

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA - I
ADMINISTRACION PUBLICA

CSH.
Lic. ADMINISTRACION

070624

LA ATENCION MEDICA A TRAVES DE LAS
INSTITUCIONES PUBLICAS

Seminario de Investigación que presenta

CELIA HERNANDEZ LOPEZ

Bajo la dirección del Prof. MIRIVALDO ROSIM C.

México, D. F..

1983

070624

I N D I C E

	Página
1. Introducción.	3
2. Antecedentes.	6
3. Definición del Problema	11
4. Marco teórico y conceptual.	12
5. Análisis Semiológico.	27
5.1 La práctica médica como parte de la forma- ción socio-económica.	27
5.1.1 Salud y Sociedad.	27
5.1.2 Los Servicios de Salud.	35
5.2 Políticas bajo las cuales se ha desarrolla- do la salud pública.	44
5.2.1. Condiciones Históricas.	44
5.2.1.1. Conservación y Reproducción de la fuerza de trabajo.	45
5.2.1.2 Reivindicaciones de la lu- cha de clases.	50
5.2.1.3 Función Estatal.	54
5.2.1.4 Gasto Público en Salud y Seguridad Social.	59
5.2.2 Planeación de la salud pública.	66
5.3 Efectos de las deficiencias del Sector Salud.	76
6. Comprobación de la hipótesis.	80
7. Conclusiones generales y sugerencias.	89
8. Bibliografía.	91

2-III-88 B. B. B.

1. INTRODUCCION.

"La prestación pública de servicios de salud y su creciente organización institucional no se han desprendido de una concepción general de los problemas sanitarios-asistenciales, surgida a partir de las reivindicaciones y reformas sociales de la Revolución Mexicana"(1)

Un aspecto de la medicina social, disciplina muy reciente, es la atención médica, refiriéndose a señalar las necesidades médicas de la sociedad, pero que sin duda alguna, no comprende el estudio real de la salud-enfermedad en cuanto a las condiciones ideológicas y políticas en las que se basan las instituciones de servicios médicos, como es el caso, de los servicios públicos que no dan atención médica a toda la población, ya que existe una desigualdad en los servicios que se proporcionan, así como, la existencia de los servicios privados con miras a generar utilidades, es decir a comercializar con la enfermedad de los individuos.

El problema de la salud en México, es un fenómeno que el gobierno ha venido considerando, desde hace décadas a un nivel muy bajo: la planificación sanitarias no ha recibido toda la atención y la importancia que hubiera requerido.

(1) López Acuña, D. La salud desigual en México, Siglo XXI, Méx., D. F. 1980, p. 213.

La situación de la seguridad social, surgió a fines del siglo pasado como elemento de mediación política, fórmula para el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo y reivindicación de las clases trabajadoras, por lo tanto, posee, en sus diversas modalidades la naturaleza de un instrumento político,

Los avances de la seguridad social han sido lentos y se han localizado esencialmente en el medio urbano. La mayor parte de la población campesina y dos terceras partes de la población nacional padecen una absoluta inseguridad social. Los servicios colectivos de salud operan de espaldas a las necesidades de salud de la población, ya que estos son escasos.

Pero los servicios públicos, no solo tienen descuidada una tercera parte de la población, sino que a la vez estos son inadecuados, es decir, las personas que logran recibir alguna atención médica, aun los derechohabientes, que en última instancia no reciben atención médica gratuita, sino que pagan sus cuotas y con dinero del pueblo, dicha atención, al cabo de un largo tiempo de espera el diagnóstico suele ser incompleto, dando lugar a otras largas pausas para conseguir una nueva cita, además, del mal trato como son gritos y regaños, por parte del personal administrativo e inclusive del personal médico.

Por otra parte, para evitar que se alteren y distorsio

nen los datos que se consignan, se ha montado un enorme aparato de supervisión y vigilancia. En otros términos, se ha instruido a los pacientes a reclamar sus derechos formales de tal manera que no permiten que se explayan demasiado. La salud es uno de los factores de mayor trascendencia e importancia para resolver el fenómeno social de la marginidad rural y urbana.

