

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

Salud y Enfermedad a la luz de las "Nuevas" Políticas de la Globalidad Desigual.

María Eugenia Módena.

Cita:

María Eugenia Módena. (2001). *Salud y Enfermedad a la luz de las "Nuevas" Políticas de la Globalidad Desigual. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/17>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/yRV>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Salud y Enfermedad a la luz de las "Nuevas" Políticas de la Globalidad Desigual

María Eugenia Módena*

¿Qué significa en los inicios del siglo XXI, y desde México, repensar los datos y las reflexiones hechas hace quince años, en la década de los 80 del siglo pasado, en una investigación sobre prácticas en salud y enfermedad en el primer nivel de atención?

Son múltiples las significaciones que se pueden encontrar. En este trabajo se trata de ver, desde los datos de aquella investigación, las consecuencias hipotéticas de algunas políticas públicas actuales así como problematizar sus justificaciones. Por esto este texto se ocupa de una historia reciente en la que, los conjuntos sociales, construyeron estrategias de adecuación y sobrevivencia articulando prácticas económicas, sociales y culturales directa e indirectamente vinculadas al proceso salud-enfermedad-atención que, después de un lapso de 20 años, tienen que ser reformuladas.

Los datos que manejaremos son de carácter cualitativo, enmarcados en datos cuantitativos de orden nacional y regional. Los primeros se obtuvieron en una localidad campesina ribereña del río Coatzacoalcos, en el sur del Estado de Veracruz, México, que era parte -en aquellos años- de una región fuertemente marcada por la refinación de petróleo y la producción de azufre. En el momento que se realizó la investigación todavía se estaba en el último coletazo del llamado "auge petrolero" que, junto con la industria azufrera, representaba un polo regional de derrama económica y de contaminantes.

Durante la primera mitad de los años setenta del siglo pasado se incrementa notablemente el precio internacional del petróleo. La política económica gubernamental se concentra en la explotación petrolera dejando de lado la incentivación del crecimiento de la industria de la transformación y el desarrollo agrícola. Articuladamente se abría el mercado a las importaciones.

En 1983 la refinería Lázaro Cárdenas de Minatitlán -centro petrolero próximo a la localidad de investigación- ocupaba el tercer lugar nacional entre las nueve grandes refinerías del país.

En la misma región, y también como fuente real de empleo para la población económicamente activa de nuestro lugar de trabajo, la Azufrera Panamericana tenía, en 1972, el 96% de sus acciones en manos del Estado.

La industria extractiva y de refinación llevaba aparejada la contaminación de la región y la competencia con otras actividades productivas como consecuencia de un crecimiento sin planeación territorial y sujeto a las demandas del mercado internacional. La falta de precauciones en el desarrollo de los proyectos de refinación petrolera, producción de azufre y petroquímica provocaron que tierras, ríos, lagunas y el mar de la región estén contaminados con petróleo crudo, plomo, mercurio, cloro y otros residuos químicos.

Estos complejos industriales eran polos de atracción de la mano de obra de las localidades campesinas, pertenecientes al hinterland industrial, que se ubicaba en los empleos de más bajos salarios, aquéllos que requerían de escasa preparación y especialización. En la búsqueda de estas oportunidades de empleo -fundamentalmente transitorio- se rentaba la tierra ejidal y se compraban los contratos.

En términos de atención de la enfermedad por la medicina oficial, la política del Estado se manifestaba en nuestra localidad en un Centro de Salud para el primer nivel de atención de población abierta. Para los trabajadores de base que se ubicaban en las plantas petroleras existía el prestigioso servicio del Hospital de Petróleos Mexicanos y para los transitorios por contrato -de ésta y otras plantas industriales- los servicios médicos del Seguro Social, ambos en la ciudad de Minatitlán. En la actualidad nos encontramos inmersos en la agudización del proceso neoconservador de adelgazamiento del Estado y de detrimento económico de los conjuntos sociales mayoritarios. Asimismo se incrementan las políticas asistenciales focalizadas, dirigidas a individuos y grupos familiares particulares, que agudizan los pro-

* Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

cesos de fragmentación y competencia entre sectores de un mismo conjunto social.

Pasaremos ahora a describir algunos aspectos de la localidad estudiada en aquellos años así como los cambios que se vienen produciendo a nivel nacional y regional.

