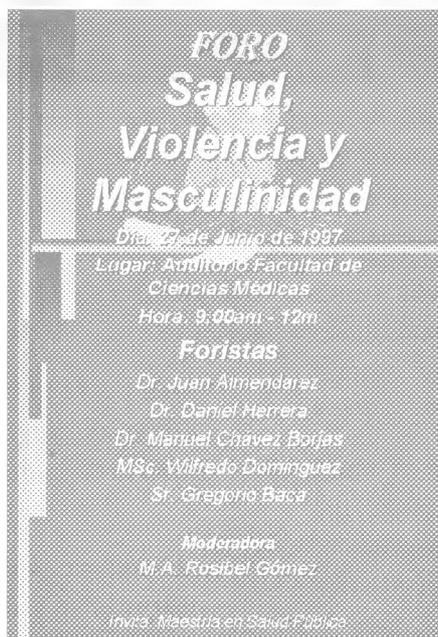
Los foros en el Postgrado de Salud Pública tienen la intención de abrir un espacio de debate en el contexto académico de las “semanas presenciales” (esta es la modalidad pedagógica con que se desarrolla el plan de estudios de la Maestría en Salud Pública) para poder dialogar con otros miembros de la comunidad académica universitaria y otros sectores sociales que voluntariamente asisten.

El foro que en esta oportunidad transcribimos fue realizado el día 27 de Junio de 1997. Fueron invitados a participar: M.A. Rosibel Gómez, como moderadora, por su especialidad en Género y desarrollo, además de ser la funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud encargada de estos temas en el país. Como expositores se pensó en un grupo de hombres con diversidad de experiencias profesionales y humanas que pudieran enfocar el tema desde múltiples perspectivas, también se incluyó a dos miembros del personal docente del Postgrado. Los expositores fueron los siguientes: Dr. Manuel Chávez Borjas, antropólogo social y cultural, actualmente profesor y asesor de investigación en el Postgrado

en Salud Pública. Dr. Daniel Herrera, Psiquiatra, profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, de la UNAH. Dr. Juan Almeyda, ex rector de la UNAH, profesor de la Facultad de Ciencias Médicas y militante del movimiento popular hondureño, se define a sí mismo como aprendiz de curandero. M.Sc. Wilfredo Domínguez, Trabajador Social, profesor de la Maestría en Salud Pública, coordinador del eje de Ciencias Sociales. Br. Gregorio Baca, militante del movimiento sindical y popular hondureño, amplia experiencia en educación popular.

Los expositores en el foro realizaron un amplio diálogo, que se concentró en el contenido violento de la masculinidad. Por ésta razón este foro se convirtió en el primer evento público realiza-

do en Honduras donde se ha planteado la temática de la masculinidad y las formas locales que asume. A continuación se transcriben las ponencias principales del foro. Estas incluyen una contextualización introductoria realizada por la moderadora del foro y seguidamente se presentan las exposiciones en el orden en que se dieron durante el evento.



Hombres, *Género* y Salud

M.A. Rosibel Gómez Zúñiga

Inciaremos este foro con una breve contextualización de la temática: **Masculinidad, Salud y Violencia. La vamos a contextualizar en el ámbito de la teoría del género y de los avances del movimiento social, especialmente del movimiento de mujeres.**

Hace tres décadas se comenzó a hablar de la problemática de la mujer. Este interés por la situación de la mujer, surgió en el contexto de las teorías del desarrollo y fue denominado “Enfoque de la mujer en el desarrollo”. Este enfoque partía de la idea de que la mujer había quedado fuera del proceso y que para corregir esta situación había que focalizar esfuerzos destinados a promover el desarrollo socio

económico más efectivo y eficiente mediante el mejoramiento de los ingresos de las mujeres. Una trillada frase sintetiza este momento de la teoría sobre la mujer y su situación:

“Hay que integrar a la mujer al desarrollo”.

Posteriormente se reconoció que la mujer, lejos de estar fuera del desarrollo siempre ha sido parte indispensable del mismo, pero que tanto su labor como su participación ha quedado invisibilizada.

Se empezó por fin a entender que el problema no era un problema de la mujer, sino que era un problema de las relaciones sociales de inequidad, en las que además, las relaciones entre los hombres y las mujeres, relegaban a esta última a una situación de desventaja y subordinación en el acceso y control sobre los recursos que promueven el desarrollo; a este nuevo enfoque se le ha denominado el enfoque de género y desarrollo.

El enfoque de género y desarrollo sostiene que la inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres, puede colocar a uno o a otro sexo en desventaja frente al control de los recursos necesarios para su desarrollo armónico y equitativo que incluye por supuesto, su salud y su conducta social

Esta perspectiva, aunque reconoce que en la mayoría de los casos es aún la mujer la que se encuentra en mayor situación de desventaja socio-económica, está promoviendo cada vez más la necesidad de identificar, analizar, y modificar situaciones que pueden estar creando o manteniendo desigualdades o inequidades sociales por pertenencia a uno o a otro sexo

Poco a poco, aunque todavía hay bastante resistencia, estamos llegando a entender que mientras la categoría de sexo resalta nuestras diferencias biológicas como hombres y como mujeres, la categoría de género esta identificando las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer masculino y femenino dentro de contextos específicos.

Existe otra dimensión articulada a este proceso de construcción de diferencias sociales que es bastante compleja y difícil de transformar, nos referimos a las relaciones de poder.



Trataremos de ver estos dos elementos con mayor profundidad para ubicarnos un poco más en la temática que nos concierne. V. Vargas una gene-róloga, distingue cuatro dimensiones interrelacionadas de género en tanto elementos constitutivos de las relaciones sociales:



1) Una dimensión simbólica: Las sociedades utilizan símbolos culturalmente disponibles, que son densas representaciones ideológicas contradictorias. Un ejemplo de esto es que el hombre debe ser aguerrido, fuerte, duro, viril; opuesto al hombre tierno, comprensivo, sensible que no puede emerger porque eso pertenece al mundo simbólico de lo que la sociedad construye como femenino.

2) La segunda dimensión es normativa: Son los conceptos constrictivos que van expresando interpretaciones explícitas de los significados de estos símbolos que hemos visto y que se traducen en propuestas doctrinarias, institucionales, religiosas, educativas, científicas, jurídicas, políticas, comunicativas. Este mar de significados normativo es el que ha promovido la imagen del hombre que se ha construido en la sociedad.

3) La tercera dimensión es política: Trata de ver cómo la sociedad se organiza en relación con el género. Esta dimensión influye en la construcción de los mercados de trabajos donde se separan los seres humanos por su sexo o en la participación política ciudadana, donde se relega el papel del sexo supuestamente débil de la mujer.

4) La cuarta dimensión es la de la identidad: Se expresa a través de las identidades subjetivas, donde los hombres y las mujeres llevamos la carga de lo simbólico, lo cultural, lo normativo y lo político.

De esa forma también nos percibimos como sujetos y como miembros de la sociedad y vamos generando nuevas prácticas sociales que cuestionan cada vez más estas situaciones de inequidad.

Estas cuatro dimensiones, están profundamente imbricadas en el concepto que de lo masculino se conforma en la sociedad

y que da como resultado que al hombre se le enseña, desde su infancia, a nutrirse de poder y desplegarlo en su relacionamiento cotidiano en el hogar, en el trabajo y en su comportamiento con otros hombres.

Esto explica porqué el género está íntimamente ligado a las condiciones de salud o a los comportamientos sociales donde hay violencia. Es decir, explica porqué la condición de salud de los hombres está asociada no solamente a los factores biológicos, sino también a los estilos de vida que son atribuibles sobre la base de las relaciones de género.

Los hombres están más expuestos a padecer de cirrosis del hígado, asociado con el abuso del consumo de alcohol, esquizofrenia, cáncer de pulmón asociado con tabaquismo, mortalidad por accidentes y violencia, homicidio y suicidio que son visibles desde la niñez y que están asociados con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas tales como la agresividad, la intrepidez, la osadía y la ingestión excesiva del alcohol.

Existe también otro tipo de condicionante relacionado con ocupaciones laborales como la silicosis causada por el trabajo en las minas o las enfermedades cardíacas asociadas a las situaciones de estrés. Todas estas patologías también están sucediendo con mayor frecuencia en las mujeres a me-

dida que nos vamos incorporando al mercado de trabajo y finalmente también se ha demostrado que los niños, más frecuentemente que las niñas, están expuestos a padecer de dislexia, hiperactividad y tartamudez.

Consideramos entonces que, es tiempo de crear el espacio para hablar y contarnos esas verdades, que es tiempo de que ambos sexos reconociendo que nuestras diferencias biológicas no son sinónimas de

inequidad, debemos entonces buscar conjuntamente solución a estos problemas que no nos permiten vivir una vida integralmente sana, con armonía o desarrollar todas nuestras capacidades y expresar con toda libertad nuestros sentimientos como seres humanos. Démosle pues espacio a los compañeros para que puedan hablarnos de cómo ellos experimentan esta masculinidad y cómo éstas vicencias también están incidiendo en sus vidas.

Masculinidad

en el espejo trizado

Dr. Manuel Chávez Borjas

Los tres conceptos que estamos manejando en este foro los voy a definir en esta oportunidad de la siguiente forma:

1) Asumamos el concepto de salud como un estado de bienestar integral que se alcanza dentro de un entorno coherente que lo posibilita. Ese entorno es causa y consecuencia de la cooperación (solidaridad mecánica o sea solidaridad inmediata y espontánea) entre los individuos en la sociedad, razón por la que les afecta tanto en la esfera privada, como en la esfera pública de la vida.

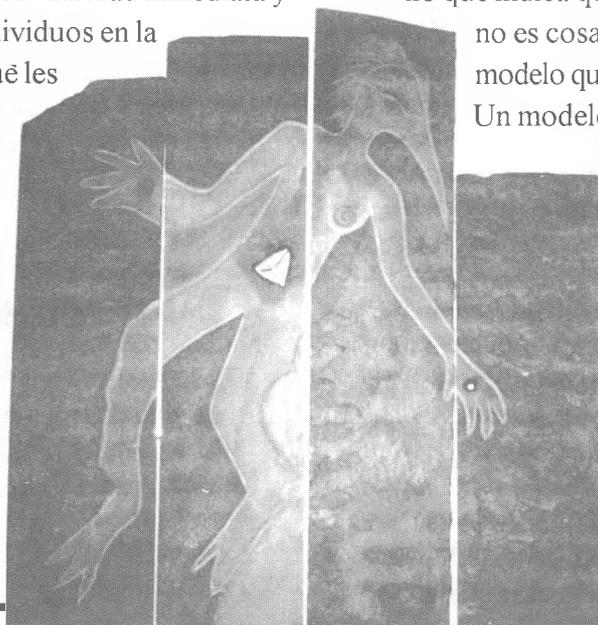
2) La violencia es precisamente la ruptura de la cooperación (alianza, solidaridad, convivencia...) que afecta las dos esferas pública y privada. Pero el entorno de la violencia es el escena-

rio donde se realiza la ruptura de la solidaridad espontánea entre los individuos de una sociedad. Ese escenario se modifica en cada época o en cada momento vivido por la sociedad.

3) Masculinidad es un concepto complejo. Tiene que ver con lo que hacen los hombres, ejecutado como masculino y que se manifiesta en todo aquello que indica que lo que hacen los hombres

no es cosa de mujeres. Comprende un modelo que se configura en la sociedad. Un modelo del que podemos mencionar algunos ejemplos: Los

hombres y las mujeres tenemos vocabularios diferentes, hasta hace poco eran los hombres los que usaban lo que se denominan malas palabras. La ropa; a pesar de que los pantalones modernos se crean como necesidad



funcional de las máquinas de las industrias y no como necesidad de los hombres de diferenciarse de las mujeres. La apetencia sexual que tiene que ver con el uso de la mujer como objeto sobre todo en la primera fase del inicio de la vida sexual. La gran preocupación masculina por el tamaño del falo. El goce de la masturbación como inherente al hombre y tabú para la mujer. Estas diferencias ejemplificadas no tienen nada que ver con las diferencias biológicas, sino con las diferencias creadas socialmente y en las que hay un empeñamiento para mantenerlas.

La cuestión fundamental es que las mujeres demandan que los hombres respondan a ese supuesto modelo de lo masculino que es configurado por la sociedad, y por esa razón podemos decir que en cierta forma los hombres actuamos con relación a lo que nosotros pensamos que las mujeres quieren que nosotros seamos, es decir respondiendo al modelo que se configura en la sociedad. Son estas concepciones sobre el género las que restringen la vida de los hombres en su capacidad de experimentar una vida completa.

Ahora establezcamos de manera muy breve la relación entre los tres conceptos a través de seis tesis donde se enfatiza porqué la violencia es un componente clave en las relaciones de género.

La primera tesis

La violencia opera a escala privada, a través de la tradición (forma inmediata y endógena de la organización cultural) dentro de la estructura de género, es decir al interior de la familia y de los demás lazos de parentesco que predominan en los grupos sociales. A escala pública, la tradición (verticalismo, autoritarismo, machismo, clientelismo, favoritismo...) afectó a la sociedad agraria hasta que alcanzamos la globalización a través de la industria de armamentos y las industrias de entretenimientos (cine, juguetes, pornografía...) las indus-

trias de bebidas alcohólicas y drogas. Estas sustituyen a la violencia privada de la sociedad agraria por las formas públicas y masivas que asumen en la era de la globalización.

De las industrias de entretenimiento hay un dato muy patético en Los Estados Unidos, donde hay estadísticas de esto, un niño hasta los 8 años, por lo menos ha visto ocho mil asesinatos y más de cien mil actos de violencia gratuita en la televisión. Es decir, la violencia privada que era ejercida en la vieja sociedad agraria a través de mecanismos discretos muy ligados a la estructura de las concepciones de género, en la era de la globalización sobrepasa los mecanismos discretos y se impone pública y masivamente con escenarios generados en el espacio precario de las ciudades y en el mundo de la imaginación.

La segunda tesis

Las mujeres son más afectadas por la violencia (rupturas de la cooperación) en la esfera privada y los hombres más afectados en la esfera pública. Los datos lo revelan completamente. En los Estados Unidos en 1985, 5 mil mujeres fueron asesinadas, de un total de 20 mil homicidios. En Colombia, entre 1993 y 1994, de mil ochocientos veintinueve víctimas, 1,711 fueron hombres. El Banco mundial en 1990 reporta que hubo 34 millones de vidas para hombres y 16 millones para mujeres perdidas por la violencia. Es mayor que el causado por las enfermedades como tuberculosis, ETS\SIDA, malaria.

La tesis tres

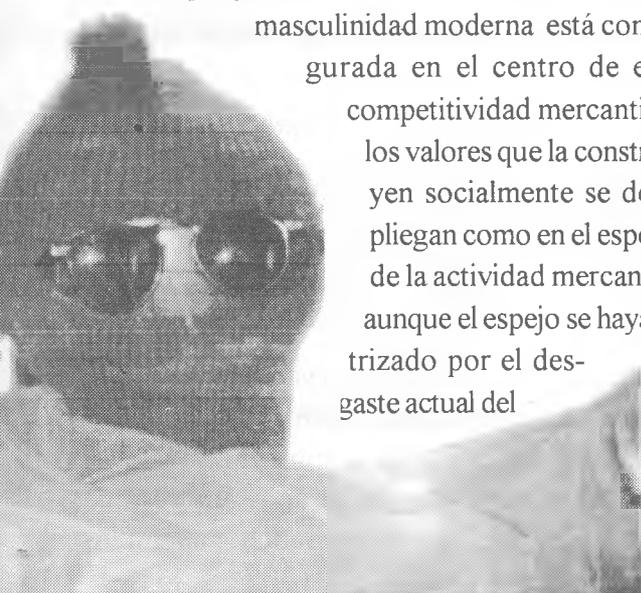
El incremento de la violencia con la globalización tiene que ver con la naturaleza violenta del proceso de producción que impuso la economía capitalista. En la medida que se van extendiendo las relaciones salariales y comerciales, las unidades de subsistencia agrarias van siendo destruidas. Es un

proceso violento en sí mismo el que empuja a la población rural a insertarse en las ciudades y este no modifica la estructura patriarcal de la familia rural, de manera que se consolida un estado de ruralidad en la identidad que desarrollan los nuevos contingentes en la ciudad. Ese estado de ruralidad impone un modelo de masculinidad basado en valores patriarcales rurales que se reproducen en las ciudades camuflándose en las nuevas formas que adquiere la masculinidad con el actual proceso de globalización.

La tesis cuatro

La dinámica de las relaciones mercantiles (fuerte competencia de productos y de individuos) impone una lógica contra la cooperación elemental de la vida en la sociedad. Los individuos están posicionados de tal manera que todos los otros individuos son factor de amenaza y no de complementariedad. Este proceso competitivo impuso la secularización de la vida de manera que las instituciones religiosas y los valores que estas propagan fueron reducidos a su mínima expresión. Lo que vivimos, por tanto, no es un vacío ético, ni una crisis de valores, sino los efectos destructivos de la lógica de la competitividad mercantil que impregna todas las relaciones sociales. La

masculinidad moderna está configurada en el centro de esa competitividad mercantil y los valores que la construyen socialmente se despliegan como en el espejo de la actividad mercantil, aunque el espejo se haya trizado por el desgaste actual del



poder patriarcal.

La tesis cinco

A la violencia se le atribuye una naturaleza masculina por la creencia de que su superioridad se impone como norma. Esto se constituye como un hecho ideológico con la consolidación de la modernidad, es decir, con el surgimiento del capitalismo y la fundamentación iluminista que le da argumentos a lo que se consolidó como machismo y sus múltiples expresiones microsociales.

La tesis seis

La masculinidad está en crisis, el espejo se ha trizado. La irreverencia contra la modernidad, la mujer la ha convertido en una irreverencia contra los modelos de la masculinidad. La mujer ha ganado espacios que el hombre ocupó exclusivamente durante muchas décadas. La competitividad entre hombres ahora es también competitividad contra las mujeres en el hogar, en el espacio laboral, en el comercio, en el bar, etc. Lo masculino, aquello que es interpretado por la sociedad como lo que hacen los hombres se ha diluido en el comportamiento de las mujeres, de manera que lo que ha sido simbólicamente masculino hoy también es femenino. La brecha en las actitudes de los sexos se ha estrechado, aunque las concepciones sobre el género mantengan grandes distancias en cuanto a la equidad social, política y cultural.

Hoy es posible preguntarse por el destino de lo que será la masculinidad en los próximos años y podemos pensar en la posibilidad de que desaparezcan estas concepciones de género que atan a los hombres y las mujeres; que no dejan desplegar todo el potencial humano. Es posible entonces pensar que los modelos de lo femenino y masculino puedan desaparecer, que la sociedad deje de necesitarlos para crea un concepto de ser humano integral.

Masculinidad

un modelo de despojo

Dr. Daniel Herrera

Empecemos ubicando la relación hombre-mujer en la dinámica de la violencia desde la base estructural del matrimonio. Cuando nos casamos se dicta un decreto donde se dice que la mujer estará sujeta a su marido.

Esta relación de sujeción marca una profunda pérdida de la libertad. Es decir, que el matrimonio es la forma más cruel de pérdida de la libertad que sufrimos los seres humanos. La condición de la sujeción va a plantear una dinámica interna en la que los conflictos conyugales tienen que ver con los intentos de romper la estructura de sujeción o despojo entre la pareja.

Cuando aparece en los oficios religiosos esta condena de que la mujer está sujeta a su marido, se inicia el proceso severo de degradación humana en contra de la mujer. Tomando en cuenta algunas ideas de Gramsci, podemos hablar de problemas de hegemonía, en el sentido de que en el matrimonio se monta un polo dominante centrado en el varón y el polo dominado es la mujer.

Realicemos una breve revisión a diversos elementos contenidos en el modelo de despojo donde priva la hegemonía del hombre sobre la mujer.

La estructura conyugal es una estructura antidemocrática y totalitaria de manera que la mujer aparece privada de sus posibilidades; no debe decidir, ni opinar, no debe sentir y privarse del gozo, debe ser asexualada anorgásmica.

El otro elemento que se da en esta estructura de despojo es la ausencia de la posibilidad de establecer la red de intercambio. Cuando la mujer se casa pierde su grupo de red social. El marido le prohíbe las amistades y se produce una cuestión bien importante en este proceso de despojo; a la mujer se le cosifica. La mujer es convertida en una cosa, a tal punto que popularmente un piropo muy usado para cortejar en las calles es decirle "cosita" a las mujeres.

Esto es desnaturalizar la condición humana en la mujer, volverla cosa, si es cosa, no es interlocutora válida de igual a igual. Las relaciones conyugales son asimétricas y verticales, y hay diversas fuentes de vigilancia en la familia, en el barrio, entre las amistades para no permitir que haya ningún indicio de que la mujer asuma algún nivel de poder en la casa y cuando hay alguna mujer que tiene un cierto grado de poder, los hombres que permitimos eso, somos burlados socialmen-

te, porque no se admite que nuestra mujer pueda opinar. La vigilancia mantiene el poder hegemónico del hombre.

Otro elemento es la depositación de las frustraciones sociales. La disociación en el com-

dencia por ir a la acción, a la coerción, a la violencia, para someter a la otra persona que son las mujeres, ya que en definitiva cuando hablo de la violencia como una manifestación de la impotencia del hombre es porque al hombre no le quedan ya recursos para seguir manteniendo el sometimiento, la estructura de despojo.

Quiero mencionar también otros elementos que han dañado a la mujer en toda la historia, es la cultura martiriológica. Es decir el modelo de la mujer que se consume en estos veinte siglos nuestros, tiene que ver con una mujer sufriente, acongojada, llena de dolor, sin capacidad de gozo. Este modelo martiriológico, de la mujer, es el modelo mariano. La mujer nace sobre este modelo de sufrimiento, la sociedad la condena a que necesaria-

mente tiene que ser la mártir, es la que esta despojada del gozo, es la que está condenada a sufrir.

Por último, en el modelo de despojo a la mujer la volvieron la reserva moral de la sociedad, esto es una vuelta de tuerca muy cruel. Mientras a los hombres les está permitido hacer todo tipo de picardía, la mujer se queda en casa reservando la moral de la sociedad, se estructura ese modelo sadomasoquista donde la mujer aparece como el polo de sufrimiento, la depositaria de los tormentos y de las torturas.

portamiento que se da entre el espacio laboral y el del hogar, o sea entre un tipo esplendoroso y amable en el trabajo, pero verdugo en la casa. La casa se convierte en un depósito de frustraciones. El procedimiento psíquico más dañado que tenemos los humanos es la capacidad de proyectar nuestras frustraciones en las otras personas y de alguna manera se facilita que la mujer sea la receptora de nuestras agresiones.

En la estructura conyugal en nuestro país la violencia es un recurso facilitado socialmente, porque en una sociedad con una baja capacidad de verbalización, tiene mucha ten-

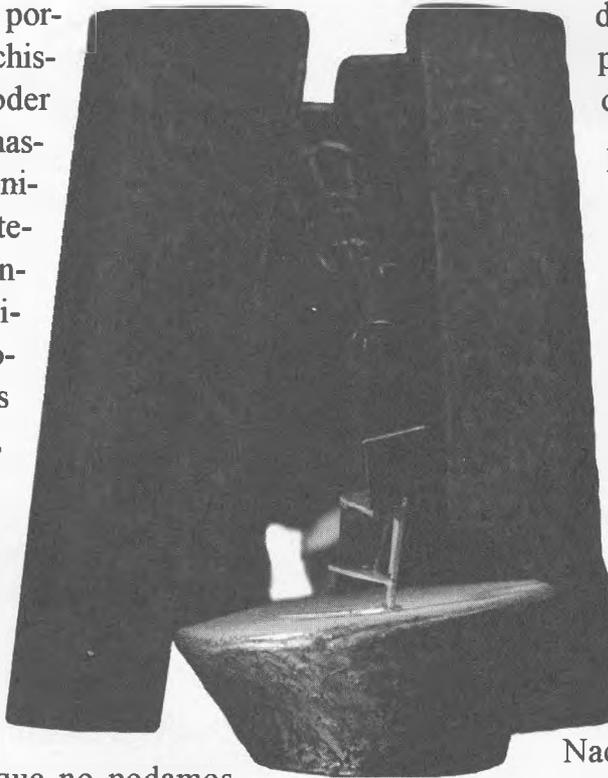


La atención **M**asculinizada en salud

Dr. Juan Almendárez Bonilla

En vez de masculinidad porque no hablamos de machismo, de macho, del poder del macho. El término masculinidad suena muy bonito, pero pierde el contenido de su esencia cuando usamos un término literario. Los hombres somos masculinos y las mujeres son femeninas, entonces la masculinidad no es un problema que se salga de una esfera integral del ser humano. Nosotros los hombres tenemos algo de femenino, porque es imposible que no podamos aprender algunas cosas de las mujeres. Lo que pasa es que tratamos de evitar en lo posible no tener ningún sentido de feminidad. Por otro lado las mujeres tienen algo de masculinidad.