La salud es el patrimonio máspreciado de los pueblos, instituable en el desarrollo económico y social, se manifiesta por la capacidad de los hombres para ser cada vez mejores y más aptos para la vida en sociedad, a cuyo servicio ha de aplicar su esfuerzo, inteligencia y voluntad. "Una sociedad sana es la que desarrolla las capacidades del hombre; una sociedad insana es la que menosprecia la vida humana y convierte al hombre en instrumento de uso y de explotación para otros".⁽¹⁾

La salud trasciende el interés personal para convertirse en bien colectivo. Por ser derecho que se adquiere con la vida misma, implica la responsabilidad de conservarla e incrementarla, y entraña el compromiso de lograr que otros la incrementen y la conserven. "La sociedad mexicana no debe permitir que el precio de los errores económicos se pague con la salud del pueblo".⁽²⁾

-- -- --
(1) y (2) Ortíz Quezada, F. "La política monetarista y la salud del pueblo". Uno más Uno, Méx., del 3 de Mayo, 1982. p. 19.

2. ANTECEDENTES.

Desafortunadamente gobiernos pasan y se suceden uno a otro sin definir metas concretas, diagnosticar problemas, para buscar soluciones acordes a problemas de interés social y lograr un desarrollo continuado, que no deba ser troncado cada seis años para responder únicamente a intereses particulares ó de un sector dominante de nuestra estructura social.

Tal es el caso del problema de la atención médica, o bien de la práctica médica, catalogado como una de las tareas más urgentes a realizar por el Estado, como tam bien es urgente una política sanitaria que pueda ofrecerse como alternativa ante el cuadro de necesidades nacionales de salud,^(*) y no tratar de contestar utópicamente.

La atención médica en México ha evolucionado, más que lentamente, fuera del contexto socio-político y de las necesidades reales, que cualquier formación socio-económica requiere para enfrentar los problemas de salud satisfactoriamente.

Por ejemplo, en la Epoca Colonial, la ideología cristiana, de la ayuda al prójimo, se parte para dar ayuda

- - - - -
(*) López Acuña. op. cit., P. 20.

a los menesterosos, regularmente realizada por Instituciones clericales o en lugares patrocinados por el gobierno virreynal o algún particular.

Un leve cambio se dio después de la Independencia, pues a la caridad cristiana la sustituyó la idea liberal de la beneficencia pública, con lo cual el Estado ejercía una obra filantrópica en materia hospitalaria sin que esto implicara obligación alguna para llevarla a cabo. En cuanto a las formas privadas de beneficencia se desarrollaban con menor importancia.

Pasaron varias décadas por las que se dejó ver abandono y crisis de la práctica médica. En el porfiriato vino a resurgir ideas como la beneficencia y la salubridad, así como también el nacimiento del régimen ideológico de la atención médica como expresión filantrópica.

Después de la Revolución, las organizaciones de beneficencia pública y privada continuaron inalteradas, se creó el consejo de Salubridad General, y el Departamento de Salubridad, y a partir de la tercera década de este siglo, se modifica el concepto de beneficencia por el de asistencia social, como una función obligatoria del Estado.

El derecho a la salud comenzó a formularse como un derecho a todos los individuos, al mismo tiempo que se

- - - - -

gestaba la idea de la seguridad social. Es entonces, que en 1937 se crea la Secretaria de Asistencia Pública, teóricamente destinada a brindar asistencia médica a todos los sectores de la población.

Posteriormente en 1934 se fusionaron la Secretaria de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad y nace así la Secretaria de Salubridad y Asistencia, que actualmente existe.

Los servicios de salud aun no eran una obligación del Estado, las acciones que en aquel entonces emprendía a nivel nacional era primordialmente de saneamiento (campañas contra el paludismo, la fiebre amarilla, etc.), lo que da lugar a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943 para proporcionar servicios médicos, solo que el servicio se dirigió al sector más productivo del país o sea al sector industrial que se estaba impulsando.

El I.M.S.S. logró concentrar recursos públicos para atender a una pequeña fracción de la clase trabajadora, era aquella que había que mantener en buenas condiciones para la producción, preservando su salud o rehabilitandola para la vida productiva.

Para 1960, debido al crecimiento de la burocracia esta

tal y sus demandas asistenciales, se creó el Instituto de Servicios de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE); otras empresas paraestatales, con las mismas bases, también obtuvieron sus servicios médicos independientes, tales como PEMEX, CFE, SHCP, etc.

En cuanto a la salud de las masas campesinas quedó asignada a la SSA en los Estados. La seguridad social comenzó, con pasos muy lentos, desde fines de los 50, a cubrir algunos sectores campesinos, principalmente se ha ecomendado hacia los medios de trabajadores agrícolas más organizados y más relevantes para la producción nacional dentro del sector rural.