La estratificación social local

La población de la comunidad estudiada vivía en 1982 de la combinación de varias actividades económicas familiares y personales. La proximidad de las zonas industriales, el crecimiento y desarrollo del transporte fluvial a partir de la década de los sesenta, el agotamiento de las posibilidades de reparto agrario, el desplazamiento de la agricultura por la ganadería, las expectativas de los jóvenes de abandonar las actividades campesinas, obligaron e hicieron posible la incorporación de la fuerza de trabajo a la industria, los servicios y el comercio. De 100 familias encuestadas el 50% de los jefes de familia eran ejidatarios o propietarios de una única parcela; 25% eran asalariados permanentes; 12% eran trabajadores en oficios y sólo 9% eran propietarios de importantes cantidades de cabezas de ganado, del comercio local y del estratégico transporte de carga y de pasajeros. Describiremos, para los fines de esta ponencia, las características de sólo dos de los sectores de actividad económica: el de ejidatarios y pequeños propietarios y el de los trabajadores industriales.

En el sector I (ejidatarios y pequeños propietarios) encontramos diversas estrategias económicas familiares. Era frecuente, en los inicios de los años 80, que los campesinos rentaran su parcela a los productores de ganado que, aprovechando la salida de los primeros al mercado de trabajo industrial, obtenían tierras a muy bajos precios. También esas parcelas eran ofrecidas, como parte del pago de un contrato temporal, a las burocracias sindicales que otorgaban la eventualidad del trabajo en la industria extractiva y de refinación. De 40 familias campesinas con cinco hijos, sólo 16 dependían exclusivamente de la parcela. Se trataba mayoritariamente de familias en etapa de crecimiento y con hijos en edad escolar.

En el sector II, que corresponde a los trabajadores ligados a las industrias regionales, encontramos dos tipos de jefes de familia: a) aquéllos que por el lugar que ocuparon en la familia no recibieron la herencia del título agrario o los que recibiendo, dejaron la parcela en manos de un hijo para incorporarse al trabajo asalariado en la industria; b) jefes de familia muy jóvenes

que aún residían en la casa paterna y sumaban su salario a la economía familiar ligada a la tierra.

El jornal industrial equivalía al doble del jornal rural lo que provocaba que la obtención de un contrato temporal para algún miembro de la familia implicara desde la renta de la parcela hasta la utilización de las redes sociales, así como entrar en el círculo de la deuda, para poder "comprar" un contrato o una plaza industrial.

En los años en que se hizo esta investigación, de los 23 grupos familiares cuyo jefe de familia era asalariado, el 52% tenía algún hijo en las actividades productivas: el 83% de estos hijos trabajaban como asalariados y sólo el 17% se desempeñaba atendiendo la parcela.

En 1992 se produce una reforma sustancial. Las tierras de propiedad social como los ejidos pueden ser legalmente vendidas o rentadas y, por lo tanto, las empresas mercantiles, nacionales o extranjeras, pueden apropiarse de las parcelas campesinas individuales o de ejidos completos. Las modificaciones formalizan lo que -en parte- ocurría de hecho en la región pero, al formalizarlo, liberan el capital tierra a la órbita mercantil. Así, en la región que nos ocupa, una parte de las tierras ejidales fue utilizada por una empresa estadounidense que durante 1994-95 estableció 2000 has. de plantaciones de eucaliptos para producción de astillas para celulosa con destino a Houston, Texas. Asociado con estos procesos, entre 1993 y 1999, el precio real que se pagó a los productores mexicanos de maíz cayó 46.2% tras la desaparición de los subsidios al precio de venta y la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, quedando los campesinos, también en este aspecto, sujetos a las leyes del mercado desde una posición desigual y no competitiva.

En la actualidad el 80% de la población rural nacional vive en la pobreza: el 15% de la misma aumentó a partir de 1994, mientras que los campesinos que pertenecen al sector de pobres extremos aumentaron un 23%. El deterioro de las condiciones de vida de los habitantes de la región no sólo fue afectado por los cambios en las condiciones de la propiedad de la tierra y el desplome de los precios del maíz y de otros productos agrícolas como el café. El trabajo asalariado industrial que, como vimos, era uno de los recursos centrales de las economías familiares locales, entró en una severa crisis. En 1992 la caída de los precios del azufre llevó al cierre de la Azufrera Panamericana, S.A., una de las fuentes de trabajo de nuestra población de estudio. Trabajadores por contrato, de confianza y 529 de base y sindicalizados fueron liquidados. En 1989 la Refinería de PEMEX, la otra fuente de empleo asalariado, liquidó

un gran número de obreros transitorios y de base. Hacia finales de la década de los 80 las exportaciones no petroleras habían comenzado a caer mientras que las importaciones de bienes crecieron a una tasa anual de más del 30%. Esto dio lugar al llamado Plan de Ajuste, consecuencia de la intervención del FMI, que implicó la reestructuración industrial. Entre 1981 y 1989 la inversión en PEMEX se derrumbó en cerca del 80% y tuvo, como una consecuencia central, la abrupta reducción del personal. En 1988 la planta de trabajadores de esta empresa nacional era de 240 mil trabajadores y en 1993 era de 120 mil, es decir la mitad. Asimismo, para 1992 el salario había perdido el 64% de su poder adquisitivo respecto a 1976 y en 1999 el 75% de su valor.