No quiero elogiar aquí a la mujer, ni defender sus derechos, ni quiero elogiar a los hombres. Lo que quiero plantear es precisamente que debemos de aspirar a las mejores con-



diciones humanas, eso me parece a mí que es fundamental.

El concepto de violencia tiene que ver con el de poder, es decir con la política, con la opresión entre grupos sociales, y con la agresión que generan las políticas internacionales.

En el concepto de salud tengo una discrepancia muy grande con los expertos de la Naciones Unidas, porque ellos ven la salud “del hombre o de la mujer” por separado y no la totalidad de la vida de ambos. Por otro lado la visión de la salud es básicamente individual. Y en tercer lugar los conceptos, o sea, el lenguaje en salud es muy violento. Solo mencionemos algunos ejemplos; en inmunología tenemos las “células asesinas”, tenemos lo que se llama “vigilancia epidemiológica” y toda una serie de vocabularios tomados de la guerra, del len-

guaje militar. El concepto de la salud está muy militarizado.

Hay una cosa esencial en la salud que es la visión del cuerpo, donde se consolida una visión machista de la salud y es que en las estructuras de la medicina y en la salud, hay una relación de poder, basada en el modelo dominante de la sociedad que es un modelo machista. En ese contexto entendemos la manipulación, la exploración y el riesgo del manejo del cuerpo. Así, la terapia es una relación de poder entre un sujeto que

t i e n e conocimientos y un sujeto que recibe pasivamente, esa relación de poder se expresa a través de los valores que tenemos nosotros con respecto al cuerpo. Algunos ejemplos: En toda nuestra formación como estudiantes se nos enseñó de que había que eliminar completamente el útero, los ovarios de la mujer, por causas menores, pero esos son aspectos que en realidad deben hacernos pensar.

Así,
la terapia es una
relación de poder
entre un sujeto que
tiene conocimientos
y un sujeto que
recibe pasivamente,
esa relación de
poder se expresa a
través de los valores
que tenemos
nosotros con
respecto al cuerpo.

El otro es el control del cuerpo de la mujer, que es un control político - instrumental, control total. ¿Cómo se produce ese control? Han habido agentes que me dicen "mire doctor aquí hay cajas de anticonceptivos vencidos, lo están usando en otros lados, ¿por qué no los usa usted?" También se han producido esterilizaciones masivas de experimentación. Otro aspecto es el hecho de que nosotros mentimos en las estadísticas y la mayor parte de las enfermedades que se asocian en las mujeres con la violencia doméstica nunca aparecen en los expedientes de los hospitales.

Quiero decirles solamente, que definitivamente el modelo de atención de la Salud, tiene que cambiar, en su contenido, en su visión de las causas de los problemas de salud. Hay grandes problemas que no son manejados en relación con la mujer, como el incesto, la violación, el abuso sexual, y otros grandes problemas, por que no hay infraestructura, no hay una visión de esos problemas y son problemas frecuentes.

Tenemos que cambiar nuestro lenguaje y nuestra práctica arrogante de atención que adolece de falta de cariño no solamente a las mujeres, sino para con todos los seres humanos.

Masculinidad y Hombría

M. Sc. Wilfredo Dominguez

Comenzaré diciendo que la existencia de la especie humana, se presenta principalmente en dos formas identificadas tanto biológica como socialmente: mujer y varón.

Cuál es el problema ahora, por qué tanta discusión, tanto enrollo, tanto machismo, es que el desarrollo de la humanidad ha tenido a la mujer y al hombre como factores de un proceso muy arduo y cruel de disputa y dominio. Todo ha sido entorno del poder; quien maneja a quien, quien se adueña de quien. El símbolo del poder es la fuerza y es cuando se afianza la masculinidad.

A mí por ejemplo me criaron como un “*macho*”, y después de que me casé, mi esposa me ha ayudado a ir quitando los cascos y la cola. Porque eso es lo que es un macho. El modelo de existir para los hombres es machismo, que hace que la mujer sea la oposición, es decir la contradicción. Los sistemas sociales que los hombres hemos creado son esencialmente para asegurar y fortalecer el machismo es decir la hombría. Así la oposición (la mujer) será cada día más debilitada, minimizada y cosificada.

Hasta ahora los que me han antecedido, han hablado, de la experiencia de la familia, del aspecto social, de la medicina, pero no nos han hablado de otra cosa más particular o sea del cariño, del amor. A los hombres nos es difícil expresarlo por la gruesa capa del machismo. Se esconde ese sentimiento que si lo llevamos y además se nos dijo que los hombres no debemos de llorar. Sin embargo uno de los símbolos de la cultura es el llorar, porque es manifestar algo que es un sentimiento de debili-

dad. Entonces a los hombres se nos prohibió llorar y las mujeres no nos lo permiten cuando sentimos algo porque ellas siguen atrapadas en el modelo del machismo, de la hombría. En la medida que sigan atrapadas en esas formas sociales, se están debilitando cada día más.

Yo creo que, hoy hay muchas experiencias que se pueden contar, hay tantas investigaciones que se han hecho, que han demostrado como esa cultura ha penetrado y sigue penetrando. He encontrado algo que quiero compartir con ustedes: "... hace algunos años en una Universidad se reunió por separado a dos grupos de estudiantes a quienes se les dio una fotografía de un bebé llorando, se les pidió que dijese que estaba haciendo, la fotografía era la misma en los dos grupos, pero a uno se le dijo que se trataba de un niño y al otro de una niña. En un grupo la respuesta fue que el niño está protestando. En el otro grupo fue que se está quejando.

Entonces, esto comprueba mi tesis sobre esa actitud profunda que le llamamos en esos modelos de relación social que el sistema hace para reproducir esa virilidad, esa fuerza de la hombría.

Nosotros no estamos diferenciando entre hombres y mujeres, pero si existiendo en las mismas condiciones con los mismos derechos, con los mismos sentimientos, con las mismas cosas. No veo diferencias entre el hombre y la mujer. El objetivo de este foro es romper esas formas culturales, y eso es lo que nos va a permitir ser hombres, sin hombría, pero hombres capaces de amar, al que esta más cerca y poder desarrollar y darle oportunidad de desarrollo al que esta al lado mío, a la mujer.

... de cómo los trabajadores superan el machismo

B.A. Gregorio Baca

Hace 4 años comenzamos un esfuerzo educativo sindical, tratando de trascender lo laboral, aquello de cómo negociar un contrato colectivo. Ahora estamos discutiendo cosas de plena vida, esa es la experiencia que nosotros queremos compartir. Hemos pedido permiso al grupo de más o menos 300 jóvenes, para poder compartir las experiencias que hemos tenido. Para dar a conocer que también nosotros necesitamos de la ayuda de las facultades, de la UNAH para que se pueda socializar el conocimiento, con otros sectores sociales, como los del grupo que representamos nosotros.

Cuando se nos invitó y se nos planteó la temática, pensamos ¿qué relación hay entre masculinidad, salud, y violencia? Lo discutimos en el Colectivo y es lo que queremos compartir con ustedes.

El concepto machista de la masculinidad, niega toda conducta femenina en el hombre. Nosotros reconocemos que somos machistas y propiciadores de esa misma conducta. Sin embargo por el proceso de formación que ha trascendido lo sindical hemos adoptado un concepto más humano y hemos aceptado la participación de la mujer.

Consideremos el planteamiento de obreros electricistas, de obreros de la fábrica de cerveza, de los trabajadores de línea, sobre de la masculinidad. Decían los compañeros: “nosotros no podemos sentirnos verdaderamente hombres, si negamos socialmente la participación de la mujer, no nos podemos desarrollar como hombres, no podemos alcanzar nuestra plenitud como ser humano, como macho, como masculino si no introducimos nosotros esos elementos fundamentales que tiene la mujer como ser la sensibilidad, la alta solidaridad que presentan las mujeres...” Fíjense que en momentos de crisis

que hemos tenido en las confrontaciones con el gobierno en la pelea por la tierra, por las conquistas laborales, la mujer tuvo una participación extraordinaria. Ese sentido de complementariedad quiere decir tomar conciencia de que somos diferentes, pero complementariamente nos necesitamos, no podemos aunque queramos simbólicamente eliminar a la mujer, porque la necesitamos.

En los primeros talleres que tuvimos solo participaban hombres, pero como resultado de estas reflexiones han sido incorporadas las mujeres en diversas actividades. Es decisión que todos puedan complementar ahí, aunque hemos perdido algunos valores: El sentido de solidaridad, de compañía, ¡si los hemos perdido! pero los queremos rescatar.

He participado desde hace mucho tiempo en organizaciones populares, pero he podido ver que el problema de la mujer aunque es común, no tiene tanto peso en nuestra sociedad ¿por qué no lo es? Nosotros hemos comprendido en este proceso de educación que la exclusión social de cualquier tipo, es lo que genera la violencia. Hay varias organizaciones de mujeres, pero las mujeres no se han incorporado masivamente a esas organizaciones. Las violaciones y las agresiones de que son víctimas diariamente, no se pueden frenar sin la incorporación masiva de ellas a la defensa de sus derechos. En la mayoría de los casos la divulgación de los problemas de la mujer proviene de los sectores populares. Reflexionando así hemos podido dar los primeros pasos en el camino de la superación del machismo. Es decir que los hombres cuando pensamos nuestros problemas, en realidad pensamos en los problemas de las mujeres también. La exclusión social de la que son víctimas ellas, es la fuente de la opresión de todos los trabajadores y de los sectores sociales oprimidos.

Post Grado de

Maestría

en

Salud Pública

Cerraremos

con broche

de oro

el siglo XX

y abriremos

el Siglo XXI

Con la

IV promoción

1999-2001

SALUD

En Síntesis



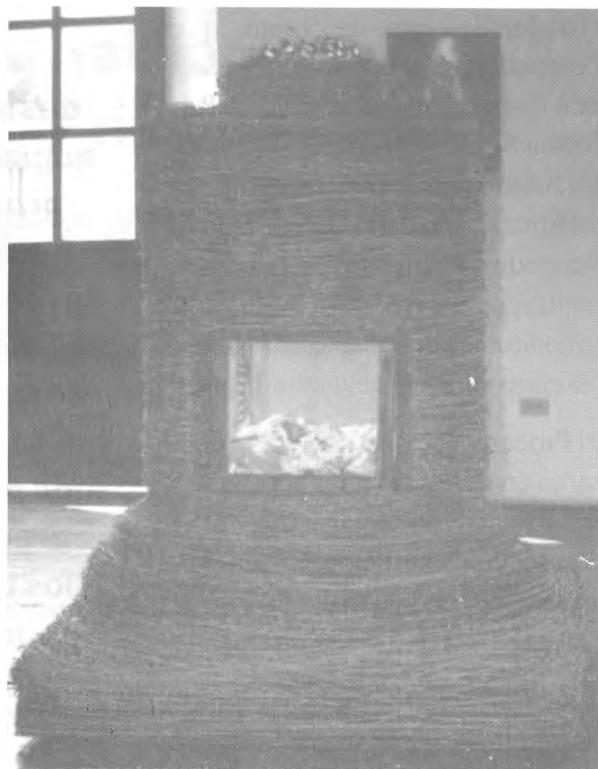
Con esta sección pretendemos resumir diversos momentos del campo de la salud que los investigadores analizan en detalle y profundidad. En este número se presentan: 1) Comentarios al proceso de reforma en salud, 2) El cálculo de los costos en salud a la luz de la ideología comercial neo-liberal en boga y 3) El sobrevivir como una problemática de la vida cotidiana en el contexto neoliberal.

en los términos municipales, insumos valiosos para la concertación operativa y para la conformación de los planes supramunicipales y departamentales de área y/o región. Esta forma de planificación desde la base es una innovación que está contribuyendo para que las instancias normativas centrales, cuestionen su posición programática verticalista para responder a la práctica real de la población y reorientar sus acciones para apoyar el nivel local.

Además, se ha priorizado el reforzamiento de la red de servicios para la atención materno infantil con la puesta en funcionamiento de clínicas materno/infantiles, hogares maternos y casas de atención comunitaria de parto limpio. También se han implementado nuevos modelos de atención en otros programas con el propósito de ampliar coberturas, entre estas iniciativas se encuentran la entrega del paquete básico de salud, la cirugía móvil y el desplazamiento de equipo móvil de laboratorio y odontología.

Actualmente se realiza una revisión del sistema de información, el cual en todos sus niveles va encaminado a:

- Que el sistema de información para la vigilancia epidemiológica del país, sea efectivamente el dispositivo de alerta del sistema de salud para la identificación de problemas, sus determinantes y condicionantes.
- Convertir el “Análisis de Situación en Salud según Condiciones de Vida” (ASIS/SCV) en la herramienta fundamental para la identificación de “Perfiles de población prioritaria” en diferentes grupos poblacionales, para su tratamiento adecuado.
- Hacer que la investigación aplicada a la epidemiología sirva de herramienta de apoyo y retroalimentación al ASIS/SCV.
- Determinar la información requerida en los diferentes niveles, para la toma de decisiones.



Algunos comentarios que se hicieron a esta ponencia están relacionados con la sostenibilidad y continuidad de los procesos iniciados en la actual administración, ya que los mismos pueden estar amenazados a nivel político por los cambios de gestiones gubernamentales tanto a nivel nacional como local. En lo económico existe la amenaza a la sostenibilidad financiera debido a que a la mayor parte de los proyectos y programas que se están realizando están siendo financiados por agencias internacionales, esto los hace débiles y vulnerables, por lo tanto es necesario asegurar fondos nacionales para su desarrollo y sostenibilidad.

Otra amenaza de importancia es el desarrollo del personal de salud, ya que actualmente existe un desfase entre el modelo educativo de los centros formadores de ese personal y el modelo de atención en salud que se está aplicando en el sistema, en este sentido, es necesario educar y actualizar la curricula de los profesionales de salud, especialmente de la UNAH, a las nuevas tendencias y paradigmas de la salud. Asegurar la sostenibilidad

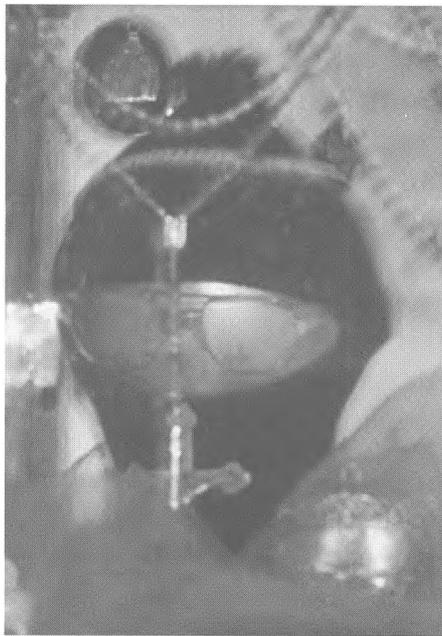
cultural es indispensable, se debe tratar que la población asuma un rol esencial como sujeto del desarrollo social y supere su condición de objeto de la atención, conducir los procesos hasta convertirse en parte de la cultura.

Otro aspecto comentado en el hecho de que la atención y salud es brindada en forma parcializada por diferentes institucionales, sin existir articulación entre ellas. En vista de tal situación se discute la posibilidad de la integración de un servicio único de salud, como respuesta lógica, coherente, técnica y democrática a la crisis del Sistema de Salud y de la Seguridad Social.

La propuesta implica la fusión en una sola entidad de los dos organismos claves en asistencia y en seguridad social: La Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tal sistema propuesto no va en contra del ejercicio de la medicina privada por cuanto la existencia y la demanda de servicios privados en el campo de la medicina están determinados por la capacidad de la sociedad de comprar esos servicios. (6)

En la tercera jornada del Foro se presenta el Desarrollo de Recursos Humanos, la ponencia principal estuvo bajo la responsabilidad del Dr. Jorge Haddad Quiñónez, quien entre otros aspectos puntualizó en cuatro áreas críticas o dificultades detectadas para el proceso de incremento del acceso de la población a los servicios de salud. Estas áreas son las siguientes:

1) las instituciones formadoras de personal para la salud no están plenamente integradas al esfuerzo nacional que actualmente está realizando la Secretaría de Salud,



- 2) insuficiencia cuali-cuantitativa de personal crítico especialmente de enfermería y algunas especialidades de la medicina, también se presentan deficiencias de personal en el área técnica,
- 3) el modelo pedagógico vigente está agotado y no garantiza un aprendizaje significativo ligado al trabajo en los servicios de salud,
- 4) la amenaza a la sostenibilidad y continuidad de los procesos educativos actualizados por deficiencia

en la vigilancia sobre los determinantes de los cambios y efectos potenciales de esos cambios en el estado de salud de la población.

Como consecuencia del análisis de las áreas críticas el ponente hace algunas propuestas básicas de trabajo que se plantean a continuación

Como punto de partida, es necesario la realización de un esfuerzo colectivo y responsable tendiente a reformular la visión que tenemos del desarrollo del personal de salud, replanteando sus diferentes componentes para ajustarlo a una nueva manera de concebir la salud, a las formas de trabajo que plantea la secretaría de salud, sobre todo en los niveles regional y local del país, y a las demandas y necesidades de la población hondureña.

Invitar a las instituciones formadoras de personal, particularmente a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), a participar de forma efectiva en este esfuerzo, lo que implica intervenciones no sólo de tipo curricular el en sentido tradicional, sino en la búsqueda de alternativas para construir y aportar conocimientos relevantes al campo de la salud a través de la investigación y de un desarrollo metodológico innovador de cara al siglo XXI.

Organizar un grupo Multi-Institucional de trabajo, que se encargará de promover el avance en el conocimiento de trabajo en salud, desarrollando el potencial educativo del trabajo, utilizando el conocimiento relevante y pertinente que de él emerge, promoviendo aprendizajes que sean significativos para la transformación de la práctica sanitaria en nuestro país, con el fin de consolidar una respuesta pedagógica nacional fundamentada en la articulación teoría-práctica, en los estilos de aprendizaje del trabajador hondureño y en la disponibilidad de recursos en el país.

Buscar, a través de mecanismos idóneos, alternativas para incrementar la formación de personal crítico en las áreas de enfermería, epidemiología y administración; así como en aquellas especialidades clínicas en las que existe carencia de personal profesional en relación con la demanda.

Propiciar la construcción colectiva de sistemas de vigilancia estratégica del desarrollo de personal que trabaja en salud y ponerlos en práctica, según la modalidades sugeridas u otras que se consideren más apropiadas a la situación actual. (7)

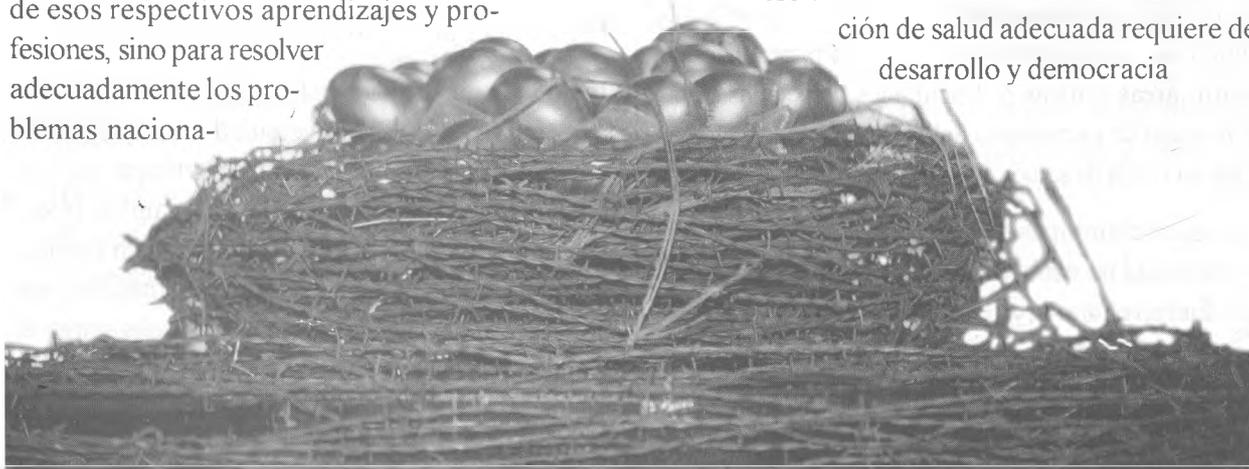
Por su parte, la Rectora de la UNAH, Dra. Ana Belén Castillo expresa que, es obvio que cuando se habla de desarrollo de personal, la Universidad se constituya en uno de los espacios más calificados dado que su misión en la formación de profesionales y técnicos dotados de una amplia cultura que los capacite no sólo para el ejercicio eficiente de esos respectivos aprendizajes y profesiones, sino para resolver adecuadamente los problemas naciona-

les con pleno conocimiento de la realidad física, social y económica del país.

Los procesos de cambio y los avances tecnológicos se producen de manera acelerada y las consecuencias de estos cambios a veces se han precipitados a una velocidad mayor de la que es posible controlar con los medios disponible. Los procesos educativos avanzan a un ritmo más lento que los procesos de atención en salud, por ello, es imperativo que las instituciones formadoras de personal para la salud planifiquen en una visión de futuro, integradora y global que permita la articulación de esfuerzos multidisciplinarios e intersectoriales y una práctica en los espacios de trabajo.

Tomando en cuenta los nudos críticos identificados en el proceso educativo en la UNAH, se proponen algunas alternativas de solución:

- La urgente necesidad de que tanto las instituciones formadoras como las utilizadoras de personal y técnico, analicen y discutan en un trabajo cooperativo la construcción de una nueva concepción de salud en el contexto del desarrollo y realidad nacional
- La participación social planteada como una estrategia de trabajo donde se considere además de "salud", los conceptos de "Justicia", "libertad", la relación que la participación social conlleva las condicionantes sociales y la resolución de conflictos asumiendo la atención de salud adecuada requiere de desarrollo y democracia



- Implantación de una propuesta de Educación permanente como estrategia de intervención en los procesos de trabajo que asegure la excelencia y la eficiencia en el desempeño profesional.
- Incorporar los procesos de acreditación institucional a la UNAH a fin de asegurar la calidad de la educación.
- Proporcionar la construcción de propuestas de gestión administrativa para los diferentes mandos. (Superior y Medio).
- Identificación de los recursos técnicos con que cuenta la institución a fin de instalar una base de datos.
- Impulsar y desarrollar proyectos de investigación que analicen los currícula planteados actualmente y su educación con los nuevos retos que plantea la realidad hondureña.
- Propiciar el desarrollo de campañas educativas en salud, con la integración de los estudiantes considerando a este sector como elemento multiplicador en el grupo social en el que se desenvuelven.
- Finalmente, es necesario que la UNAH a través de la Facultad de Ciencias Médicas junto con expertos de la Secretaría de Salud y otras organizaciones nacionales e internacionales, revisen la problemática mundial y nacional de enfermedades que se creían controladas y que en la actualidad están reemergiendo de manera alarmante como la tuberculosis, la malaria, el cólera entre otras; y las enfermedades urgentes que amenazan como el SIDA, sin olvidar los HANTA virus que azota el cono sur de América con posibilidades de llegar a nuestras altitudes. (8).

Como ya se comentó anteriormente, las diversas experiencias y actividades realizadas en el marco del Proceso Nacional de Acceso deben ser sistematizadas y contenidas en un Plan Nacional de

Salud, contemplando por supuesto, las diferencias regionales y locales.

Además, es necesario que se desarrolle un plan de monitoría y seguimiento de las acciones realizadas con el propósito de comprobar el impacto de las mismas en la población que recibe atención. También es pertinente considerar la existencia de una estructura funcional responsable del plan general y de la monitoría.

Bibliografía

Secretaría de Salud. OPS/OMS. Acceso a los Servicios de Salud: Eje Fundamental de la Modernización y Reforma del Sector Salud. Tegucigalpa, Honduras. Mayo 1995.

Secretaría de Salud. OPS/OMS. Proceso Nacional de Acceso. Foro Nacional de Rescate de Innovaciones Locales. Tegucigalpa, Honduras, Junio 1997.

Cáceres Roberto. Foro Nacional sobre Acceso a los Servicios de Salud: Participación Social en Salud. Secretaría de Salud. OPS/OMS. Julio 1997.

Alvarado Eva Luz. Comentarios al tema de Participación Social en Salud. Maestría en Salud Pública. UNAH. Julio de 1997.

Paredes Juan de Dios. Conclusiones del Foro de Participación Social en Salud. Secretaría de Salud. OPS/OMS. Julio de 1997.

Samayoa Enrique. Foro Nacional de Acceso a los Servicios de Salud. Desarrollo de Modelos de Atención Locales. Secretaría de Salud OPS/OMS. Agosto de 1997.

Haddad Quiñónez. Foro Nacional de Acceso a los Servicios de Salud. Desarrollo de los Recursos Humanos del Sistema. Secretaría de Salud. OPS/OMS. Septiembre de 1997.

