# Vicios públicos, virtudes privadas: Individuos, personas y conjuntos sociales en la salud y la enfermedad *

**María Eugenia Modena****

Un político inteligente no debe interferir en la privacidad de los hogares. Si el político se permite abusar del espionaje, ello degenera y se convierte en tiranía sobre la sociedad humana, y perturba el mismo orden público que está obligado a proteger.

Johan Peter Frank, *Sistema de una policía médica generalizada* (1779-1788).

El pensamiento privado y la deliberación silenciosa tienen lugar a la sombra de la institución pública.

Stuart Hampshire, *La moral pública y la privada* (1978).

Los dos párrafos anteriores se contrapuntean a través de dos siglos de historia y nos remiten a una de las viejas polémicas académico-ideológico-política de la sociedad moderna. ¿Cuál es la relación entre el individuo y la sociedad? ¿Cómo se reparten responsabilidades y derechos entre poder público y ámbito privado? ¿Hasta dónde el interés general puede exigir el sacrificio del interés particular? ¿De qué manera y bajo qué condiciones los intereses particulares pueden representar el interés general?

* Para Monserrat

** Investigadora del CIESAS.

Nueva Antropología, Vol. X, No. 36, México 1989

No pretendemos dar respuesta a estas disyuntivas, fácilmente atribuibles al pensamiento liberal del siglo XVIII, pero que tienen aguda vigencia en las utopías y prácticas de la izquierda contemporánea y en la realidad de los países socialistas. Nos limitaremos a ver cómo algunas de estas cuestiones, puntos de articulación de lo privado y lo público, operan en los procesos de hegemonización social general, pautando tendencialmente los comportamientos de los sectores subalternos en algunos aspectos de la atención de la salud y la enfermedad.

Veremos, en primer lugar, la definición de los ámbitos de lo privado y lo público en los términos del problema señalado. El límite entre ambas esferas no lo consideramos fijo, sino que se constituye y se desplaza según los procesos transaccionales que establecen los conjuntos sociales con la hegemonía[1].

Consideramos el *ámbito de lo público* constituído por la articulación de las políticas, las acciones, las prácticas y las representaciones culturales e ideológicas —explícitas e implícitas— de cualquier signo, que el Estado y sus agencias mantiene con los conjuntos sociales y sus organizaciones y de éstos o fragmentos de éstos entre sí y con el Estado. Esta articulación se produce en todos los niveles de un determinado bloque histórico, imprimiéndole sus características particulares.

Circunscribir el ámbito público sólo al aparato de Estado y sus acciones implica concebir la historia y la política como la gestión de "cúpulas" y dirigencias institucionales, más o menos personalizadas, centradas en la fuerza o la negociación. Dentro de esta perspectiva, quedan fuera del entretejido público los conjuntos sociales, los grupos intermedios, las organizaciones sociales sin representación formal y, junto con ellos, sus acciones, perspectivas y propuestas ideológico-políticas explícitas e implícitas.

La polarización Estado/Individuo, como ideología, encuentra un campo fértil en esta tendencia. El individuo queda inerme frente al Estado al ser eliminados, de la perspectiva analítica, los grupos so-

[1] En la perspectiva teórica del marxismo gramsciano el proceso de hegemonización es el conjunto de operaciones ideológicas a través de las cuales se incorporan los sentidos sociales que tienden a reproducir puntual o globalmente el control económico, político y social de las clases, sectores de clase o grupos de poder y que se basa fundamental, pero no exclusivamente, en la construcción/obtención de consenso por parte de los sectores, clases y grupos subalternos. Este consenso tiene uno de sus soportes en los procesos transaccionales: El concepto de transacciones intenta permitir una descripción de las articulaciones que en el nivel consciente, pero también en los niveles no conscientes e inconscientes, operan en las relaciones generadas entre los estratos dominantes y subalternos (Menéndez, Eduardo, 1981-376). Los procesos transaccionales, históricamente constituidos, se renuevan diariamente en la necesidad de sobrevivir, de adecuarse a la realidad cotidiana, como si fuesen creaciones autónomas —individuales y colectivas— pero que no son otra cosa que pactos, básicamente inconscientes, con las propuestas del sector hegemónico.

ciales y sus consignas (económicas, culturales, sociales e ideológicas) y al privilegiarse la fenomenología política a expensas de los procesos de estructuración ideológica en los que se construye la hegemonía y el consenso o se impugna la legitimidad de la política de Estado.

Por otra parte, la perspectiva que sólo toma en cuenta, como lugar de la acción pública, a los conjuntos sociales y su dinámica al margen de la política y acciones estatales de carácter proovedor/represor/conciliador y gestor de relaciones sociales, construye una artificialidad sociológica al eliminar del análisis la articulación de los grupos sociales con las fuentes de poder formal y con las políticas de coyuntura.

Consideramos el *ámbito privado* constituído, desde un punto de vista económico estructural, por el sistema privado de la propiedad y, desde el ángulo de la organización social, por el conjunto de prácticas, acciones y representaciones culturales e ideológicas de los individuos así como aquéllas que se ejercen y recrean en el espacio doméstico, en articulación permanente con el mundo público.

La doble relación del Estado y los conjuntos sociales y de estos dos términos con el ámbito privado, será la guía teórico metodológica que nos conduzca en el análisis de algunos aspectos de la salud y la enfermedad. Remitiremos este complejo privado/público a dos situaciones empíricas de magnitud diferente. En un primer nivel —macrosocial— veremos la distribución desigual de responsabilidades entre el ámbito privado y el público, y entre distintas modalidades del primero, en relación con tres problemas cruciales de la salud pública nacional: la contaminación atmosférica, el tabaquismo y el alcoholismo. Pasaremos luego a analizar —en una situación empírica mucho más acotada y microsocial— cómo se articulan la acción pública y la acción privada en el espacio de algunos recursos para la salud y la enfermedad. A pesar de las diferentes escalas empíricas y la desigual jerarquía de los datos, buscaremos la lógica común de la estructuración privado/público que subyace a esas diferencias.

## INDIVIDUO, ESTADO Y CIENCIA: UNA TRILOGIA MODERNA

Vamos a comenzar hablando del individuo; ese concepto que cobra su sentido más cabal a partir del Renacimiento europeo y encuentra su formulación privilegiada en las concepciones iluministas del siglo XVIII.

Pero ¿por qué iniciar un trabajo sobre lo privado y lo público en la atención de la salud y la enfermedad a partir de este concepto? Por lo menos por dos razones.

1. El concepto de individuo abstracto fue la unidad menor en la composición de la esfera pública del Estado moderno. La igualdad de los ciudadanos ante la ley, su representación en el gobierno, la concertación de voluntades, la disciplina de las pasiones por la razón, la libertad de trabajo, en fin, el conjunto de las actividades económicas, políticas e ideológicas tenía co-

mo unidad de acción conceptual al individuo. Este, como partícula social, y el individualismo, como ideología de vida, se expanden en el siglo XVIII relacionados con la quiebra de la sociedad estamental, la consolidación del pensamiento laico y la idea de la política como búsqueda de la felicidad común.

2. Correlativamente con este proceso social general, la medicina moderna en occidente concibió al individuo como unidad mínima de la especie y, por lo tanto, como lugar biológico empírico de la generalidad universal.

Esta concepción se va estructurando a lo largo de un proceso histórico que, partiendo de los últimos siglos de la Edad Media, transita por cuatro centurias de vinculación entre medicina y sociedad para encontrar su culminación en el darwinismo y sus consecuencias, no sólo académicas, sino sociales. La sobrevivencia del más fuerte en la lucha biológica embona con la ideología de la libre competencia y la justificación del poder económico y político del "más apto".

La secularización renacentista de la ciencia, los descubrimientos e invenciones —los hallazgos fisicoquímicos de Vesalio, de la circulación de la sangre por Servet, del microscopio simple, en el siglo XVI— permitieron la comprobación empírica de la generalidad biológica en la individualidad. Sin embargo, este nacimiento en la modernidad encuentra alguna de sus raíces en la larga historia del medioevo. Con la carga de un cúmulo de contradicciones, la Baja Edad Media inicia la prefiguración de la medicina del siglo XVI. Dietética, farmacoterapia y cirugía son técnicas que, en ese periodo, se sustentan en la bondad divina que autoriza, permite y otorga la eficacia del "arte de curar". Al mismo tiempo, ese desempeño técnico, es por primera vez legitimado a través de la titulación oficial del médico y la reglamentación de su práctica. Las escuelas de Salerno y Monpellier son precursoras, en el siglo XII, de la habilitación pública y oficial del ejercicio de la medicina.