La alimentación, base material y simbólica para la salud

El proceso de medicalización ha contribuido a crear la ilusión de que todo lo referido a la salud es un problema médico y profesional. Esta ilusión opaca las condiciones reales que posibilitan la salud o que, por el contrario, producen o agravan las enfermedades que ocupan los primeros lugares de la morbi-mortalidad en los países pobres.

Por parte de los usuarios, de la población en su conjunto y de los sectores subalternos en particular, el proceso de hegemonización social que en materia de atención tiene uno de sus puntales en la práctica médica, provoca el desplazamiento de las demandas por recursos para la salud (alimentación, agua potable, saneamiento, drenajes, trabajo, niveles de ingresos, participación social, educación) a las demandas -justas y necesarias pero que no apuntan al problema estructural- por mayores y mejores servicios médicos. Como correlato, amplias porciones de los sectores subalternos conciben que la responsabilidad por tener algunos recursos para la salud es exclusivamente suya y asumen la "culpabilidad social" de sus carencias. Veremos a continuación las características de uno de los recursos básicos para la salud, el consumo de alimentos, en los primeros años de la década del 80 en este poblado del sur de Veracruz. Nos referiremos a las dietas que nos describieron los niños de nueve, diez y once años entrevistados por nosotros.

El 48% de los niños dijo tomar leche todos los días, mientras el 42% lo hacía de manera eventual. Un 9% consumía el lácteo tres veces a la semana. Respecto a la ingesta de proteínas animales, el 62% de los niños consumían carnes todos los días o por lo menos 2 ve-

ces por semana, el 22% tres veces a la semana y un 15% de manera eventual. El 66% de los niños consumía huevo todos los días o dos veces por semana, 27% lo hacía de manera accidental y el 6% una vez por semana. En lo que refiere a la ingesta de proteínas animales y calcio en los primeros años de los 80, resalta el dato referido al bajo consumo de leche. Este resultado correspondía a la situación de la zona del Golfo de México, que se encontraba entre las de más bajo consumo de calcio de toda la República Mexicana para el grupo escolar.

Las carnes y el huevo constituían, en la localidad, la fuente más importante de ingesta de proteína animal. Las carnes de res y de cerdo ocupaban el primer lugar entre las carnes. El pescado y los crustáceos eran consumos eventuales restringidos a algunos períodos del año. Sin embargo esta situación era bastante reciente: en 1956 un informe médico registraba un alto consumo de pescado y crustáceos. El mismo informe señala la importancia de la cacería de venados, jabalíes, armadillos, etc., como recurso básico para la alimentación, aunque destaca lo deficitario de la dieta en términos de hortalizas, verduras y leche. La Dirección General de Asentamientos Humanos del Gobierno del Estado nos confirmó que la alta contaminación del río Coatzacoalcos -que ha disminuido notablemente la pesca- a la altura de nuestra localidad de estudio, se debía a los desechos industriales que arroja en la corriente fluvial la Azufrera Panamericana. Como señalamos anteriormente, el proceso de industrialización le arrebató a los pobladores el paisaje y sus productos, la expansión ganadera articulada con el fin de la cacería como recurso para la dieta, desarrolló un mercado local para la carne vacuna, pero aún no se había construido en el sistema de representaciones sociales de los habitantes la vinculación entre estos hechos y los cambios en la alimentación.

Pudimos observar que, en el caso de la leche, el consumo de este producto fresco era casi nulo. La mayor parte de la población que consumía leche, lo hacía en forma de leche evaporada o en polvo. La solución se preparaba al azar de los gustos y de las posibilidades económicas, sin seguir un patrón de cantidad de leche por cantidad de líquido.

Cuando en 1979 se implementó el programa nutricional para niños entre 0 y 4 años las madres distribuían los alimentos (leche, carne envasada, aceite, etcétera), destinados a los más pequeños entre todos los miembros de la familia, con lo cual las cantidades que recibían cada uno eran mínimas.

La carne se preparaba en forma de guisados, distribuyendo pequeñas cantidades de la misma a cada miembro de la familia. En el único caso que vimos consumo de trozos enteros de carne por comensal fue en el sector socioeconómico correspondiente a los ganaderos, transportistas y propietarios de comercios.