Castillo de Rodríguez Ana Belén. Análisis y comentarios. Foro Nacional de Acceso a los Servicios de Salud. Desarrollo de Recursos. UNAH. Septiembre 1997.

Cálculo de Costos en Salud

Dr. Rodulio Perdomo
Facultad de Economía/UNAH

Introducción

La existencia de muchos pobres y pobres extremos en un país como Honduras plantea algunas dificultades a la hora de evaluar el impacto de algunas reformas, particularmente en el sector salud donde, al menos, una de las finalidades atribuidas a la reforma es buscar, de manera consensuada, una mayor participación monetaria de los usuarios de los diferentes servicios de salud. El problema a que se alude radica en saber si las reformas empeorarán o mejorarán la crítica situación de vida de los pobres.

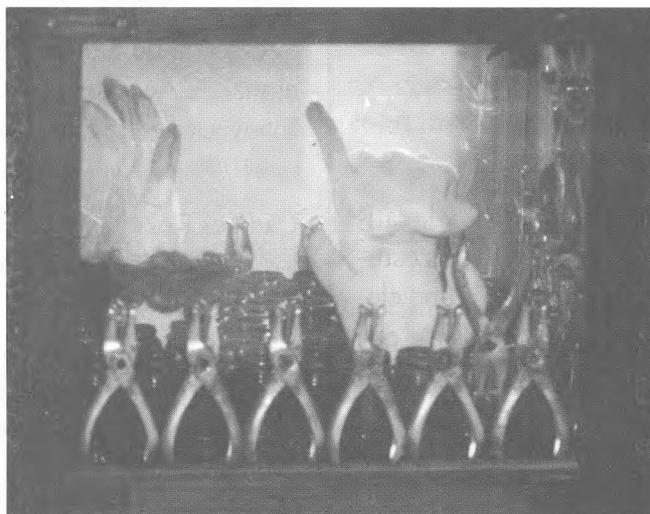
En el presente artículo, se busca evaluar el impacto de aumentar las tarifas de los servicios públicos de salud tratando de determinar la reacción de los usuarios, es decir tratando de anticipar el comportamiento de demanda que tendrán los usuarios ante cambios en las tarifas de los servicios. Este es un tópico de gran importancia puesto que esta en juego determinar si el aumento de las tarifas traerá como consecuencia un incremento sustancial de la inequidad social, o si por el contrario mayor población accederá a estos servicios como una consecuencia de cambios sustanciales registrados en la oferta de servicios.

En Honduras no existen, por el momento, estudios al respecto. Es decir, no hay antecedentes para evaluar un resultado probable de un cambio en las tarifas. Normalmente la población de medianos ingresos y altos ingresos considera a la salud como

un bien superior, es decir que aunque aumente el precio del servicio de salud, la importancia concedida por el usuario hace que este siempre consuma o que la variación de consumo sea muy pequeña en relación a la variación en el precio, esto quiere decir que en términos generales, en términos normales, los servicios de salud

serían relativamente inelásticos cual si se tratase de un producto como la gasolina, es decir que ante una variación importante en el precio por ejemplo de un 100% de variación en el precio, la disminución en el consumo de gasolina o en el consumo del servicio de salud sea de una disminución del 20% es decir que aumenta el precio pero la disminución de la demanda es muy pequeña es decir que existe inelasticidad o insensibilidad porque la demanda reacciona menos que proporcionalmente al crecimiento del precio.

La gran cuestión es saber si efectivamente el grueso de la población pobre y pobre extrema de Honduras considera realmente a la salud como un bien



superior. No es fácil dar respuesta a tal interrogante. Se afirma que se trata de una gran incógnita porque no hay estudios para saber, por ejemplo, si ante una variación de 200 a 300% en el precio de un servicio de salud como podría ser una consulta, un examen de laboratorio o una toma de rayos-X o cualquier otro servicio, no se conoce con certeza la reacción de los usuarios: si dejara de asistir, si lo sustituirá por un servicio más barato, si se pasará completamente a la medicina natural o si por el contrario se abstiene totalmente de asistir a los servicios. Como no se sabe cuál es la percepción subjetiva de los actores sociales acerca del valor o prioridad concedida a la salud, particularmente entre los pobres y pobres extremos; en el presente artículo se evalúan algunos escenarios para determinar si un cambio en las tarifas realmente supone una mejora cuantitativa del acceso o si por el contrario el aumento en las tarifas implica una disminución muy grande en el acceso a los servicios lo cual, como se ha afirmado en el comienzo, aumenta de una manera muy grande la inequidad social. Este es uno de los propósitos básicos del presente modelo que se basa en el uso de elasticidades cruzadas.

Es importante tener en cuenta que solo la comprobación en el campo, urbano o rural, permitirá anticipar si los servicios de salud son inelásticos o son elásticos. En el caso de que resultasen inelásticos pues la pequeña proporción de la población que ha decidido no acceder a los servicios, a causa de las nuevas tarifas, quizás implica adoptar esquemas de exoneración, total y parcial, o; incluso, replantear la magnitud de las variaciones en las tarifas. Por el momento, en el ejercicio de las páginas siguientes, a falta de datos empíricos sobre la demanda de servicios públicos de salud, se busca visualizar algunas reacciones probables y resultados globales de equidad o inequidad social en salud ante cambios hipotéticos en las tarifas.

1. Aplicación de la Economía de la Salud para que la Medicina no salga más cara que la Enfermedad

En esta parte, expondremos la adaptación de un instrumento de la Economía para evaluar, de manera apriorística, el probable impacto de uno de los ingredientes centrales de los procesos en boga, en materia de reforma en salud, como son las políticas de recuperación de costos por la vía de la tarificación de las prestaciones públicas de salud. O sea, se trata de anticipar el impacto que la solución propuesta puede causar entre los usuarios pobres de los servicios. En otras palabras, se trata de saber si la exacción de recursos de los sectores sociales pobres --que en Honduras constituyen el 70% de la población-- no agravará más la inequidad social a costa de lograr éxitos financieros en la gestión de estos servicios.

El papel a desempeñar por la economía consiste en estimar la forma de la demanda de servicios de salud, la de la oferta ante eventuales flujos de recursos financieros, y; determinar así, los cambios esperados en la demanda para introducir dispositivos que continúen permitiendo la atención de los segmentos sociales con menor poder adquisitivo.

1.2. Características del Instrumento de evaluación

Al afirmar que en Honduras existe un déficit de cobertura de los servicios públicos de salud que, a su vez, supone la existencia de grupos sociales que nunca o muy pocas veces acuden a los establecimientos de salud ante trastornos diversos y frecuentes de salud; se trata de poner de relieve la existencia de una parte de demanda potencial -existente pero no se expresa en los establecimientos- que no es satisfecha ni por los servicios públicos o por los privados. Así, puede expresarse el déficit de cobertura del servicio público de salud en los siguientes términos:

Déficit de Cobertura = Oferta real **menos** demanda real + **potencial**

Al ser la demanda (real + potencial) superior a la oferta, existirá un déficit de cobertura que quizás crezca cuando se implanten sistemas tarifarios fuera del alcance de los presupuestos de los sectores pobres. Ante el incremento de los precios de los servicios públicos de salud, probablemente una buena proporción de estos hogares dejarán de asistir e intentarán autosatisfacer la necesidad de salud por métodos de medicina casera o acudiendo a personas de la comunidad con algún prestigio para resolver -a bajo costo- trastornos diversos de salud.

Se percibe, entonces, la idea de cambios de comportamiento de los usuarios que, en el instrumento de análisis propuesto, se expresarán como variaciones sintetizadas en un coeficiente de variación o elasticidad tanto de la demanda como de la oferta.

1.2.1. Carácter de la Medición

Como ya se ha señalado, no sólo será necesario calcular las variaciones de la demanda sino también las de la oferta ante cambios de cierta magnitud en la tarifas.

La incorporación de la elasticidad de la oferta significa introducir el coeficiente de elasticidad de la oferta; es decir, la variación en la cantidad ofertada de satisfactores de salud como resultado del cambio en los precios de las tarifas pues suponen ingresos suplementarios para financiar la compra de suministros o para contratar más personal. La forma de representar el déficit de cobertura será ahora de la manera siguiente:

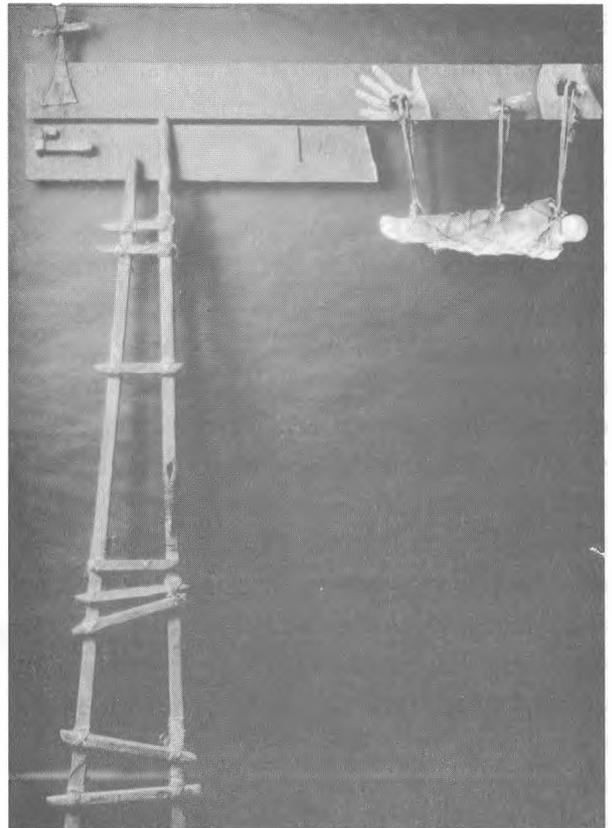
$$D.C. = T[e_{p_{s.p.s}} d_{p_{s.p.s}} * P.D_{s.p.s} - P.O_{s.p.s}] + T(e_{p_{s.p.s}} O_{s.p.s})$$

donde D.C. = déficit de cobertura

T = nueva tarifa de cobro de los servicios

$e_{p_{s.p.s}} d_{p_{s.p.s}}$ = elasticidad precio de la demanda de servicios

$P.D_{s.p.s}$ = demanda de servicios (precio * unidades demandadas)



$P.O_{s.p.s}$ = Oferta de servicios (precio * unidades ofertadas)

$e_{p_{s.p.s}} O_{s.p.s}$ = elasticidad precio de la oferta de servicios

La lógica de la medición descansa en los aspectos conceptuales siguientes:

- a. El coeficiente de elasticidad-precio de la demanda, por definición, tiene signo negativo, lo cual significa que siempre habrá una disminución grande o pequeña de la demanda ante variaciones en el cobro -precio- de los servicios, dependiendo de la magnitud de la reacción de los usuarios o demandantes
- b.- Si el término $e_{p_{s.p.s}} d_{p_{s.p.s}}$ es grande en magnitud, dado su signo negativo, significa la cantidad en que disminuirá la demanda del servicio. Tal término, denominado como coeficiente de elasticidad de la demanda, constituye un efecto negativo asociado al cambio de la tarifa (T).

- c. El término $T * O_{s.p.s}$ significa el incremento en el precio de la oferta de servicios públicos de salud (la tarifa multiplicada por el valor monetario de la oferta) lo cual, a su vez, denota la magnitud del encarecimiento de los satisfactores ofrecidos por el sector público.
- d. Dada la forma de la ecuación y los atributos en cuanto a signo de algunos términos, se establece que $e_{p,s.p.s}$ y $P.O_{s.p.s}$ poseen signo negativo lo cual debe interpretarse como los dos efectos negativos de la tarifación. La magnitud relativa de estos efectos negativos respecto del efecto positivo de incremento de la oferta, podrían significar una profundización de la inequidad social en caso que tales efectos negativos fuesen de una magnitud mayor a la del incremento de la oferta.
- e. El término $e_{p,s.p.s}$ por definición posee signo positivo y debe interpretarse como la proporción de aumento de la oferta de servicios ante los ingresos suplementarios captados o por captar con el cambio de tarifas. Cuanto más grande sea este efecto en relación a los dos efectos negativos mayor será la reducción en el déficit de cobertura o, en el mejor de los casos, lograr un 100% de cobertura de la población.
- f. El resultado de la confrontación entre los efectos negativos con el positivo (incremento de la oferta) permitirá determinar si es necesario adoptar medidas sea para diferenciar las tarifas según la capacidad adquisitiva de los usuarios o para acordar regímenes de gratuidad para ciertas categorías de grupos sociales.

1.2.2. Ilustración sobre el funcionamiento de la ecuación

Asumimos que el déficit de cobertura de un país como Honduras es de 40%, de tal manera que la demanda (real + potencial) puede ser igual a 1000 millones de lempiras y la oferta real igual a 600 millones de lempiras.

Por tanto, el déficit de cobertura se despejará fácilmente:

$$D.C. = 600 - 1000 = -400,$$

que equivalen al 40% de la demanda

En vista de esta situación, luego de un proceso de reforma, se decide aumentar o implantar tarifas en una proporción de 30% para que contribuyan al financiamiento de los costos de los servicios y ;al mismo tiempo, permitan ampliar o mejorar la calidad de la oferta actual para hacerlos accesibles a otros sectores de la población. Bajo tales condiciones se tendrán ya algunos datos para el cálculo del nuevo déficit esperado:

$$T = 0.30$$

$$P.D_{s.p.s} = 1000$$

$$P.O_{s.p.s} = 600$$

$$e_{p,s.p.s} = ?$$

$$e_{O_{s.p.s}} = ?$$

No conocemos la elasticidad precio de la demanda de servicios públicos de salud porque no conocemos la reacción de los usuarios ante un incremento de 30% en el cobro de los servicios. Sin embargo, podemos evaluar situaciones extremas para deducir y precisar, de manera analítica, la naturaleza de la demanda en un país como Honduras:

I. Demanda inelástica de los servicios Públicos de Salud

Demanda inelastica de los servicios públicos de salud, significa que los usuarios reaccionarán como si nada hubiese pasado al aumentar en 30% el cobro de los servicios. Seguirán acudiendo a demandar servicios y sólo una muy pequeña fracción de los usuarios desistirá de asistir. En una representación observariamos una curva casi vertical al eje de las Y, de la misma manera como se observa en el gráfico, donde al precio p_o de los servicios se demandaba una determinada cantidad q_o de servi-

cios. El cambio de precio desde p_0 hasta p_1 apenas provoca una disminución de la demanda desde q_0 hasta q_1 .

El cambio grande de precios desde p_0 hasta p_1 provoca una variación pequeña desde q_0 hasta q_1 .

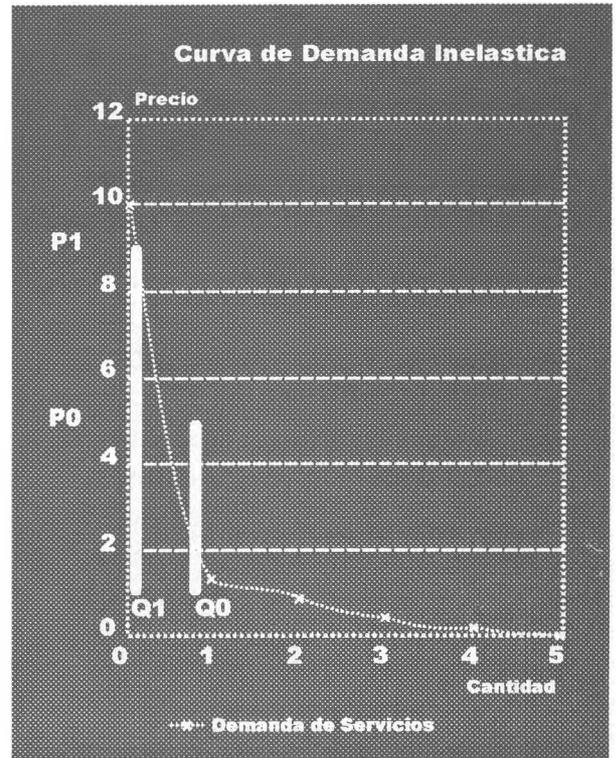
El cálculo del coeficiente de elasticidad de una demanda como la del gráfico sería menor que la unidad debido a la fórmula del coeficiente (% variación de la cantidad entre EL % de variación del precio). Suponemos que este coeficiente es igual a 0,5 -con signo negativo- para fines de evaluar, más adelante, en la ecuación del déficit de cobertura.

De comprobarse empíricamente que el coeficiente de elasticidad de la demanda es, efectivamente, como el supuesto, supondría un buen resultado -financiero y social- de las políticas de tarifación siempre que se aumentara considerablemente la oferta de servicios para abatir el déficit existente antes de la tarifación.

Generalmente, algunos productos que carecen de sustitutos como la gasolina observan curva de demanda inelástica: aumentan considerablemente los precios y las cantidades de combustible siguen adquiriéndose casi en las mismas proporciones debido a su carácter de bien esencial, insustituible, en los diferentes procesos productivos y de la vida social en general.

Asimilar los servicios de salud como bienes insustituibles implica desconocer las diferentes alternativas de los hogares que abarcan desde la automedicación, visitas a personas con poderes especiales, solicitud de consejo a los vecinos y muchas otras vías arraigadas por la falta de educación y ausencia de medidas promocionales de parte de los servicios públicos y privados.

La falta de previsión en la toma de decisiones en momentos cruciales como el alumbramiento, constituye también uno de los numerosos ejemplos de como los pobladores no demandan los servicios aún siendo gratuitos. Una variación en los cobros



de los partos al interior de las instituciones podría, para el caso, generar una disminución importante en la demanda que, de manera indirecta, aumentaría la inequidad entre las mujeres pobres en edad reproductiva.

II. Demanda elástica de los servicios públicos de salud

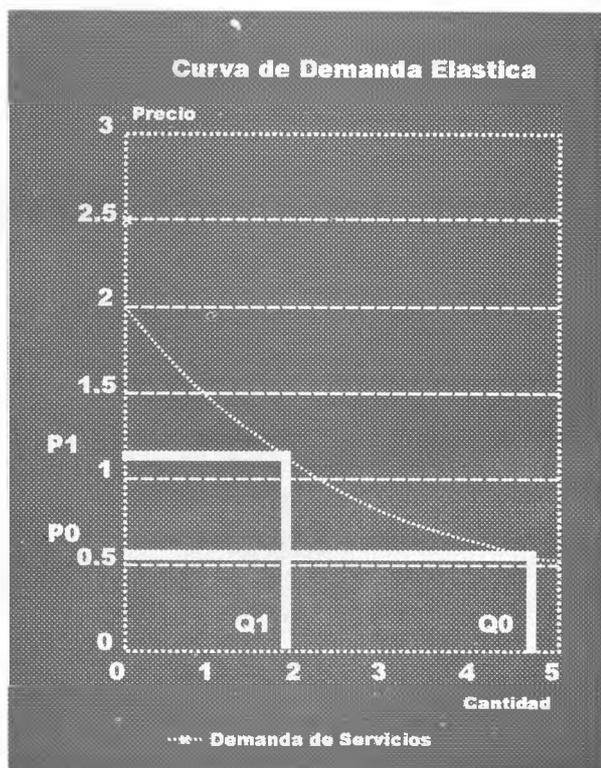
Una demanda elástica o muy elástica de los servicios públicos de salud, significa que los usuarios son muy sensibles a cambios en los precios de los servicios. Para ciertos usuarios, en función de su nivel de ingresos, les sería imposible seguir utilizando los servicios de salud con la frecuencia de utilización previa a la implantación del sistema de tarifas. Ello quiere decir que espaciaran las visitas a los establecimientos o simplemente se ausentarán y sólo acudir en casos de emergencia o gravedad. Esto significa, por tanto, una disminución considerable de las demandas por consultas, exámenes, etc. Según el gráfico que representa una curva de demanda elástica, puede observarse la gran disminución en las cantidades demandadas.

El cambio experimentado en los precios -desde p_0 a p_1 - es menor en relación al tamaño de la reducción de las cantidades demandadas -desde q_0 hasta q_1 -

A diferencia del gráfico anterior, la curva de demanda se encuentra no vertical al eje de las Y sino con cierta inclinación al eje horizontal de las X. En este caso el cálculo del coeficiente de elasticidad alcanzaría un valor superior a la unidad -con signo negativo- el cual supondremos igual a 1.4.

Tal como se expresaba arriba, es muy probable que la curva de demanda de los servicios públicos de salud sea más bien elástica entre las capas sociales de menores ingresos.

De resultar cierto, luego de una investigación en el terreno, dicho coeficiente implicaría un aumento sustancial del déficit de cobertura que sólo podría paliarse mediante la multiplicación de la red de establecimientos, con nuevos servicios y mayor calidad de la atención.



Los dos valores extremos obtenidos para medir el comportamiento de los demandantes de servicios públicos de salud requiere ahora de coeficientes de elasticidad-precio de la oferta para completar los datos necesarios para calcular la magnitud del déficit de cobertura ante variaciones en los precios de los servicios.

En la consideración de los diferentes valores que puede asumir la oferta de servicios, también se hace el abordaje por los valores extremos: oferta inelástica y elástica.

III. Oferta Inelástica de los Servicios Públicos de Salud

La oferta tiene, por definición, pendiente positiva lo que significa que a mayor precio los oferentes-productores estarían dispuestos a ofrecer más productos o servicios.

Existen; sin embargo, algunos productos como la sal que al bajar o subir de precio no suscitan una reacción de los productores para ofrecer más puesto que los demandantes no reaccionaran aún si se produce una considerable rebaja en los precios (aún cuando el precio de la sal baje a 1 centavo la libra nadie comprará más de lo que normalmente consume). A productos como este se les califica como productos de oferta inelástica.

Decir que la oferta de servicios públicos de salud es inelástica como la sal, presupone que el incremento en el precio de los servicios no aumentará sustancialmente la red de establecimientos con más y nuevos servicios. El aumento proporcional de las tarifas suscitará un pequeño aumento en las cantidades ofertadas.

En el gráfico se observa el tamaño desproporcionado del incremento de los precios ante el cambio (de Q_0 a Q_1)

A una oferta como la de la gráfica bien podría corresponderle un coeficiente de elasticidad igual a 0,1 (signo positivo) que significa un ligero aumento de la oferta ante un incremento considerable

(30%) de los precios.

Ahora ya se dispone de todos los valores para realizar los cálculos en la ecuación; sin embargo, consideraremos todavía el otro valor extremo de la oferta para proceder a realizar todos los cálculos según los valores extremos propuestos.

Antes, conviene comentar el realismo de considerar una oferta inelástica de los servicios de salud en los centros urbanos de Honduras, relativamente saturados de establecimientos con una gama relativamente completa de servicios. Al contrario, No parece muy realista considerar que en los sectores rurales no pueda aumentarse la oferta dada la relativa descubierta de la gran mayoría de espacios población. Paradójicamente, la edificación de nuevas redes no podría estar supeditada a la recuperación de costos a través del sistema de tarifas en razón de los niveles de ingreso habituales entre los hogares.

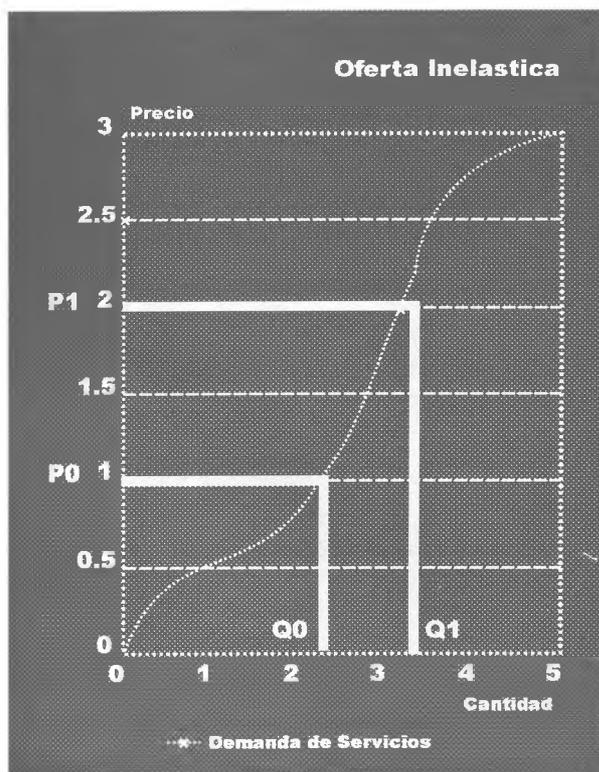
IV. Oferta Elástica

Un coeficiente superior a la unidad, se dice corresponde a productos con oferta muy elástica. Significa que las variaciones en los precios funciona como un poderoso estímulo para los productores-oferentes.

En lo referente a la ecuación para estimar la magnitud de la descubierta, conviene disponer de un coeficiente de elasticidad de la oferta de gran magnitud para anular los efectos negativos del encarecimiento y de la disminución de la demanda. En el gráfico aparece de manera evidente la mayor proporción de incremento de las cantidades de servicios ofrecidas ante el cambio de los precios.