El médico medieval tiene una doble adscripción: civil y religiosa. El orden civil le exige —bajo pena de excomunión— que prescriba la confesión de los pecados del paciente antes de iniciar su tratamiento técnico y, de esta manera, el poder secular colabora, controlando el ejercicio profesional, con el mantenimiento de un orden religioso del mundo. El fortalecimiento del Estado conducirá a que la penalidad religiosa se transforme, paulatinamente, en mundano cautiverio o sanción económica.

> Iglesia y Estado, Fe y Razón: el juego dialéctico entre estos cuatro elementos se desgrana a lo largo de una historia inmemorial, tanto más enrevesada, por la complejidad de las fuerzas en liza, cuanto que los dos binomios rara vez supieron coincidir. El Estado no es necesariamente el adalid de la Razón, la Iglesia no es taxativamente sinónimo de Fe y la religiosidad no excluye el

> anticlericalismo. Durante el siglo XVII se acentúa aún más la complejidad del juego, dado que si en la antigüedad especulación filosófica y ciencia eran una misma cosa, en el siglo XVII surge como fuerza autónoma la ciencia experimental que se aparta de la especulación filosófica y se aproxima cada vez más a la tecnología. (Cipolla, 1984, 13)

La ciencia, alejada de la normatividad religiosa y con la ideología del hombre abstracto como protagonista de la historia, se transforma en paradigma —crecientemente hegemonizador— de "verdad y progreso".

El término de la vida ya no está dentro de este sistema de pensamiento, determinado por Dios, sino que depende, en gran parte, de la voluntad y la disciplina del individuo. *El liber de longa vita* de Paracelso, *De vita longa* de Marcilio Ficino y *Discorsi della vita sobria* de Luigi Cornaro, son productos del siglo XVI dirigidos al control sobre la propia vida, a la dieta sana, a la moderación, al dominio de un tipo de racionalidad sobre las pasiones del cuerpo (*cfr.* Sigerist, 1981). Tendencia higienista que, sin duda, encuentra importantes antecedentes en Galeno y en la escuela salernitana del siglo XII.

Sin embargo, para los sectores sociales que se encontraban incluídos en los crecientes vendedores de fuerza de trabajo, ese límite estaba puesto desde afuera. Era la esfera pública en su forma de mercado laboral, de nivel de salario y de condiciones sociales generales, la que delimitaba las posibilidades de la reproducción del trabajador y su familia en el ámbito privado. La esfera pública era (y frecuentemente continúa siendo) la "racionalidad moderadora" para la vida sobria de los sectores subalternos, al menos en algunos aspectos centrales de su sobrevivencia.

Como tendencia general de este prolongado proceso de secularización, el individuo se transforma en centro de pensamiento y acción, delimitándose —en función del mismo— dos esferas aparentemente autónomas: la pública y la privada. La primera, lugar del gobierno y del Estado, del trabajo y la ley, la igualdad y el control general; lugar indiscutido del "pacto social". La segunda, lugar de los afectos, de la moral y el erotismo, de la propiedad privada y las decisiones particulares; predio supuestamente autoregulado y autocontrolado por la responsabilidad y libertad individual.

Las diferencias sociales, la estratificación social, desaparecían ante la universalidad del individuo en la esfera pública y ante la potente iniciativa individual en la esfera privada, territorio privilegiado y formalmente único de las relaciones personales.

En vinculación con lo anterior queremos señalar un hecho, sin ninguna pretención de originalidad: el abandono del sistema de trabajo y de las categorías de espacio y tiempo asociadas a él, característicos del medioevo, la incorporación de los individuos a las manufacturas y, posteriormente, al trabajo fabril, constituyó un largo proceso histórico que implicó la construcción de otro uso del cuerpo y de

su representación. El cuerpo "capitalista", individual, se construye a lo largo de los nuevos procesos de trabajo y en las nuevas relaciones de producción. Cuerpo que se disciplina en los procesos productivos, que toma conciencia sesgada de sí en la esfera pública y que ejerce otras potencialidades en la esfera privada, en el lapso del llamado "tiempo libre". Cuerpo que es transaccionado entre ambos mundos y que en el proceso mismo de la transacción pierde, para los sectores subalternos, la posibilidad misma de constituirse y pensarse autónomamente. La constitución privada del cuerpo se produce en el resquicio delimitado desde el trabajo y las necesidades sociales, dentro de los procesos generales de hegemonización.[2] Procesos que conllevan, para los sectores subalternos, las transacciones ideológicas que implican asumir la responsabilidad y el costo económico sobre el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, simultáneamente con el abandono tendencial de la organización y normatividad sobre las mismas al modelo y la práctica médica y a las instancias sociales de la dominación.

Las nuevas formas del "cansancio" o los desórdenes provocados por las nuevas intensidades laborales, duración de jornadas o tensiones gestadas en la esfera pública del trabajo, se "entrometen" en el ámbito privado mostrando lo artificioso, formal y coyuntural de esta separación. Lugares claros de la articulación real de estos ámbitos son las consecuencias de los ritmos y horarios de trabajo, los niveles salariales o los avatares de las cosechas y sus precios de venta, su insuficiencia para reproducir las condiciones de vida familiar, que movilizan el indicador salud-enfermedad, en el ámbito privado del trabajador.

Por eso Vicente Navarro afirma:

> Estas luchas contra la naturaleza del trabajo bajo el capitalismo, no sólo ocurren por el daño impuesto a los trabajadores dentro del lugar de trabajo, sino también por el perjuicio que reciben fuera y que abarca todas las dimensiones de su vida... y de las vidas que dependen de ellos. (Navarro, 1982,74).[3]

[2] La constitución de la representación del cuerpo en periodos anteriores al capitalismo, tampoco se producía autónomamente, al margen de los procesos de trabajo y de las ideologías sociales dominantes. La guerra, el trabajo en la gleba, la Iglesia y la ideología religiosa tuvieron, en la Edad Media, un papel fundamental en la construcción social de la representación del cuerpo humano. En el capitalismo la tendencia a la separación de los espacios sociales del trabajo, la vida doméstica, el arte, la ciencia, la religión, etc., colocan la construcción de la representación privada del cuerpo en una situación de fragmentación, en los intersticios de las diferentes partes, aparentemente autónomas, del mundo público.

[3] El erotismo y la sexualidad, como lo más "privado" de la vida personal, son afectados por los procesos y ritmos de trabajo. El mismo autor,

Los límites entre lo privado y lo público en el capitalismo no son universales y no sólo varían entre distintas formaciones sociales. También las coyunturas económico-políticas, así como los problemas sobre los que se ejerce esta separación, mueven la frontera entre ambos campos. Frontera que, tendencialmente, se establece desde el ámbito público.

Desde el siglo XVIII se van esbozando, en relación con el proceso salud-enfermedad, dos esferas de atención: una privada y referida a los individuos particulares —su responsabilidad en la higiene personal, alimentación, atención de la enfermedad— y otra pública, competencia del poder estatal, referida a la salud pública —construcción de drenajes, provisión de agua potable, instalaciones, personal médico y paramédico para la atención de la población. Esta última vertiente cobra especial importancia en las monarquías ilustradas europeas.

Simultáneamente con el reconocimiento de la pobreza y las condiciones de vida como factores casuales de la enfermedad, J.P. Frank —principal iniciador y difusor del "salubrismo ilustrado"— coloca en el soberano el rol de protector y custodio de la salud pública. Otorgar y prohibir aquello que, respectivamente, favorece o lesiona la salud, son obligaciones y potestades de la autoridad ilustrada.

Estas dos líneas de pensamiento y acción en materia de salud y enfermedad, permanecen hoy en el modelo médico hegemónico: la medicina curativa —oficial y privada— y la salud pública que, ambigüamente, se dirige al mantenimiento y obtención de la misma. Ambas con una alta dosis de responsabilización de los particulares y su acción en el ámbito privado.

En México, desde el periodo de Independencia —y con antecedentes en las reformas borbónicas— la política hospitalaria fluctuó entre el poder eclesiástico y el civil de acuerdo a la situación financiera del Estado y a la ocupación, del último de esos poderes, por conservadores o liberales.

