

Cuando nos hablan de salud ¿podemos confiar en los expertos?

Carolina Martínez Salgado*
Gustavo Leal F.*

¿Por qué suelen los ciudadanos desconfiar de lo que sostienen los expertos en general, pero especialmente de los que laboran en el gobierno? ¿Es que, acaso, aciertan poco y fallan mucho? ¿O es que sus indicadores son inverosímiles? Hay un tipo de experto en salud cuya perspectiva científica busca desentrañar los patrones del vivir y enfermar de las poblaciones. Ese experto es el epidemiólogo. ¿Cómo formula su preguntar científico? ¿cómo descodifica y ordena “su realidad”? ¿qué tan cuidadoso y honesto es su ejercicio? ¿a quién le rinde cuentas? Las siguientes páginas ensayan algunas respuestas a esas preguntas, aunque algo puede anticiparse: la batería de información con que cuenta como experto gubernamental pudiera tentarlo a “cargar los dados” cuando evalúa las políticas en curso y cuando propone políticas nuevas.

Es frecuente, en nuestros días, que el ciudadano común vea con incredulidad las cifras que se le presentan a través de los medios masivos de comunicación: lo que sugieren no siempre coincide con su experiencia cotidiana.¹ Los funcionarios públicos que emiten las declaraciones parecen, sin embargo, convencidos de la veracidad de esas mediciones basadas en el conocimiento experto. Consideran que sus interpretaciones son las correctas y que, en todo caso, la dificultad de la gente (e incluso de sus representantes en los institutos políticos) para descifrar adecuadamente la información obedece a su falta de capacitación especializada, o bien a que son víctimas

de campañas maledicentes que denuncian problemas donde no los hay.²

Sin embargo, aun entre los expertos podemos encontrar grandes variaciones en la interpretación y el uso que se le da a los indicadores: los que se refieren al empleo, ingresos y precios al consumidor, los de pobreza en to-

² Recordemos, por ejemplo, el “mito genial” de la pobreza del entonces secretario Aspe. O la peculiar convicción en la que se sustenta la retórica del actual Progresista (demos a los pobres estímulos para enviar a sus hijos a la escuela, complementos alimenticios y los más elementales servicios de salud, y automáticamente encontrarán el camino para librarse de la miseria que los agobia). O la pretensión de que construir centros de salud de primer nivel (con los más elementales recursos para la atención médica), organizar ISES (Instituciones de Seguros Especializados en Servicios de Salud), equipar a los modernos hospitales privados con la más costosa tecnología (como si su acceso no estuviera mediado por el nivel de ingreso) son indicadores de un incremento del *acceso a la salud*.

* Profesores e investigadores, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X.

¹ Manjone, G.D., *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*, New Haven, Conn., Yale University Press, 1989.

das sus variaciones, los que miden niveles nutricionales o, en el caso del que aquí nos ocuparemos, *los de salud*.³

¿Cómo orientarnos en medio de esta confusión? Las siguientes reflexiones y evidencias proponen algunos puntos de referencia para comprender el papel de los expertos que trabajan en el ámbito específico de los problemas de salud que afectan a la población mexicana en nuestros días.

La lectura experta de los problemas de salud

Dejemos tranquilos, al menos por esta vez, a *los clínicos* en el desempeño de su delicada y trascendente labor al lado de los pacientes, para someter a análisis el desempeño de los intérpretes de los problemas de salud de la población: los *epidemiólogos*. Su preocupación central es la elucidación de los niveles y tipos de daños a la salud y de los riesgos que los ocasionan, desde una perspectiva eminentemente *científica*.