El aumento de la cantidad ofrecida es más grande -en términos proporcionales- al aumento de los precios.

Asumimos que el valor de este coeficiente es de 1.3. De tal manera que al hacer los cálculos en la ecuación se obtenga una fuerte disminución en el déficit previo a la implantación del sistema de tarifas.



1.2.4. Cálculos Con los Valores extremos

1. Inelasticidad de la demanda y de la Oferta de Servicios

Analizaremos, en primer lugar, la situación correspondiente a demanda inelástica (coeficiente = -0.5) y también de oferta inelástica (coeficiente = 0.1). El total de valores previamente establecidos quedaría de la siguiente manera:

$$T = 0.30$$

$$\text{DEMANDA} = 1000$$

$$\text{OFERTA} = 600$$

$$\text{Elasticidad precio de la Demanda} = -0.5$$

$$\text{Elasticidad precio de la oferta} = 0.1$$

Aplicando los términos de la ecuación se tendría:

$$\text{D.C.} = 0.30[-0.5 \cdot 1000 - 600] + 0.30[0.1 \cdot 600]$$

$$\text{D.C.} = 0.30[-1100] + 0.30[60]$$

$$\text{D.C.} = -330 + 18 = -312$$

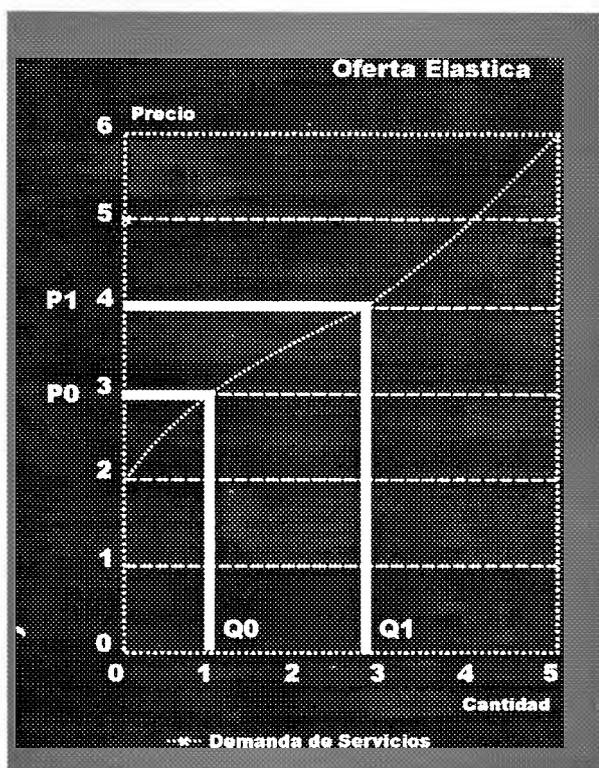
Este resultado significa que persistirá el déficit de cobertura aunque menor al déficit preexistente de -400. Ello se explica porque al ser inelástica la demanda -los usuarios seguirán asistiendo a los establecimientos a pesar de las tarifas y del ínfimo crecimiento de la oferta pública de satisfactores.

Los analistas financieros del Ministerio de Salud Pública estarían aumentando fuertemente los ingresos del sistema sin agravar el déficit y realizando inversiones menores para mejorar o expandir los servicios.

Vale; sin embargo, cuestionar la validez de considerar la demanda de servicios públicos como inelástica en razón de las estructuras de distribución del poder adquisitivo entre los diferentes grupos sociales.

2. Inelasticidad de la demanda combinada con Elasticidad de la Oferta.

Si las investigaciones levantadas en el terreno dan como resultado un coeficiente de la demanda menor que la unidad (-0.5) combinado con un coefi-



ciente de la oferta superior a la unidad (2) que implica un gran crecimiento de la red de servicios. El cálculo del nuevo déficit sera de la forma siguiente:

$$D.C. = 0.30[-0.5 \cdot 1000 - 600] + 0.30[1.3 \cdot 600]$$

$$D.C. = 0.30[-1100] + 0.30[780]$$

$$D.C. = -330 + 234 = -96$$

O sea que el déficit de cobertura pasaría de -400 a -96, lo cuál significa una cobertura superior al 90% de las necesidades de satisfactores de salud de la población hondureña.

Este resultado significa a la vez una gran inversión, quizás superior a los ingresos suplementarios obtenidos a través de la tarificación sea para mejorar las instalaciones de los establecimientos existentes, para sufragar los gastos de nuevo personal y de suministros médicos y farmacéuticos. Sin duda, esta combinación de ser real, permitiría avanzar considerablemente en la corrección de las desigualdades sociales de salud-enfermedad.

3. Demanda Elástica y Oferta Elástica

Demanda elástica significa demanda sensible a los cambios en los precios: una pequeña variación en las tarifas provocaría la ausencia de gran parte de los usuarios de los establecimientos.

A pesar de la oferta aumentada de medicamentos, suministros y personal; los usuarios dejarían de asistir en razón del peso de las tarifas en sus presupuestos.

El coeficiente de elasticidad de la demanda sería igual a -1.4 y el de la oferta igual a 1.3

$$D.C. = 0.30[-1.4 \cdot 1000 - 600] + 0.30[1.3 \cdot 600]$$

$$D.C. = -600 + 234 = -366$$

Como puede constatar, el efecto de las tarifas tendría un efecto casi inocuo: el déficit de cobertura seguiría casi igual lo que significa prácticamente anular el esfuerzo de inversión para ampliar la red de servicios sin un impacto apreciable en la

población. En este caso, la tarificación funcionaría como una barrera que impediría el acceso de los que no asistían antes de la aplicación del sistema tarifario.

4. Demanda Elástica y Oferta Inelástica

Ahora tratamos una situación muy particular que, quizás, sea el reflejo de la reacción combinada de los usuarios pobres del sector rural con un pequeño aumento de la oferta de un Estado en aguda crisis presupuestaria.

La alta sensibilidad de los usuarios a cobros adicionales por los servicios de salud -conducta de rechazo total a la tarificación- combinada con un crecimiento modesto de la oferta de servicios daría por resultado lo siguiente:

El coeficiente de elasticidad de la demanda = -1.4

el coeficiente de elasticidad de la oferta = 0.2

D.C. = $0.30[-1.4 * 1000 - 600] + 0.30[0.2 * 600]$

D.C. = $0.30[-2000] + 0.30[120]$

D.C. = $-600 + 36 = -564$

Este sería el peor resultado de la tarificación puesto que aumentaría en gran proporción la descubertura: de 40 % a 56.4% de la población cubierta por el sector público. Resultado completamente opues-

to al objetivo inicial de reducir la descubertura con los recursos suplementarios de la tarificación.

Este sería el resultado a evitar mediante una planeación cuidadosa, sustentada con encuestas confiables en espacios-población representativos del universo de sitios con muy bajos niveles de ingreso y donde los niveles educativos y la pobreza imperante condicionan la incidencia de determinados problemas de salud-enfermedad.

5. Realismo de los Supuestos de Cálculo

Conviene ahora establecer algún criterio para apreciar el grado de aproximación o alejamiento de los supuestos de cálculo en base a datos reales de Honduras, recabados a través de la Encuesta Nacional Sobre Condiciones de Vida de mayo de 1992- lo cuál, hará posible disponer de una referencia antes de realizar investigaciones en diferentes lugares según las metodologías de selección adoptadas.

De un total de 298 mil hogares identificados con 1 o más personas enfermas, en marzo de 1992, se determina que el 60,9% de los mismos declararon buscar atención en establecimientos del sector público (Hospitales, CESAMO, CESAR) 28% en clínicas privadas y 11 % en otros agentes. Por tales cifras es factible afirmar que el sector público

Honduras: Hogares con Enfermos Según Nivel de Ingreso y Tipo de Atención Marzo de 1992

Nivel de Ingreso	Hogares	Sector Público	%	Sector Privado	%	Otro	%
Total nacional me- nos de 800 Lps. de	298,247	181,876	60.9	84,817	28,	34,554	11,5
801 a 3,200 Lps de	189,061	125,970	66,6	37,442	0	25,694	13,5
3,201 y más	96,764	51,181	52,8	40,883	19,	4,700	4,8
	10,290	2,603	25,2	7,232	8	455	4,4
					42,		
					2		
					70,		
					2		

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. SECPLAN, FHIS, BANCO MUNDIAL

atiende el 60% de las necesidades de atención en salud que es el supuesto asumido en los cálculos.

Al observar los tres tramos de ingreso percibidos por los hogares, se registran 189 mil hogares con enfermos y cuyos ingresos fueron iguales o inferiores a 800 lempiras, equivalentes a 133 lempiras per cápita mensuales- para hogares con 6 miembros -para cubrir las diferentes necesidades. Estos Hogares, que constituyen el 63.3% del total de hogares con enfermos a nivel nacional, podrían ser el segmento de hogares muy sensible a cambios en el sistema de tarifación del sector público dada la insuficiencia de sus ingresos. (14 dólares de ingreso mensual per cápita). Las tarifas agravarían fuertemente la deteriorada situación de estos grupos de población.

Por su parte, el segmento de hogares con ingresos entre 801 y 3,200 lempiras, compuesto por 51,181 hogares, podría -forzando un poco los criterios de clasificación- podría constituir el estrato de demanda inelástica: relativamente insensible a las variaciones en los precios de los servicios.

El estrato de ingresos altos, más de 3,200 Lempiras por hogar, compuesto por un total de 2,603 hogares que también sería un sector de demanda inelástica y que, muy probablemente, podría estar recibiendo subsidios implícitos del resto de sectores sociales.

Los datos del cuadro permiten agregar un componente importante a la hora de hacer estudios en el terreno: el cálculo de los coeficientes de elasticidad/inelasticidad deberá realizarse por segmentos de atención en base a tramos de ingreso o capacidad adquisitiva de los demandantes o, de ser posible, por criterios de necesidades básicas insatisfechas según características geográficas de los Espacios-población. Estudios de tal naturaleza permitirán deducir apropiadamente los patrones de comportamiento que un cambio de tarifas puede inducir.

Quizas quede claro el porqué de la preocupación contenida en el adagio popular: "que la medicina no salga más caro que la enfermedad" que contiene un principio de racionalidad económica asimilable a un: quitar más a los que ganan más y menos a los que ganan menos. Debe recordarse que el sistema de tarifas funciona como un impuesto a la salud y; por tanto, debe siempre buscarse que el gasto en salud de los pobres no sea -en términos proporcionales - mayor al gasto en salud de los estratos de ingresos medios y altos. De lo contrario, el Ministerio de Salud Pública se convertiría en un agente de la distribución regresiva del ingreso; es decir, en un agente "edificador" de las inequidades sociales.

CONCLUSIONES

Una de las principales conclusiones que podemos sacar del ejercicio que acabamos de finalizar es asumir, mientras no existan estudios empíricos al respecto, las medidas más probables de la elasticidad/inelasticidad de la demanda de servicios públicos de salud:

1. Relativa inelasticidad de la demanda de servicios públicos de salud

Si efectivamente los servicios públicos de salud son inelásticos; si la casi totalidad de la población los considera como bienes superiores, con pocos o ningún sustituto, la utilización de los nuevos flujos de ingresos para aumentar la oferta de servicios, más clínicas materno-infantiles rurales y urbanas, más centros de salud, más farmacias populares, etc., implicarán un cambio positivo en la cobertura y/o acceso; si y solo si se adoptan esquemas de exoneración total o parcial a los sectores más pobres del campo y la ciudad. Ello implica conocer, a priori, la situación socioeconómica de los usuarios para determinar la magnitud de los sujetos sociales exonerados y los recursos necesarios para proveerles servicios de calidad.

(Si existe una marcada preferencia de los usuarios por establecimientos como el Hospital Escuela o el

Catarino Rivas; ello implica la existencia de diferencias muy grandes en la elasticidad-precio intra servicios que; sin embargo, puede modularse mediante prácticas de diferenciación de precios que castiguen o premien el uso de estos establecimientos: aumentar bastante las tarifas en hospitales nacionales y muy poco en el resto de establecimientos para inducir nuevas racionalidades de conducta en los usuarios.)

2. Demanda elástica de los servicios públicos de salud.

Los argumentos en contra de modificar las tarifas se basan en suponer que los usuarios son extremadamente sensibles a cambios en los precios de los servicios. Es probable que sea cierto pero solamente durante períodos muy cortos. Un buen ejemplo de esto lo constituye los refrescos embotellados que han experimentado cambios hasta de 600% en los últimos 5 años sin que se registre ninguna disminución apreciable de la demanda. Hoy día el costo de un refresco embotellado es equivalente al costo de 3.5 consultas en cualquier establecimiento público de salud.

Se trata de afirmar, por tanto, que durante uno o dos meses los usuarios con capacidad adquisitiva dejarán de asistir pero; más tarde, continuarán acudiendo si no encuentran buenos sustitutos en el mercado de servicios. Sin duda, es claro que un incremento en las tarifas sin alteraciones sensibles en la calidad de los servicios puede provocar una disminución de mayor duración en la demanda.

3. Reformas sin Estudios de Base

El ejercicio que acabamos de estudiar muestra la necesidad de la investigación como un requisito fundamental para buscar soluciones sustentables que las propuestas planteadas en la nueva agenda de salud se sostengan en estudios donde quede evidenciado la inexistencia de riesgos de incrementar la inequidad social. (No existen principios ni lineamientos claros sobre la direccionalidad de la investigación en salud; el incipiente desarrollo de estudios basados en Economía de la Salud sigue sien-

do una debilidad estructural de la Secretaría de Salud, de centros académicos como la UNAH e, incluso, de organismos de cooperación como O.P.S., UNICEF y otros).

4. Reformas en Salud desde los Organismos Financieros Internacionales.

Aunque el discurso de organismos financieros internacionales como B.M. y F.M.I es ahora, menos confrontativo que antes en cuanto a la profundidad y alcance de las reformas; sigue planteada la amenaza de visualizar la reforma en salud como un simple problema de mercado. Las propuestas de transferir la administración y usufructo del agua a operadores internacionales o las de liquidar los institutos estatales de seguridad social siguen latentes. Esto, por supuesto, abarca los servicios públicos de salud en la medida que constituyen una carga importante en los presupuestos del Estado. (La reducción del déficit fiscal bien pudiera lograrse fácilmente si el Estado deja de intervenir en salud o educación).

En todo caso, aún si la reforma en salud asume la vía, no tan grave en términos de impacto social, de modificar las tarifas debe tenerse en cuenta que para la mayor parte de los organismos internacionales de financiamiento la magnitud de pobreza de Honduras es de 54 % o 56%. El desempeño de Honduras, según los O.F.I., en los últimos años ha sido exitoso en reducir la pobreza; lo cuál podría implicar sobrestimar la cantidad de usuarios que podrían pagar las nuevas tarifas sin que ello afecte o lesione su bienestar.

El conocimiento profundo de la realidad hondureña es; creemos, la mejor arma para impulsar cambios sustanciales en la sociedad. Sin embargo, en el caso particular de salud:

¿Quién determina que es lo que se debe saber?,
¿Quién o quienes elaboran los planes de investigación para apoyar; por ejemplo, servicios de salud financieramente sustentables.?

Mientras la academia siga divorciada de la gestión, en salud, educación u otras áreas, más estrecho será el horizonte de la sociedad hondureña.

Respuestas sociales frente a la Afirmación de la vida*

Astarté Alegría

¿ Por qué al ser humano le es tan difícil ser feliz? Esta parece ser una interrogante destinada a acompañar la existencia humana, y que además, tiene el poder de trasladarnos a pensar en el pasado, con ilusión de que el ayer fue mejor que los turbulentos tiempos de hoy día.

El enigma ha ocupado el pensamiento de artistas, sin escapar de la óptica científica; y es que como lo explica Freud, S. en *El Malestar en la Cultura*⁽¹⁾, en el terreno psíquico es posible la persistencia de todos los estadios previos del desarrollo humano junto a la forma definitiva; sin que ello signifique poder representarnos gráficamente este fenómeno, como lo podemos hacer con el desarrollo físico.

Tratándose de lo psíquico, lo pasado puede subsistir, sin dejar de ser posible que muchos elementos sean reestablecidos o borrarlos.

Para el nombrado autor la felicidad tiene dos fases: evitar el dolor y el displacer, y por otra experimentar intensas sensaciones placenteras.

En ese sentido, se debe al principio del placer la fuerza que mueve las operaciones del aparato psíquico. Por supuesto su acción no siempre conlleva al placer. "Lo que en sentido más estricto se llama felicidad surge de la satisfacción, casi siempre instantánea de necesidades acumuladas que han al-

canzado elevada tensión, y de acuerdo con esta índole sólo puede darse como fenómeno episódico"⁽²⁾.

Con respecto al sufrimiento, es decir aquello que aleja al ser humano de la felicidad, apunta Freud tres fuentes "... desde el propio cuerpo que condenado a la decadencia y a la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos"⁽³⁾.

La tercera fuente de infelicidad, considerada de origen social, difícil de aceptar ya que significa que es creada por los seres humanos, por las instituciones como la familia, el Estado y la Sociedad producto del llamado desarrollo de la humanidad, es la que en esta ocasión ocupa nuestro pensamiento, y que teniendo múltiples formas desde donde estudiarse, se ubica en el marco de la pobreza como acontecimiento social de ayer, hoy y mañana.

Contexto

El tema de la pobreza resulta complejo desde cualquier óptica que se considere para su estudio. Desarrollo y pobreza se convierten en una fuerte contradicción difícil de aceptar.

Cada vez son más las acciones dirigidas al combate de la pobreza y la miseria; sin embargo, los estudios reiteran que las condiciones de vida conti-

* Trabajo presentado como Tesis de Grado de Maestría en Salud Pública con el título: Respuestas Sociales de la Colonia Rivera de la Vega frente a sus Necesidades y Problemas de Salud.

núan empeorando para la mayoría, De manera particular, los centros urbanos están siendo los mayores escenarios de la pobreza, hecho contrario al de tiempo atrás cuando por el subdesarrollo industrial se consideró que la pobreza era mayor en las áreas rurales.

Hoy es bien sabido que crecimiento económico no sólo no es condición para el desarrollo, sino que además es inversamente proporcional al desarrollo ya que genera cada vez más pobreza.

No obstante esto no debe ser visto e interpretado con extrema simplicidad, ya que exige de tomar en cuenta la forma en que científicamente se conciben los estudios de la pobreza y sus diferentes expresiones, una de ellas la denominada como Marginalidad.

Mires, F.⁽⁴⁾ cuestiona que las Ciencias Sociales han mantenido en su explicación una concepción evolucionista de la historia y de la sociedad, lo que conduce a que el concepto de desarrollo esté direccionado por un eje evolucionista, herencia de las Ciencias Naturales; el resultado es una confrontación con la propia historicidad del concepto desarrollo. Es por ello que para él, la pobreza así como su expresión social –los pobres– son el resultado de las formas que ha asumido el desarrollo industrial en América Latina. Lo que significa que al estudiar el tema de la miseria, es inevitable cuestionar los conceptos de desarrollo que se han puesto en práctica.

MARGINALIDAD: Línea divisoria entre dos partes

En Sociología se concibe a la realidad social ajustada a determinados límites ubicados en el tiempo y el espacio, significa hablar de un adentro y un afuera; en ese sentido la marginalidad es el afuera, la no sociedad, es el intento por establecer una zanja en un punto de la realidad y a partir de ahí derivar las leyes de la sociedad, Es por ello, que algunos expertos consideran a la marginalidad un concep-

to geométrico, una línea que divide el todo –la sociedad– en dos partes. Obviamente los límites entre el adentro y el afuera no son naturales, sino impuestos desde afuera.

El término marginalidad se institucionaliza en la década de los setenta, haciendo referencia a aquella parte de la población que está afuera de la escala social; así entonces la integración de los marginados es vista como un proyecto destinado a normalizar la sociedad de acuerdo a ideales prescritos.

No es posible evitar al referirse al tema de la marginalidad colocarla como atributo de un capitalismo dependiente en el que el mercado de trabajo tiene una capacidad débil de integración.

Desde la planificación urbana el debate actual refleja una confrontación entre los paradigmas de la ciudad moderna iniciados por el funcionamiento y la nueva dinámica social, más compleja, cambiante e imperativa.

La crisis urbana reflejada en la marginalidad es en gran parte crisis de la planificación urbana, La planificación participativa conjuntamente con estrategias compensatorias se presentan como propuestas frente a la crisis. Lo que parece más claro es que no podemos seguir estudiando los grupos sociales bajo una concepción de lo que deben ser, sino a lo que son y a lo que pueden ser.

La sustitución del concepto de Marginalidad por el de Informalidad, manteniendo la dualidad de “unos” y “otros”, “adentro” y “afuera”, a partir de la década de los ochenta pretendió innovar el estudio de la pobreza especialmente al incorporar como elemento fundamental a la Economía.

El concepto de informalidad parte de la premisa de que en la sociedad existe real o potencialmente una parte formal que define negativamente a su parte informal.

De esa manera el sector a que se considera informal es el auge de la crisis de lo formal, o lo que es

lo mismo la declaración en quiebra de una concepción cientista que se suponía incuestionable.

Por otra parte se considera que el tema de la informalidad se relaciona más con la crisis del proceso de industrialización que con el desempleo.

Aceptar la existencia del sector informal significa por una parte el reconocimiento de un capitalismo latinoamericano periférico y atrasado; en tanto por otra el imprescindible papel del Estado regulador con la generación de políticas sociales y por otra la incorporación del sector productivo a través de la Empresa Privada como actor fundamental en la gestión social.

Objeto de estudio

Se realizó una investigación que permitiera conocer el saber cotidiano, así como las formas de responder de los habitantes de la Colonia Rivera de La Vega, frente a sus necesidades y problemas de salud; con la esperanza de encontrar otros caminos, tanto hacia su comprensión, como en la manera de brindar un servicio todavía basado en la atención a la enfermedad y no a la salud.

El trabajo se inscribe en la lógica de la investigación deductiva⁽⁵⁾, es decir parte de teorías que suponen observaciones y generalizaciones empíricas que se traducen en hipótesis en un primer momento empíricas que dan lugar a través del método de deducción lógica a información, confirmación, aceptación o rechazo de las teorías que sustentan el proceso de investigación.

Desde que el hombre se constituyó como objeto de estudio científico, una de las principales inquietudes es la de cómo aprende el ser humano, es decir cómo adquiere su saber.

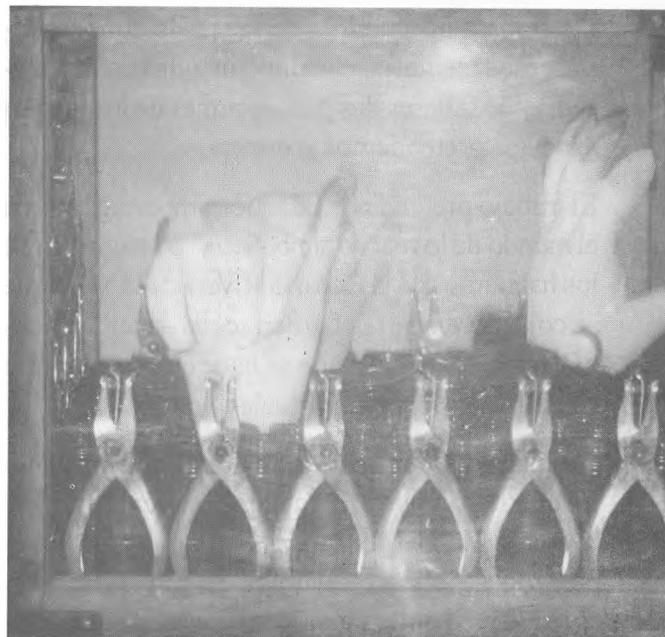
El saber como fenómeno humano, se constituye en conocimientos, los que son aprendidos.

No es reciente que el aprendizaje dejó de ser visto como un acto exclusivamente formal en el sentido académico para ser enfocado como un proceso

inherente a la existencia del ser humano. A partir de ello el aprendizaje es considerado un elemento fundamental en la explicación de múltiples fenómenos entre ellos, cómo se adquieren las conductas y posteriormente, cómo se puede cambiar estas cuando están constituidas como hábitos y estilos de vida.

Acerca de este tema lo debatible continúa siendo qué conductas ya qué individuos o grupos de individuos van dirigidas las acciones de cambio.

Así por ejemplo, el trabajo con las adicciones, problemas de baja sensibilidad frente a las acciones terapéuticas y deseable de cambio desde todo



punto de vista. Por el contrario, la necesidad de cambio no es fácil de determinar cuando se trata de estilos de vida, ya que además del problema de cómo hacerlo, inevitablemente surgen preguntas sobre a quién o a quiénes afecta un particular estilo de vida; mas aún desde dónde debe originarse la motivación de cambio debido a que en última instancia de lo que se trata es de la decisión sobre cómo vivir.