El huevo era el portador de proteínas animales de mayor consumo. Su existencia en unidades permitió saber que la mayor parte de los niños disponía de uno o dos cada vez que lo consumían.

La zona del Golfo de México, en la que se ubica la localidad en la que hicimos nuestra investigación, presentaba para el grupo escolar al que perteneció nuestra muestra, cifras bajas en cuanto al consumo proteico, tanto de proteínas totales como de origen animal, respecto a otras zonas geoeconómicas. Esto no ocurría para el grupo preescolar que presentaba el porcentaje más alto de desnutrición de nivel I (44.1%) pero que disminuía en los niveles II y III (25.5% y 2.9% respectivamente). De los 100 niños entrevistados sólo el 15% tenían una dieta óptima en proteínas de origen animal. En cuanto al frijol, fuente de proteínas vegetales y de hierro y alimento fundamental en México, el 54% de los niños lo consumían entre dos y tres veces a la semana, mientras que el 44% lo hacía de manera accidental. A pesar de la frecuente ingestión de hierro a través del frijol, abundaban los casos de anemia. Esto suele suceder por las dificultades en la absorción del mineral a partir de una situación de desnutrición crónica o de deficiencias en los complementos necesarios para su metabolismo.

El consumo de carbohidratos era alto en especial si se agrega a la ingesta de pan y tortillas, la de sopa de pasta y de arroz, dulces, galletas y refrescos, elementos presentes en casi todas las dietas.

En las historias clínicas del Centro de Salud local, perteneciente a la Secretaría de Salud, pude detectar que para 1979 el 83% de las mismas contenían la observación médica de mala alimentación en cantidad y/o calidad.

Las dietas se concentraban de la siguiente manera según su calidad. El 72% de las dietas francamente malas (casi nulo consumo de leche, baja cantidad de proteínas y muchos carbohidratos) correspondían a familias con todos sus hijos económicamente dependientes. Por el contrario, el 53% de las dietas relativamente buenas (consumo regular de leche y proteínas) corresponde a familias con hijos en actividades remuneradas y este dato es fundamental para lo que vendrá más adelante. La mayoría de las dietas se agrupaban en el tipo regular, coincidente con el grado I de desnutrición zonal.

El proceso de introducción de productos industrializados provocó un cambio sustancial en la dieta de los niños en edad escolar y de los adultos. Existía un altísimo consumo de galletas, dulces y refrescos que, sin nutrir adecuadamente, aumentaban la cantidad de carbohidratos, introducían los conservadores químicos, provocaban un desembolso considerable de dinero y creaban la ilusión de participar en formas más sofisticadas de alimentación. La dieta había cambiado, y no de la mejor manera.

Pero ¿cuáles fueron las tendencias posteriores de la alimentación y la nutrición?

En 1982 el costo de la Canasta de Satisfactores Esenciales equivalía a 1.6 minisalarios y en 1993, esa misma canasta, costaba 4.8 minisalarios. Según datos oficiales entre 1980 y 1988 el consumo, a nivel nacional, de los componentes básicos de la dieta popular mexicana disminuyó de la siguiente forma: El maíz en 42%, el frijol en un 45%, el arroz en un 60% y el trigo en 19%. El estado de Veracruz, en el que realizamos nuestro estudio, pertenece en la actualidad al conjunto de estados de la República Mexicana que se encuentran en la frontera de la llamada "inseguridad alimentaria máxima". Esto, de alguna manera aparece en uno de los indicadores más sensibles, la desnutrición infantil. Las Encuestas Nacionales de Alimentación nos indican que, teniendo en cuenta el peso por edad, los niveles de nutrición de los niños entre 1 y 5 años, para la Zona Golfo Sureste -que es la de nuestro municipio y localidad- variaron, entre 1974 y 1996, aumentando los infantes con nivel normal en 4% y los con desnutrición moderada y severa en 3%, mientras aquéllos que padecían desnutrición leve disminuyeron en un 7%. O sea que los menores se polarizaron aún más en términos nutricionales y presentaron, para 1996, algún nivel de desnutrición en el 49% de los casos. Asimismo es importante marcar la continuidad de los bajos consumos de alimentos básicos en la región. Para 1989, el 10% de la población de esta zona consumía leche, el 26% pollo, el 18% carne vacuna, el 9% pescado, el 40% huevo y el 58% frijol.