El *perfil de daños a la salud* está constituido no sólo por los daños extremos expresados en *la muerte* (la mortalidad), sino también por *las enfermedades* (la morbilidad), muchas de las cuales no necesariamente tienen como desenlace final la muerte, pero sí causan sufrimiento y, muchas veces, deterioro de las condicio-

³ Compárense, por ejemplo, la diversidad de perspectivas que se aprecian en documentos como los siguientes (entre muchísimos más): Brundtland, G., *Speech on burden of disease concept*. Ginebra, 15 de diciembre de 1998 [4 páginas, citado el 26 de febrero de 1999], disponible en: http://www.who.org/inf-dg/speeches/english/hug_15121998.html; CONAPO, "La salud en México", en *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población, 1998, págs. 27 a 35; Cárdenas, R., «La disminución de la mortalidad y las causas de muerte», *Demos. Carta demográfica sobre México 1998*, IISUNAM/FPNU/INEGI, México, 1998; "Salud, morbilidad y mortalidad", en Hernández, H. y Menkes, C. (Coord.), 1998. *La población de México al final del siglo XX*, México, CRIM UNAM / Sociedad Mexicana de Demografía, págs. 279 a 390; López-Ríos, O., "Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana", *Salud Pública de México* 1997, 39 (1):16-24; Martínez C. "Causas de muerte", en *Demos. Carta demográfica sobre México*, IISUNAM/FPNU/INEGI, México, 1990.

nes vitales de las personas (discapacidades). El *perfil epidemiológico* incluye, además del *perfil de daños*, el estudio de las *constelaciones causales* de las que éste se deriva.

El *perfil de daños* traza una especie de frontera: por un lado, el mundo de la enfermedad, la discapacidad y la muerte; por otro, el de la salud. Esta definición "negativa" de salud (ausencia de enfermedad y de muerte) es, sin duda, mucho más humilde y pragmática que la ambiciosa propuesta original de la OMS,⁴ pero nos ofrece al menos un parámetro asequible para evaluar los avances o retrocesos de la política sectorial.

Este aparentemente modesto parámetro, el *perfil de daños a la salud*, no es nada fácil de medir. Las *enfermedades* son eventos difíciles de asir.⁵ Las experiencias de búsqueda intencionada a través de encuestas por muestreo evidencian las dificultades que ofrece su precisa identificación⁶ (además de que el análisis de la información así obtenida se mantiene circunscrita a un reducido grupo de expertos). Las *discapacidades* no han sido aún motivo de

⁴ "...La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades..." (WHO, "Constitution of the World Health Organization", en *World Health Organization: Basic Documents*, 26a. edición, Ginebra: World Health Organization, 1976, pág. 1)

⁵ Se requiere, por principio, que el sujeto que las padece lo perciba y, luego, que acuda con un experto -el *clínico*- para descifrar los signos de la enfermedad, dar un nombre al padecimiento, identificar el diagnóstico (Córdova, A., Leal, G. y Martínez, C., "El diagnóstico médico en el estudio de la mortalidad por causa", en Jiménez, R. (comp.), *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años*, México, CRIM UNAM, 1989). Pero para que el evento llegue a ser motivo de la lectura del *epidemiólogo* hace falta todavía un paso más: que aparezca en algún registro susceptible de caer bajo su mirada. Muchos de estos registros son, por naturaleza, sesgados (por ejemplo, los registros de causas de consulta y egresos hospitalarios de las instituciones de salud), y en nuestro país, de cobertura parcial (el *Boletín Epidemiológico* y algunos otros registros de enfermedades específicas), por lo cual su lectura requiere de una interpretación cuidadosa, informada y responsable por parte del experto.

⁶ Córdova, A., Leal, G. y Martínez, C., "Riesgos y daños a la salud en México a fines de los ochenta: la versión de la Encuesta Nacional de Salud", *Reporte de investigación* 59, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X, 1990; Martínez S., C., "Aspectos metodológicos para el estudio de la morbilidad por encuesta en comunidades pobres urbanas", en M. Schteingart (coord.). *Pobre-*



FOTO: JORGE CLARO LEON

suficiente atención, y es hasta fechas bastante recientes que se observan algunos intentos por lograr un registro más abarcativo y sistemático de ellas. Las *defunciones* son eventos cuya contundencia los hace de más fácil identificación; sobre ellas se genera información en forma continua a la cual se le da una más amplia difusión. Esto explica que, hasta el momento, la piedra angular para acercarse al perfil de daños continúe siendo la mortalidad.