Por otra parte, la reorganización de la medicina europea y las consecuencias del movimiento médico en ese continente, se expanden a nuestro país poniendo un jaque, desde el gremio mismo, la influencia eclesiástica sobre los hospitales. En 1831 se suprime el Tribunal de Protomedicato, en 1833 se clausura la Universidad Pontificia y se funda la Dirección General de Instrucción Pública y el Establecimiento de Ciencias Médicas; decisiones públicas del Estado que serán abolidas en el mandato de Santa Anna.

citando a G. Berlinguer, menciona el lema de los obreros ingleses de la Leyland cuando la empresa quiso establecer un turno nocturno: "Haz el amor, no el trabajo nocturno". Pero si las condiciones salariales —y de organización sindical y política— les permiten a los obreros ingleses la oposición al trabajo nocturno y a la transacción ideológica sobre el uso de su cuerpo y su tiempo ¿Qué ocurre en nuestros países latinoamericanos cuando las necesidades de sobrevivencia implican la sobreexplotación y el avance del espacio de trabajo, de la esfera pública, sobre el campo privado en términos tan concretos como el tiempo dedicado a cada uno?

> La época juarista heredó de este periodo, en primer lugar, un gran peso de los gobiernos locales sobre el aparato político central... Los poderes municipales continuaban siendo la base de la estructura política y, en consecuencia, se mantuvieron como los organismos que regulaban todas las acciones estatales en materia de salud, sin lograr ningún tipo de acción unificada. En segundo lugar, el grupo juarista hubo de enfrentar la violenta reacción de un grupo eclesiástico cuyo campo de acción político, se había reducido notablemente..., sobre todo por causa del auge de la medicina científica en Europa, cuyos planteamientos tendían a desplazar en gran parte las bases de la fe y de la caridad cristiana... (Moreno Cueto, 1982, 27-28).

En la segunda mitad del siglo pasado la normatización sanitaria tiende a centralizarse en el Estado Federal. En 1877 los hospitales de los ayuntamientos son incorporados por la Dirección de Beneficencia Pública, la cual en 1882 pasa a depender de la Secretaría de Gobernación. En 1879 el Consejo Superior de Salubridad se constituye como representante del Estado en materia de salud con potestades jurídicas y técnicas.

La seguridad social se esboza durante el porfiriato en las crecientes demandas de un movimiento obrero incipiente. La salubridad, como acción normatizadora del Estado, se concretiza —al menos en la "letra"— en el primer *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos* de 1891.

La salubridad, como ideología de Estado, se traduce en norma directiva, y la seguridad social, como necesidad de los trabajadores, irrumpe como demanda gremial. La confluencia del desarrollo de la medicina científica europea con el crecimiento urbano y la consecuente concentración demográfica de las ciudades, colocan a la salubridad como eje ideológico, articulador de modernidad científica y necesidades sociales. El creciente desarrollo industrial y las demandas obreras en materia laboral, conllevan los primeros planteamientos de seguridad social fundamentalmente expresados por el gremio ferrocarrilero y entre los trabajadores mineros.

Si bien el porfiriato fue pródigo en ideas, demandas y normas sanitarias y —en menor medida— de seguridad social, la acción real distó mucho de la norma "científica" ideal. Las demandas de salud —directa o indirectamente— nutrieron las propuestas de los movimientos políticos que desembocaron en la Revolución de 1910.

La Constitución de 1917 recogió, en materia de salubridad, la necesidad de intervención del Estado central y los poderes federales y municipales, otorgándole al Estado Nacional el poder de aplicar las medidas sanitarias establecidas por el Consejo Superior de Salubridad. La figura de la "dictadura sanitaria", presente en la propuesta del constituyente José María Rodríguez, implica la posibilidad de la coacción para el cumplimiento de la normatividad sanitaria:

> La dictadura sanitaria es la única que toleran los pueblos civilizados (Alvarez Amézquita, 1960,II, 104-105).

Así, la salud pública se erige en el lugar donde el Estado, en función del bienestar general o —como parece estar de moda hoy día— de la "seguridad nacional", puede instrumentar el "espionaje" y la coacción sobre el ámbito privado.

Las formas más o menos indirectas de la presencia pública en la esfera privada, la frontera entre lo privado y lo público en este rubro, tienen diversas características según los aspectos de la salud-enfermedad de los cuales se trate y a qué intereses privados lesione. A señalar las maneras particulares en que esta frontera se desplaza y la lógica común que rige su curiosa trashumancia, se dirige el análisis del material empírico que presentamos.

## HUMO, TABACO Y ALCOHOL: UNA TRILOGIA DE AMBIVALENCIAS

Podríamos señalar, entre otros, tres aspectos de la salud pública comprometidos hoy día y contemplada la acción sobre ellos en el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución: la contaminación ambiental, el tabaquismo y el alcoholismo.[4]

Los tres son procesos que ponen en riesgo la salud y la vida de la población y en los que se articulan la esfera pública y la privada: el ámbito de acción estatal y colectiva, las prácticas privadas de los individuos y el sistema privado de la propiedad.

Con respecto a la contaminación atmosférica, y tomando en cuenta la ciudad de México, la masa anual de contaminantes ha crecido en los últimos diez años en un 150%, llegando en la actualidad a 4 millones de toneladas anuales.

El Estado y los grupos ecologistas han identificado como principales causas de contaminación del aire la concentración industrial —entre un 15 y un 20% de acción contaminante— y la sobrepoblación de vehículos automotores de transporte privado y público —entre un 80 y un 85% de emisión de contaminantes. A partir de aquí se abre un enorme margen de dudas e imprecisiones.

Según un estudio del Departamento del Distrito Federal "la peligrosidad de

[4] ART. 73, frac. XVI, "1a. El consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. ...

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan. (*Constitución Política*, 1982, 56-57).

esas fuentes es inversamente proporcional: las fuentes fijas de emisión implican el 80% de la peligrosidad, mientras que los automotores conllevan el 20% de las mismas" (*Metrópoli*, suplemento de *El Día*, 29/I/88). Por su parte, los grupos ecologistas han manifestado que, anualmente, el transporte automotor emite 18.200 ton. de plomo, 360.000 ton. de carbono 11.000 ton. de azufre y 39.000 ton. de óxido de carbono (*Metrópoli*, suplemento de *El Día*, 10/II/88).

El 6 de febrero de 1988, el Secretario de la SEDUE afirmó que la ciudad de México tiene, desde hace 20 años, niveles de plomo atmosférico superiores a las normas internacionales (*La Jornada*, 6/II/88). El 7 de enero de este mismo año, el Subsecretario de Salud Dr. Jesús Kumate, había declarado que los niveles de contaminación "ni son alarmantes ni causan mayores daños a la salud que los registrados el año pasado", que las enfermedades oftálmicas y respiratorias han registrado aumentos pero "es lo esperado en esta época", sin que haya aparecido el "*exceso de muertes*" derivado de la contaminación como ocurrió en Tokio y Londres y que además, las enfermedades producidas por la contaminación son atendidas puntualmente (*La Jornada*, 7/I/88).

Junto a las posturas "tranquilizadoras" que señalan esta situación como existente desde hace mucho tiempo, que aún no se llega a niveles "catastróficos" y que los servicios de salud atienden las enfermedades causadas por la contaminación atmosférica, las consecuencias de ésta —en especial en el mediano y largo plazo— se conocen incipientemente.

El Dr. Salvador Durán, jefe de unidad del Departamento de Oftalmología del Hospital General de México, señala que de continuar aumentando los niveles de contaminación ambiental en la ciudad de México, la población quedará expuesta a sufrir serios problemas de conjuntivitis que, de agravarse, podrían producir lesiones córneas que impedirían la visión (*La Jornada*, 22/X/87).

Por su parte, la neuróloga Thalía Harmony, jefa del Proyecto de Neurociencia de la unidad de Investigación Interdisciplinaria de la ENEP-Iztacala, UNAM, manifestó que el 60% de los niños muestreados en Tlalnepantla tiene niveles de plomo en sangre, superiores a las normas establecidas internacionalmente, lo que puede llegar a producir serias alteraciones neuropsicológicas: menor índice intelectual, déficit del funcionamiento visimotor, en la abstracción verbal, en el procesamiento auditivo y en el lenguaje (*La Jornada*, 6/II/88).

La Dra. Teresa Fortoul, de la Unidad de Microscopía Electrónica de la Facultad de Medicina de la UNAM, afirmó que el cadmio, que se encuentra en el medioambiente, produce importantes cambios en las vías respiratorias y entre ellas, el enfisema pulmonar (*La Jornada*, 6/II/88).

En la dinámica de acciones dirigidas a modificar esta situación, el Estado ha tenido una política de tipo propositivo, a través de la SEDUE y el programa de "100 acciones necesarias", y una acción proveedora por medio de la extensión de la red del Metro —como forma no contaminante de transporte— y de la disminución de plomo en la composición de la

gasolina. Pero las proposiciones y las acciones se muestran insuficientes y contradictorias.

