

Educación superior, políticas públicas y tuberculosis

Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo y Julio Félix Álvarez Gordillo*

En este ensayo analizaremos algunos elementos que aporten bases para integrar a la investigación en educación superior como prioridad en los servicios de salud y responder a la necesidad de formación de recursos humanos con la capacidad de prestar un servicio de calidad, pero sobre todo con la responsabilidad de brindar soluciones reales a problemas de salud pública, como la tuberculosis en Chiapas.



Las políticas en educación superior y salud

El ingreso de México a los procesos de globalización y transnacionalización de la economía ha traído consigo un nuevo paradigma que ubica a la educación como un factor de desarrollo productivo y además, como un medio para contribuir a la solución de los problemas y fenómenos sociales que caracterizan al mundo actual. Dentro de las tendencias que orientan al Sistema Educativo en México tenemos:

a) El desarrollo humano, que propone el acceso creciente de la población al paradigma productivo basado en el valor social del conocimiento y las nuevas tecnologías, lo cual permite generar una política académica y científica dirigida a

la equidad, la pertinencia social y la justicia para la sociedad civil.

b) El desarrollo sustentable, que orienta hacia el aprovechamiento racional de los recursos humanos y naturales en la búsqueda del equilibrio y la equidad (Acosta *et al*, 1999).

La educación superior no puede restringirse a la incorporación simplista de las instituciones de educación a los requerimientos del mercado y el aparato productivo. En este caso, las políticas educativas del nivel superior deben abocarse a dar respuesta tanto a las problemáticas económicas como al desafío de la calidad, la igualdad y la pertinencia, así como orientar sus objetivos con las necesidades de la sociedad.

Al hablar de formación profesional tenemos que pensar en el perfil de egreso. En medicina no es suficiente que se desarrollen vacunas y fármacos para la prevención y tratamiento de las enfermedades, se necesita también de la investigación y del trato holístico en la solución de los problemas de salud en los diferentes contextos socioculturales que se presentan al personal de salud, principalmente los médicos.

Diversas publicaciones han dado cuenta de las ventajas que supone incorporar los aportes de las ciencias sociales al estudio de los

* Guadalupe Álvarez es investigadora de la División de Población y Salud de ECOSUR (galvarez@scl.ecosur.mx) y Julio Álvarez es becario de maestría en la misma institución.



fenómenos de la salud y la enfermedad, así como de las dificultades que este proceso de integración ha presentado (Castro, 1992). En México, el interés por la reflexión sobre la enfermedad y el accidente desde la perspectiva sociocultural también toma cuerpo al término de la segunda guerra mundial, pero su ascendiente queda reducido a los antropólogos y, en cierta medida, a los epidemiólogos (Aguirre, 1994: 22). En la actualidad, la importancia de las ciencias sociales en la salud pública está fuera de duda. Esto nos habla de que en el perfil de egresado del médico se espera ya una formación integral, aquella que permita un exitoso desempeño profesional; para ello resultan indispensables la sociología, la antropología, la lingüística, la filosofía y otras disciplinas que ubiquen a la medicina humana en una dimensión totalizadora y holística.

La necesidad de otorgar un servicio de salud de calidad implica involucrar a los actores de la salud; indagar acerca de las dificultades percibidas por los médicos para establecer un trabajo comunitario y una adecuada relación médico-paciente, ya que por parte del médico se presentan una marcada connotación científica en la formación; la cultura de la comunidad es ajena a la suya y el trato se limita a la consulta. Por parte del paciente, éste no entiende al médico por dificultades culturales, además de que hay características del médico que se asocian a una escasa comunicación con el paciente, tales como la clase social, el ingreso económico, la percepción acerca de las necesidades del enfermo (Cuevas, 1991).

Existe un evidente “medicocentrismo” en el currículum de la carrera de medicina, por lo que la relación médico-paciente es

aprendida en forma empírica, lo que va en detrimento de la calidad de la atención.

La formación profesional induce a que los médicos vean enfermedades y no personas. La persona objeto de sufrimiento es representada como el lugar de la enfermedad más que como un agente narrativo. El paciente es formulado como un proyecto médico, y dada la extrema presión del tiempo, la presentación de casos es diseñada para excluir todo, excepto los que podrían representar ayudas para el diagnóstico y la decisión del tratamiento (Good, 1994).