Por lo demás, tanto los indicadores de mortalidad por causa como los de morbilidad requieren de una doble descodificación por parte de los expertos. Hay que descifrar no sólo el *código estadístico* con el que se construyen sino, antes que éste, el *código médico* con el

za, *condiciones de vida y salud en la Ciudad de México*, México: El Colegio de México, 1997.

cual se identifican, interpretan y matizan esas manifestaciones denominadas enfermedades.⁷ Esta doble codificación incrementa la complejidad del análisis, a la vez que abre un amplio margen a las decisiones del experto en la construcción de los indicadores.⁸

Pero queda todavía otro resquicio que demanda del epidemiólogo un ejercicio interpretativo cuidadoso y honesto. Puesto que la ocurrencia de la enfermedad es un fenómeno complejo y no existe un origen único ni totalmente evidente para cada uno de los padecimientos (mortales o no) que constituyen el perfil de daños, las posibilidades de atribuir la mejoría, el estancamiento o el empeoramiento de las tendencias de la mortalidad y de la morbilidad a alguno de los múltiples elementos implicados en su ocurrencia se encuentran extraordinariamente abiertas. Las tentaciones para “cargar los dados” en el momento de la evaluación de la política son tan grandes como amplio es el margen para las atribuciones causales que pueden llegar a hacerse. No es raro encontrar a los científicos

enredados en los hilos de las “razones” de los políticos.⁹

Los expertos en la lectura del perfil epidemiológico encaran, así, dos tipos de dificultades: por un lado, las propiamente *científicas* relacionadas con el entendimiento de los problemas de salud de la población; por otro, las que surgen cuando su conocimiento ha de participar en la orientación de la *política pública*.

⁷ Punto en el cual el conocimiento clínico es tan imprescindible como lo es en el trabajo al lado del enfermo.

⁸ Un sencillo ejemplo: la decisión del tipo de agregación a utilizar para la presentación de los datos, tanto en lo que se refiere a la clasificación de las enfermedades como a los agrupamientos poblacionales.

⁹ En la evaluación de algunos programas dirigidos a combatir componentes aislados de algunas constelaciones causales, hay expertos que se comportan como si pu-

¿Puede ser neutral el conocimiento científico?

Entre los múltiples recursos de los cuales se valen los humanos para tratar de encontrar un sentido al mundo y orientar a partir de ello su acción, el estilo de pensamiento que caracteriza al *conocimiento científico* ha sido, sin duda, de gran ayuda. Gracias a éste ha sido posible proponer modelos para hacer más comprensibles las relaciones entre los elementos del vasto y multidimensional universo en el que transcurre su vida.

En el estudio de las enfermedades, la epidemiología moderna reconoce la complejidad de las relaciones causa-efecto y plantea la idea de *constelaciones causales* (nunca causas únicas) para tratar de explicarse la ocurrencia de los padecimientos.¹⁰ En consecuencia, procura elaborar indicadores que permitan sopesar cada uno de los elementos que componen cada constelación en los diversos contextos.

Sin embargo, aun en las condiciones de mayor calidad en el ejercicio del quehacer científico, no queda más que aceptar las limitaciones inherentes al sistema de pensamiento del que deriva la construcción de indicadores. La distancia entre éstos y la realidad que se intenta representar es, en último grado, irreductible, dada la enorme complejidad de la realidad que el pensamiento científico no puede sino reducir a algunos de sus elementos y hacer abstracción de su continua fluidez.¹¹

Las aproximaciones epidemiológicas de naturaleza cuantitativa, por ejemplo, tienden a generalizar los hallazgos descuidando el análisis del contexto al que pertenecen,¹² a sim-

diera pensarse que el componente combatido fuera la única causa por abatir para "triunfar" sobre el padecimiento, contradiciendo así las concepciones científicas sobre la compleja causalidad de la enfermedad.

¹⁰ Rothman, K., *Epidemiología moderna*, México, Díaz de Santos, 1987.

¹¹ Morin, E., "La inteligencia ciega", en: *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, Barcelona, 1997; Nicol, E. *Ideas de vario linaje*, UNAM, México, 1990; Bergson, H., *La evolución creadora*, Planeta y De Agostini, S.A., España, 1994.