Con respecto a las industrias contaminantes —entre las cuales se encuentran importantes paraestatales— la inversión del sector en desarrollar los programas anticontaminantes, propuestos por la SEDUE, será del orden de los 800 mil millones de pesos en dos años. Sin embargo, de las 1000 empresas de la industria química, ubicadas en el Valle de México, sólo 56 respondieron a la convocatoria oficial (*El Universal*, 29/II/88).

La misma SEDUE se muestra oscilante al respecto. René Altamirano, Director de Prevención y Control Ambiental, señala: "México necesitaba crecer y el Estado promovió el establecimiento de industrias. *No es posible ahora culpar al sector industrial de estar causando daños a un grupo poblacional que antes no existía a su alrededor*, y pedirle que se vaya" (*El Universal*, 29/II/88).

Consideramos que el problema no reside en encontrar "culpables" sino en que, bajo términos de mínima "justicia", es preferible que el sector industrial pague con capital parte del precio de un desarrollo poco precavido a que "un grupo poblacional" —18 millones de habitantes— asuma el costo social de la contaminación con su salud y sus vidas.

Con respecto al uso del transporte automotor privado —como factor de contaminación— el Estado ha jugado una de sus cartas fuertes, como ya señalamos, en la extensión de la red del Metro y en la disminución de plomo en la gasolina. Junto a estas medidas implementó, en relación con los grupos ecologistas, el programa de renuncia voluntaria al uso del automóvil un día a la semana. La respuesta de los particulares ha sido escasa: de 1.300.000 automotores empadronados en el D.F. (sin contar los foráneos) sólo 250 mil propietarios solicitaron las calcomanías respectivas. Según cálculos oficiales, apenas 60 mil fueron colocadas en los vehículos.

Cancelar la ampliación de las líneas 4 y 7 del Metro, mantener los motores "anticontaminantes" en sólo 2000 de las 7000 unidades de Ruta 100 —ya que cubrir la totalidad insumiría el 10% del presupuesto del DDF para 1988—, mantenerse en la renuncia voluntaria al automóvil cuando se reducen los programas de ampliación del ya insuficiente transporte público —que cubre el 50% de la demanda— y proteger la salud infantil frente a las inversiones térmicas, iniciando el horario escolar a las 10 a.m., nos habla no sólo de las dificultades económicas de un Estado sino de un proceso político-ideológico de desorientación y de ubicación sintomática de los problemas con un marcado retroceso de la esfera pública en el cuidado de la salud.

Con las altas cifras de contaminación atmosférica de la primera quincena de febrero —195, 200, 220 puntos de IMECA— la SEDUE lanza la primera fase del Plan de Contingencia Ambiental: 1864 industrias se someterían a control de contaminación y 500 de ellas podrían suspender actividades; se redujo al mínimo el uso de vehículos oficiales y se hizo un llamado a la ciudadanía para reducir el uso del automóvil.

Como su nombre lo indica este es un plan de contingencia, es decir, de riesgo o peligro que, de continuar, podría desembocar en "exceso de muertes". Los daños cotidianos, los menos espectaculares, los que se consideran "molestias menores en personas sensibles", los que se asocian diariamente a las causas de la contaminación y cuyas secuelas de morbimortalidad en el mediano y largo plazo apenas se vislumbran, no se correlacionan con una política de ataque sobre las causas de la contaminación atmosférica. En este sentido, el comportamiento del sector oficial al respecto, es similar al de las instituciones médicas de seguridad social cuando reconocen el "accidente de trabajo", pero son reacias a asumir la acción cotidiana del proceso productivo en la gestación de las "enfermedades laborales".

Algunos conjuntos sociales —como los grupos ecologistas— se articulan con el Estado —presionando, colaborando y proponiendo— la instrumentación de medidas útiles pero objetivamente acotadas. El freno momentáneo a la puesta en marcha de la nucleoeléctrica de Laguna Verde es un ejemplo claro de la función de las organizaciones y grupos intermedios frente al Estado. Otro es la compra, por parte de la SEDUE, de nuevos equipos de monitoreo de la calidad del aire capitalino, con una inversión de 50 millones de pesos. El diagnóstico preciso de la contaminación atmosférica es, sin duda, un hecho básico en la prevención de situaciones habituales y de emergencia, pero como todo diagnóstico preciso, se torna trivial —y hasta irritante— si de él no se desprenden medidas terapéuticas y preventivas eficaces.

Los llamados propositivos del Estado se dirigen a dos ámbitos de lo privado: el sistema privado de la propiedad en el sector industrial y el derecho privado de los particulares para el uso del automóvil.

En algunas preguntas "sondeo" realizadas por nosotros entre conductores de automóviles en el DF —y sin pretender adjudicarle ninguna representatividad estadística— el 90% se manifestó partidario de una legislación de carácter obligatorio que limitara el uso de los automotores particulares hasta dos días hábiles en la semana. Los encuestados coincidían en que sólo a través de una medida coercitiva se lograría la disminución del uso de vehículos y mostraron una gran desconfianza en la concertación voluntaria e impersonal de los individuos con la convocatoria del Estado para la resolución o disminución del problema. Todos los que rechazaron la obligatoriedad de la legislación, la condicionaron a la implementación de un transporte público eficiente y ninguno de los integrantes de ambos conjuntos, pensó en la posibilidad de la organización en grupos intermedios donde gestar "márgenes de confianza" para responder a la convocatoria. El Estado tampoco lo hizo...

En concordancia con estos resultados muy parciales, Gonzalo Persson Pérez, especialista en Derecho Ambiental, y Mario Carrillo Huerta, investigador de El Colegio de México, señalaron que la nueva ley de protección ecológica —que entró en vigencia el 1o. de marzo— "es holgada, ambigüa e imprecisa". Por su parte, Homero Aridjis, miembro del Gru-

po de los 100, declaró: "La ley será insuficiente mientras no sea más drástica" (*El Universal*, 29/II/88). La Constitución del 17, y algunas de las discusiones que la acompañaron, tuvieron presente esa posibilidad...

Mientras esto ocurre..., en la ciudad de mayor concentración industrial del país, el "smog" se ha convertido en paisaje y tema cotidiano. Muchos individuos miran el cielo y escuchan el viento: esperan las lluvias o las corrientes de aire bienhechoras que limpian el ambiente. Y como en épocas remotas, frente a un problema que nos excede, parecemos depender más de la naturaleza que de la cultura.

En el caso del *tabaquismo y el alcoholismo*, las acciones oficiales se centran en la esfera del consumo y la responsabilidad de los particulares sobre el mismo. La producción de las materias primas y la elaboración de tabacos y alcohol sólo es afectada en términos impositivos.

En 1984 se sembraron en México 39 mil ha con tabaco que ascenderán, en 1988, a 49 mil. La producción se incrementará de 46 mil a 77 mil toneladas para el mismo periodo, de las cuales sólo el 20% se destinará a la exportación. Cabe señalar que, desde el punto de vista de la recaudación fiscal, los impuestos al tabaco representan el sexto lugar en los ingresos tributarios.

Según declaraciones de la doctora Magdalena Labrandero, Secretaria Técnica del Consejo Nacional contra las Adicciones de la SSA, el tabaquismo que afecta a 20 millones de hombres y mujeres, ha sido identificado como la causa más importante de morbimortalidad de los fumadores, provocando enfermedades que, generalmente, son de tipo irreversible, incapacitante y letal. Sin embargo, la especialista afirma: "...no puede darse como obligatoriedad y decretarse la disminución de su producción, especialmente en estos momentos, como una forma de evitar el consumo..." La disminución del consumo de tabaco se tendrá que producir por el lado de la demanda "concientizando a la población de que este hábito daña la salud" (*La Jornada*, 21/X/87). A este nivel, de la responsabilidad individual sobre el consumo y el autocontrol sobre la conducta, apunta la creación del Día Nacional de No Fumar y la campaña de la SSA contra el tabaquismo para 1988.

El consumo de *bebidas alcohólicas* se enmarca también en una relación contradictoria entre producción y política de salud pública.[5] La cirrosis hepática, los accidentes y muertes violentas que ocupan el 8° y 1° lugar, respectivamente, en la mortalidad nacional tienen detrás frecuentemente, la ingesta de alcohol.

La cirrosis hepática constituyó, en 1960, la 9a causa de muerte en el país (el 1.91% del total de muertes). Desde 1975 ya ocupa el 8° lugar entre las causas de

[5] Para un análisis detallado de la relación entre la economía política del alcohol y los programas oficiales contra el alcoholismo ver: Menéndez, E., 1987b. Una aproximación globalizadora al proceso de alcoholización se encuentra en la producción del equipo del CIESAS sobre el tema; entre otros: Menéndez y Di Pardo, 1982; Ravelo Blancas, 1985; Menéndez, 1987a.

mortalidad (3.5% del total de defunciones) (SSA, 1960-1975).