Las líneas de investigación en salud enfocan unidireccionalmente hacia un mayor conocimiento epidemiológico y a la generación de nueva tecnología en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Existe el supuesto de que la responsabilidad de conservar o restablecer la salud de un individuo o de una comunidad es tarea exclusiva del médico. “La vinculación de la investigación educativa con otras profesiones de igual o menor relevancia, relacionadas con la salud, ha sido poco evidente” (Waldegg, 1995: 142-180).

El caso de la tuberculosis en Chiapas

En el contexto mundial: “La tuberculosis es aún la primera enfermedad infecciosa como causa de muerte. Un tercio de la población del mundo ya ha sido infectada y está en riesgo de enfermar durante el resto de su vida; este riesgo se incrementa varias veces si además se infecta del virus del sida. Se estima que cerca de nueve millones de personas se enferman anualmente de tuberculosis, y cada enfermo transmitirá la infección a 10 o 15 personas si no se recibe tratamiento” (OPS, 1992:169).

En Chiapas encontramos que la profesión médica carece de elementos curriculares que apoyen el trabajo comunitario que como eje de la atención incluya una adecuada relación médico-paciente y que sitúe a las actividades de educación para la salud al mismo nivel que las acciones curativas.





La formación profesional induce a que los médicos vean enfermedades y no personas. La persona objeto de sufrimiento es representada como el lugar de la enfermedad más que como un agente narrativo. El paciente es formulado como un proyecto médico.



De este panorama no escapa Chiapas, ya que ocupa el primer lugar en defunciones por tuberculosis de todos los estados de la República; en 1998 se reportó una tasa de 8.2 por 100,000 habitantes que representa el 10% del total de defunciones en el país. Durante 1990-1999 las tasas de prevalencia muestran una tendencia a la disminución, sin embargo, esto no concuerda con la reducción lenta de la mortalidad en esos años, la alta frecuencia de abandonos de tratamiento y los cada vez más constantes casos de sida y tuberculosis multirresistente a fármacos (Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 1999).

Simultáneamente a esta situación, en Chiapas encontramos que la profesión médica carece de elementos curriculares que apoyen en primera instancia el trabajo comunitario que como eje de la atención incluya una adecuada relación médico-paciente y que sitúe a las actividades de educación para la salud al mismo nivel que las acciones curativas. En la práctica del médico, el aprendizaje se realiza de manera empírica, así “la calidad de atención y la escasez de recursos materiales y humanos de la práctica médica institucional de la región, se refleja en su limitada cobertura y escasa demanda. Esta última tiene que ver con el poco conocimiento, por parte del médico, de la realidad socio-cultural de los enfermos” (Freyermuth, 1993:28-109).

En un estudio con enfermos realizado en Chiapas acerca de las percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis (Álvarez-Gordillo et al, 2000) se ha demostrado que éstas intervienen en todo el proceso de salud-enfermedad-atención. Los enfermos con tuberculosis estudiados, entre otras cosas, generaron y manejaron criterios de prevención y curación para

el padecimiento, ya que real o imaginariamente afectaron su salud en la vida cotidiana. No existen grupos que carezcan de estos saberes porque los mismos son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la producción y reproducción de la misma. La mayoría de tales criterios preventivos son socioculturales y no se deberían considerar como comportamientos erróneos o correctos, sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no.

En el estudio se encontró que los servicios de salud juegan un papel muy importante, y se vio reflejada la falta de comunicación del personal médico y paramédico con el paciente para transmitir información necesaria acerca de la enfermedad y su tratamiento y, como consecuencia, la falta de adherencia al mismo (Acosta, 1999).

La relación médico-paciente es la base de una adecuada terapia en cualquier enfermedad. Esta importancia se ve mayormente reflejada en enfermedades como la tuberculosis, la cual representa un grave problema de salud pública en Chiapas, a pesar de que para ella existe un tratamiento curativo y una amplia cobertura de servicios de salud. Las percepciones y prácticas de los enfermos acerca de la tuberculosis y de los servicios de salud varían de acuerdo al contexto social y a la historia personal ante la búsqueda de atención médica. Estos actores, el médico y el paciente, interactúan en un proceso que puede evolucionar al éxito o al fracaso de la terapia.