En términos generales, los problemas de la atención médica, vienen siendo los mismos que los de hace dos siglos, con la diferencia de que en un principio el Estado no intervenía; y actualmente si lo hace, mediante las empresas públicas, en este sentido, los problemas del sector salud no han sido, de tal magnitud importantes para que el Estado de una solución definitiva y concreta, ya que por el contrario este problema ha servido, por un lado para lograr negociaciones con las masas trabajadoras y por el otro impulsar la mercantilización de la salud.

Así los problemas más graves que se presentan en este

sector en cuanto a la atención médica son: el que no exista una cobertura total de este servicio en todas las poblaciones de mexicanos; que la atención médica que reciben tanto los derechohabientes como los no de rechohabientes, en la actualidad no es óptima, lo que quiere decir que no se da una atención médica humana en cuanto a buen trato y eficiente en cuanto a la pron titud para dar el servicio. De lo antes mencionado se parte para hacer el siguiente planteamiento.

3. DEFINICION DEL PROBLEMA:

"Por qué existe carencia e ineficiencia en los servicios médicos del Sector Salud".

A) Hipótesis:

- 1) Dentro del sistema de seguridad, no existe historia social, institucional e ideología de la salud y de la práctica médica, lo que trae como consecuencia una estructura deformada de los servicios de atención médica en las Instituciones Públicas.
- 2) No existe política sanitaria para que la atención médica se desarrolle y satisfaga las necesidades de la población.
- 3) La reducción del presupuesto para la salud pública, hace que tanto los recursos materiales como humanos se contraigan y no se cuente con los medios suficientes para dar la atención médica debida a toda la población.

B) Variables:

- Independiente: Atención médica para la población en general.
- Dependientes:
 - . Políticas de salud
 - . Presupuesto público
 - . Instituciones del Sector salud.

4. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

Una parte dinámica de determinada sociedad es la práctica médica, encontrando su explicación dentro de ella misma, por lo que es preciso estudiar los fenómenos mencionados bajo metodología y técnicas sociológicas.

Pero esta posición no nos ubica en cualquier corriente del pensamiento sociológico, sino en la del materialismo histórico, es decir, no se trata de aplicar alguna herramienta sociológica o técnica-administrativa para explicar, por ejemplo, el funcionamiento de una institución o influencia de factores sociales aislados sobre la distribución de cierta enfermedad en la población. Tampoco sugiere, que se busquen las técnicas sociológicas como un mero auxilio a la medicina para mejorar su práctica o producir conocimientos complementarios.

En ambos casos se puede fácilmente detectar la continuación de un pensamiento basado en la parcialización y el aislamiento conceptual de fenómenos que en realidad constituyen una unidad con historicidad propia. Es decir, en estos casos no se trata de una delimitación hecha por razones metodológicas sino de un fundamento teórico que implica la parcialización.

La concepción de la enfermedad como un fenómeno biológi-

- - - - -

co individual, que subyace en una u otra forma pensamiento médico dominante, no permite explicarla como fenómeno colectivo, ni entender cuales son sus determinantes. Esta concepción tampoco es la base eficiente de una práctica médica que pueda resolver la problemática colectiva de salud, eso es, incidir sobre el fenómeno social de salud-enfermedad.

Existen estudios funcionalistas respecto a temas médicos, pero no tienen capacidad explicativa, sino que se limitan a describir ciertos fenómenos y proponer medidas para lograr mayor adecuación funcional en los sistemas; o a dar cuenta del significado de ciertos fenómenos dentro de una estructura social determinada sin posibilidad real de generalizar fuera de ella, aunque frecuentemente se hace.⁽¹⁾

Tanto la concepción médica como la sociológica son, pues estáticas y ahistóricas. En caso de incluir la dimensión tiempo generalmente se trata de un mecanismo histórico abstracto, que hace caso omiso al proceso histórico real tal como se presenta en las formaciones socio-económicas concretas. O bien se parte de algún otro elemento del presente como "la verdad y se ve al desarrollo histórico como la aproximación sucesiva a él, o se constatan relaciones temporales como, por ejemplo,

- - - - -
(1) A.C. Laurel, en "Notas para un marco teórico para la investigación en sociología médica", UAM-X, México, 1976.

a mayor desarrollo económico menos problemas de salud",⁽¹⁾
ninguna de las dos maneras se plantean las relaciones
que llevan a una elaboración teórica, ya que en el pri
mer caso el objeto central se escoge arbitrariamente y
en el segundo se establece un simple hecho estadístico.