En una investigación realizada entre pacientes masculinos internos del Instituto Nacional de la Nutrición, el Dr. Kersenovich encontró que el 30% de todos los internos de ese grupo podían clasificarse como alcohólicos. Por su parte el Dr. Rojind, Premio Nacional de Ciencias por sus investigaciones sobre control de cirrosis, afirmó que el 60% de las muertes por cirrosis en el país tienen por causa el alcohol (*cfr.* Menéndez, E., 1987b).

Los accidentes y muertes violentas, que ocupan el primer lugar en la mortalidad nacional (16.3% del total de defunciones en 1981), tienen su grupo etáreo más vulnerable entre los 25 y los 44 años de edad. Las cifras oficiales reconocen la ingesta de alcohol entre el 3 y el 9% de los accidentes de tránsito, mientras que fuentes no oficiales la estiman entre el 45 y el 90% de los casos (Menéndez, 1987b)

A pesar de la incidencia relevante de la alcoholización en las cifras de morbimortalidad el incremento de cultivos alcoholeros es notable. La producción de cebada creció en 1980 en un 60%, así como la de agave tequilero. La superficie cosechada de uva pasó de 11 mil ha en 1960 a 70 mil en 1985, y la producción de fruto ascendió de 63 mil a 768 mil toneladas en el mismo lapso (Menéndez, 1987b; Nacional Financiera, 1986: 124-125).

La producción y el consumo de bebidas alcohólicas ascienden correlativamente con el incremento de la extensión de cultivos. Entre 1965 y 1975 el aumento de la producción global de bebidas alcohólicas fue de 108% y el consumo per cápita de las mismas —en mayores de 15 años— ascendió de 65.8 litros en 1972 a 72.3 litros en 1984. En el caso particular de la cerveza este incremento per cápita fue de 22.7 litros en 1965 a 40 litros en 1981. Cabe destacar que las cargas fiscales representan el 72.5% del valor de venta de las bebidas embriagantes, con excepción de la cerveza, cuyas afortunadas aventuras como bebida alcohólica en México vale la pena conocer (*cfr.* Menéndez, 1987b).

A pesar de los incrementos en la producción, consumo y mortalidad, articulados en el tabaquismo y en el proceso de alcoholización, la política de salud pública correspondiente se dirige al ámbito privado del consumo, apelando nuevamente a la responsabilidad y voluntad individual sobre la conducta. La esfera privada de la propiedad para la producción y pública —del ingreso fiscal— es decir, la economía básica del fumar o del beber permanecen intocadas, salvo por los incrementos y modificaciones que obedecen a la lógica de la ganancia. Unica lógica que explica la contradicción entre el reconocimiento del daño y el incremento de la producción.

La ideología y las acciones del Estado posrevolucionario en materia de salud se encaminaron a través de una política de intervención activa y proveedora en esta materia. Es en el cardenismo cuando, con mayor énfasis, la salud colectiva y la asistencia pública son consideradas obligación política del Estado.

Pero la acción proveedora del Estado utilizaba, y utiliza, un modelo médico que

en su concepción y su práctica entra en contradicción con la misma política que se intenta implementar. Si la dirección política se encamina a los problemas colectivos de salud, el modelo y la práctica médica que se utilizan se conforman alrededor de la enfermedad y el individuo.

Esta contradicción incorpora a la salud pública, a través del modelo médico, la ideología del "mercado de justicia", caracterizado por una alta responsabilidad individual en la causación y cuidado de la enfermedad, un mínimo de acción colectiva y la exención de las obligaciones colectivas en correlación con la no aplicación de la "dictadura sanitaria". Cuando el Estado se encamina por senderos políticos neoliberales, la ideología del "mercado de justicia" encuentra los correlatos económicos y políticos para expandirse.

El "mercado de justicia" en salud se opone a una "ética de salud pública", que implica la prioridad de la preservación de la vida humana, la protección de la misma para todo individuo o grupo, el deber de aceptar como justa la obligación de preservar la vida de los otros.[6]

> El individualismo radical inherente al mercado (de justicia) es el factor que fomenta que se preste atención a la conducta del individuo y no a las condiciones sociales previas a esa conducta. Respecto al hábito de fumar, esas condiciones incluyen la poderosa industria del tabaco y las fuerzas sociales y culturales concomitantes que estimulan el hábito (...) Ya que el fumador tiene en cierta última instancia la libertad de no fumar, las normas del mercado de justicia, obligan a llegar a la conclusión de que el individuo elige voluntariamente fumar y nos impiden aplicar enérgicas medidas colectivas en contra de las poderosas estructuras que fomentan esta conducta denominada voluntaria (Beauchamp, 1984: 717-718).

Creemos que es posible reflexionar en términos similares sobre la ingesta de alcohol y la contaminación ambiental.

Las oposiciones privado/público, conducta individual/acción pública, pueden opacar —y de hecho así han operado históricamente— la participación diferencial de los sectores sociales (clases, grupos ocupacionales, etáreos y por sexo, etcétera) en la producción/padecimiento de los procesos de contaminación atmosférica, tabaquización y alcoholización.

No pretendemos desarrollar ampliamente este punto porque carecemos de datos suficientes y espacio para hacerlo. Sólo queremos señalar que, si bien en la producción básica de tabaco y cultivos alcoholeros, así como en las empresas industriales contaminantes, participan como trabajadores vastos sectores de los grupos subalternos, su responsabilidad en la "producción de enfermedad" es cualitativamente diferente y significativa-

[6] Para una descripción clara del enfrentamiento teórico-ideológico entre ambos conceptos y las políticas derivadas de ellos, *cfr.* Beauchamp, 1984.

mente menor que la de aquellos sectores que controlan la producción. Salvo en el caso de sindicatos poderosos, como el petrolero, se puede buscar la responsabilidad compartida entre empresariado y trabajadores; pero en ese caso, estaríamos hablando de un aparato político que habría que analizar para ver en qué medida y de qué forma participan en él los sectores subalternos vinculados con la producción.

Por otra parte, tendencialmente, los sectores subalternos padecen las consecuencias de los tres problemas de una manera diferencial y desventajosa para su vida. No sólo existe la obvia relación entre gasto e ingreso familiar (para los casos del tabaquismo y la alcoholización) sino también la vinculación entre desnutrición, condiciones de vida, acceso a recursos de atención y los procesos de morbimortalidad por las causas analizadas.

*CUADRO 1*

Gasto público en salud y seguridad social (con aplicación como factor de corrección del índice de inflación)

| AÑO | MILLONES DE PESOS |
|---|---|
| 1970 | 15,530 |
| 1971 | 13,620 |
| 1972 | 9,755 |
| 1973 | 10,366 |
| 1974 | 11,652 |
| 1975 | 12,767 |
| 1976 | 14,057 |
| 1977 | 14,548 |
| 1978 | 14,909 |
| 1979 | 16,315 |
| 1980 | 17,070 |
| 1981 | 17,732 |
| 1982 | 15,184 |
| 1983 | 12,423 |
| 1984 | 11,749 |
| 1985 | 11,842 |
| 1986 | 8,009 |

FUENTE: Soberón Acevedo, Guillermo, 1987.

De la misma manera, la violencia desencadenada por la alcoholización encuentra sus objetos preferenciales —aunque no exclusivos— en las mujeres y los niños (abuso sexual, violaciones, golpes, vejaciones) y en los peatones, que si bien pueden estar alcoholizados, suelen ser víctimas pero no victimarios de los conductores también alcoholizados.

Por otra parte, los habitantes de las zonas industriales del DF reciben, no sólo más contaminantes que otros durante más tiempo, sino que, frecuentemente, asocian en su habitat la contaminación atmosférica con la carencia de infraestructura sanitaria que agrega, a la intoxicación química, la nada despreciable infección orgánica.

## LA INFRAESTRUCTURA SANITARIA: UNA TRILOGIA AUSENTE

Otro aspecto en el que se juega la relación privado-público de manera diferencial por sectores sociales, es el del monto y tipo de recursos destinados a la obtención-mantenimiento de la salud y curación de la enfermedad, dentro y fuera del sector específico.

En relación con lo anterior, es interesante observar en el cuadro 1, las últimas vicisitudes del gasto público en salud y seguridad social.

Según señala la misma fuente, el gasto en salud disminuyó entre 1982 y 1986 en un 47.1%. Asimismo las proporciones del gasto dentro del sector se mantienen estables desde 1978: 70% para medicina curativa, 6% para prevención y 1% para capacitación de la población (Soberón A., 1987,172). Lo que implica en términos de servicios, privilegiar los llamados "servicios personales" —dirigidos a la curación de los individuos enfermos sobre los "no personales" —dirigidos al mantenimiento y crecimiento de las condiciones generales que posibilitan la no pérdida de la salud.