¹² Zemelman, H., "Crítica epistemológica de los indicadores", *Jornadas 114*, El Colegio de México, México,

plificar los fenómenos en estudio para tomar de ellos sólo alguna expresión mensurable que no necesariamente los refleja,¹³ y en este último caso, no es nada raro observar deslices desde el ámbito conceptual hacia el metodológico para tratar como "inexistente" a todo aquello que no puede ser medido y renunciar al análisis de las complejidades de las relaciones.¹⁴ Al simplificar y reducir los eventos que se pretende medir, "condensarlos" en indicadores sofisticados y hacer abstracción del ámbito en el que tienen lugar, con frecuencia se oscurece, más de lo que se ilumina, la comprensión de los procesos de los cuales forman parte.¹⁵

Esta forma de construir los indicadores favorece, además, la ilusión de objetividad y precisión, a la vez que aleja al ciudadano común (o a cualquiera que no tenga el sofisticado conocimiento del experto que lo construyó) de toda posibilidad crítica, al oscurecer su comprensión del auténtico significado de la cifra.¹⁶ Pero a esto volveremos más adelante.

Desde luego, no se trata de renunciar a esta valiosa herramienta del pensamiento humano. Pero hay que subrayar la importancia de su manejo atento y responsable, porque los sistemas teóricos y analíticos construidos a partir de esta modalidad de pensamiento tie-

1989; Martínez S. C. y Leal F. G., "Problemas metodológicos en la investigación médica y algunas de sus implicaciones éticas", *Perinatología y reproducción humana* 1999, 13 (1):10-23.

¹³ Como diría Morin, a decidir que sólo lo simplificable merece ser denominado científico (Morin, E., *La méthode I. La nature de la nature*, Seuil, París, 1977).

¹⁴ Martínez S. C. y Leal F. G., "Problemas metodológicos en la investigación médica y algunas de sus implicaciones éticas", *Perinatología y reproducción humana* 1999, 13 (1):10-23.

¹⁵ Muchos de los trabajos publicados en una de las revistas especializadas en este campos, *Salud Pública de México*, corresponde al tipo de aproximaciones que alimenta lo que Zemelman ("Crítica epistemológica...", *op. cit.*) describe como "diagnósticos normativos", y muy pocos a los que este autor caracteriza como "diagnóstico como campo de posibilidades."

¹⁶ Una clara ilustración de ello es el indicador "años de vida saludable" (Avisa) de Funsalud (Martínez C y Leal G., "Comentarios a la sesión 'Consecuencias para el sector salud'", en Hill K, Morelos J y Wong R (Coords.), *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, El Colegio de México, México, 1999, págs 85-94.

nen, cuando menos, dos flancos peligrosos: uno, la tendencia a sustituir la realidad por el modelo, con su expresión en la adopción de posiciones rígidas y dogmáticas que impiden ulteriores avances, correcciones y enriquecimientos.¹⁷ El otro, la facilidad con la cual estos sistemas teóricos y analíticos llegan a convertirse en armas de considerable potencia para subordinar a determinados intereses a las numerosas experiencias y acciones que tienen lugar en un conjunto social, al privilegiar la generación de cierto tipo de conocimiento.¹⁸

El resurgimiento relativamente reciente de la discusión sobre las dos grandes “familias” de procedimientos de investigación, los cuantitativos y los cualitativos, ha tenido la virtud de traer al terreno de las ciencias de la salud el debate sobre la distancia que existe entre la realidad y los indicadores, las implicaciones del camino que se sigue para cada aproximación (“el método”) y la ineludible condición de intérprete de la que no puede escapar el científico.¹⁹

El investigador, como todo humano, es un “lector” de su realidad en busca de sentido: es un intérprete.²⁰ Y quizá todo intérprete bien intencionado crea que su voz habla por los intereses más legítimos. Pero por lo común es su muy peculiar visión la que lo hace hablar, lo cual no tendría por qué ser un problema, siempre y cuando así fuera asumido.²¹ El ca-

¹⁷ Además de que, al pretender hacer pasar al dogmatismo como rigor científico, constituyen la base para la descalificación de personas e ideas que se oponen a las escuelas de pensamiento hegemónico, pugnas fundadas en razones mucho menos legítimas que el interés en el conocimiento (un ejemplo en el suplemento de la Gaceta Económica dedicada al tema de la reforma de la seguridad social en México: “La reforma a la seguridad social en México”, Suplemento, *Gaceta de Economía* 2 (4), ITAM, México, primavera de 1997).