Las siguientes definiciones aclaran el marco de referen
cia bajo el cual se lleva a cabo la presente investiga
ción.

DEFINICIONES.

Sistemas sociales.

Los sistemas sociales, constituidos como están por seres humanos, también adoptan las características de los sistemas abiertos; son dinámicos y se adaptan e influyen en el ambiente para sobrevivir y alcanzar fines u objetivos deseados.*

Formación socio-económica.

La formación socio-económica es un tipo determinado de sociedad, un sistema social íntegro, que funciona y se desenvuelve de acuerdo con sus leyes específicas sobre la base de un modo de producción concreto. El esqueleto económico de la formación socio-económica son las relaciones de producción, determinadas históricamente.⁽¹⁾

Modo de Producción.

Desde el punto de vista de bienes materiales es la base del proceso de producción técnico. Este proceso técnico se da dentro de relaciones determinadas, que son las que en último término hacen posibles, las re-

* Galvan Escobedo, Jose. La teoría de los sistemas aplicada a producción de la Salud. Seminario Internacional sobre Admón. de los Serv. de salud. Washin^gtón. 1973.

(1) Fundamentos de Filosofía Marxista-Leninista, Materialismo histórico. Parte II. ed. Prog. Mósca. 1977 P. 72.

laciones sociales de producción^{*}. "«el modo de producción de la vida material condiciona el proceso de la vida social, política y espiritual»".⁽¹⁾

En sí, el régimen de producción vigente en una época da da y las relaciones de producción son la base real sobre la que se alza la superestructura jurídica y política, y a las que corresponden determinadas formas de conciencia social.

Lo característico de todo modo de producción es su dinámica, o sea la continua reproducción de sus condiciones de existencia. En el modo de producción capitalista su reproducción está asegurada por leyes internas a la estructura económica, las que determinan la forma en que se reproduce el sistema y le dan su carácter específico. Los factores superestructurales sólo intervienen en forma manifiesta cuando surgen obstáculos para el desarrollo de esas leyes, así también, la estructura económica es la que ocupa el lugar dominante dentro de la estructura global del modo de producción capitalista.

La forma de reproducir bienes materiales en la sociedad capitalista implica la división de los hombres de esa totalidad social en capitalistas y obreros, y que da origen a toda una ideología que favorece este tipo de pro y a una forma de poder que la define y la estimula. Al

* Harnecker, Martha. "Conceptos Elementales del Materialismo Histórico". Siglo XXI, México, 1977.

(1) Marx. Prefacio de la Contribución a la Crítica de la Economía Política (subrrayado por el autor)

mismo tiempo que produce bienes materiales, reproduce las relaciones de producción capitalista y al mismo tiempo que reproduce estas relaciones, reproduce sus condiciones de existencia superestructurales, es decir, las condiciones ideológicas y las relaciones de poder así como el papel que desempeña dentro de la estructura social.

Relaciones Sociales de Producción.

Son las que se establecen entre los propietarios de los medios de producción y los productores directos en un proceso de producción determinado, relación que depende del tipo de relación propiedad, posesión, disposición o usufructo que ellos establezcan con los medios de producción.*

Tipos fundamentales de relaciones sociales de producción que dependen de dos formas de propiedad.

- a) Relación de explotador-explotado. Existe cuando los propietarios de los medios de producción viven del trabajo de los productores directos.

Principales Relaciones de explotación:

- Relaciones de esclavitud. El amo no sólo es propietario de los medios de producción sino que también

* Harnecker, Martha, op. cit. p. 43.

lo es de la fuerza de trabajo.

- Relaciones de servidumbre. En las que el señor es propietario de la tierra y el siervo depende de él y debe trabajar gratuitamente para él una cierta cantidad de días al año.

- Relaciones capitalistas, en que el capitalista es propietario de los medios de producción y el obrero debe vender su fuerza de trabajo para poder vivir.

b) Relaciones de colaboración recíproca. Estas relaciones se establecen a la existencia de una propiedad social de los medios de producción y cuando ningún sector de la sociedad vive de la explotación de otro sector. Por ejemplo, las relaciones que se establecen entre los miembros de las comunidades primitivas o las relaciones de colaboración que caracterizan, según Marx, el modo de producción comunista.