Simultáneamente, hay que considerar que la reducción del gasto en este rubro así como el énfasis en la medicina curativa como política pública, afectan de manera desigual a los diferentes sectores sociales. Lo que el gasto público no cubre en materia de atención y prevención tiene, necesariamente, dos opciones: o no se cubre —con las previsibles consecuencias en morbimortalidad— o la asumen los particulares como responsabilidad y costo individual.

En una investigación realizada por nosotros en una localidad rural del sur de Veracruz, la inversión estatal en términos de recursos para la salud, o sea en infraestructura no curativa, como agua potable, drenajes y recolección de desperdicios, era nula. En el rubro de prevención, donde sí actúa el sector salud y los recursos médicos, las inmunizaciones para las enfermedades transmisibles habían cubierto al 99% de los individuos de los grupos de riesgo.

En el periodo 1970-80, la primera causa de muerte local la constituyeron las enfermedades gastrointestinales, representando para ese último año el 44% de las causas de defunción. El 67% de las muertes por esta causa se produjo en el

grupo etáreo entre 0 y 1 año.

Las dos primeras causas de la mortalidad local —parasitosis, enteritis y otras enfermedades diarreicas— representaron el 43% del total de causas de enfermedad registradas en ese mismo año.

La relación entre enfermedades gastrointestinales y "condiciones sanitarias" —agua potable, drenajes, manejo de desperdicios— es ampliamente conocida. Estas condiciones sanitarias constituyen recursos para la salud que no pueden sustituirse con insumos dedicados a combatir la enfermedad —atención médica, fármacos, camas de internación, etcétera.— ya que estos últimos son específicos para paliar las consecuencias de la carencia de los primeros.

1. En la localidad de nuestro estudio no existía red de agua potable. Sólo el 3% de las familias poseía bombas monofásicas (familias pertenecientes al sector socioeconómico que concentraba las mejores tierras, el capital semoviente y el capital comercial), el 69% poseía pozos domiciliarios, un 25% utilizaba agua de pozos públicos y un 3% consumía agua del río Coatzacoalcos o de vertientes y arroyos.

Si bien la estratificación social determinaba, en mucho, la forma de aprovisionamiento de agua, las características del terreno, de la construcción de los pozos y la contaminación orgánica y química de suelo y agua provocaban que ninguna de las fuentes de obtención de ésta garantizara su potabilidad.

Sin embargo, las formas más graves de contaminación estaban presentes en el agua de superficie (contaminación orgánica y química) y en los pozos públicos (contaminación fundamentalmente orgánica): lugares de consumo de los sectores más pobres de la población.

El Centro de Salud de la SSA —como ámbito de la esfera pública para la atención médica— opera, al respecto, intentando atacar la manifestación individual de las patologías producidas por las carencias sociales de recursos para la salud y actuando sobre la madre de familia —o sobre la mujer que ocupa ese lugar— como agente posible de potabilización a través del hervido del agua. La mujer de la casa aparece como responsable y culpable de la salud del grupo familiar, mientras el discurso médico sanciona su no acatamiento de la norma sanitaria del hervido del agua: desidia, ignorancia, indiferencia, etc.

La responsabilidad particular asume la solución de la carencia colectiva y, nuevamente, la esfera pública tiende a incidir más sobre las consecuencias del defecto que sobre las causas básicas del mismo.

2. Con respecto a la eliminación de excretas se puede afirmar que carencia de drenaje y formas de fecalismo son dos aspectos de un mismo factor de contaminación de agua y alimentos que incide en la morbilidad por parasitosis, enteritis y otras enfermedades diarreicas.

En 1981 el 45% de la población local

utilizaba casetas domiciliarias, algunas de las cuales, desagotaban en un drenaje que sólo recorre la calle principal del pueblo y vierte las aguas negras en el río. El resto desagua en zanja abierta que, junto con el agua de lluvia, lleva las aguas servidas hasta los potreros de ganado próximos.

El 35% de la población poseía servicios sanitarios que vierten en una fosa séptica domiciliaria. Esta, por lo general, no cumple con las reglas de construcción indicadas para que las aguas negras contenidas no se filtren, a través del suelo poroso, sobre los depósitos de agua para consumo.

El 20% restante practicaba el fecalismo al aire libre con la consiguiente contaminación del suelo, aguas de superficie y animales domésticos.

La esacasa red de drenaje existente no es producto de la inversión estatal o municipal, sino de la capacidad material y organizativa del sector con poder económico y político local. Este sector no sólo se autorganiza, sino que tiene la capacidad de convocatoria para involucrar a los individuos que, no perteneciendo al mismo grupo, habitan la misma calle. En este sentido, con distintos "esfuerzos" económicos —ya que en términos relativos el gasto necesario es diferencial para los distintos ingresos familiares— los individuos se articulan en la convocatoria de un sector hegemónico para autoproveerse de una obra "pública" que utilizan por igual. En esta situación el ámbito de lo público abandona la esfera formal del Estado y se constituye en la articulación de los conjuntos sociales y su capacidad de hegemonía. La frontera delimitadora del territorio público se mueve otra vez.

El resto de la población continúa con la solución individual de la fosa séptica domiciliaria o del fecalismo al aire libre, de acuerdo con los límites de su adscripción económica, ideológica y cultural. No tiene ni la capacidad material ni organizativa para revertir esta situación y no entran en la esfera de interés del sector con poder de convocatoria.

En el sistema de representaciones colectivas, las transacciones ideológicas establecen una frontera que se construye en el engranaje entre la ausencia de inversión pública, la normatividad médica, la inversión privada y la articulación económica, social, política e ideológicocultural de los distintos sectores socioeconómicos y grupos sociales locales (grupos religiosos, de maestros, de parientes). La diferencia, a ambos lados de la frontera, no se establece entre los beneficiarios del drenaje y aquellos que no lo tienen o entre ausencia de inversión pública y capacidad económica individual-responsabilidad (en este caso del jefe de familia), sino hacia el pasado y hacia el sector social más desfavorecido. La línea demarcatoria separa fecalismo al aire libre del resto de las prácticas.

La adopción de la caseta, con drenaje o fosa séptica, no es sólo una respuesta sanitaria. Es una forma de normatividad del cuerpo y su fisiología que se manifiesta, en este caso, en el terreno del pudor y que, por lo tanto, no sólo discrimina económica y socialmente a quienes defecan al aire libre sino que extiende esta discriminación al terreno moral utilizando el ridículo como sanción. Lo que hasta no

hace mucho (1956) era una práctica generalizada, se transforma en una diferencia condenable. El ridículo y la risa de hoy, frente a esta práctica, opacan la memoria del propio pasado cercano.

3. Con respecto al manejo de los desperdicios podemos decir que, tradicionalmente, la población los ha tirado en el lugar más próximo a su domicilio. No ha existido ninguna "sabiduría popular" que implicara una alternativa a la polución de bacterias, roedores e insectos. El río, el terreno vecino, los desniveles del suelo, eran los recipientes naturales, los espacios públicos, para los sobrantes de la vida cotidiana.

En porcentajes actuales, el 65% de la población arroja la basura en terrenos baldíos, un 20% lo hace en el río y sólo un 15% ha adquirido el hábito difundido por el Centro de Salud, de quemarla. De estos últimos, una cantidad considerable son pentecostales y adventistas.

El Centro de Salud intentó organizar un Comité de Salud Pública para implementar un sistema de recolección de basura. Distribuyeron en las esquinas del pueblo grandes botes pintados de blanco para que en ellos se acumularan los desperdicios. El Municipio facilitó un empleado y un vehículo para la recolección de los botes llenos. Estos eran vaciados en un terreno municipal, no inundable, a 2 km del pueblo.

El sistema funcionó dos semanas. Después, los vecinos seguían arrojando la basura en los botes pero el Municipio no cumplía su parte "porque este servicio no les daba ninguna ganancia". Los pobladores, en su gran mayoría, no tenían recursos materiales para suplir los del aparato municipal y volvieron a sus soluciones individuales anteriores, constatando, en algún lugar, que una vez más "estas cosas siempre pasan".

La organización creada por el Centro de Salud implicaba colocar a la esfera pública de la política municipal al servicio de un interés colectivo —la salubridad pública de los conjuntos sociales— delimitado desde la normatividad sanitaria del nivel público central y, conjuntamente, intentaba aliar para este objetivo a dos sectores sociales que buscaban resultados diferentes: uno quería solucionar un problema y aceptaba la normatización sanitaria, pero no se daba su propia estructura organizativa para hecerlo porque carece del hábito y la práctica de la organización autónoma y por lo tanto, depende del sector que tiene los recursos materiales y la capacidad de controlar la organización. Este último sector, ubicado en el poder público municipal, si bien, en algún lugar desea la solución del problema, lo supedita a la ganancia.