¹⁸ PEF, *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Poder Ejecutivo Federal, mayo de 1995.

¹⁹ Por más que en disciplinas como la epidemiología esta reflexión sólo tenga lugar en las “periferias”, ya que los “centros” continúan preocupados fundamentalmente por los desarrollos cuantitativos.

²⁰ En principio, como bien hacía notar Schwandt: “... interpretar no es solamente una opción metodológica abierta al científico (...), sino la condición misma de la investigación humana” (Schwandt, T., “Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry”, en Denzin N. y Lincoln Y (comp.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, Ca: Sage Publications, 1994, pág.119).

²¹ En el caso de los abordajes de naturaleza cualitativa,

rácter del quehacer científico —o al menos la calidad del mismo— hace imprescindible el reconocimiento de los verdaderos alcances de los procedimientos y de la parcialidad de su visión, lo que conlleva la obligación de una permanente apertura a otras posibilidades interpretativas.

La lectura experta del perfil epidemiológico

Es cierto que durante la segunda mitad del siglo XX los niveles de mortalidad (y en especial los de la mortalidad infantil) mantuvieron una tendencia decreciente, y que la proporción de defunciones causadas por las enfermedades infecciosas de presencia ancestral disminuyó frente al reciente incremento de padecimientos como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las neoplasias.²²

A fines de los ochenta hubo en México un grupo de expertos que se apresuró a etiquetar este panorama como “la transición epidemiológica”, para lo cual tomó en préstamo una interpretación que estuvo en boga hacia los años setenta y la remodeló hasta lograr calzar en ella el perfil mexicano.²³ Se construyó, así, esa suerte de espejismo frente al cual parece diseñarse hoy día la política de salud.²⁴

es evidente que lo que se ofrece son hipótesis interpretativas. Pero eso mismo ocurre en los abordajes de tipo *cuantitativo* (aun si suele perderse de vista, a causa de la ilusión de objetividad que da *el número*).

²² Martínez C, Leal G., “Población y salud en México. Perspectivas de fin de siglo”, Reporte de investigación 84, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2000.

²³ Omran, A.1971, “The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change”, *Milbank Memorial Fund Quarterly* Vol. XLIX (4):509-538; Frenk, J., Bobadilla, J., Sepúlveda, J., López, M., 1989, “Health transition in middle-income countries: new challenges for health care”, *Health policy and planning* 4(1):29-39. Conviene, para situar en su debida perspectiva esta pretensión, revisar las críticas al modelo de la transición demográfica, sobre el cual está fraguada la versión epidemiológica (Livi Bacci, M., “Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina”, en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, Volumen I, INEGI, IISUNAM, PROLAP, Aguascalientes, México, 1994, págs. 13-28).

²⁴ De la Fuente, JR y Sepúlveda, J. (Comps.), *Diez problemas relevantes de salud pública en México*, INSP, Aca-

Cuando el ojo experto logra liberarse del espejismo, lo que observa es que la tendencia decreciente de la mortalidad ha empezado a estancarse y el perfil de daños²⁵ plantea nuevos y difíciles retos: a) un incremento de enfermedades crónicas cuya *historia natural* cursa en condiciones de pobreza y, muy frecuentemente, al margen de la atención médica;²⁶ b) pervivencia de padecimientos infecciosos en una era de resistencia bacteriana y nuevos, pero demasiado costosos, antibióticos;²⁷ c) nuevas



FOTO: MARCO ANTONIO CORTES

constelaciones causales que (sin haber desaparecido aún las antiguas) ocasionan actualmente las lesiones por accidentes y violencias. Todo ello en una población de más de 100 millones de personas, con proporciones crecientes de adultos y adultos mayores, cuya existencia transcurre bajo las más diversas clases de circunstancias riesgosas y con una concentración de los daños a la salud en los sectores de menor poder adquisitivo en un momento en el que se parece haber decidido permitir que la atención médica quede mediada por la capacidad de compra.

Es evidente que sólo con una muy hábil, eficiente e imaginativa utilización de los recursos disponibles, y una cuidadosamente equilibrada articulación de las estrategias preventivas y curativas por parte de la política pública de salud, podría vislumbrarse alguna esperanza de llegar a hacer frente a este complejo panorama epidemiológico.