Enfermedad y prácticas reales de atención

En este apartado presentaremos aquellas dolencias que eran las más frecuentes en los niños de la localidad y que eran atendidas, tendencialmente, en el primer nivel de atención: las enfermedades respiratorias y las enfermedades diarreicas; las de mayor incidencia en la

niñez local, regional y nacional. Nos abocamos a ellas, su terapéutica y curador privilegiados.

Los curadores: La intervención de los curadores cuando aparecía el malestar o los signos y síntomas de lo que los conjuntos sociales consideran enfermedad, no seguía un guión fijo y universal. Uno solo de ellos aparecía en todas las circunstancias como primer recurso de atención. Controlada directa o indirectamente en su función por otros curadores, siempre eje e intermedia de las terapéuticas y fuente de decisiones y afectividad, la madre de familia (o una figura femenina sustituta) incluía en su actividad doméstica cotidiana la atención de las dolencias infantiles en el momento de su irrupción. De los 100 niños entrevistados por nosotros la gran mayoría afirmó recibir la primera atención, fuera cual fuera la enfermedad, de su madre. Frecuentemente esta atención resultó suficiente para la resolución de la dolencia. Dentro del ámbito familiar el 86% de los niños recibió atención curativa por parte de su madre y el resto de una figura femenina sustituta.

En la situación de las llamadas "gripas", denominación que englobaba desde afecciones respiratorias virales leves hasta afecciones más severas, las mismas eran evaluadas por la madre de familia según la evolución de la enfermedad: Persistencia de calentura, deterioro del estado general, aparición de tos "fea". El 97% de los niños había padecido alguna enfermedad respiratoria. De ellos, el 76% recibió la terapéutica directamente de su madre, un 12% del médico y un 6% del boticario. De los 76 casos en que intervino la madre de familia como primer nivel de atención en las enfermedades respiratorias infantiles, sólo en 6 casos se recurrió con posterioridad al médico: dos casos de bronquitis, uno de pulmonía y tres de tos ferina. Las terapéuticas utilizadas por las madres de familia se distribuyeron de la siguiente manera: en 39 casos se suministraron analgésicos y antipiréticos, en 21 ungüentos, en 19 antibióticos y en cinco antitusígenos. En todos estos casos la prescripción se basó en la repetición de una receta médica anterior que demostró su eficacia. En las entrevistas con las madres de familia apareció el uso de infusiones diversas acompañando la medicación: té de hierbas, té de cáscara de naranja o limón, fricciones con petróleo, gárgaras con limón y sal. La medicina casera era parte de la combinatoria terapéutica. El ungüento más utilizado fue el vickvaporub, que comenzaba a desplazar al petróleo (el combustible que se usaba localmente para cocinar) en las fricciones. Los antitusígenos se obtenían por recomendación de los boticarios o de los vendedores ambulantes y se utilizaban mucho más de lo que las cifras revelan.

En el caso de la diarrea, otra de las situaciones de enfermedad más frecuentes, que engloba diferentes tipos de infecciones intestinales y parasitosis el 87% de los niños la había padecido alguna vez. La primera atención de esta dolencia se distribuyó en el subuniverso de los 87 niños que la padecieron de la siguiente manera: 69 niños recibieron atención curativa de su madre, diez del médico y uno del boticario. De los 69 casos atendidos, en un primer nivel, por la madre de familia, sólo tuvieron necesidad de atención médica posterior 5 niños: fueron casos de tifoidea, disentería, parasitosis y uno de apendicitis.

Las terapéuticas utilizadas por las madres de familia en el primer nivel de atención fueron: en 36 casos antibióticos y sulfas, en 31 enterobioformo y en cinco un antidiarreico. Los antibióticos, sulfas y enterobioformo se obtuvieron en las farmacias. Su prescripción obedecía a la repetición de la receta médica prescrita en una situación anterior con el mismo hijo o con otro. El antidiarreico era uno de los fármacos más ofrecidos por los vendedores ambulantes de medicinas. Las recetas caseras más utilizadas en los casos de diarrea fueron el té de nanche, de hierbabuena, la coca-cola con limón y el agua de limón. Estas dos últimas como formas de adaptación casera del suero de rehidratación oral, uno de los puntales de la medicina institucional para abatir la mortalidad por deshidratación diarreica.

Para el dolor de vientre se utilizaban las cataplasmas a base de quelite, huevo y alcohol. Como en las enfermedades respiratorias las medicinas caseras acompañaron la administración de fármacos en una proporción mucho más alta que la manifestada por los niños. Todas las madres de familia aseguraron utilizar, acompañando los fármacos, diversos tipos de infusiones y cataplasmas. Las calenturas, que acompañaban frecuentemente a las enfermedades respiratorias y a las diarreas por infección, se combatían con diversas infusiones combinadas con fármacos.