En síntesis, en el nivel de la organización local con respecto a los tres recursos para la salud analizados, la tendencia apunta a las soluciones individuales. Los únicos con capacidad organizativa, fundada en el poder económico y en la práctica de participación y organización en instancias de poder como la Asociación Ganadera, el Municipio y otras, son los miembros del sector comercial y ganadero. En la organización particular para la

instalación de drenajes logran involucrar, en situación de desigualdad y subalternamente, a algunos miembros de los grupos subalternos locales dentro de su esfera de hegemonía.

La organización fomentada por el Centro de Salud para la recolección de basura, colocaba como sector fundamental en lo material al poder municipal. Pero, al mismo tiempo, le imponía a esa esfera aplicativa los límites de la normatividad sanitaria central: no había manera de obtener ganancias.

Al abandonar el sector de poder, o sea la esfera política local, sus tareas dentro de la organización, los sectores supeditados a él se desarticulan. La ausencia de experiencias de la organización colectiva independiente facilita las transacciones ideológicas que reproducen, fortalecido, el hábito de las soluciones individuales.

En la dimensión ideológica de estos hechos predomina la reproducción de una subalternidad vivida como responsabilidad individual y culpa, en especial frente al discurso médico, por no resolver satisfactoriamente, en el ámbito privado, aquello que se asume como una obligación descontextuada de las condiciones históricas y materiales que la originan.

En este sentido, el carácter de proveedor parcial del Estado no incide de manera eficaz en la esfera productiva-productora de enfermedad. Como en el caso del proceso de alcoholización o de tabaquización, el nivel estructural que sobredetermina, junto con el ideológico-cultural, la producción de enfermedad queda librado, tendencialmente, a la conducta individual y la capacidad económica de los particulares que, obviamente, responden con diferentes estrategias en las que intervienen diversas variables, pero que siempre se mueven dentro de los límites de la estratificación social y económica que los adscribe.

4. Sin desconocer la responsabilización social que se hace del jefe de familia como proveedor de los insumos económicos básicos para el mantenimiento de la salud (por ejemplo en la construcción del pozo de agua, la fosa séptica o la alimentación de los hijos) la madre de familia es el centro donde se articulan, operativamente, los recursos para la salud (organización del gasto familiar, preparación de alimentos, hervido de agua, quema de desperdicios) y aquéllos dirigidos a atender la enfermedad. Simultáneamente, su función de curadora reúne la prescripción y normatividad médica, la aplicación privada de esa prescripción normatizadora y los recursos caseros, "tradicionales", empíricos y/o mágico-religiosos provenientes de otros ámbitos de la vida pública, pero formalmente ajenos y prácticamente distantes de la esfera pública del Estado.

De los 100 niños entrevistados por nosotros, en la localidad de estudio, el 93% había tenido, como primera fuente de atención de la enfermedad, a su madre. Esto ocurría tanto en las enfermedades respiratorias (76%) como en las diarreicas (69%) que ocupan los primeros

lugares en la morbilidad local.

El alto uso de antibióticos, sulfas y otras medicinas de patente, prescritas y suministradas por la madre de familia, obedecía a la repetición de recetas prescritas por el médico en situaciones similares, con el mismo niño o con otro. A través de la consulta médica, la madre de familia incorpora los fármacos a su bagaje operativo "tradicional" —de hierbas, tisanas, ungüentos, oraciones, rituales, etc.— Los mezcla, los jerarquiza y establece una eficacia diferencial. Es la consulta médica el lugar fundamental donde la mujer aprende a autoprescribir y automedicar.

Fármacos como los quimioterápicos, los antibióticos, los antifebriles, los conocieron las madres en el consultorio. Su uso posterior, la repetición de recetas, la eficacia comprobada, el descenso de la mortalidad en algunas afecciones (las enfermedades respiratorias que en 1970 eran la segunda causa de muerte local desaparecen, en 1980, como causa de defunción registrada), nos hablan de los resultados positivos, no sólo de los antibióticos o de la vacunación, sino de una combinación paradigmática: la de una mujer que para continuar conservando su rol de curadora y de poder sobre la salud en el ámbito doméstico y privado, tiene que someterse a la prescripción médica, reconocer implícita y explícitamente la eficacia terapéutica, gestada e indicada por el modelo médico, y asumirla, reproduciéndola en otras circunstancias o con otros miembros de la familia.

La farmacia pediátrica doméstica se combina con elementos "tradicionales". La madre de familia no reproduce pasivamente la prescripción médica. Conserva una especificidad de agente activo que mantiene su rol ya que es curadora desde antes de la aparición en el poblado de la medicina "científica". Uno de los puntales de la repetición de la prescripción es este rol "tradicional", que se adecua hoy a la presencia médica, combinando los fármacos con las tisanas, la herbolaria o los rituales. Es en este ámbito privado donde la madre de familia articula la presencia pública de la economía, la política y la normatividad farmacológica y médica con las prácticas empíricas y rituales, que aparecen surgiendo del ámbito privado, pero que en gran medida, son el resultado histórico de otras articulaciones, pretéritas, de lo privado y lo público en el terreno de la salud y la enfermedad.

La frontera, moviéndose otra vez, ubica hoy en lo privado mucho de lo que fue la prescripción médica oficial del siglo XVIII y XIX, de la medicina indígena y colonial o de las concepciones pasadas y actuales del alma y el pecado de las religiones cristianas institucionales.

Por eso, retomando a Hampshire, el pensamiento privado de hoy —y la práctica concomitante en materia de salud y enfermedad— tiene lugar a la sombra de la institución pública, pero no sólo de una manera directa y evidente, sino como un enorme caudal de transacciones históricamente acumuladas que se enlazan a las nuevas formas en que lo público contemporáneo se presenta a los distintos conjuntos sociales. Con esta nueva presencia se establecen nuevas transacciones. Ambas, vistas desde el ámbito privado, apa-

recen como campos de libertad y autonomía, cuando son productos —fundamentalmente en los sectores subalternos— de las constricciones materiales, de las necesidades de sobrevivencia, del hábito de la sumisión en las relaciones verticales. Estas operaciones hegemónicas en el terreno de la salud y la enfermedad tampoco son autónomas, se potencian y refuerzan con las que se producen en otros lugares de la vida social: el trabajo, la educación formal, la religión y casi todos los ámbitos de la vida cotidiana.

La madre de familia, el ámbito doméstico-privado, así como otros espacios de sociabilidad "cara a cara" para la atención de la enfermedad, cumplen otra función: mediatizan, a través de un acto personalizador, la prescripción médica basada en la generalidad biológica de la enfermedad y objetivada en un individuo.

En este acto, se rompe el anonimato del individuo enfermo —lo que de por sí le otorga un signo positivo a esta función— la relación vertical que establece la prescripción se amortigua a través del cuidado hacia el enfermo. Simultáneamente, la madre de familia —combinando la normatización médica con los otros recursos "caseros" de atención— coloca en un campo personal el restablecimiento de la salud y desdibuja, en esa operación, la relación jerarquizada con el mundo público de la medicina.

Para finalizar la descripción de esta situación paradojal, queremos mencionar la conceptualización que Roberto Da Matta hace en su análisis de la relación entre la persona y el individuo:

> El sistema iguala en un plano y jerarquiza en otro, lo que —como resultado— promueve una tremenda complejidad clasificatoria, un enorme sentimiento de compensación y complementariedad, impidiendo ciertamente una toma de conciencia social horizontal"... "en el caso de las situaciones concretas, las que la "vida" nos presenta, seguimos siempre el código de las relaciones y la moralidad personal. La persona merece solidaridad y un tratamiento diferencial. El individuo, por el contrario, es un sujeto de la ley, foco abstracto para quien las reglas y la represión fueron hechas... (Da Matta, 1980: 149 y 169).

## RESPONSABILIDAD SOCIAL E INDIVIDUAL ¿CUAL ES EL SUJETO?

En las páginas anteriores hemos intentado analizar, sintéticamente, algunos aspectos del comportamiento del sector público con respecto a problemas puntuales de salud y enfermedad. Unos, de índole general, otros, particulares de una localidad rural. Hemos visto que la esfera pública no sólo se constituye alrededor del Estado sino también en la vinculación de los conjuntos sociales y en las presencias ideológicas contemporáneas de viejas transacciones con el mundo público del pasado.