Los grupos sociales urbano marginales, realizan estilos de vida particulares en su organización social;

las acciones en salud están actuando en atención a la enfermedad sin lograr impacto que desencadene procesos conducentes a mejorar de manera integral la situación de estos grupos.

Tomando como contexto general las condiciones de vida e indicadores de salud, es necesario reconocer que a través de las acciones de salud se inci- de sobre los indicadores y no sobre las condicio- nes de vida, es decir se dirigen a nivel de los enfer- mos (efectos), escasamente a las necesidades y riesgos (mediadores) y menos aún a las condicio- nes de vida. Ejemplo de ello las acciones de vacu- nación y control de enfermedades.

Creemos que para impactar sobre éstas a través del trabajo en salud, se requiere de conocer los procesos mentales, el mundo imaginario, la ideo- logía, los saberes, las percepciones de los grupos a los que pretendemos acercarnos.

El trabajo pretendió la búsqueda de categorías en el mundo de lo real, lo simbólico y lo imaginario de los habitantes de la Colonia Rivera de la Vega que se construyen entre el orden social –acción en sa- lud establecida- y lo que se hace en la vida diaria en las dimensiones individuales y colectiva.

Lo imaginario, exige de distinguir la dicotomía en- tre el orden intelectual en una de sus expresiones, la creatividad; y por otra parte el imaginario ex- presado a través de símbolos. Es por ello que no es lo mismo hablar de imaginario que de imagina- ción.⁽⁶⁾

Lo Imaginario: Una Respuesta Social frente a la afirmación de la Vida

Las relaciones entre lo real, lo simbólico y lo ima- ginario han sido profundamente estudiadas por Lacan. Para él la *existencia* equivale a lo real, el *agujero* a lo simbólico y la *consistencia* a lo ima- ginario.

Estructuralmente estos tres elementos se represen- tan en forma de nudo compuesto por tres redon- deles. Cada redondel tiene su propia consistencia como unidad, es decir su propio imaginario; al menor el de requerir cierta materia, hilo o cuerda para ser construido.

Así para pensar lo real hace falta una pieza de ima- ginario. En lo simbólico, el recurso de lo imagina- rio es igualmente necesario.

La consistencia de lo imaginario es “lo imaginario a la segunda potencia”. Para el ser parlante, tal con- sistencia es lo que se fabrica y se inventa como sentido.⁽⁷⁾

Es por ello que lo imaginario no es pura consisten- cia; el redondel de lo imaginario también tiene un agujero central. En el caso del saber nítico no es pura consistencia imaginaria; sólo es borde de su propio agujero central: el “saber insabido”, es de- cir inconsciente.⁽⁸⁾

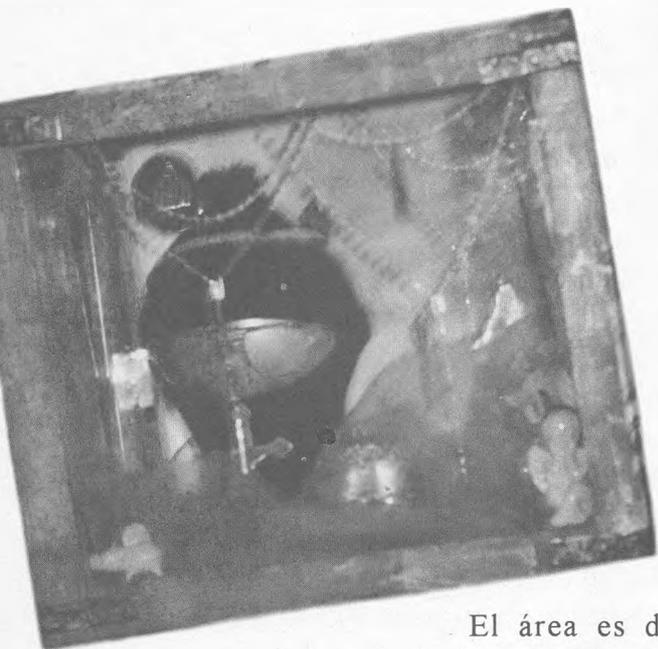
Lo imaginario, particularmente lo que respecta al “saber insabido” en el marco de la situación de sa- lud según condiciones de vida, fue explorado a partir de las respuestas sociales del grupo frente a su si- tuación de salud; expresión de particulares condi- ciones de vida, en el proceso de producción mate- rial, social y psíquico, característico del menciona- do sector popular urbano.

Las condiciones de vida se operacionalizan en di- mensiones (económica, ecológica, biológica y de conciencia y conducta), estas se expresan en ne- cesidades y problemas, los que a su vez originan o dan lugar a las respuestas sociales.⁽⁹⁾ Para Castel- lanos P, L, todas las acciones sociales organiza- das en contextos comunitarios y societales se con- stituyen en respuestas sociales. En su propuesta enfatiza estas según las acciones de salud (promo- ción, prevención y atención) que se realicen para su ejecución, constituyéndose las respuestas so- ciales en las políticas y planes de salud y bienestar.

No por ello renunciamos a la aspiración de que el conocer las acciones de salud y bienestar de los habitantes de la Colonia Rivera de La Vega, arroja luces sobre el tipo de acción en salud y bienestar que desde el orden establecido puede ser reforzado para intentar cambiar la situación de salud.

Escenario de la acción social

Se trata de una Colonia catalogada como urbana de alta marginalidad. Nace en 1985, forma parte del área de influencia del Centro de Salud "Ramón Villeda Morales" conocido como El Pedregal, a su vez Unidad de la Región Metropolitana de Salud.



El área es de propiedad privada, al inicio sus habitantes sin ningún procedimiento legal y por medio de intermediarios "compraron" su lote de tierra, luego otros se establecieron por la vía de la ocupación sin ningún tipo de arreglo; razón por la que se consideran entre sí "dueños" los primeros, e "invasores" los segundos.

Geográficamente estos dos grupos han quedado dispuestos de tal forma que se identifican como los de "arriba" y los de "abajo" respectivamente, presentando mejores condiciones los primeros ya que la topografía del área dio lugar a mejor ordena-

miento en la ubicación de viviendas y calles.

Cuenta con 196 viviendas y 968 habitantes; no tiene agua potable por lo que usan agua de pozo y la de los vecinos comprándola y transportándola; posee 141 letrinas; la basura es desechada por medio de quema y enterándola, con mayor frecuencia la vertiente del río que rodea la parte baja de la Colonia sirve de depósito de la misma.

La organización está basada en el Patronato, existe además una Junta de Electricidad y dos grupos religiosos. En articulación con el Centro de Salud cuenta con personal comunitario: Una partera, cinco Voluntarias de Salud, dos Consejeras de Lactancia y once Distribuidores de Litrosol.

Cuatro grupos: Hombres y Mujeres, Alfabetas y Analfabetas fueron los sujetos fuente de comunicación e información; además la interacción a través de observación y entrevistas con personajes claves de la Colonia.

Acciones sociales

La experiencia investigativa, permite organizar los hallazgos en niveles, unos, apegados a la realidad (aspectos económicos), otros ligados a como los sujetos vivencian su cotidianidad, mezclando lo real con lo imaginario. Debiéndose tomar en cuenta que para ellos no existe separación.

La participación de los cuatro grupos presenta aspectos particulares y comunes, el tipo de material brindado pone de manifiesto distinciones entre hombres y mujeres así como por el nivel educativo.

En general la profundidad en la explicación y comprensión de las necesidades y problemas está en estrecha relación con el nivel educativo; los grupos alfabetas alcanzan mayor dinamismo al incluir elementos de superior elaboración cognositiva y afectiva. A pesar de que todos se concentran en la carencia material como característica que los lleva a forjar una identidad de desposeídos, los contenidos se enriquecen y amplían de acuerdo a la esco-

laridad.

SALUD: "Tener comida, dinero; el amor es el postre"

En relación a la salud, ésta es vista por todos como un valor asociado a bienestar material cuyo origen proviene de dos fuentes, por un lado de la fuerza suprema Dios y por otro del esfuerzo a través del trabajo, actividad considerada necesaria para la satisfacción de necesidades. A excepción del grupo de mujeres analfabetas, todos integran dentro de la salud a las manifestaciones psíquicas o mentales. No se trata desde luego que este grupo no las experimente, sino más bien de su grado de percepción que apenas alcanza la vivencia racional y afectiva de carencia material en el plano de insatisfacción primaria; precisamente por lo intenso con que es experimentada su situación son escasos en la elaboración cognoscitiva de la misma.

La enfermedad es entendida como la pérdida de salud, curiosamente no es destacada (aunque sí considerada) a partir de las expresiones físicas, sino más bien de las mentales y estas apegadas estrictamente a la ausencia de medios para satisfacer su necesidad básica que es la de tener alimento y trabajo.

En otros términos la pobreza es para ellos una forma de vida que representa la enfermedad traducida ésta en una lucha día a día por la sobrevivencia.

La identificación de factores que afectan la salud y que van más allá de las medidas de higiene, aproxima a los participantes al entendimiento de las condiciones de vida como determinantes estructurales; no obstante la relación obedece todavía al orden constitutivo como una traducción del orden social, acercándose débilmente a una relación dinámica entre lo externo (condiciones de vida) y lo

"El choque de nervios es estar pobre, no tener que comer, los hijos pidiendo comida, la mujer enferma"

interno (pensar y sentir).

La atención en salud se manifiesta principalmente bajo dos formas: atender la enfermedad en un primer momento, que es la atención en casa con medicina natural, casera, especialmente en aquellas circunstancias consideradas por ellos no adecuadas para la atención médica como empacho, mal de ojo y calor pasada; en donde la credibilidad hacia la atención médica es baja. Esto no implica para las mujeres conflicto en cuanto a la decisión de atención ya que son firmes en sus creencias, lo que no les

impide acudir a la atención institucional para otro tipo de enfermedades. Otra forma de procurarse salud se basa en la práctica de medidas de higiene para mantener la salud y evitar la enfermedad, concentrándose estas en el ámbito familiar a través de clorar el agua de beber, cocer bien los alimentos, lavarse las manos, usar letrinas y mantener aseada la casa. Son limitadas las acciones preventivas dirigidas a la comunidad como producto construido en colectividad, el grupo de hombres con escolaridad es el que más se acerca planteándolo como un beneficio común, como una acción que debe realizarse pero que no se cumple.

El saber cotidiano de las generaciones adultas es transmitido a las siguientes generaciones; las madres se destacan como la fuente de ese saber, particularmente en torno a la salud, lo que se constituye en parte del ser mujer y madre.

Se observa que el saber cotidiano se mantiene en situaciones como el rol e identidad de la mujer; en relación a la salud en las prácticas de atención a la enfermedad y en el origen de esta. A la vez las nuevas necesidades y experiencias sociales que afectan sobre todo a las generaciones más jóvenes aumentan el saber cuando este es traducido al lenguaje de los conceptos cotidianos.

Frecuentemente, el saber científico busca modificar el saber cotidiano introduciendo desde afuera, a través de la Educación para la Salud, cambios de conductas, mostrando nuevas que sustituyan las que se consideran perjudiciales al bienestar.

Esto es percibido por los sujetos como información importante; sin embargo reconocen dificultad para incorporarlo en sus vidas, aduciendo "olvido". Esta contradicción fue estudiada por Heller, A. cuando plantea que "El saber cotidiano acoge (o puede suceder que acoja) ciertas adquisiciones científicas, pero no el saber científico como tal. Cuando un conocimiento científico cala el pensamiento cotidiano, el saber cotidiano lo asimila englobándolo en su propia estructura".⁽¹⁰⁾

La acción del saber científico no permite esto, ya que suele presentarse aislado, ajeno, desconectado de lo cotidiano, logrando llegar a información y guía de la acción cotidiana, ya que "Para el pensamiento y saber cotidiano el saber científico es algo formado de antemano y es en sí un hecho evidente... los conocimientos científicos, por tanto, no cambian en su esencia la estructura del saber cotidiano".⁽¹¹⁾

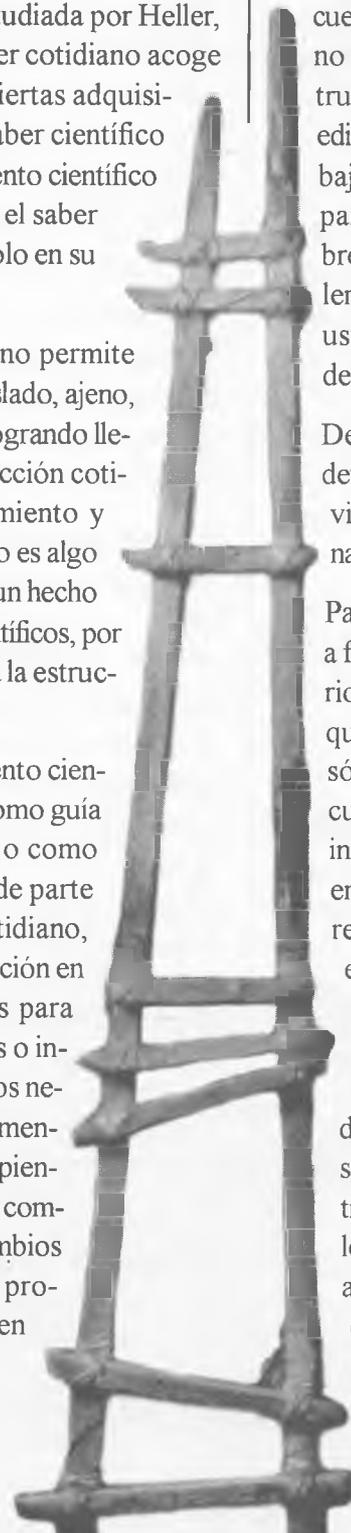
Las posibilidades del conocimiento científico, ya sea constituyéndose como guía del saber práctico (cotidiano) o como fuente de interés y curiosidad de parte de los poseedores del saber cotidiano, nos llevan a sostener que Educación en salud al basarse en propuestas para cambio de conductas en grupos o individuos, a quienes consideramos necesitan un saber científico, débilmente logrará su propósito, si no se piensa y actúa como un esfuerzo por comprender, facilitar y construir cambios que surjan de las necesidades propias de los sujetos, tomando en

cuenta sus particulares formas de vida, sus potencialidades e historicidad.

En las mujeres analfabetas, una de las formas de interacción como colectividad está basada en la privación o insatisfacción de las necesidades básicas materializada en el tener algo como forma de existir. Significa que el SER exige del tener, es por ello, que las relaciones sociales se expresan frecuentemente con emociones como la envidia que no logró evolucionar para dar paso a la construcción individual y colectiva de acciones edificativas y creadoras. El vivir cotidianamente bajo la expectativa de desear tener lo mínimo para sobrevivir conjugado con la incertidumbre de poder alcanzarlo, las hace ser poco tolerantes a la situación de otros, aún cuando lo usual es no tener, se enfrentan con el que los demás puedan llegar a obtener.

De tal manera que la visión de colectividad se deteriora dando lugar a una lucha individual de vida en donde la ley del más fuerte predomina.

Para las mujeres alfabetas la situación en cuanto a formas de interacción no difiere de las anteriores. La oralidad como momento evolutivo que no alcanzó pleno desarrollo se refleja no sólo en el plano singular de personas o particular de grupo familiar, sino también en la interacción como grupo social; expresándose en intercambios colectivo poco provechosos, revelando que la capacidad de dar y recibir es defectuosa en tanto no hubo probablemente un modelo que permitiera sentir la satisfacción de recibir, de ser satisfecha, lo que dificulta el establecimiento de una dinámica de alteridad que permita gratificar al otro y a sí mismo; instaurándose más bien la destrucción por medio de impulsos verbales (orales) donde el deseo (fantasía) de no necesitar al otro son más poderosos. Es por ello que en las frecuentes riñas en torno al dar y recibir



recurren a agresiones verbales donde el comer o no comer son los temas; otra expresión es el cuidado con el que esconden sus necesidades en alimentación.

En ocasiones la situación alimentaria las lleva a experimentar el cuestionamiento de su propia existencia, que en la mujer remite a su función de madre nutriente como el rol actual que se vincula con el de hija, cuando esta fue objeto de satisfacción o insatisfacción. La socialización contribuye a agudizar la contradicción que constantemente enfrentan en cuanto a estar destinadas a abastecer y gratificar y no a provocar dolor y frustración.

Como mujeres enfrentan sobrecarga de funciones laborales y afectivas destacando las segundas particularmente en la crianza de los hijos, logrando apenas amortiguar con acciones cotidianas las demandas, sin alcanzar a concebir aún formas más estables de seguridad. En este plano analizan el trabajo como medio que les permitiría estar mejor, elemento que no es considerado por las del grupo sin escolaridad.

Por otra parte los incipientes esfuerzos pro la defensa de sus derechos como mujeres en el ámbito familiar y como grupo contrastan con la prevalente posición de la mayoría al mantener una actitud de sumisión y dependencia de los hombres.

Los hombres analfabetas viven la pobreza material como la causa de estados de desesperación ante los que experimentan como defensa (también señalada por las mujeres de igual nivel educativo) deseos de huir y evadir las dificultades, lo cual resulta útil si se considera que la instrumentalización de esta defensa permite amortiguar el dolor. A la vez se realizan acciones que aunque puntuales y en el orden de lo individual logran la sobrevivencia. Frente a esa situación es que se amparan en Dios como fuerza divina, la que sienten a través de la acción de personas que en momentos de dificultad surgen o buscan como medios de ayuda. Es un

claro esfuerzo por fusionar las dos fuerzas; la divina y la de ellos mismos.

En las relaciones familiares, la interacción demuestra como para los hombres la mujer debe estar bajo su dominio, ya que ellos ponen gran medida de su valor como grupo social en el comportamiento de ellas, razón por la que coartan cualquier acción de parte de sus compañeras que revele autonomía y fuerza. En general son ambivalentes en sus actitudes hacia la mujer ya que por una parte se dan cuenta de su "marginación" pero a la vez se sienten amenazados en la potencialidad que suponen la mujer; prefieren creer que la mujer tiene cargas de trabajo ligeras y que goza de menos responsabilidades que el hombre.

Algo similar sucede al valorar el trabajo de la mujer fuera de casa; expresándose permeables ante esa posibilidad sobre todo al balancearla en términos económicos; no obstante se prefiere a la mujer exclusivamente para el trabajo doméstico.

"Cada quien jala su cobija por su lado, se rompe y nos da frío"

Un elemento fundamental arrojado por el grupo de hombres sin escolaridad en la explicación de su establecimiento como colectividad, es el entender su historicidad como proceso que en el momento inicial presentó cohesión de grupo, participación y esfuerzos conjuntos, que frente a la vivencia actual de fracaso donde predomina el individualismo, se necesita de que "el proceso" continúe dando lugar a otros momentos donde se pueda construir alternativas y superar la frustración y pasividad.

El alcance en el entendimiento de esta situación no es homogéneo ni logra la estructuración de alternativas para seguir adelante.

Si bien este grupo de hombres hace referencia a su condición social de manera implícita, el del mismo sexo alfabetas es más claro al ubicarse en términos

de estratificación social como grupo marginado, comparándose con grupos poseedores materialmente.

La fuerte diferencia social los conduce a apropiarse de la esperanza como un valor no material que ellos poseen y que se traduce en el deseo y la espera de que se materialice de alguna forma. Se trata de una racionalidad que tiene como fin disminuir su sentimiento de no poseer. El conformismo entonces pasa a ser la posibilidad de aceptar su condición con el consiguiente esfuerzo y deseo de mejorar, además de la capacidad de poder poner límites a las aspiraciones, algo que sienten los diferencia, ya que cuestionan el tener suficiente y a la vez desear tener más. Ante la dificultad de no poder alcanzar lo necesario se dan cuenta que no basta con el deseo, sino que lo externo determina sus posibilidades. Es por ello que la superación se confunde con el conformismo y en aras de mantener su sentido de realidad el grupo se ubica como estático y aceptando sus condiciones de vida.

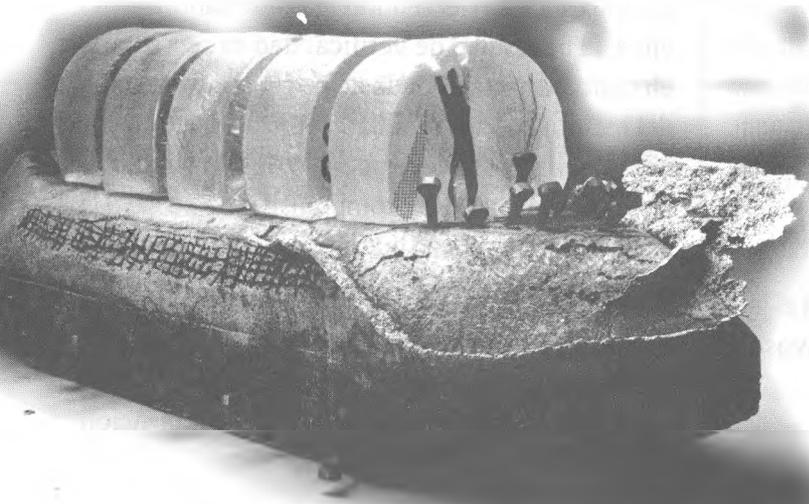
La cultura es una categoría introducida por este grupo en la explicación de su situación, visa como la educación que permite desarrollo intelectual, poniéndose en evidencia en actitudes y emociones como la envidia que provoca el presenciar el que otro pueda llegar a tener o mejorar su forma de vida; en el plano colectivo en la desunión y falta de participación en un proyecto común.

A pesar de que el pensamiento es más elaborado y profundo al pensar en su evolución como grupo social destacando la necesidad de pensar y hacer conciencia en términos de solidaridad, las promesas y deseos de que la solución o ayuda provenga del exterior son un elemento aún con fuerza en sus expectativas, simultáneamente la necesidad de operar con nuevas formas de organización y planificación son consideradas como fundamentales para llegar a lo deseado por ellos.

El aferrarse a un pasado que para ellos fue mejor en cuanto a deseos y acciones en busca de bienestar, aparece como denominador común en todos los grupos para explicar el desinterés, desconfianza y frustración del sector por concretar sus expectativas.

El patronato a quien perciben como padres y representante del grupo social figura como la estructura organizacional más importante, a la vez débil en cuanto a funcionamiento.

No resulta arbitrario plantear que el padre patronato, también es el padre dador de vida que en frecuentes casos también frustró y privó de apoyo a quienes experimentan no encontrar en la estructura organizativa la satisfacción de necesidades de protección y sostén. Ello está asociado también a la noción de autoridad y dependencia aún primitiva en los participantes en el sentido de adoptar el papel de niños que requieren ser guiados por el padre (patronato), depositando la confianza y seguridad, no logrando sentirse sujetos capaces de direccionar sus vidas; por ello también no adoptan una posición de defensa de sus intereses en los casos en que ha habido una administración dudosa de los recursos materiales recaudados, operando sólo a nivel de rumor, y acusaciones débiles sintiéndose defraudados y agraviados.



La identidad que han ido forjando los coloca como seres interiores, desvalorizándose al no creerse capaces de incorporar la socialización que para ellos es impuesta, procedente de afuera, de condiciones de vida diferentes a las suyas propias; nuevamente se trata de un orden constituido al que perciben como ajeno a su estructura social. Por esta razón como grupo social aún persisten en creer que fundamentalmente desde el exterior debe provenir la solución a sus problemas.

El ubicarse bajo una actitud de dependencia con un paternalismo del que esperan ser objeto refleja una castración simbólica, ya que se sienten incapaces de hacer y pensar como seres humanos con potencialidades y posibilidades. Situación que se complejiza por la huella del tradicional modelo de intervención social desde las instituciones en donde se proveía materialmente, conduciendo a los grupos a una dinámica en la que se fortaleció la identidad de “nosotros los pobres debemos ser asistidos desde los que más tienen”. La presente acción investigativa no escapó de ser percibida bajo ese esquema, dando lugar en términos transferenciales a diversas emociones y expectativas de los participantes hacia la investigadora.

Una de ellas fue despertar la fantasía de verla como alguien que pudiera ayudar, dar algo, como la madre homóloga a los Padres de la Patria (políticos, presidente de la república y patronato) a los que aluden en sus verbalizaciones como figuras responsables de darles algo por la posición social que ocupan.⁽¹²⁾ Todos los grupos especificaron sus demandas a la investigadora, importante señalar que se concentran en aspectos como aprender manualidades, organizar grupo de Amas de Casa, ofrecer charlas de relaciones humanas para entenderse mejor.

Los hombres con escolaridad se destacaron al hacer un amplio cuestionamiento de los objetivos de la investigación.

Una aproximación hacia la comprensión de la carencia material y pobreza psíquica

No hay duda que la existencia bajo condiciones de carencia material general particularidades que no se limitan a la búsqueda de estrategias de sobrevivencia, sino que también implican la conformación de un aparato psíquico en el plano individual con sus repercusiones en la colectividad que permite afrontar con o sin éxito un estilo de vida particular.