La asistencia femenina de la enfermedad fue y es una de las tantas esferas del trabajo doméstico, de reproducción de la vida y de cuidado y apropiación de los hijos. Puericultura y pediatría eran actividades de la madre de familia; fueron y son construcciones sociales de responsabilidad femenina. La crisis de la enfermedad o el padecimiento leve hacen más perentoria y obligada la intervención de la madre de familia. Este hecho universal se concretaba en la población investigada en la atención de las enfermedades más frecuentes en la infancia: las respiratorias, las gastrointestinales y el empacho. A través de la consulta médica y de informa-

ciones comunitarias, la madre de familia incorporaba los nuevos medicamentos a su bagaje operativo, los mezclaba con los ya conocidos y asumía su eficacia. Fármacos como los antibióticos, quimioterápicos, antifebriles, los conocieron las madres en el consultorio médico. Su uso posterior, la repetición de la receta, el descenso de la mortalidad por estas afecciones, nos hablan de los buenos resultados, no sólo de los antibióticos o del suero de rehidratación, sino de una combinación paradigmática: la de una mujer que para seguir conservando su rol de curadora y de poder sobre la salud en el ámbito doméstico tiene que someterse a la prescripción médica, reconocer la eficacia terapéutica y asumirla para reproducirla luego en otras circunstancias. Esto implica que esta mujer no sólo aprendió qué administrar y cómo, sino que aprendió a reconocer signos y síntomas que piden determinadas respuestas.

Uno de los puntales de la repetición de la receta médica es el rol materno de curadora que se articula con la presencia médica combinando los medicamentos con las tisanas, herbolaria o los rituales de curación. En el 72% de las familias con las que trabajamos la combinatoria de los recursos biomédicos y de la medicina popular fue la práctica real de las operaciones terapéuticas llevadas a cabo en el ámbito doméstico.

Programas y proyectos

Como dijimos, el desempleo y el descenso de la capacidad adquisitiva han provocado el aumento del número de pobres y la disminución del acceso a los satisfactores básicos. La implementación de programas de atención a los pobres ha sido una de las vertientes de las políticas públicas para paliar el impacto de la política económica sobre la población más afectada. Entre los programas oficiales de atención a la pobreza destacan, por su pertinencia a nuestro problema de trabajo y por su impacto social, el de LICONSA y PROGRESA.

El primero fue creado para garantizar el abasto de leche a nivel nacional a precio accesible para la población, rural y urbana, de menores de 12 años. Casi toda la leche que se utiliza es en polvo y proviene de la importación. En el estado de Veracruz, en el lapso 1995-1999, el porcentaje de niños beneficiarios disminuyó en un 37.4%. Al aumentar el precio internacional de la leche en polvo, el Estado ajustó durante el año en curso el precio del producto a la alza. Este aumento representó, para las familias de los 4.2 millones de niños beneficiarios a nivel nacional, un incremento del 16.7%. Si el proyecto del Ejecutivo, de gravar con 15% de IVA

los alimentos, hasta ahora exentos, se aprueba en el Congreso, el aumento del lácteo será de un 30%.

El segundo programa tiene una vertiente alimenticia que consiste en: 1) 125 pesos mensuales (aproximadamente 13 dólares) para apoyo alimentario (lo que equivale a un kilo diario de tortillas) por familia seleccionada, independientemente del tamaño de ésta. 2) 35 sobres mensuales de "suplemento alimenticio" para embarazadas y mujeres en lactancia. 3) 35 unidades de "papilla" mensuales para niños entre 4 meses y 2 años. 4) 35 unidades de papilla para niños entre 2 y 5 años en los que se detecte algún grado de desnutrición.

El programa se dirige a los llamados "pobres extremos" de las zonas rurales, eliminando a la "pobreza extrema urbana" y establece una triple discriminación entre los pobres: a) Entre localidades. Quedan excluidas aquellas localidades rurales que no tengan una escuela y un centro de salud a menos de 5kms. de distancia con fines de control. b) Entre familias pobres y pobres extremas dentro de la misma comunidad. c) Entre niños dentro de la misma familia. Los hogares con más de tres niños en "edades PROGRESA" no recibirán los beneficios para los niños "excedentes".

El programa focaliza localidades, familias y niños. Evaluaciones oficiales y académicas documentan que una de sus virtudes es que, a diferencia de otros, los recursos efectivamente llegan a los destinatarios sin perderse en marañas de burocracia y corrupción. Pero también hay investigaciones que han marcado, para éste y otros programas nutricionales, que los apoyos alimenticios focalizados en sujetos son utilizados de manera distributiva en el ámbito de la familia que padece hambre, con lo que pierden una gran parte de su buscado efecto.