Práctica Médica.

Es la forma social en la cual se organiza la respuesta a la enfermedad, es decir, el problema de la enfermedad suscita una acción social tendiente a eliminarla, que está determinada por la estructura social. En el momento

- - - - -

en que la enfermedad se percibe como una amenaza a la sociedad, sus miembros en forma organizada toman medidas para curarla y prevenirla.

Práctica científica.

Como práctica social es al mismo tiempo científica, porque muchos de sus procedimientos efectivamente se basan en conocimientos científicos acerca de los fenómenos sobre los cuales se actúa, por ejemplo, curar una infección con antibióticos, es un acto científico, si lo que se persigue es eliminar un proceso biológico anormal en el individuo. Por lo cual se está anteponiendo científicamente a una enfermedad mayor.

Práctica ideológica.

¿Por qué se puede sostener que la práctica médica es una práctica ideológica?. En primer lugar, porque no se define únicamente por la realización de actos científicos encaminados a la eliminación de la enfermedad, sino que asume una serie de funciones dictadas por necesidades diversas que pocas tienen que ver con la salud-enfermedad individual y colectiva como a continuación veremos. En segundo lugar, porque implica una confusión el alcance de esta práctica en cualquier cambio en las condiciones colectivas de salud, sin fundamentación objetiva.

- - - - -

La práctica médica en la Formación Socio-económica capitalista.

Lo característico de la práctica médica en las sociedades capitalistas, es que los servicios que produce, asumen la forma mercantil en cuanto cotizan un precio. El hecho de que su costo a veces está sufragado por formas de cooperación (seguridad social, etc.) no quita a los servicios médicos su carácter mercantil.

Efectos de la práctica médica.

- Práctica médica y reproducción de la fuerza de trabajo.

Uno de los propósitos de la práctica médica, es coadyuvar a la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir, está encaminada a garantizar que el productor pueda trabajar y que haya nuevos trabajadores aptos para ingresar a la producción. Este hecho que se convierte en uno de los principales determinantes de la distribución de los servicios entre las clases y capas sociales, se demuestra particularmente en las formaciones socio-económicas que se caracterizan por tener un excedente grande de mano de obra y clases o grupos que participan marginalmente en una producción determinada.

- - - - -

- Práctica médica y legitimación.

Otro resultado de la práctica médica en las FSE capitalistas es que contribuye a la legitimación de determinado orden social, es decir, es un instrumento político para derivar los conflictos de clase que se dan dentro de una sociedad. Esto puede ocurrir en forma directa o a través de formas ideológicas.

Ejemplo de lo primero sería la concesión de servicios médicos a grupos sociales que por su lucha ponen en entredicho la estabilidad política o que por su inserción en la sociedad son grupos claves de apoyo político.

La legitimidad de cierto orden social, consiste en hacer aparecer a la clase dominante, o a sus órganos de poder, como los representantes del interés común. La práctica médica es un elemento que contribuye a ella en cuanto a sustento de doctrinas de conciliación de clases. Si, por ejemplo, en sociedades teocráticas el poder de curar o de prevenir está adscrito a los sacerdotes, el ejercicio de esta actividad (independiente de su eficiencia real) refuerza a los ojos de los demás su derecho de gobernar.

En las sociedades capitalistas, como otro, ejemplo, en donde la seguridad social organizada por el Estado

- - - - -

da a éste legitimidad ya que aparece como el guardian del bienestar de todos los tiempos que, en el terreno ideológico, se presenta como la prueba de que las contradiciones sociales puedan ser resueltas en el curso sin necesidad de cambios en las relaciones de producción.

- Práctica médica y realización de la plusvalía.

Finalmente, en las FSE capitalistas la práctica médica, en mayor o menor grado, es una de las áreas en la cual el Estado garantiza un mercado seguro para ciertos productos de la industria.

El análisis del porcentaje creciente del gasto público que se destina al sector salud, junto con la revisión del contenido de los servicios que implican la aplicación de una tecnología cada vez más complicada y un volumen creciente de medicamentos, nos revela que, en efecto, la práctica médica institucional crea y garantiza un mercado para el complejo médico industrial.

Determinantes de la práctica médica.

Entre los aspectos que determinan la estructura y la forma de organización de la práctica médica hay que consi-

- - - - -

derar factores económicos, políticos e ideológicos.