El análisis de lo irracional, o inconsciente como algunos prefieren decir, permite acceder a la comprensión de los factores subjetivos que entraña la situación de pobreza extrema.

Se trata de una perspectiva opuesta de aquellas que buscan comprender fenómenos sociales desde una sola explicación, generando enfoques unicausales que dejan de lado los aspectos referidos a los estratos más profundos y ocultos del psiquismo humano.

El método psicoanalítico como ciencia social capaz de captar esa profundidad sirve de marco para la explicación que se plantea del problema estudiado.

Como bien lo apuntan los estudios, dentro de la comprensión psicoanalítica, la fuerza de la investigación está sobre el sentido más que sobre los hechos, la necesidad de verificabilidad es secundaria en tanto que ésta es dada no por la confrontación del material con la realidad externa, sino por los nexos que se establecen dentro de la misma. Así pues el procedimiento comprensivo no soslaya la explicación causal sino que intenta trascenderla.⁽¹³⁾

Con apoyo de la hermenéutica profunda los presupuestos no pueden ser “llevados” directamente al material; no se busca interpretar sobre la base de los resultados de los procesos de socialización

de lo cultural, sino de los presupuestos referidos a la vida cotidiana.

En síntesis lo que resulta es el contenido interpretativo y la estructura de interacción.

Esta postura conduce necesariamente a preguntarse si lo psíquico puede modificarse por evolución social, expresado en otras palabras. ¿Es lo psíquico un proceso natural o social?. Interrogantes que a la luz de los hallazgos llevan a sostener que el fenómeno de la estructuración psíquica se ve influido y deformado por una realidad externa hecha interna; es decir las condiciones sociales externas se transforman en estructura psíquica se ve influido y deformado por una realidad externa hecha interna; es decir las condiciones sociales externas se transforman en estructura psíquica que en el caso de la carencia material obstaculiza e impide una mejor, más productiva, sana y recreativa manera de encontrar solución al problema de la satisfacción de necesidades humanas.

El imaginario de los pobladores de la Colonia Rivera de La Vega así como el de cualquier grupo o individuo es un producto histórico y no un estado natural.

El proceso psicológico de introyección-incorporación, así como también el opuesto de proyección-expulsión establecen en el ser humano formas de interacción con el mundo. Si la incorporación es la base del aprendizaje, para los sujetos lo introyectado es predominante "lo malo" del mundo exterior asimilando la experiencia de ser desposeído material y efectivamente; expulsando o sea proyectando sentimientos de odio y destructibilidad



en diversas formas, atribuyéndoselos a otros que en sus experiencias actuales se refieren a los vecinos y líderes comunales; en un contexto más amplio recaen en los políticos, gobierno y presidente. La defensa es la de buscar un objeto en el cual depositar aquello que resulta intolerable.

Desafortunadamente el afuera a través de la socialización, la educación y la forma en que se procesa la ayuda externa están ratificando una reproducción social donde esta dinámica se fortalece, impidiendo en los sujetos el proceso de autoconocimiento y el adquirir un mejor sentido de sus vidas, como capacidad de experimentar su realidad psíquica como tal y diferenciarla de la realidad externa, en una correlación simultánea entre mundo interno y

externo.

El vacío que experimentan no es sólo material ya que sienten que no tienen un lugar y que su herencia colectiva los condena a seguir en igual situación.

La identidad que se han construido pone en evidencia que lo psíquico, aún cuando resulta en un primer momento en lo biológico como dotación constitucional se transforma por evolución social, adquiriendo en la colectividad manifestaciones predominantes como la envidia, odio, egoísmo y desunión.

De tal manera, claramente piensan y sienten que emociones básicas como el odio que se traduce en egoísmo y desunión son instintivas e innatas no transformables por el afuera, en tanto la cultura como producto social es construida por la acción externa a través de la educación, de la transmisión

de formas de vida y de valores. Esto ayuda a comprender como la extrema carencia obliga a que la envidia se agudice y predomine como forma de interacción social. No es casual que lo que se envíe en primer término es precisamente aquello que se siente como fuente de vida:

la alimentación, que es en el ser humano forma primaria de establecer vínculos con el mundo externo.

Las consideraciones antes planteadas no pretenden llevar a la posición de que las condiciones de pobreza conducen a la estructuración de un aparato psíquico diferente en cuanto a las instancias que lo conforman, es decir a las partes que lo estructuran; si busca poner de relieve el funcionamiento del aparato psíquico de los que viven en condiciones de vida de extrema pobreza, no para conducir a que estas únicamente afectan el desarrollo emocional y que la pobreza material se transmuta en pobreza psíquica. Interesa comprender como ese funcionamiento puede permitir que el orden de las cosas de lugar a cambios que hagan emerger capacidades y potencialidades; aún cuando aceptemos también condiciones que no podemos cambiar. Cualquier consideración sobre la estructura psíquica de los habitantes de la Colonia Rivera de La Vega exige remitirse necesariamente a su constitución evolutiva biográfica, lo que significa buscar el origen de la situación actual en eventos traumáticos anteriores, en como estos fueron procesados y su relación directa con las contradicciones social a las que son expuestas.

Todo psiquismo sufre reestructuraciones, en ellas las situaciones traumáticas al interactuar con las Series Complementarias van dejando aspectos congelados, encapsulados que obstaculizan el camino a la integración temporal dialéctica, impidiendo

do la restitución y elaboración de experiencias. El concepto freudiano “a posteriori” explica las significaciones que se establecen entre el sujeto y los objetos originarios en situaciones traumáticas tempranas que se exteriorizan mas tarde en el interjuego con los objetos actuales retroactivamente.

Lamentablemente, para ellos el “a posteriori” está desencadenado por la aparición de acontecimientos y situaciones que no permiten alcanzar y obtener significaciones y reelaborar experiencias tempranas. Por ello las reestructuraciones en todas las instancias del aparato psíquico no logran superar las heridas y frustraciones, más bien se vuelve a producir el choque que las originó.

Creemos posible penetrar en la barrera que obstaculiza el paso de una representación del sistema inconsciente al preconscious del grupo social, a través de una traducción entre una representación de palabras que traiga a posteriori una consciencia que de lugar a un hacer consciente.

No debe pasar inadvertida su capacidad imaginativa de sobrevivencia y tolerancia biológica y psíquica, que puede indicar por una parte que el grado de experimentar la situación traumática inicial no fue tal que no pueda ser debidamente reestructurada; por otro lado probablemente esté alcanzando en algunos momentos evolutivos nuevos tipos de significaciones que permitan reelaborar sus experiencias anteriores.

En cualquier caso se debe tener presente que lo que se elabora con retroactividad no es lo vivido en general, sino selectivamente lo que en el momento de ser vivido no pudo integrarse en un contexto significativo. Con los sujetos, se parte de que



la situación traumática primaria pudo estar en la existencia de factores perturbadores en la persona adulta que limitó significativamente su disponibilidad emocional para satisfacer adecuadamente las demandas instintivas y de protección del niño.

A pesar de que la sexualidad no fue explorada directamente, aún siendo clave para la reestructuración de las instancias psíquicas en el ser humano; algunas manifestaciones a ella ligada, hacen pensar que en los sujetos puede ser un área que esté permitiendo reelaboraciones que nutren su integración como seres humanos.

En esencia los hallazgos permiten plantear que el vivir en la pobreza no asegura un desarrollo perturbado, e tanto los eventos primarios que interactúan con las Series Complementarias permitan dar lugar al establecimiento de satisfacción y seguridad. Inevitablemente la tautología a la que Samaja, J.⁽¹⁴⁾ alude cuando se refiere a salud y condiciones de vida surge como retornando la explicación del problema al punto de inicio que es el vivir en la pobreza; sin embargo si el trabajo en salud realmente buscan impactar en estos sectores deberán como propósito fundamental partir de entender más la manera como las condiciones socioculturales se convierten en el individuo en estructura interna y como las particularidades de cada persona influyen sobre la configuración social.

“Siempre hay algo para compartir, sólo se necesita tenerlo”

La solución de las necesidades materiales ocupa un lugar central en el proceso de reproducción del grupo estudiado. La falta de ingresos suficientes y regulares lleva a desarrollar prácticas de sobrevivencia orientadas por una lógica que busca optimizar los escasos recursos disponibles.

La forma que asume su característico proceso de reproducción da cuenta de la estrecha relación entre pobreza e ingresos de trabajo, también se aso-

cia a patrones socioculturales enraizados que definen las distintas prácticas que hacen parte de las estrategias de sobrevivencia.

En general ambos grupos mujeres y hombres coinciden en la descripción de las estrategias de sobrevivencia las que se manifiestan en pedir ayuda a un familiar, vecino, pedir “fiado” en la pulpería, vender o empeñar algún objeto de valor, acudir al banco comunal, hacer una “rifita”; todas ellas acompañadas de súplicas a la figura considerada como fuerza que no falla: Dios-Padre. Cualquiera sea la medida adoptada se trata siempre de aliviar al hambre priorizando en los hijos.

También coinciden que la forma más usada es la de buscar al vecino, acción que pone a prueba la cooperación y solidaridad y que está impregnada de aspectos contradictorios que no hacen más que poner de relieve el significado que adquiere para ellos el revelar su necesidad de sobrevivencia, de hambre alimenticia, provocándoles vergüenza, temor y envidia, actualizando las más profundas fantasías de satisfacción e insatisfacción que tuvieron su origen en las primeras relaciones objetales (maternales) que cada sujeto experimentó.

El ámbito de la informalidad es el marco de la heterogeneidad laboral del grupo estudiado

Para algunos expertos⁽¹⁵⁾ se trata de neo-informalidad, un nuevo escenario de la informalidad que remite a la economía de la pobreza inscrita en el proceso de exclusión presentando excedente estructural de la fuerza laboral.

El trabajo como estrategia de ingresos económicos presenta dos aspectos centrales relativos a la incorporación al mercado de trabajo: el nivel de los salarios y los tipos de actividades ocupacionales que originan dichos ingresos, componentes que reflejan que el grupo social estudiado no alcanza un grado mínimo de subsistencia de sus necesida-

des básicas. De ello deriva su esfuerzo por la complementación como forma de sumar la mayor cantidad posible de ingresos con el fin de obtener entradas más altas y menos inseguras ante la eventual pérdida de empleo; y por otra parte asegurar al menos una economía.

Reconociendo el instrumental de los procesos ligados a la reproducción social, se sostiene por una parte que los efectos relativos a la conformación del mercado de trabajo en términos de precarización del empleo, aumento del desempleo y expansión del segmento informal y, por otra al incremento de la segregación urbana y a la débil acción organizada del sector, profundizan sus carencias obligándoles a estrategias para sobrevivir en lo económico como en lo cotidiano.

La heterogeneidad laboral asociada a escasa capacitación y escolaridad no permiten una identidad laboral que se refleja en autoidentificación muy variable. Así la identificación laboral pasa por la referencia al trabajo realizado, a veces por la razón social del empleador; en cualquier de los casos se sienten trabajadores que dependen de la venta de su fuerza de trabajo en consecuencia sin acceso a medios de producción ni tampoco al desarrollo de actividades productivas independientes.

Los hombres mantienen la identidad tradicional de género en sus ocupaciones. Las situaciones en que ello varía se refieren a las mujeres jóvenes.

La incorporación de la mujer al mercado laboral como forma de intensificación del trabajo está conllevando a modificaciones en la organización doméstica,

ya que debe solucionar lo referente al cuidado de sus hijos, situación que complejiza su rol. Requiriendo para el desarrollo de sus expectativas laborales apoyo y contención social y familiar que evite la sobrecarga y permita que pueda ser en la crianza de los hijos fuente de afecto y seguridad.

El mundo laboral no ha creado en ellos necesidades de capacitación, tampoco se observó orientación laboral definida lo que es reforzado por los empleadores en el sentido de que para estos se trata de fuerza laboral de escaso valor. Las condiciones laborales son fuente de preocupación para las mujeres, destacando su inestabilidad laboral ya que a pesar de tener deseos de permanencia las contradicciones son por breves períodos lo que no permite adquirir derechos laborales, también se consideran objeto de maltrato y bajos salarios. Las horas extras son una opción deseada, no al alcance de ellas debido al cuidado de los hijos.

En suma, aún cuando el sector informal esté enfrentando nuevas formas; en el caso de los sectores urbano marginales los cambios no son más que en el estancamiento ya que se trata de subsistencia basada en la lógica de la pauperización, por lo que la situación remite al problema de la equidad en el marco de las genoestructuras, es decir las macroestructuras sociales.



La base existencia de capital social no refuerza la identidad comunitaria, conduciendo a la transmisión de patrones culturales y psíquicos que mantienen la reproducción de la supervivencia individual.

En el plano colectivo las acciones de sobrevivencia se expresan en iniciativas espontáneas de solidaridad vecinal; y

prácticas formalmente organizadas.

Las primeras son autorespuestas cuyo valor es la constitución de vínculos comunales y en la identidad grupal. El patronato como modelo de gestión legitimado por el Estado es la práctica prevaleciente de carácter formal. Esta organización estructurada no escapa del patrón macrosocial en el sentido de estar ligada al clientelismo político de los partidos, neutralizando el potencial que en ella subyace como organización con poder propositivo y movilizador. Contrariamente a lo esperado la profundización y extensión de la pobreza no se corresponde con una respuesta organizada que busque enfrentar creativamente sus problemas. Algunos investigadores⁽¹⁶⁾ explican este fenómeno por los límites estructurales de la participación y organización de las comunidades en sí mismas, así como por factores de carácter coyuntural que aparecen como consecuencia de la crisis económica del país.

La debilidad estructural de la realidad organizativa de la Colonia Rivera de La Vega, está asociada a elementos como la aparición de una identidad localista que no supera los intereses puntuales de la Colonia y se genera en el proceso mismo de invasión de la misma, formándose un sustrato histórico que nos habla de la existencia de elementos permanentes en las prácticas colectivas de los habitantes del sector. Por otra parte se liga también a elementos referidos a los límites de la organización patronato para dar respuesta a las carencias de su propia estructura y en relación con el Estado, de quien demandan acciones que solucione sus necesidades.

Es como si sumergidos en un aislamiento social se percatan de su existencia social cuando expresan la dependencia externa, aspecto que obstaculiza el desarrollo autogestionario del grupo. Así para ellos sobrevivir consume tantas energías que constituye uno de los frenos más importantes para la participación creadora de soluciones colectivas predominando las respuestas que se generan en el plano doméstico.

Los de Arriba y los de Abajo

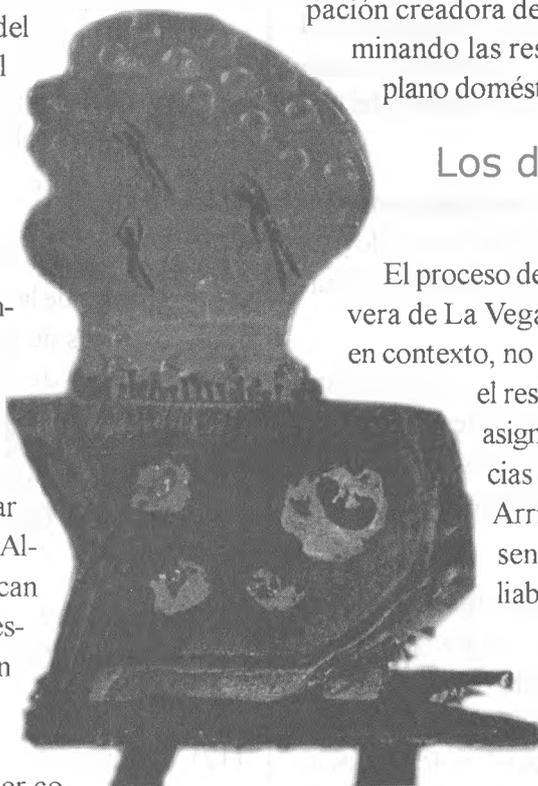
El proceso de constitución de la Colonia Rivera de La Vega en dos grupos, se diferencia en contexto, no en sentido de lo que sucede en el resto de grupos sociales al dividir asignando roles, funciones y diferencias en dos grandes grupos: Los de Arriba y los de Abajo que se presentan como los polos irreconciliables de una realidad.

Los de Abajo sintiendo que no pueden tener otro lugar en la vida, los de Arriba (que también forman parte del Abajo)

necesitando creer que de alguna manera no son lo que son. Ambos viven en la pobreza contemplando el otro lado para ellos irreductible "...repetiendo sin saber un saber de la estructura inconsciente, bajo la forma de un deseo, siempre el mismo, en tanto determinado por la repetición...el porvenir que se toma como presente está formado por el deseo indestructible conforme al modelo del pasado"⁽¹⁷⁾

La felicidad apenas alcanza para el vivir para comer, dejando pocos espacios para construcciones más allá de la gratificación oral.

¿Cómo producir significantes que permitan a los sujetos de la Colonia Rivera de La Vega enfrentar a un real que los invade?, sin pretender con ello soluciones idealizadas que hagan creer que la po-



breza dejará de existir, o que sólo es posible tolerarla bajo el individualismo.

Lejos de aspirar a respuestas definitivas, y mas bien tomando en cuenta que la situación estudiada emerge de lo real en la propia cultural, que implica una pérdida de referencias simbólicas y por tanto una cierta desestructuración de lo imaginario. El tomar en cuenta lo imaginario parece en la actualidad de gran importancia para la dirección del trabajo en salud.

Valorar lo imaginario significa una operación analítica donde la producción de efectos de sentido permitan a los sujetos hacer más soportable la dificultad de vivir.

No implica conducir hacia nuevos ideales mediante un refuerzo de las identificaciones, sino a que ellos mismos puedan sostener un discurso que actúe como disfraz para hacer frente al real que la civilización impone.⁽¹⁸⁾

Tampoco se trata de desarrollar un saber puramente imaginario, que desconozca al sujeto, o que lo conduzca al narcisismo, o de un artificio que oculte o distorcione su realidad; sino mas bien de recuperar el saber del Mito social. Si lo real es lo que define su existencia con más fuerza, puede ser importante construir el Mito necesario que defienda de una exterioridad, de una cultura anómica, y que al mismo tiempo articule el saber insabido del inconsciente.

Bibliografía

- (1) Freud, S. Obras Completas, Tomo III Biblioteca Nueva España, 1981.
- (2) Idem
- (3) Idem
- (4) Mires, F. El Discurso de la Miseria, Nueva Sociedad, Venezuela, 1993.
- (5) Wallace, W.L. La Lógica de la Ciencia en la Sociología. Alianza, Madrid, 1980.
- (6) Ruano, G. Foro "Construcción del Imaginario". Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Agosto 1997.
- (7) López, H. Psicoanálisis, un discurso en movimiento. Biblas, Bs. As, 1994.
- (8) Idem.
- (9) Castellanos, P.L. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. OPS/OMS, 1991.
- (10) Heller, A. Sociología de la Vida Cotidiana. El Saber Cotidiano. Península, Barcelona, 1977.
- (11) Heller, A. Sociología de la Vida Cotidiana. El Saber Cotidiano. Península, Barcelona, 1977.
- (12) Ramírez, A. Comunicación Personal. Tegucigalpa, 1996.
- (13) Rodríguez Rabanal, C. Cicatrices de la Pobreza. Nueva Sociedad, Caracas 1989.
- (14) Samaja, L. La Reproducción Social y al Relación entre la Salud y Condiciones de Vida. OPS/OMS, 1994.
- (15) Pérez Sáinz, J.P. De la Finca a la Máquila. FLACSO, Costa Rica, 1996.
- (16) Carriola, C y Otros. Sobrevivir en la Pobreza: El fin de una ilusión. Nueva Sociedad CENDES, Caracas, 1993.
- (17) López, H. Psicoanálisis, un discurso en Movimiento. Biblos, Bs. As. 1994.
- (18) Idem.

Salud

●●●●●●●●●●●●●●●● vis à vis

Aquí presentamos diversas reflexiones que provocan los procesos de investigación en diversas áreas de la salud. Se confrontan investigaciones, métodos, resultados con la subjetividad de los autores.

RADIATIVIDAD

y salud

Por: Ruy Díaz Díaz
Docente UNITEC-SPS

Introducción

El desarrollo de la física cuántica nos permite hablar indistintamente de fenómenos ondulatorios y corpusculares, por lo que no deberá resultar extraño que a determinadas partículas elementales (subatómicas) como el electrón, protón, positrón y otros, les asignemos conceptos de frecuencia y longitud de onda.

La radiactividad está vinculada a la inercia de radiación por parte de los núcleos atómicos. Por radiactividad entenderemos al fenómeno que presentan ciertos elementos de transmutarse espontáneamente, emitiendo para ello desde sus núcleos ciertas partículas muy energéticas. (1)

Los elementos radiactivos emiten energía de tres formas diferentes:

Por radiación electromagnética de gran penetración como por ejemplo: Rayos X, gama, ultravioleta.

Por electrones de gran velocidad.

Por partículas elementales de provenientes del núcleo.

La radiactividad de las sustancias depende de los elementos que la conforman y no de sus compuestos; así, por ejemplo; un gramo de radio tiene la misma radiactividad como metal puro, que como cualquiera de los compuestos de radio.

Por tanto la radiactividad no depende de las propiedades químicas de los elementos, misma que es determinada por la distribución electrónica de sus elementos alrededor de sus núcleo, sino de que sus propiedades nucleares.

Cuando el núcleo de un elemento radiactivo emite energía, se descompone, dando lugar a un nuevo elemento. A este nuevo elemento se le llama vástago del que lo produjo y también puede resultar radiactivo y producir otro vástago. En el caso del radio se conocen hasta nueve "pasos" que terminan en el plomo que no es radiactivo.

Existen, de acuerdo con lo anterior, elementos con propiedades químicas similares, pero propiedades radiactivas diferentes, como por ejemplo los isótopos que poseen igual número de protones, pero diferente número de neutrones. Los isótopos, que muestran grandes semejanzas químicas, pueden presentar propiedades nucleares muy diferentes. A la forma radiactiva de los isótopos se llama radioisótopos que pueden ser identificados por sus masas.

El núcleo de un átomo radiactivo tiene una probabilidad diferente de cero de desintegrarse en cualquier intervalo de tiempo. En sentido podemos definir el concepto VIDA MEDIA del ELEMENTO radiactivo, como el tiempo en el que la masa dada del elemento disminuye a la mitad, lo cual no implica que por ejemplo en el caso del Rd-226 donde la vida media es de 1600 años, el Rd-226 permanece intacto durante ese lapso de tiempo y repentinamente la mitad del radio se desintegra. (2)

Como la posibilidad de que ocurran desintegraciones en cualquier intervalo de tiempo es definitivamente de cero para los elementos radiactivos, entonces, por cuanto existen una gran cantidad de átomos por gramo de cualquier elemento, cada segundo se desintegran una gran can-

tividad de átomos radiactivos y un contador Geiger (Aparato utilizado para medir radiactividad) responderá sonando permanentemente.

El ritmo al que la radiación es emitida por una muestra de un elemento radiactivo depende de la cantidad de este. Debido a que la cantidad va decreciendo constantemente, la velocidad de emisión de la radiactividad de la muestra decrece también; pero comienza la radiactividad producida por los isótopos, hasta que todo el elemento radiactivo se transforma en uno estable.

Como los radioisótopos del Rd-226 tienen vida media distinta, que va desde fracciones de segundo, hasta 20 años, entonces la radiactividad total producida por una muestra de radio, junto a la de sus "vástagos" es mayor que la producida por el Ra 226 solo.

Los núcleos de los elementos radiactivos son inestables, y no han desaparecido de nuestro planeta debido a que son isótopos de los radioisótopos que presentan vida media muy prolongada, tal es el caso del Uranio 228 que tiene una vida media de 4,500,000,000 de años.

La radiación producida por estos elementos junto a aquella que proviene del espacio exterior se llama Radiación de Fondo.

Fuente de Radiactividad

La radiactividad es capaz de dañar a los seres vivos, existiendo dos formas en que estos pueden recibir radiación:

Desde una fuente externa de radiación, como un tubo de rayos X, o una prueba nuclear.

Por ingestión o inhalación de materiales radiactivos.

La intensidad del daño biológico inducido por los elementos radiactivos depende de dos factores:

La naturaleza química de la sustancia.

La vida media de los radionúclidos.

La naturaleza química de una sustancia determina si puede o no penetrar en la cadena alimenticia al ser adquirida por las plantas.

Por ejemplo el Sr-90 que es un producto radiactivo de las pruebas nucleares atmosféricas que tiene semejanza química con el Calcio, por lo que es absorbido por los autótrofos, de donde asciende en la pirámide trófica hasta llegar al hombre, donde se convierte en parte estructural de las células de los huesos y de la médula que llegan a ser el blanco directo de la radiación proveniente de esta fuente.

Otro ejemplo es el Cesio, también producto de las pruebas nucleares atmosféricas cuya vida media es de 30 años que resulta ser químicamente similar al Potasio. El Cesio 137 se acumula en los tejidos musculares.