Existe la imperiosa necesidad de integrar al sistema de salud estrategias de prevención y control de enfermedades con visión participativa y multidisciplinaria, que permitirán controlar enfermedades infecciosas que se cuentan entre las



principales causas de mortalidad en Chiapas, y que pese a que los Servicios de Salud tienen una amplia cobertura, no se han cumplido satisfactoriamente las expectativas de este sector.

Los estudios de educación superior deberán encaminarse primeramente al papel del médico en la resolución de problemas sociales y a la implicación de la comprensión y el significado de sus propios intereses y su proceder relacionado con éstos. Es imperante generar conocimientos que apoyen los programas de educación superior en medicina, la capacitación médica continua y la práctica profesional que incida en una mejor calidad de la atención a la salud. ©

Literatura citada:

Acosta, S.M., Durán, A.N., Rabel, U.T. y Ríos, E.M., “Escenario futurible de la educación superior”, en Chehaybar y Kuri, Edith, *Hacia el futuro de la formación docente en educación superior*, Centro de Estudios de la Universidad, UNAM, Plaza y Valdés, México, 1999.
 Aguirre Beltrán, G., *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*, INI, Universidad Veracruzana, Gobierno del Estado de Veracruz y Fondo de Cultura Económica, México, 1994.
 Álvarez-Gordillo, G.C., Álvarez-Gordillo, J.F., Dorantes-Jiménez, J.E. y

Halperin-Frisch, D. “Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas”, *Salud Pública de México*, México, 2000.

Castro Pérez, R., “Criterios para la enseñanza de sociología médica en el ámbito de la salud pública. Educación Superior en salud”, *Salud Pública de México*, 1992.

Cuevas Urióstegui, M.L., “Relación médico-paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica”, *Salud Pública de México*, 1991.

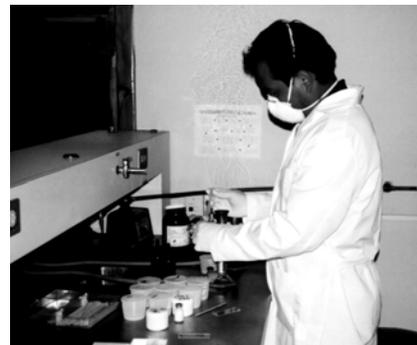
Freyermuth, Enciso G., *Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Gobierno del Estado de Chiapas, CIESAS Sureste, México, 1993.

Good Byron, J., *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

Instituto de Salud del Estado de Chiapas, *Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Chiapas*, 1999.

Organización Panamericana de la Salud, *La investigación en salud en América Latina. Estudios de países seleccionados*, Pub. Científica No. 543, OPS, Washington DC, 1992.

Waldegg, G., *Procesos de enseñanza-aprendizaje II. La investigación educativa de los ochenta, perspectivas para los noventa*, Fundación para la Cultura del Maestro Mexicano, Consejo Mexicano de Investigación, 1995.



E N T É R A T E

Necesidades y demandas

El impulso que hace actuar al Estado es la percepción de *necesidades*, consideradas como el conjunto de elementos que requiere el individuo y la sociedad para su bienestar, o bien, el que precisa el sistema para su funcionamiento. Las demandas son vistas como la problematización social de una necesidad existente, pero no todas las necesidades llegan a traducirse en demandas y no todas las demandas tienen como trasfondo una necesidad. Las necesidades se atienden mediante políticas públicas y pueden percibirse a través de las siguientes vías: el Estado las detecta por medio de procesos tecnocráticos; los afectados toman conciencia de su insatisfacción y actúan, convirtiendo las necesidades en problemas políticos; líderes u organizaciones intervienen en nombre de los afectados, provocando una problematización social; algún grupo o fracción del bloque dominante las asume como demandas para ganar espacios de poder.

Fuente: *La educación de adultos desde la perspectiva de las políticas públicas*, Carola Conde, El Colegio Mexiquense, México, 2000. ©