Sin embargo, casi al borde del abismo, los expertos involucrados en la conducción de la política sectorial continúan construyendo e interpretando los indicadores a satisfacción de

demia Mexicana de Ciencias, Fondo de Cultura Económica, México, 1999.

²⁵ Que, como todo en el mundo, se encuentra siempre cambiando (en perpetua "transición").

²⁶ Para obligar al traje de "la transición epidemiológica" a dar la medida ¿se llegará al extremo de denominar a esto "enfermedades postransicionales en la pretransición"?

²⁷ ¿"Enfermedades pretransicionales en la postransición"?

los políticos ávidos por atribuirse "los méritos" de todo cambio favorable.²⁸ Si la disminución en la frecuencia de alguna enfermedad se da en estrecha relación con circunstancias ajenas a la operación del sector salud, no faltará el intérprete capaz de anotarlo a la cuenta de este último.²⁹ Cuando una tendencia va en sentido inverso a lo deseable, se esgrimen los argumentos expertos necesarios para magnificar las dificultades que ofrece su mejoría y evadir la responsabilidad de hacer frente al problema con suficiencia.³⁰ Ante las dificultades que el sector salud encuentra para la oportuna y eficaz

²⁸ Al igual que se hacía en el pasado, por ejemplo, con el indudable impacto sobre la mortalidad infantil de dos programas sanitarios de alto rendimiento y relativamente bajo costo instrumentados de manera especialmente sistemática en la gestión del Dr. Kumate al frente del sector salud: el de vacunación y el de rehidratación oral (los cuales, pese a sus bondades, no pasaron por el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños ni de sus padres).

²⁹ Por ejemplo, dejando fuera del análisis los indicadores referentes a esas otras circunstancias (Cárdenas, R., «La disminución de la mortalidad y las causas de muerte», *Demos. Carta demográfica sobre México 1998*, IISUNAM/FPNU/INEGI, México, 1998).

³⁰ Aún si se trata de una visión extrasectorial, no dejan de ser interesantes declaraciones como la siguiente: "En México 'hemos fallado socialmente'; continúa la tendencia hacia la desigualdad, y por lo tanto a la distribución inequitativa de los recursos y de las oportunidades (...). En el afán de ganarle la lucha a la alta mortalidad, produjimos lo que ahora es 'nuestro dolor de cabeza'. Mientras más tiempo vive la gente y tiene una mejor salud, se acrecientan las complicaciones para brindarles todos los satisfactores." (R. Rubalcava, directora general de estudios de población del CONAPO, en nota de Angeles Cruz para *La Jornada*, 6 de diciembre de 98).

cobertura de la población mexicana, en especial la de los grupos de mayor riesgo, no es raro que se tome por refugio el argumento demográfico: con una población de esa magnitud es imposible proveer todos los servicios sanitarios necesarios, sobre todo si se trata de atención médica de calidad clínica para hacer frente a la patología que constituye el perfil de daños. Esto desemboca, evidentemente, en un redoblamiento del llamado a reducir las tasas de crecimiento poblacional, como si eso pudiera solucionarlo todo.³¹

Por fortuna también hay voces expertas que ofrecen elaboraciones responsables, como aquella que (desde la demografía) apunta hacia las implicaciones de la rápida mutación en la estructura de edad ocasionada por el impacto de las políticas de población adoptadas frente a la alarma que causó la explosión demográfica durante los últimos 30 años:³² las repercusiones sobre el monto de la población económicamente activa y la estructura de empleo, el reto que implicará la manutención del creciente número de ancianos sin acceso a pensiones y con costosas necesidades de atención médica, los nuevos desafíos que traerá la disminución del crecimiento natural de la población que se espera hacia el 2049. Los “focos rojos” que ello enciende en muchos de los ámbitos de la vida de la sociedad muestran la urgencia de buscar caminos para evitar que estas tendencias conduzcan a situaciones extremas.³³

Más allá del espejismo de “la transición epidemiológica”, al sector salud le aguarda la tarea de atender a una población de una magnitud bastante considerable, que probablemente empiece a reducirse dentro de algunas décadas pero que, por lo pronto, tiende a una estructura de edad de la cual hay que esperar

³¹ Sobre los fuertes enlaces que establecen las políticas de salud y de población en su compromiso por continuar avanzando en la disminución de la fecundidad, puede revisarse: Martínez C. y Leal G, “Demografía y epidemiología. Importancia estratégico-política de los indicadores”, en un número previo de *El Cotidiano*.