La cadena alimenticia no sólo transporta materiales diversos sino que los almacena, tal es el caso de los radioisótopos concentrados en las regiones árticas, debido a que el líquen de esas zonas absorbe su alimento mineral directamente de las partículas de polvo que se posan sobre ella.

Una vez que un radionúclido penetra en la cadena alimenticia, si su vida media es muy corta, del orden de los segundos o minutos por ejemplo, no significará peligro alguno para el organismo, puesto que la mayor parte del material se habrá desintegrado antes de su asimilación.

Si la vida media del elemento radiactivo se mide en millones de años, se producirá una cantidad insignificante de radiación durante la vida animal. El Sr-90 que tiene una vida media de 28 años, si se acumula en cantidad suficiente puede llegar a crear una radiación significativa.

Origen de la Radiactividad

Las radiaciones gamma y x son producidas por el núcleo del átomo, como producto del cambio en los niveles energéticos de este. Son radiaciones

electromagnéticas (fotónicas) de muy alta frecuencia capaces de hacer saltar electrones de los orbitales atómicos, por lo que se dice que estas radiaciones son ionizantes.

El átomo emite otra serie de radiaciones no ionizantes en la región del espectro de luz visible infrarroja y ultravioleta, vinculado a sus niveles energéticos, que son incapaces de ionizar átomos.

De acuerdo al Principio de Paulí los núcleos atómicos tienden a poseer la estructura de mínima energía, que en ausencia de fuerzas no nucleares implicaría un número igual de protones y neutrones; sin embargo la existencia de la repulsión electromagnética entre los protones que el de neutrones.

Estos niveles de estabilidad son la tendencia preferente de números de protones y neutrones hacia los cuales extreman las diferentes configuraciones nucleares.

Por tanto si un núcleo tiene un número de protones y neutrones inestables, tiende a la estabilidad ya sea expulsando protones y neutrones o convirtiendo protones en neutrones emitiendo para ello un positrón y un neutrino o convirtiendo neutrones en protones emitiendo un electrón y un antineutrino.

En resumen podemos construir la siguiente tabla: (3)

radiación alfa	son	núcleos de He (2p, 2n)
radiación beta +	son	positrones
radiación beta -	son	electrones
radiación gamma	son	fotones muy energéticos
rayos X	son	fotones muy energéticos

Unidades relacionadas con la radiactividad

1. Curie. Unidad utilizada para cuantificar el número transformaciones nucleares que se dan por segundo; indicando el nivel de actividad de la fuente radiactiva.

$1 \text{ Ci} = 3.7 \times 10^{10}$ transformaciones nucleares/ segundo.

2. Rad y Gray.

Rad: Unidad de la dosis de radioactividad absorbida por la materia y que produce la liberación por ionización, de una cantidad de energía igual a 100 ergios por gramo de materia.

$1 \text{ Rad} = 100 \text{ ergios/gramo} = 10 \text{ exp}(-2) \text{ joules/kilogramo.}$

$1 \text{ Gray} = 100 \text{ Rads.}$

3. Efectividad Biológica Relativa o Factor de Calidad. En tanto que cantidades iguales de Rads producen daño biológico diferente en dependencia de la fuente de radiación, fue necesario introducir el concepto de Efectividad Biológica Relativa EBR. Para definir una dosimetría que de una idea de las implicaciones biológicas se/usa como patrón los rayos X de 250 KeV. Por EBR de un tipo dado de radiación entenderemos el número de Rads producidos por rayos X, que induce el mismo daño biológico que un rad de la radiación dada.

El EBR para diferentes fuentes de radiación lo encontramos en la siguiente tabla: (3)

Radiación	EBR
X	1
Gamma	1
Beta	1
Protones rápidos	1
Neutrones rápidos	3
Neutrones lentos	10
alfa	20

4. Radio Equivalent Man (REM).

$\text{REM} = (\text{Número de Rads}) \times (\text{EBR})$

Efectos de la radiactividad sobre las estructuras celulares

Los rayos X y gamma pueden expulsar a los electrones de los átomos con los que colisionan. Este daño puede afectar a ciertas moléculas que son necesarias para la célula como el DNA.

Cuando las células reciben radiación X y gamma las cadenas de DNA tienden a romperse en fragmentos. Si la velocidad de suministros de radiación es pequeña, los mecanismos de recuperación de la célula podrán sellar las roturas de la cadena, pero si la velocidad de rotura es grande ésta se hace irreparable.

Sin embargo, los tipos de célula difieren en su sensibilidad ante la radiactividad. Por lo general, aquellas que se dividen con mayor rapidez, como las células de la médula ósea, que producen los glóbulos, leucocitos, eritrocitos y plaquetas de la sangre; las que revisten el tubo gastrointestinal y los folículos pilosos, así como las células productoras de esperma, son las que la radiación destruye más fácilmente. Por el contrario, las células musculares y nerviosas, que no se dividen en el adulto, son muy resistentes incluso a grandes dosis de radiación.

Aunque la dosis de radiación no fuera letal para la célula, esta puede sufrir mutaciones, debido a alteraciones en el DNA; que pueden producir cambios en la función de los genes que afectan e incluso pueden ser transmitida a las células hijas. Por ejemplo una célula puede perder su capacidad para transportar glucosa de afuera hacia adentro de la célula; o puede convertirse en cancerosa.

Efectos de la radiactividad sobre los organismos

Los efectos de la radiactividad pueden ser somáticos, que se limitan a la población sometida a la radiación y genéticos que son heredados a generaciones futuras.

Analizando la siguiente tabla podemos observar los efectos inmediatos de diferentes dosis de radiactividad:

Dosis (rems);	Efectos
0-100	Cambios de la sangre
100-200	Vómitos, jaqueca, somnolencia, pérdida de leucocitos.
200-600	Leucocenia severa, hemorragias internas, pérdida de cabello, infecciones.
600-1000	Similar sintomatología a la anterior, pero más Severa.
1000-5000	Convulsiones y muerte.

Además podemos señalar que en una exposición a una dosis entre 0-250 rads todos los afectados sobreviven; entre 400-500 rads la mitad de los afectados mueren, arriba de los 750 rads todos los afectados mueren. Una dosis de 600 rems en 1 día implica la muerte en un mes.

Las consecuencias tardías de la radiactividad sobre los organismos están relacionadas con el cáncer, cataratas y el acortamiento de la vida.

Por ejemplo si los niños son expuestos a una radiación de 1 rem antes de su nacimiento existe una gran probabilidad de que nazca con leucemia.

La Nuclear Regulatory Commission ha establecido un límite básico de exposición de 1.25 rems por tres meses o 5 rems por año en el caso de adultos mayores de 18 años.

En el caso de menores de 18 años pueden exponerse únicamente a un 10% de la dosis de radiación de la de los adultos.

En el caso de mujeres embarazadas la dosis debe ser menor a los 0.5 rems en los 9 meses de embarazo.

En la mayoría de los países, el radiodiagnóstico representa la causa principal de exposición de las personas a las radiaciones ionizantes artificiales. Los estudios radiográficos son muy útiles, desde el punto de vista médico, pero entrañan riesgos. (4)

Para disminuir al máximo esos riesgos se recomienda:

1. Una temperatura óptima del revelador fotográfico.
2. En ciertos casos, eliminación de las rejillas de anti-dispersión.
3. Reducción de la intensidad de corriente y del tiempo de exposición en la tomografía computarizada.
4. Supresión de la radioscopia de imagen intensificada para la colocación del paciente.
5. Uso de la radiografía en lugar de la radioscopia de imagen intensificada.
6. Uso de pantallas de intensificación para la mamografía.
7. Uso de fibra de carbono y otros materiales poco atenuantes.

Tomando en cuenta lo anterior, parte de los estudios relacionados con la radioterapia se enfocan a la imagen mínima de las dosis de radiación. Para el caso los Doctores Ricardo Bulnes H. Escriben sobre un tratamiento con radioterapia y quimioterapia asociadas en 100 pacientes de Carcinoma Epidermoide del Cervix Uterino, con el objeto de disminuir la dosis de radiactividad. En este caso 100 pacientes recibieron radioterapia externa, utilizando una unidad de cobalto-60, proporcionando una dosis tumor de 5,000 rad en 25 sesiones. (5)

Todos los organismos reciben permanentemente radiación radiactiva producto de:

1. Estructura de piedra. (0.2 rem en New York Grand Central Station)
2. Productos de Consumo. (como la TV. Relojes de carátula fosforescente (0.0026 rems en USA.)

c. Radiación de Fondo.

Un habitante de USA recibe 1 rem cada 8-12 años,

Un habitante de Guarapari (Brasil) recibe 1 rem cada 9 días,

Un habitante de Kerala (India) recibe 1 rem cada 5 meses.

Radiología Terapéutica y de Diagnóstico

Existen dos tipos de fuentes radiactivas vinculadas a la radiología terapéutica: (8)

a. Fuentes Externas, relacionadas con los instrumentos que utilizan radiactividad para diagnosticar o tratar diferentes afecciones.

Por ejemplo un examen de rayos X de pecho equivale a una dosis de 0.027 rems; mientras que un examen de rayos X abdominal equivale a 0.62 rems.

b. Fuentes Internas, que se dividen en cuatro clases a, b, c, d.

Clase (a) Solución radiactiva suministrada oralmente.

Clase (b) Solución suministrada por inyección.

En estos casos se debe tratar con cuidado las ropas, camas, batas de hospital debido a que pueden contaminarse debido al drenado de las heridas, por transpiración o por la orina. Se requiere de un depósito especial de basura y un canasto para la ropa sucia localizados dentro del cuarto. Ninguno de estos objetos debe abandonar la habitación sin ser estudiados y en caso de estar contaminados radioactivamente deben ser adecuadamente empacados.

Clase c) Simientes radiactivos implantados permanentemente (oro y idiona).

Clase d) Simientes radioactivas removibles (fuentes de cesio y radio).

Se debe colocar al paciente aislado; una cubierta de plomo similar a un pizarrón debe proteger a las enfermeras y a la visita.

Existe además de la radiación electromagnética ionizante (rayos X y gamma) la radiación no ionizante, que se emplea en el tratamiento de enfermedades de la piel.

En nuestros tejidos hay cromoforos nativos como ácidos nucléicos y proteínas y cromoforos exógenos artificialmente introducidos en el tejido. La fotomedicina terapéutica emplea radiación electromagnética no ionizante para interactuar con tales cromoforos.

Una vez que la energía es absorbida por los cromoforos en la piel el efecto final estará relacionado con el número de fotones absorbidos y el número de cromoforos que experimentan la reacción fotoquímica. (6).

Las explosiones nucleares

La radiación de importancia en las explosiones nucleares es de neutrones, rayos gamma y en menor grado de partículas beta. La penetración de los rayos gamma y neutrones en el tejido animal es del orden de los 20 cm. Justo el alcance que causa el máximo daño al organismo. Los rayos beta tienen una penetración de pocos milímetros y pueden causar efectos dolorosos en la piel si caen sobre ella; asimismo las partículas radiactivas pueden causar daño serio si son inhalados o si penetran en la cadena alimenticia.

En caso de una guerra nuclear, las 2,000-3,000 personas que no mueran sufrirán directamente los efectos de temperaturas de congelación, oscuri-

En la mayoría de los países, el radiodiagnóstico representa la causa principal de exposición de las personas a las radiaciones ionizantes artificiales.

dad, y radiación; además del impacto sobre los sistemas del medio ambiente del planeta.

Al comprender que la esencia de un ecosistema es una cadena de procesos; como el flujo de energía uni-direccional a través de todo el ecosistema y un movimiento cíclico de material en el mismo; que conectan a los organismos entre ellos y su medio físico, entenderemos los efectos de la oscuridad provocada por la catástrofe nuclear.

La luz solar es la fuente de todos los ecosistemas significativos, no sólo por el papel que juega en la fotosíntesis sino también porque

provoca procesos puramente físicos como la evaporación del agua de los mares y de las superficies terrestres para su recirculación, de ahí el impacto secundario en la vida sobre la tierra de una hecatombe nuclear. (7)

Los organismos más vulnerables a la radiación son las coníferas, que forman bosques extensos sobre las partes más frías del hemisferio norte. Las aves y los mamíferos también son muy sensitivos a la radiactividad.

Comentario final

La radiactividad tiene una presencia permanente en nuestra vida y probablemente sea uno de los factores fundamentales en nuestra evolución. El desarrollo tecnológico creó las posibilidades de emplear la radiactividad con fines constructivos, pero lejos estamos de controlar todo el fenómeno de la radiación ionizante, inclusive en los Hospitales de nuestro país existe un control insuficiente tanto en su utilización para diagnóstico como para fines terapéuticos; así como en la ubicación final, de los desechos radioactivos en basureros e inclusive en la morgue.

Bibliografía

Turk-Turk/Wittes/Wittes; Tratado de Ecología, 1976. Nuestra Editorial Interamericana, MEXICO, DF.

David Jou Mirabent, Josep Enric Llebot, Física para Ciencias de la Vida, McGraw-Hill, 1986, México DF.

Luis E. Acevedo Gómez, La Amenaza Nuclear I, Ciencias No. 16, Octubre de 1989, Editorial Universitaria UNAM, México DF.

J.G.B. Russell y J.E. Gray, Formas de reducir las dosis de rayos X en el radiodiagnóstico, Foro Mundial de la Salud, Vol 13 1992.

Ricardo Bulnes H. Roberto Rivera L.; Revista Médica Hondureña, Vol. 55 No. 1, 1987. Honduras, C.A.

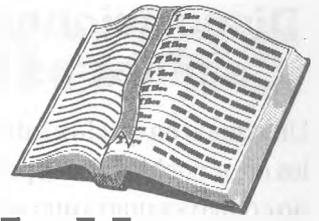
Hernán Corrales Padilla, RMH.I Suplemento Libro-Vol. 56 No. 2., 1988. Honduras, C.A.

Luis E. Acevedo Gómez, La Amenaza Nuclear II, Ciencias 18, abril de 1990. UNAM, MEXICO, DF.

David L. Stoner, la Seguridad en Los Hospitales. Editorial Limusa, 1987, MEXICO, DF.



La Medicina Natural y La Biblia



Por: Jorge Rodríguez
Teólogo Menonita

Introducción:

Hablar de la medicina natural desde una perspectiva bíblica es una tarea bastante difícil, básicamente porque el propósito de las Sagradas Escrituras, antes que médico, es teológico y su función es revelar quién es Dios al ser humano. Así por ejemplo basta decir que un ser humano es “paralítico” o estaba “gravemente atormentado” (Mt 8:6) al destacar la severidad de la enfermedad se buscaba con ello resaltar el poder divino que residía en Cristo para sanar.

Para el pueblo judío, Jehová es el único Dios, fuente de toda la vida, de salud y de enfermedad; debido a eso la medicina empírica, parecía tener poca importancia. En la sociedad judía de la historia bíblica, la medicina estaba en manos de los sacerdotes.

Tratamiento de las enfermedades

Para el tratamiento de las enfermedades la Biblia menciona el uso de la medicina natural como uno de los recursos de la época, por ejemplo, para controlar llagas, heridas y golpes a menudo se mencionan aplicaciones locales de aceites, cataplasmas y vendas (Is. 1:6; 38:21); este tratamiento se le conoce como en la Biblia como la acción de

ungir que además de ejercer una función médica tenía una significación simbólica religiosa.

El buen samaritano utilizó aceite, vino y vendas como tratamiento local; Lc 10:34 para tratar las heridas del hombre que había sido asaltado y abandonado en el camino.

Isaías recomienda un tratamiento de higos para sanar al Rey Ezequías de una úlcera (Is. 38:21); en Proverbios 31:6 y en la primera carta de Pablo a Timoteo 5:23, se menciona al vino como medicamento y estimulante.

La mayor parte de los medicamentos como ungüentos y aceites eran extraídos de las plantas (Ezequiel 47:12; Apocalipsis 22:2) por ejemplo, la aplicación de cataplasmas que se menciona muy a menudo en la Biblia consistía en el uso de plantas medicinales con las cuales se buscaba controlar las enfermedades (Is. 38:21).

Otra manera de tratar algunas enfermedades por medio de la medicina natural ha sido la utilización de compresas que son aplicaciones de tierra en partes afectadas del cuerpo, en la Biblia encontramos un ejemplo muy interesante de la aplicación de este método; Por ejemplo, el evangelio según San Juan capítulo 9:1-7 nos relata como Jesús al encontrarse con el joven ciego de nacimiento escupe en el suelo y hace un poco de lodo luego lo aplica en los ojos del ciego y este recobra la vista.

Disposiciones higiénicas y sanitarias en la Biblia

Un sentido en que la medicina judía superaba a la de los otros pueblos de la época, es el extraordinario código sanitario que se encuentra en varios capítulos del libro de Levítico y que fue aplicado en los días de Moisés convirtiéndose en una práctica constante en la vida del pueblo judío.

Aunque casi siempre se habla de un código en realidad en todo el pentateuco (los primeros cinco libros del AT) se pueden encontrar una serie de referencias sobre disposiciones higiénicas.

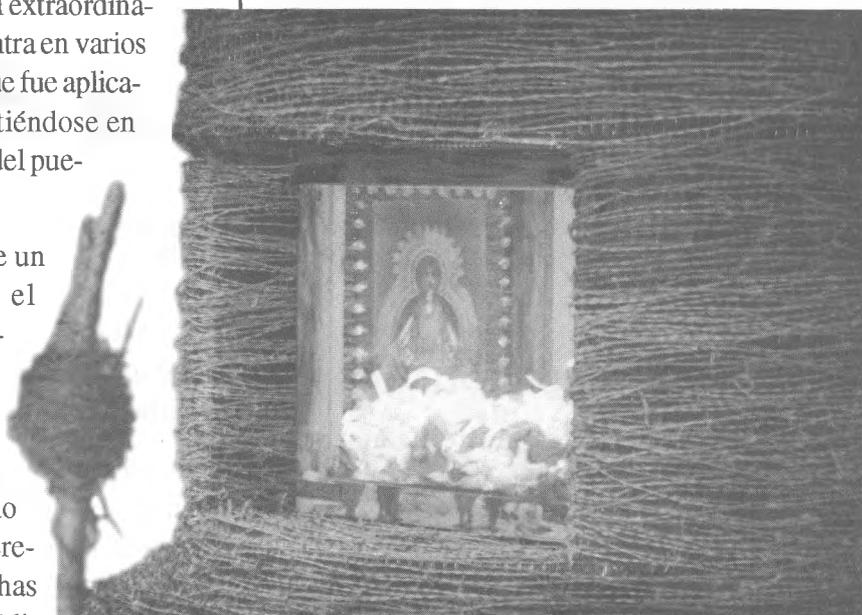
Los judíos, como pueblo, quizás no hubieran podido sobrevivir su peregrinaje en el desierto, o las muchas dificultades que pasaron sin su código sanitario.

El código se ocupaba de la higiene pública, de la provisión y tratamiento del agua, de la inspección y selección de los alimentos y del control de las enfermedades infecciosas. Por ejemplo había prohibición de comer carnes de cerdo y de animales que hubiesen muerto en forma natural, se ordenaba la eliminación y quema de excrementos, y se hacía mucha referencia a tener cuidado de las enfermedades de tipo contagioso.

La quema del excremento (Ex 29:14) respondía al hecho de que el pueblo en este momento de la historia era un pueblo peregrino y no tenía ni el tiempo ni el espacio para utilizar este recurso como abono; para ellos era mejor quemarlo que dejarlo que dejarlo al aire libre para así evitar la transmisión de enfermedades.

En el Nuevo Testamento encontramos también un ejemplo práctico sobre la cuestión del higiene; es el lavamiento de pies que Jesús práctica a los discípulos (Juan 13:1-16) aunque el texto aquí tiene fuertes implicaciones teológicas sobre el servicio, también

es igual de cierto que el lavamiento de los pies era una práctica higiénica ya que los caminantes traían siempre sus pies llenos de polvo debido a las largas caminatas.



Conclusión

Aunque el propósito central de la Biblia es revelarnos a Dios, es evidente que esa revelación en la Biblia no está desconectada de otras preocupaciones del ser humano, el texto nos ilumina y nos da elementos o principios básicos para el cuidado de nuestro cuerpo morada del Espíritu Santo y obra creadora de Dios.

La naturaleza obra creadora de Dios, fue dotada de una serie de elementos en su flora y fauna con el propósito de proveernos alimento y salud; las culturas antiguas tanto bíblicas como extrabíblicas fueron pueblos que utilizaron la medicina natural como recurso para el cuidado de la salud.

Otro aspecto importante que nos revela el texto bíblico es que el cuidado de la salud es parte importante de la tarea pastoral, como mencionaban anteriormente los primeros médicos del pueblo eran los sacerdotes, la salud era un componente importante dentro de su práctica pastoral; Jesús define su labor como la tarea de un gran terapeuta (médico) Lc. 4:18-21.

Plantas Medicinales

Dr. Pablo José Cámbar
FCM/UNAH

Los pueblos de pica sabiduría están destinados a la extinción. La aplicación de la medicina preventiva y la medicina tradicional han constituido elementos de cosmovisiones con lo que nuestros ancestros se han defendido por milenios. La generación de nuevo conocimiento dado por la investigación científica establece las bases racionales de las prácticas populares o su rechazo, todo ello modificado por los intereses socioeconómicos. La salud bajo esta perspectiva se definirá como el bienestar biológico, psicológico y espiritual en un medio social que producirá individuos aparentemente normales, compensados, con buena salud o con diferentes estados de deterioro. Siendo la espiritual el diluyente de lo ético en la toma de decisiones, debe tomarse en cuenta los derechos de los pueblos a decidir su destino en salud ante la creciente némesis médica e iatrogenia teniendo en cuenta los límites de incompetencia de los responsables de proveer oficialmente de salud a nuestros ciudadanos sea el estado, los ministerios de salud pública, profesionales o auxiliares de la salud, industria farmacéutica, universidades y muchos entes

burocratizados. Sobresale la inercia, ignavia, maracidad, dominación cultural y violencia contra la dignidad de los pacientes. Un neoliberalismo darwinista constituye el fondo de la situación actual. El programa TRAMIL-enda caribe ofrece a los gobiernos interesados, los usos validados de las plantas seleccionadas por los grupos de científicos, de varias áreas de competencia, como un punto de referencia inicial. Este enfoque provee algunos elementos de juicio que respalden medidas educacionales y de la normación



del uso ético de las plantas medicinales. El esfuerzo de los integrantes del grupo TRAMIL por más de una década puede ser usado como un insumo genuino por los grupos de poder estatal y de los organismos no gubernamentales, para bien de nuestros países.

Existe una gran correlación entre la información etnobotánica y los efectos broncopulmonares de algunas plantas medicinales caribeñas. En otros estudios hemos observado buena relación de altruismo biológico y relación costo/beneficio. Esto influenciará la decisión de aceptar oficialmente el uso de plantas medicinales como una realidad ineluctable.

Creencia, sabiduría y conocimiento

La sabiduría se forja en el yunque de la experiencia personal y vital, tiene que ver con la exposición directa reiterativa ante los problemas cotidianos leves o graves. Los hombres transmiten los frutos de sus vivencias exitosas o sus fracasos a otros y tienen que volverse sagaces cuando lo aprehendido en cuestión de vida o muerte. La sabiduría diferencia lo aparente o superficial de lo esencial, lo importante de lo intrascendente, nos impregna de afectos y valores y nos mueve a la acción. La organización perdurable de creencias en torno a una situación, nos predispone a responder de alguna manera preferencial que viene a constituir una actitud. De interacciones positivas, negativas o neutras, de creencias y actitudes pudiese emerger nuestra posición por la aceptación o rechazo del uso de la fitoterapia: “es imposible que tal planta medicinal tenga varios efectos terapéuticos”. Aclaramos que una creencia es una disposición positiva respecto a la validez de una noción cualquiera.

El temor a poderes invisibles, imaginados por la mente, no permitidos socialmente, falsos o irracionales, son las supersticiones que nacen de la ignorancia.

En la ciencia se objetiviza la razón y el conocimiento es verdadero, de ahí la necesidad de buscar las bases racionales del uso de las plantas medicinales caribeñas. Las aseveraciones: “el SIDA es producido por plantas, ritos o maleficios usados por los hechiceros”, “alguien me hizo mal (brujería) y me pagó SIDA” son supersticiones.

“Pensar con asentimiento es creer, hay que creer para comprender” (san Agustín). La objetivación de la razón es obtenida por investigaciones cientí-

ficas de varios tipos, realizadas en diferentes geografías, susceptibles de repetición, evaluación, interpretación y crítica. Las acciones conducen a la creación de tradiciones científicas, a la construcción de una memoria cultural, tal es el caso de la edición de la Farmacopea Vegetal Caribeña por TRAMIL-enda caribe. La sumatoria de todas las actividades individuales y colectuales y colectivas de TRAMIL se pueden interpretar como científicas (Trigs, reuniones, investigaciones, validaciones, publicaciones, etc.)