La tendencia, tanto en los problemas más generales (contaminación atmosféri-

ca, tabaquización y proceso de alcoholización) como en los particulares (y no tanto) de una localidad rural, se muestra signada por una no intervención del Estado en la esfera productiva de la enfermedad, es decir, en la causalidad de la misma. Esta no intervención se presenta bajo dos formas de abstención: la no intervención en la esfera productiva (producción de tabaco, alcohol y empresas contaminantes) y la no inversión en infraestructura sanitaria. Consideramos que la política actual de "adelgazamiento del Estado" acentuará esta tendencia.

Correlativamente con esta línea, el sector público normatiza, indica y, en algunos casos, provee, los recursos a implementar para combatir síntomas y consecuencias de la falta de intervención. Indica y aplica, con dirección normatizadora, que son los particulares, los individuos, los que ejerciendo su responsabilidad y libertad, deben controlar su conducta (en la alcoholización y el tabaquismo), afinar y/o dejar de usar su vehículo, construir los drenajes, pozos de agua, fosas sépticas, desaparecer los residuos y potabilizar el agua. Esta tendencia, en la salud pública, es a la carencia de infraestructura lo que el "empléate a tí mismo", en economía, es a la desocupación.

Sin embargo, el sector público también es proveedor. Provee parcialmente de recursos médicos, farmacológicos y de normas para la atención de las enfermedades que se producen por éstas y por otras causas. Aquí se articulan una política pública sintomática con un modelo médico que tiene uno de sus pilares cognoscitivos y aplicativos en la enfermedad y el individuo no en la salud y los conjuntos sociales.

Es en la atención de la enfermedad y en su eficacia relativa sobre ésta, donde se asienta la incorporación de la prescripción y normatividad médica dentro de la esfera privada. Es en el ámbito doméstico donde —en este caso— se estructura la relación hegemonía/consenso.

Los individuos, interpelados como tales en la esfera pública, responden de manera diferencial por sector socioeconómico y/o por adscripción ideológico-cultural, pero, tendencialmente, asumiendo la responsabilización y la culpa individual. Desconfían de las concertaciones voluntarias "anónimas" —como en el caso de la campaña: "un día en la semana no contamino"— pero transaccionan con la idea de que el tabaquismo y la alcoholización son, exclusivamente, problemas de conducta individual.

Ante la carencia de recursos para la salud abordan diferentes estrategias individuales y cuando se nuclean alrededor de propuestas organizativas producidas por el sector hegemónico, lo hacen de manera subordinada, quedando desarticulados si éste abandona la empresa.

En el ámbito privado se entablan complejos vínculos entre la normatización y prescripción médica y la acción de la madre de familia. Ella es "libre" de aceptar o no la indicación profesional. Pero ¿qué ocurriría si no la aplicara? No hervir el agua implica la contaminación y la infección, el fecalismo al aire libre conllevan la enfermedad y la sanción social; el rechazo de la medicalización puede

conducir, tendencialmente, a la muerte. La resistencia, basada en la no eficacia, reproduce la subalternidad y el deterioro.

Lejos estamos de pensar que la resolución de los problemas de salud y enfermedad —los ya mencionados u otros— puede eximir de responsabilidades a los particulares. Pero tampoco creemos que sean los conceptos de individuo o de persona los que sirvan para repensar la distribución de derechos y obligaciones. Quizá el sujeto, el actor, deba constituírse en una articulación organizativa que retome los requerimientos de los conjuntos sociales subalternos y las necesidades, deseos y voluntades —materiales y simbólicas— de los particulares.

En este sentido —y teniendo en cuenta la prolongada historia de la oscilación entre centralizar y descentralizar— creemos oportuno mencionar la propuesta de ocho puntos, hecha por C. Salinas de Gortari, para modernizar los servicios de salud. Algunos de esos puntos tienen larga trayectoria en la Salud Pública de México.

> No sólo debemos cuestionarnos si se utilizan los recursos disponibles con eficacia, sino admitir el reto de encontrar nuevos mecanismos en los que cuente más la organización que el incremento del gasto..." "... En este sentido, contará fundamentalmente la participación de los municipios del país en las funciones de vigilancia epidemiológica y en el apoyo al cuidado de la salubridad general (*El Día*, 9/I/88).

Si conjugamos el decremento del gasto público en salud con la precariedad o la ausencia de inversión estatal en infraestructura sanitaria suficiente con la no intervención en la esfera productiva de enfermedad y con la forma particular en que el municipio puede llegar a encarar "el apoyo al cuidado de la salud", como hemos visto en nuestro análisis, el panorama tiende a presentarse como un retroceso del ámbito público, en su aspecto proveedor, y una creciente responsabilización del espacio privado en materia de salud.

La eficacia de la descentralización en salud —estatal y municipal— y del deslizamiento creciente de responsabilidades a estos últimos espacios del poder público formal, dependerá de qué grupos sociales se articulen en los mismos, cuáles hegemonizen, dentro de qué límites económicos se muevan y, en última instancia, si la ideología de la política sanitaria que practiquen se conserva en los límites del "mercado de justicia" y la normatización —especialmente lesivos para los sectores subalternos—, o accede, aunque sea parcialmente, a una "ética de la salud pública" que permita articular un máximo de acción colectiva con un máximo de responsabilidad individual. Pero ahora, con exigencias, posibilidades y sentidos sociales cualitativamente diferentes.

## BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ AMEZQUITA, José, *et al.* 1960, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

BEAUCHAMP, Dan E., 1984, "La salud pública como justicia social", en Gartly Jaco, E. (comp.), *Pacientes, Médicos y Enfermedades*, México, IMSS.

BELL, Daniel, 1986, *El advenimiento de la sociedad pos-industrial*, Madrid, Alianza Universidad.

BUSTAMANTE, Miguel, 1982, *La Salud Pública en México, 1959-1982*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

CIPOLLA, Carlo M., 1985, *"¿Quién rompió las rejas de Monte Lupo?"*, España, *Muchnik Ed.*

*"Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"*, 1982, México, *Ed. Porrúa*, Septuagésima edición.

DA MATTA, Roberto, 1980, *Carnavais, Malandros e Heróis*, Río de Janeiro, Zahar ed.

FOUCAULT, Michel, 1980, *"El nacimiento de la clínica"*, México, *Siglo XXI*.

HAMPSHIRE, Stuart (comp.), 1983, *"Moral Pública y Privada"*, México, *F.C.E.*

LAIN ENTRALGO, Pedro, 1982, *"Historia de la medicina"*, Barcelona, *Salvat ed.*

MENENDEZ, Eduardo y Renée Di Pardo, 1982, *Alcoholismo I. Características y funciones del proceso de alcoholización. Alienación, enfermedad o cuestionamiento*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata número 56.

MENENDEZ, Eduardo, 1981, *Poder, Estratificación y Salud, Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Ed. de la Casa Chata número 13.

1984, "Centralización o autonomía la "nueva" política del sector salud en México", en *Boletín de Antropología Americana*, México, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, número 10, diciembre.

1987a, *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado. Patología, integración funcional o representación cultural*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata número 150.

1987b, *Alcoholismo III. Alcoholismo y política. La determinación económica del sector salud*, México, CIESAS, (Mimeo).

MODENA, María Eugenia, 1987, *Diferencia cultural e identidad ideológica. Salud, enfermedad y hegemonía en el sur de Veracruz*, Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

MORENO CUETO, Enrique *(et al)*, 1982, *Sociología Histórica de las Instituciones de salud en México*, México, IMSS.

NACIONAL FINANCIERA, 1986, *La economía mexicana en cifras*, México.

NAVARRO, Vicente, 1982, "Trabajo, ideología y ciencia: el caso de la medicina" en *Revista Latinoamericana de salud*, México, *Ed. Nueva Imagen*, número 2.

ORTIZ MONASTERIO, Fernando, 1984, *Diagnóstico de la formación ambiental en el sector empresarial*, México, El Colegio de México, Programa Desarrollo y Medio Ambiente, junio.

PODER EJECUTIVO FEDERAL, 1984, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, México.

POULANTZAS, Nicos, 1979, *"Estado, poder y socialismo"*, Madrid, *Siglo XXI*.

RAVELO BLANCAS, Patricia, 1985, *Patrones de consumo y construcción social del proceso de alcoholización en la percepción infantil*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, 1972 y 1983, *Estadísticas vitales*, México.

SIGERIST, Henry, 1981, *"Hitos en la historia de la Salud Pública"*, México, *Siglo XXI*.

SOBERON ACEVEDO, Guillermo, 1987, "El cambio estructural en la salud. IV El financiamiento de la salud para consolidar el cambio" en *Salud Pública de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Vol. 29, número 2, marzo-abril.