³² Véanse, por ejemplo, las reflexiones de Juan Manuel Herrero en la nota de Ángeles Cruz para *La Jornada*, abril 11 de 1999.

³³ Lo que corrige la desbordada esperanza en la disminución de la fecundidad que parecería alentar a los expertos involucrados en la elaboración de la política de salud.

un perfil de daños que demandará una provisión de servicios de atención a la salud mayor y más compleja, a no ser que pretenda dejársela inerte frente a éste.

La respuesta experta puede ir, entonces, hacia el refinamiento de los argumentos defensivos (por ejemplo, añadir al problema de *la cantidad*: “somos demasiados”, el de *la estructura*: “hay demasiados adultos mayores”³⁴), o hacia el re-posicionamiento del lado del interés público para aportar lecturas responsables y accesibles al ciudadano común, y al político; evidencias que lo obliguen a evaluaciones no amañada del impacto de sus programas.

¿Qué nos muestran los indicadores?

El ciudadano común valora favorablemente todo incremento en su probabilidad de conservar la salud y llevar una vida de la mayor calidad posible, independientemente de que eso sea resultado de la política de salud o de varias políticas sectoriales combinadas entre sí. Por lo común, se interesa en conocer (siempre que se le comunique de manera apropiada³⁵) todo aquello que pueda repercutir en beneficio de su salud y la de su familia. Este conocimiento tiene gran trascendencia para el cuidado de la salud. Pero eso no significa que pueda esperarse una incorporación inmediata o automática de las recomendaciones expertas a la vida de la gente que las escucha. Para ello median, todavía, otras dos importantes esferas a partir de las cuales cada sujeto

³⁴ Por eso cabe la pregunta de si trabajos como el de Borges, A. y Gómez, H. (“Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México”, *Salud Pública de México* 1998, 40(1):13-23) son un intento de búsqueda anticipatoria de razones para acotar en forma extremadamente restringida las responsabilidades del sector salud frente a las necesidades de estos grupos. Pero, al menos hasta donde llega esa elaboración, no hay todavía ningún argumento convincente que justificara la evasión.

³⁵ Sobre las posibilidades para realizar en forma adecuada esta labor de diseminación de la información científica por parte del experto, puede revisarse Bennett, P, *Communicating About Risks to Public Health: Pointers to Good Practice*, Reino Unido, Department of Health, 1999. [25 págs. Citado el 9 de abril de 1999] Disponible en: URL: <http://www.doh.gov.uk/pointers.htm>.

reelabora todo mensaje: la psicosocial y la cultural (para no mencionar la evidente precondition de la existencia de medios materiales que posibiliten el cuidado).

Ahora bien, cuando la persona enfrenta un episodio de enfermedad, tanto más si éste es grave, se sentirá impelida (por la fuerza que nace del dolor y del temor a la muerte) a buscar atención médica oportuna y eficaz, y esperará encontrarla. Las probabilidades de que eso ocurra dependerán no sólo de su condición social, económica y cultural, sino también, y fundamentalmente, de cómo se haya resuelto, desde la política de salud, la provisión de esa oferta. Ningún otro sector de la administración pública puede suplirla en esto.

¿Cuál es el compromiso de la política de salud con estas aspiraciones de la gente? Tomemos *sus indicadores como indicador*. Nuestro examen de la forma en que éstos se construyen y utilizan para la orientación de su desempeño deja ver lo siguiente:

- 1) El diseño e instrumentación de esta política sectorial no siempre se corresponde con lo que muestra la información sobre mortalidad, morbilidad, discapacidad y lo que se conoce sobre los componentes de las constelaciones causales que las originan.³⁶
- 2) No se observa una emisión adecuada, comprensible y razonablemente justificada hacia la opinión pública sobre los cri-

³⁶ Lo que de ellos puede vislumbrarse a través de la información que proporcionan las diversas encuestas que se levantan periódicamente en el país.