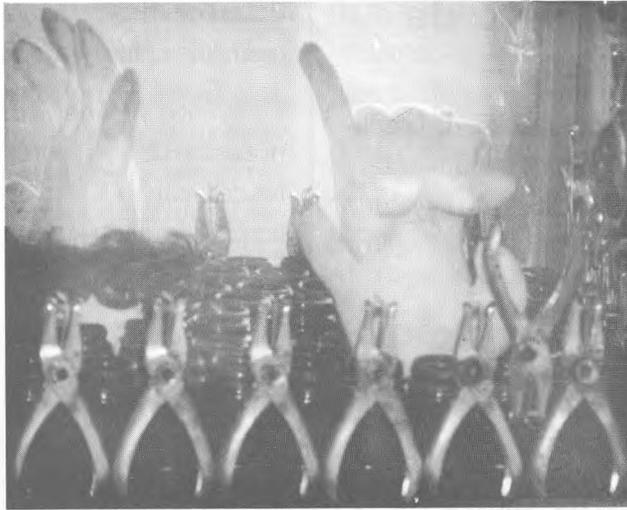
Cientismo como arma de la dominación

El cientismo “da una importancia predominante a la creencia, por encima de las otras actividades humanas, o considera que no existen límites para la validez y la extensión del conocimiento científico” destierra el conocimiento personal o escepticismo, rechaza todas las creencias y el conocimiento inmanente de la vida cotidiana, es arrogante y pretenciosa al considerarse patrón de medida de cualquier acceso a la realidad, desprecia lo religioso y cuestiona lo ético y moral. Es un arma de dominación que sojuzga pueblos enteros destruyendo su cultura. Es el arma principal que usan los adversarios del uso de las plantas

medicinales, los enemigos de las industrias nacionales y los aliados principales del mantenimiento del *status quo* en salud, defendiendo la farmacenticación del conocimiento de los sistemas de salud actuales. Paradójicamente constituyen aliados principales del antiintelectualismo neoliberal que se aplica a los países económicamente débiles: “sólo lo de afuera es lo mejor”, “la investigación es un lujo”. Una amplia formación humanista, el cultivo de la inteligencia al servicio de las comu-

“es imposible que tal planta medicinal tenga varios efectos terapéuticos”.

nidades, una sólida cultura para la comprensión de nuestros pueblos y un fuerte conocimiento de la realidad política, económica y social constituyen algunas de las herramientas destinadas a enfrentar el cientismo. El dilentismo –por otro lado– también debe ser combatido.



Comportamiento parecido a las abejas

Actualmente se ha postulado que el uso de plantas o sustancias derivadas de las mismas elevan la actividad dopaminérgica del núcleo del placer cerebral y algunos seres humanos desarrollan una disposición *casi instintiva* para modificar su estado mental. Su comportamiento se parece a las abejas buscando en diferentes plantas o derivados químicos que le produzcan placer (cafeína, marihuana, morfina, alcohol, alimentos, etc). Visto desde una perspectiva histórica constituirán acaso los antecedentes de las disposiciones adquiridas que son las creencias. Creer que una planta es útil para algo.

Efectos broncopulmonares

En el caribe se usan las plantas medicinales para el tratamiento de numerosas enfermedades. En Honduras se han estudiado los efectos broncopulmonares producidos por los extractos acuosos de dichas plantas en volúmenes y mecánica respiratoria en conejos. Aquellas usadas para el tratamiento de las enfermedades disminuyen la resistencia y adaptabilidad pulmonar, exhibiendo pocos efectos cardio-vasculares. Es decir producen bronco-di-

latación y aumento de la elasticidad pulmonar, cambios que son probablemente favorables para combatir los problemas de vías aéreas acompañadas de broncoespasmos. Con estos resultados nos inclinamos a pensar que los pueblos caribeños a través de la experiencia de éxito o fracaso han usado con alguna lógica las

plantas medicinales.

Aspectos éticos y morales

En su descenso al Averno Dante observó que el Ángel caído tenía tres caras: la maracida, la indiferencia y la ignorancia. Los miembros colaboradores de TRAMIL-enda caribe están contribuyendo a combatir estos males trabajando a favor de los grupos sociales más abandonados, dando a conocer las creencias, la sabiduría popular y los conocimientos científicos que constituyen las bases racionales para el uso de las plantas medicinales. Aplicando el altruismo biológico establecen las relaciones costo-beneficio de su uso, integrando la eficacia y la seguridad, tomando en cuenta la calidad y orientando a las poblaciones sobre el uso de las diferentes partes de las plantas útiles para la atención primaria de salud.

La edición de la Farmacopea Vegetal Caribeña es un paso fundamental contra la ignorancia. Los últimos acuerdos de la Reunión Técnica de Panamá constituyen un paradigma exitoso de la forma cómo los miembros del Programa TRAMIL-enda caribe luchan contra algunos males en área de salud de nuestros pueblos, una iluminación para frenar la maracidad e indiferencia que adolecen algunos países centroamericanos o del caribe.

EL Neoliberalismo de Friedman

Se asegura que el período de transición de la aplicación del neoliberalismo de Milton Friedman traerá dificultades a los sectores sociales, no hay duda que esto ya es una realidad tangible en el sector salud. En el sector mismo se preconiza la democratización, la descentralización, la eficacia, la equidad y la participación social en los municipios. Los pueblos deberían tener cierto poder de decisión sobre el tipo de salud que han de recibir, esto incluye la posibilidad del uso de plantas medicinales y fuertes medidas de medicina preventiva para la supervivencia. Los medicamentos importados constituyen una fuente interminable de problemas: elevados precios, falta de divisas para obtenerlos, dominación cultural, falsificación de productos, falta de movimiento hospitalario, desviación de su fin, robos, deficientes mecanismos de control, etc. Y económicamente la formulación a los pacientes de la disyuntiva categórica de “pague o muera”, situación tanto más angustiante cuando se plantea a pueblos debilitados, que no han podido edificar las bases elementales para la consecución de su dignidad, sobre todo en las áreas rurales. El darwinismo planteado en la vida cotidiana se escuda tras una fachada de cientificismo que concentra su destructividad contra las raíces o bases culturales que nutren nuestra existencia y que ocultan la némesis médica, el mercantilismo, la ética neoliberal de personal de salud, la iatrogenia y el “plateau” de la incompetencia del sistema de salud. En el otro extremo como ejemplos de maracidad crece la superstición, la charlatanería, la estafa de algunos grupos delincuenciales que no

deben confundirse con el ejercicio legítimo y racional de la fitoterapia de otros.

En lo ético y lo moral debemos evitar la autoincorporación de los valores que motivaban a las huestes de Genghis Khan, disfrazados ahora con la “cara limpia” del neoliberalismo.



Definición incompleta de salud

En los trabajos de difusión de TRAMIL-enda caribe destinados a los grupos poblacionales más desfavorecidos se debe buscar no sólo el bienestar biológico, psicológico y social de los individuos sino que también el componente espiritual ya que existen programas que contribuyen a combatir muchas enfermedades atávicas. El espíritu es la fuerza unificadora del pensamiento y la razón, incorpora los componentes éticos y morales, incluye la conciencia y sus manifestaciones más elevadas del arte, la religión y la filosofía. Contiene un sistema de creencias, percepciones e ignorancias, de

admisiones o repulsiones, de expectativas y estimaciones de significaciones instintivas bajo la influencia de la costumbre y tradición. El paradigma exitoso de los programas de los Doce Pasos puede orientarnos a buscar nuevas aplicaciones en resolución de problemas de salud pública: negociaciones, falta de adaptabilidad a los tratamientos, eliminación de hábitos perniciosos, superación de traumas emocionales, apoyo a familiares decepcionados, etc.

Validación en la atención primaria de salud

Los científicos que aglutinan sus esfuerzos investigativos en el programa TRAMIL-enda caribe procuran validar el uso de las plantas medicinales caribeñas, de tal manera que se pueda de acuerdo a criterios de eficacia, seguridad y calidad, recomendar su uso cuando la relación costo-beneficio (altruismo biológico) es favorable para los pacientes, permanecer en un período de espera a la realización de un diagnóstico favorable o desfavorable en base a investigaciones en curso o a la emisión de un dictamen adverso de precaución o proscripción en virtud de problemas toxicológicos detectados que preconizan un daño potencial a la población y tomando muy en cuenta la parte y forma de uso.

Para llegar a recomendaciones favorables se usa la más amplia gama de conocimientos científicos directos e indirectos sobre química botánica, farmacología, toxicología, terapéutica clínica y otras áreas desarrollando trabajos especiales en los diferentes centros de investigación científica aglutinados en torno a TRAMIL-enda caribe, con el apoyo financiero del Centro Internacional para

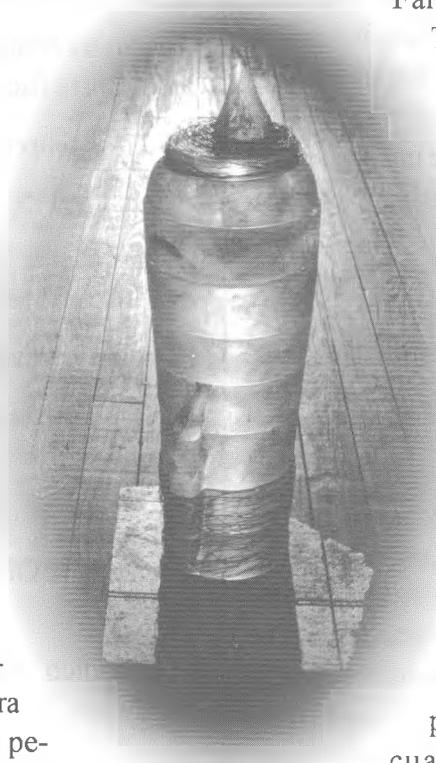
la Investigación y Desarrollo del Canadá (CIID), que auxilia también las labores de difusión dirigidos a diferentes grupos sociales.

Una de las características más sobresalientes del grupo y programa TRAMIL-enda caribe es que los conocimientos científicos obtenidos de inmediato tienen su aplicación práctica. La presentación de la Primera Edición de la

Farmacopea Vegetal Caribeña de TRAMIL-editada por el Dr.

Germosen Robineau constituye un paso histórico que ocurre en el momento más oportuno puesto que los Ministerios de Salud Pública de Centro América y del Caribe, casi han decidido la incorporación de las plantas medicinales validadas por el programa TRAMIL-enda caribe a la atención primaria de salud. Presentamos la lista básica de plantas seleccionadas por el grupo TRAMIL C.A., que obviamente puede ser enriquecida con aquellas plantas mesoamericanas no contempladas por el grupo caribeño y sobre las cuales se están haciendo otras monografías que pueden ser complementarias a esta lista inicial.

Convocada por la Exma. Sra. Ministra de Salud de Panamá Dra. Aida Moreno de Rivera se realizó una reunión técnica para discutir las políticas de desarrollo en salud que comprendan programas de investigaciones científica, orientados a la validación de los usos terapéuticos tradicionales de las plantas medicinales. Participaron representantes de Honduras, Nicaragua y Panamá, de los Ministerios de Salud Pública OPS/OMS, Universidades y científicos del grupo TRAMIL-enda caribe. Se recomendó el uso de la Farmacopea Vegetal Caribeña como un insumo fundamental para la se-



lección de una lista básica de plantas medicinales. Iniciar una importante capacitación en el uso de plantas medicinales del personal de Salud que ejecutará las políticas, siendo relevante la introducción de contenidos programáticos sobre las bases racionales del uso de plantas medicinales en las diferentes facultades y carreras universitarias.

En un proceso de ampliación de la cobertura de esta temática, se llevará a cabo, durante la segunda semana de Abril en Panamá, la reunión técnica regional de Centro América, Cuba y República Dominicana. En la reunión técnica ya se tendrán listas las políticas de salud, estrategias de un plan regional sobre el uso de plantas medicinales en la atención primaria de salud, existirá una lista básica de plantas medicinales en la atención primaria de salud. Se conocerán las propuestas universitarias para el desarrollo de cursos básicos para la capacitación de los profesionales en el área correspondiente y se presentará la Farmacopea Vegetal Caribeña (TRAMIL-enda caribe). En resumen TRAMIL-enda caribe es un paradigma exitoso de la utilización del conocimiento científico y la sabiduría popular con la intencionalidad ética y moral de alcanzar el mayor beneficio en la salud, vista desde una perspectiva más amplia: biológica, psicológica, espiritual y social, comprendida con los grupos más desfavorecidos de la población, combatiendo la ignorancia y evitando la indiferencia que aumenta los males en el sector salud.

Bibliografía

Villatoro, Luis: Creer, saber, conocer 1982.

Siglo veintiuno, editores S.A., tercera edición.

Bunge, Mario: Seudociencia e ideología.

Alianza Universidad, segunda edición, México 1986

Cámbar, Pablo: Psicofarmacología. Integración por los efectos de las drogas en adenililcielasa, fosfolipasa C, dialilglicerol e IP3.

Anotaciones 1996

Nash, Madeleine: ADDICTED "why do people get hooked? Mounting evidence points to a powerful brain chemical called dopamine"

Time, may 5, pag 35-40, 1997.

Cámbar, Pablo: "Efectos respiratorios de los extractos acuosos de plantas caribeñas en animales de experimentación".

II curso sobre biomodelos de experimentación, San José, Costa Rica.

17-21 de febrero 1997.

Cámbar, Pablo: "Neoliberalismo y salud".

Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas.

Honduras, mayo 1993.

Illich, Iván: Némesis médica. La expropiación de la salud.

Barral editores S.A., Barcelona, pag. 31, 1975.

Anónimo: "COHEP pide privatizar servicios de salud".

El Periódico, año 4-Nº 1188, 9A, 26 de septiembre de 1997.

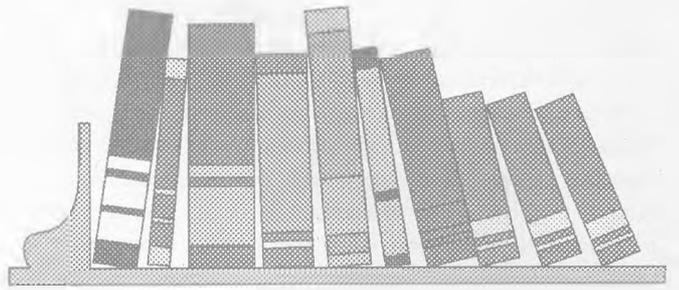
Germosén-Robineau: "Farmacopea vegetal caribeña".

Primera edición, Emile Désormeaux, Martinique FWI, pág 17, 1997.

Lagos-Witte, S; Germosén-Robineau, L.: Experiencias TRAMIL en la incorporación de "Hacia una Farmacopea caribeña" en los sistemas de salud de la cuenca del caribe Comunicación personal, septiembre 1997.

Plantas Medicinales científicamente validadas y su utilización en la atención primaria de salud, Reunión Técnica Preparatoria.

MSP, U. de P. TRAMIL-C.A. enda caribe, 18 y 19 de septiembre de 1997.



Documentos

Presentamos dos documentos, uno en el que se explica la estructura del programa nacional
contra el SIDA y dos es el documento original que dio origen a Ixchel en debate.

SIDA:

Estructura del Programa Nacional

El programa Nacional de ETS y SIDA es el conjunto de acciones coordinadas y concertadas por el Estado y la sociedad civil hondureña para un enfrentamiento integral y eficiente de la epidemia de VIH/SIDA y otras ETS.

El Programa Nacional de ETS y SIDA será conducido por la Secretaría de Salud, a través del Departamento de ETS/SIDA (DETSS). La Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONASIDA) será un órgano consultivo y de apoyo de la Secretaría de Salud en la decisión y ejecución de políticas y acciones nacionales de lucha contra la epidemia. Para la coordinación y ocasionalmente ejecución conjunta de acciones específicas de competencia común, se establecerán comisiones funcionales de trabajo de carácter temporal o permanente, con participación de representantes de otras dependencias de salud, otros sectores del Estado o de diversos actores de la sociedad civil.

DETSS/SS, Programas regionales de ETS/SIDA, UMIETS y otras UPS

De acuerdo con el artículo # 29 reformado de la Ley General de Administración Pública, compete a la Secretaría de Salud la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población, orientados a la lucha contra el VIH/SIDA.

Estas funciones son cumplidas a través del Departamento de ETS/SIDA, adscrito a la Dirección General de Riesgos Poblacionales, así como a través de los programas de ETS/SIDA de las nueve Regiones Sanitarias y de las Unidades de Servicios.

En la Secretaría de Salud, el DETSS cumple un papel conductor normativo orientado a conducir el programa a escala nacional, normar las acciones del programa y velar por su cumplimiento, coordinar intrasectorial e intersectorialmente las actividades que conduzcan a la realización de los objetivos del programa. Coordinar, supervisar y asistir técnicamente las acciones a ejecutarse por las diferentes regiones y gestionar los dispositivos legales que faciliten las acciones de ETS/SIDA y aquellos orientados a la protección de los derechos humanos de las personas viendo con VIH/SIDA.

En las nueve regiones sanitarias, los programas de ETS/SIDA cumplen un papel conductor regional orientado a diseñar y pro-

poner en el marco de las normativas del nivel nacional, las políticas y estrategias adecuadas a las características sociales, económicas y culturales de su región. Gerenciar en el ámbito de su jurisdicción, el desarrollo de las acciones para controlar las ETS y la infección por VIH/SIDA, y elevar periódicamente el consolidado de la información operativa y el reporte de casos de ETS/VIH/SIDA.

Finalmente, las Unidades Prestadoras de Servicios (UPS) de los distintos tipos cumplen un papel ejecutor local, orientado a cumplir las normas del Programa Nacional de ETS/SIDA, adecuando y diseñando las estrategias según las características sociales, económicas y culturales de la realidad local. Gerenciar las actividades de salud del Programa en su establecimiento, elevar periódicamente a la región correspondiente la información operativa y el reporte de casos de ETS/VIH/SIDA, desarrollar las actividades de consejería, diagnóstico y atención integral de las personas con ETS/SIDA, capacitación, intervención e investigación de acuerdo a su nivel de complejidad. Adicionalmente las Unidades de Manejo Integral de ETS (UMIETS) servirán como nivel de referencia para el manejo de ETS de su área de influencia, y los distintos tipos de UPS coordinarán con la comunidad organizada los planes de acción para el control de la epidemia en su jurisdicción.

CONASIDA

CONASIDA estará integrada por: El Secretario de Salud o su representante. El secretario de Educación o su representante. El secretario de Trabajo o su representante. El Rector de la UNAH o su representante. El Director General de Población y Política Migratoria o su representante. El Director del Instituto Hondureño de Seguridad Social o su representante. El Director de la Cruz Roja Hondureña o su representante. El Presidente del Consejo Hondureño de la Empresa Privada o su representante. Un representante de las iglesias legalmente constituidas en el país. Un representante de la Asociación de Medios de Comunicación. Un representante del sector campesino organizado. Un representante del sector femenino organizado. Un representante de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la lucha contra el SIDA. Un representante del sector obrero organizado y un representante del sector de pobladores urbanos.

Proyecto Original de la Revista

La Maestría en Salud Pública de Honduras nació hace cinco años. Se creó como una respuesta a la necesidad de formación de profesionales universitarios vinculados con el quehacer de la salud en el contexto nacional. El proceso de construcción del plan de estudios generó una metodología de aprendizaje innovadora y participativa que estimula el pensamiento crítico y analítico del estudiante. Como resultado, de este proceso, se están generando nuevos conocimientos y propuestas, como ideas, para la transformación de la calidad de vida de la población. También se ha producido material científico que es necesario divulgar a través de algún medio de comunicación social que condense dicho material y se de a conocer a otros profesionales del ámbito nacional e internacional.

Actualmente en nuestro país son escasos los medios a través de los cuales llega a los usuarios de la información científica, los aportes de diferentes fuentes generadoras de ciencia en el campo de la salud. Por ello es de mucha importancia poder contar con una revista, en la Maestría de Salud Pública, que sirva de instrumento de relación, comunicación y transmisión de la información científica del campo médico-social. Una revista que informe sobre las nuevas tendencias en la salud pública, en las nuevas investigaciones y en la producción científica en general tanto a nivel nacional como internacional. Con ello estaríamos fortaleciendo la educación científica y continua de los profesionales usuarios en el sistema de salud.

1) Promover la difusión de temas de actualidad y nuevos resultados de las investigaciones en el campo de la salud pública, medicina social y otros temas de interés de la comunidad científica del sector salud.

2) Constituir un medio para el intercambio de experiencias del quehacer de la salud pública y otros campos relacionados, tanto a nivel nacional como internacional.

1) La revista será un órgano de debate amplio de la Maestría en Salud Pública, al servicio de los sectores sociales profesionales interesados en las temáticas bajo discusión.

2) El nombre de la revista será ampliamente discutido, hasta que se logre una opinión consensuada.

3) La administración de la revista estará integrada por las siguientes instancias:

Un consejo editorial integrado tanto por miembros del personal de la maestría y miembros de otras organizaciones e instituciones relacionadas con la temática de la revista, a nivel nacional e internacional.

Colaboradores y corresponsales nacionales e internacionales integrados de tal manera que posibiliten un intercambio amplio a nivel regional centroamericano, latinoamericano y mundial.

La dirección de la revista estará constituida por un(a) director(a), secretario(a), editor(a), como cargos electos periódicamente dentro del consejo editorial.

4) Se elaborará un reglamento particular que normará la selección de los miembros del consejo editorial y de los colaboradores y corresponsales.

Pequeña biografía de la artista

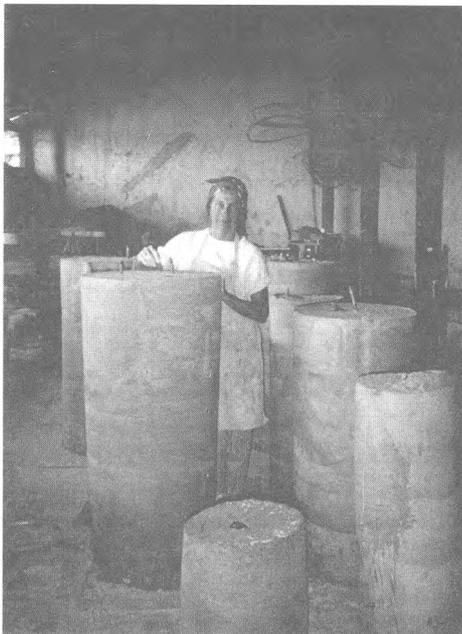
Regina Aguilar nació en Tegucigalpa, Honduras el 27 de febrero de 1954.

Desde la edad de cuatro años hasta los 18 años perteneció al Teatro Infantil de Honduras bajo la dirección de Mercedes Agurcia Membreño, primera y gran influencia en la formación artística de Regina. En este teatro tuvo la oportunidad de crecer rodeada de artistas, de música, de luces, de literatura y de arte plástico.

Practicó la actuación, la danza y el canto.

Durante toda la niñez practicó pintura y dibujo, ganándose el primer premio de dibujo a los diez años. También practicó la construcción de objetos comenzando por fabricar casas de muñecas y casas para sus perros.

Al final de los setenta mientras residía en Victoria, Canadá toma cursos en diferentes técnicas de vitrales. Al comienzo de los años ochenta ingresa en la ciudad de Boston al Massachusetts College of Art en donde obtuvo una Licenciatura en Bellas Artes con especialidad en Artes Vitrarias y escultura. Desde el año 83 comienza exponer sus esculturas en los Estados Unidos de Norteamérica y luego tiene exhibiciones en Alemania y Holanda.



El trabajo de Regina combina siempre materiales fuertes como la piedra y el metal con materiales transparentes y más livianos como el vidrio y el cristal. La dualidad es un elemento básico en su trabajo.

A comienzos de los años noventa regresa a su nativa Honduras después de once años de ausencia. Monta un taller en la comunidad de San Juancito, Francisco Morazán y comienza con

una obra más social, menos centrada en sí misma. Trabaja con un grupo de ex-mineros y de jóvenes de esa comunidad a los cuales entrena en la fundición de metales, la forja del hierro, soldadura y hechura de moldes en diferentes materiales. Los temas ya pertenecen a los demás, temas socio-políticos. Ciertos trabajos muestran su preocupación por la corrupción, por el engaño de las instituciones establecidas con las mayorías, el conflicto del rompimiento de lo establecido con miras hacia una nueva perspectiva y una nueva alternativa de vida. La preocupación por la globalización y la robotización deshumanizante que ya tenemos a las puertas.

En 1998 es invitada a la Bienal de São Paulo para la cual prepara una obra acerca de las consecuencias inminentes de la práctica de la clonación.

SIDA

no

SI no DA

SI

**¿Cómo se hace
es lo esencial!**



**El número
DOS
de
Ixchel en debate
será dedicado a
Salud reproductiva**

Esperen para
Octubre\98