A pesar de las evaluaciones realizadas falta investigar, con técnicas cualitativas en profundidad, cuál es la conflictividad social y sus consecuencias que derivan de la triple focalización y su consecuente discriminación, entre: 1) Localidades no beneficiarias y beneficiarias 2) Entre familias pobres y "pobres extremas" dentro de las localidades seleccionadas. 3) Entre familias beneficiadas pero que no se ajustan a los controles de vigilancia médica y educativa de los niños beneficiados, dada la complejidad de las relaciones socioculturales y de poder que se dan a nivel local entre "controladores" y "controlados". 4) Entre niños y niñas beneficiarios y no beneficiarios dentro de la misma familia y del mismo grupo de educandos en el salón de clase.

Ahora bien, es importante articular lo anteriormente expuesto con la propuesta hecha por el gobierno fede-

ral de gravar con IVA alimentos y medicinas. Durante el sexenio 1994-2000, se incrementó el IVA del 10% al 15% manteniéndose la tasa 0 para alimentos y fármacos. Hoy, la propuesta del Ejecutivo al Legislativo -coincidente con la propuesta del Banco Mundial- es gravar con 15% estos dos últimos. Según la Encuesta Nacional de Hogares (1998), el 10% más pobre de la población, el decil I de la estratificación de la muestra, gasta el 44% de sus ingresos en alimentos y la mitad más pobre de los hogares (deciles I al V) emplea el 37.8% de su presupuesto en este rubro. Con el IVA a medicamentos y alimentos los ingresos del decil I bajarían 8.7% mientras que los del decil X, los más ricos, bajarían un 3%.

El gasto en medicamentos se comporta de manera similar, los indigentes gastan 1.72% de su ingreso en medicamentos, mientras que las clases adineradas el 0.4%. En el comercio formal de alimentos y medicamentos el impuesto se cobrará como tal mientras que en el estratégico comercio informal -el de los vendedores ambulantes- el impuesto se trasladará al precio. Una de las argumentaciones de la Secretaría de Salud para apoyar la iniciativa de gravar con IVA a los medicamentos, consiste en que esta medida va a alentar que el sector pobre de la población "vaya más al doctor y deje de ser un consumidor desinformado que invierte hasta 45% de su gasto en salud en medicinas.... Hoy en día hay una gran automedicación, sobre todo entre la gente pobre ... los pobres sólo gastan en medicinas, sin ir al médico, sin hacer todo lo demás (exámenes de laboratorio, radiografías, etc.) que debe acompañar la prescripción." Quizá la primera y más formal respuesta a esa argumentación consista en que no es necesario gravar los medicamentos para combatir la automedicación. La Ley General de Salud establece que los medicamentos sólo pueden venderse bajo receta médica; ley que en la práctica no se cumple ni se establecen medidas para hacerla cumplir con excepción de los psicofármacos. Por otra parte, los pobres de las zonas rurales (el 82% de los pobres del país) no tienen acceso a la seguridad social -especialmente al contraerse el mercado de trabajo asalariado y sus prestaciones- y son el grueso de la llamada "población abierta". Difícilmente -por distancia geográfica, económica y socio cultural- lleguen a los recursos técnicos de los laboratorios, ultrasonidos o rayos X. Ha sido el acceso libre a los medicamentos, como parte de una ecuación compleja, el que les ha permitido paliar, de manera parcial, su morbilidad. Sin que con esta afirmación pretendamos negar los riesgos iatrogénicos de la misma

pero diciendo, de igual manera, que la prescripción médica no siempre está exenta de la misma.

Perspectivas

Entre 1988 y 1993, y bajo la lógica del llamando Plan de Ajuste Estructural, se reestructuró la industria petrolera, petroquímica y del azufre. En nuestra región de estudio esto significó, entre otras cosas, la reducción drástica de las fuentes de empleo y la transformación de la zona en un mundo de desempleo del orden del 8.8% para la ciudad de Coatzacoalcos en 1995. Los pueblos que dependían, de manera directa e indirecta, económica y ocupacionalmente del trabajo industrial y comercial, se tornan altamente vulnerables al desempleo y a la contracción del mercado interno. Simultáneamente, la crisis de los precios de los productos agrícolas -en especial del maíz- el incremento agudo del costo de la canasta básica; las tierras de propiedad social, tendencialmente, en manos privadas y, como señalamos, la pérdida del poder adquisitivo del salario, colocan a la mayor parte de la población de nuestra localidad y del municipio de estudio en una situación crítica. Los programas de "asistencia" a los pobres que se contraen o se focalizan -individualizando cada vez más la atención y las responsabilidades- y las perspectivas de los gravámenes impositivos al consumo de alimentos y medicinas nos llevan a pensar algunas tendencias a futuro. Hipotéticamente nos planteamos que, en la localidad y la región estudiada hace quince años por nosotros, los proyectos globalizadores y de reestructuración económica han conspirado contra las estrategias de sobrevivencia, construidas en buena parte en la década de los años 70 por los sectores sociales de los que nos ocupamos en este trabajo, por lo menos en cinco aspectos:

- a) en el nivel de la articulación entre propiedad de la tierra/trabajo agrícola/trabajo asalariado industrial tanto a nivel intrageneracional como intergeneracional.
- b) en la disminución de los consumos alimentarios básicos respecto a los ya deficientes consumos descriptos, en especial leche y carnes.
- c) los programas sociales focalizados generarán divisiones inter e intra comunitarias así como conflictos intrafamiliares al otorgar insumos de manera desigual según criterios diferenciales entre conjuntos sociales en situación crítica. Los "controles" sobre los beneficia-

rios respecto al cumplimiento de las "condiciones" impuestas por el programa serán también fuentes de conflictos entre miembros y sectores de una misma localidad.

d) La propuesta al legislativo de gravar con el 15% los alimentos y medicinas tenderá a agudizar la situación de crisis, en particular para las familias que han colocado su parcela en el mercado de tierras y han perdido los escasos insumos de la misma para la subsistencia, simultáneamente con la pérdida, por las razones expuestas, de la posibilidad del trabajo asalariado.

e) Los saberes de curadora de la madre de familia, como sintetizadora de prácticas terapéuticas, donde se articulan los recursos de la biomedicina con las medicinas caseras, y que se construyeron de manera importante a través de la repetición de la receta médica y los conocimientos "tradicionales", sufrirán un embate estructural al gravarse los medicamentos. Esto disminuirá las posibilidades combinatorias que, como se ha demostrado en esta y otras investigaciones, han demostrado eficacia en el combate a las enfermedades curables en el primer nivel de atención. O bien, se sacrificarán otros consumos para poder adquirir los medicamentos.

En la síntesis de desempleo, disminución de la capacidad adquisitiva y mayores límites a las estrategias familiares alimentarias y curativas, la tendencia marca una nueva estrategia de sobrevivencia: la expulsión de la población hacia la frontera norte del país, hacia el trabajo en la industria maquiladora o hacia el paso clandestino de la frontera en la búsqueda del trabajo "del otro lado" del río Bravo.

En 1980 el municipio en el que hicimos la investigación, que da lugar a estas reflexiones, tenía una tasa de crecimiento social en "equilibrio": entre 0.5 y - 0.5; para 1990 esa tasa era -1.5, categoría denominada de "fuerte expulsión". No contamos aún con los datos para el año 2000, pero tampoco tenemos ninguna razón para pensar que la tendencia se haya invertido. Esta migración hacia el norte no siempre es afortunada. A pesar de que las cifras de mortalidad nos indican el descenso de la misma a nivel nacional y regional, a comienzos del año 2001, en los inicios del siglo XXI, catorce personas provenientes de "este lado" de la globalización, murieron deshidratadas e insoladas en el desierto de Arizona al intentar llegar a las fuentes de trabajo del "otro lado" de la globalidad desigual. Las catorce provenían del sur de Veracruz, la región de nuestro estudio. ¿Cómo registramos las causas de esas muertes? ¿Cómo deshidratación, como paro cardíaco ¿o como violencia estructural?

Emergencia y Re-Emergencia de Enfermedades en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Su Relación con la Globalización y los Cambios Ecológicos Globales

Martín Stella*

Los últimos diez años han tenido como una de sus características más importantes el fenómeno de la globalización. Esta se ha asociado fundamentalmente a lo económico, en particular a la transnacionalización de la producción, la universalización y endiosamiento

del mercado y a la movilidad de capitales. Estos fenómenos han acentuado las profundas desigualdades sociales existentes en el mundo. La crisis civilizatoria, ambiental, de conocimiento y ética que hoy se vive mantiene una simbiosis compleja con este proceso de

* Licenciado en Ciencias Antropológicas - Universidad de Buenos Aires. Antropólogo del Hospital Cosme Argerich/Centro de Salud y Acción Comunitaria N°15/Buenos Aires.