FOTO: MARCO ANTONIO CORTES

terios utilizados para priorizar lo que se atiende a través de la política sectorial por sobre lo que se omite.³⁷

3) Existen casos de generación de información que parecerían obedecer a criterios diferentes de los que derivarían de diseños y lecturas menos “prejuiciadas” de los indicadores, lo cual a su vez sugiere la posibilidad de que se encuentre dirigida a favorecer cierto tipo de decisiones.³⁸

4) Se fomenta un manejo cada vez menos obvio y más sofisticado de los indicadores, y en la construcción de algunos de ellos pueden identificarse riesgos de manipulación difíciles de detectar tras la apariencia de precisión y objetividad.³⁹

En cambio, se echan de menos los indicadores para evaluar el *impacto efectivo* de las

³⁷ PEF, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, febrero de 1996, México, Poder Ejecutivo Federal, 1996; SSA, *Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades*, México, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, 1997.

³⁸ Tapia R, Cravioto, P., De la Rosa, B., Galván F., García de la Torre G. y Kuri, M., “Cigarette smoking: knowledge and attitudes among Mexican physicians”, *Salud Pública de México* 1997, 39(6):507-512; o Borges A., Gómez, H., Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México, *Salud Pública de México* 1998, 40:13-23.

³⁹ Por ejemplo, los ya comentados Avisa de Funsalud (Funsalud, *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Informe final, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994), tan distantes de los indicadores con los que trabajaban a principios de los cuarenta los antiguos salubristas, probablemente más rudimentarios y simples, pero “transparentes” y de evidente compromiso con el cuidado de la salud de la población (Hernández M., A., “Dieciocho años de trabajos sanitarios en México. Mis opiniones personales”. Discurso pronunciado en 1941. *Salud Pública de México* 1994, 36(4): 449-457).

políticas preventivas sobre las constelaciones causales relacionadas con el perfil de daños, y sobre la *eficacia de la atención médica* prestada a los episodios de enfermedad. Los indicadores administrativos son especialmente inútiles para averiguarlo.

Las opciones del experto

Hemos sostenido que una de las características del conocimiento científico (y de los indicadores con los cuales trabaja) es que expresa sus hallazgos a través de un lenguaje especializado sumamente “cifrado”, muy distante del que utiliza el ciudadano común para referirse a su experiencia cotidiana. Como el significado de lo expuesto queda oculto por la oscuridad de ese lenguaje, el “lego” (cualquier persona no experta en ese campo específico: el ciudadano común) depende del experto para efectuar las “traducciones” correspondientes. Esta decodificación requiere científicos merecedores de la confianza de los ciudadanos. Evidentemente, esto coloca al experto ante la necesidad de una toma de posición que depende de una decisión completamente personal. Pero cualquiera que sea su opción, sólo podrá tomarla cabalmente si logra identificar los intereses a los que sirve con el ejercicio de su ciencia.⁴⁰

Cuando esta figura a la que denominamos “experto” decide comprometerse con el interés público, asume responsabilidades adicionales a las que le impone su quehacer como científico: la de analizar cómo se privilegian

⁴⁰ Martínez S., C. y Leal F. G., «Problemas metodológicos en la investigación médica y algunas de sus implicaciones éticas», *Perinatología y reproducción humana* 1999, 13 (1):10-23



FOTO: CLAUDIA HERNANDEZ RAMIREZ

ciertos aspectos de la realidad y se ignoran otros;⁴¹ la de retroalimentar con la mayor “transparencia” posible a la opinión pública sin ocultarle que, pese al indudable valor de la investigación científica, esta no necesariamente es “objetiva y neutral”; la de ofrecer explicaciones al alcance del ciudadano común sobre las interrelaciones entre las evidencias por ella generadas y las propuestas de la política pública y la de propiciar, con todo ello, que las personas puedan tener una participación colectiva y realizar sus “elecciones” individuales de manera *auténticamente* informada.

⁴¹ Lindblom, Ch., “La investigación social para la elaboración de políticas: quién la necesita y para qué”, *Gestión y Política Pública*, vol. III, núm.2, segundo semestre de 1994, pp. 254-255 y 276-277.