- Práctica médica y estructura de clases.

Otro aspecto importante que explica la distribución de los servicios médicos entre los distintos grupos sociales, y que asume un peso decisivo en la FSE capitalista, es la estructura de clase existente. Dado que una de las principales finalidades de la práctica médica es garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo, la forma institucional de ella se dirige a la población que se encuentra trabajando en las ramas más importantes de la producción.

- Práctica médica y lucha de clases.

La estructura de clases por si sola no explica la conformación y el contenido de la práctica médica, la actividad política que las clases despliegan es igualmente al respecto.

Los servicios médicos como garantía aparente de mejores condiciones de salud y factores de la sobrevivencia los convierten en objeto de la lucha reivindicativa de las clases dominantes.

Debe notarse, que en las sociedades capitalistas, la

- - - - -

lucha relacionada con la práctica médica puede plantearse en forma conciliable o irreconciliable. Lo primero es el caso, en donde las demandas se expresan en términos cuantitativos: extensión de la cobertura y más servicios, es conciliable porque tanto el trabajo como el capital les interesa mantener la fuerza de trabajo en buenas condiciones y, a demás este se beneficia del consumo de productos médicos. El problema se limita entonces a quien pagará que parte.

Si por otra parte, las demandas obreras se orientan a conseguir un cambio cualitativo en la práctica médica y deba organizarse para responder a sus intereses se presenta un conflicto irreconciliable, ya que su solución implica transformaciones que van más allá de cuestiones de la ampliación de los sistemas de salud.

- Práctica médica y estado.

El Estado interviene, en la práctica médica y lo hace en cuanto que garantiza a través de sus aparatos jurídico-políticos el monopolio de esta práctica a determinado grupo y así la regula.

Con el Estado Moderno, el monopolio asume en mayor o menor grado la organización de la práctica médica. En las sociedades capitalistas se pueden distinguir dos

maneras distintas de actuación del Estado que están directamente ligadas a su forma liberal de interventor.

En la primera actua tan solo en la resolución de problemas que por su carácter no pueden ser objetos de la actividad privada, mientras que en la segunda tiende a asumir tanto la organización como el costo de la práctica médica. De esta manera cumple con dos de sus funciones: legitimarse y redistribuir la riqueza. Esta redistribución se realiza en cuanto el Estado a través del erario público asume parcialmente el costo de la reproducción de la fuerza de trabajo y de la misma fuente garantiza la realización de la plusvalía con la creación de un mercado para cierto tipo de productores industriales.

- Práctica médica y mercado.

Tal actuación del Estado Capitalista determina, junto con el poder de compra (demanda efectiva) de los diferentes grupos sociales, el grado de desarrollo de la medicina institucional y de la privada en un FSE concreta, es decir, la expansión de la medicina privada en tanto productor de servicios cotizados en el mercado depende del tamaño de éste y de las limitaciones que el sistema médico estatizado le impone.

- Práctica médica y división del trabajo.

Finalmente, resulta claro que la práctica médica depende del grado de división social del trabajo de una sociedad, que determina hasta que punto hay posibilidad de especialización. Es importante notar, que aún cuando existe un grado alto de división del trabajo en una FSE, ésta se desarrolla desigualmente en el interior de la sociedad, en relación directa de los modos de producción que la componen.

Esto explica, por ejemplo, porque pueden existir en una misma FSE, una práctica médica especializada que presupone un alto grado de división del trabajo y otra popular que generalmente se basa en su grado bajo de división del trabajo.

5. ANALISIS SEMIOLOGICO.

5.1. La práctica médica como parte de la Formación Socio-económica.

En esta parte del presente trabajo tengo como objetivo iniciar algunos planteamientos generales de la relación y ubicación de la atención médica dentro de la sociedad mexicana, así como ver sus implicaciones tanto en el aspecto social como económico, en el sentido de que la atención médica es un elemento básico que coadyuga a la formación socio-económica de nuestro país.

5.1.1 Salud y Sociedad.

La salud o mejor dicho, la enfermedad constituyen hechos estructurales para toda formación social, es decir expresan no solo la potencialidad vital en términos demográficos estrechos, sino mucho más, expresan a la totalidad de la estructura. En la medida que el trabajo, los procesos productivos directos o indirectos constituyen todavía no sólo el eje de la productividad, sino el eje de la determinación de las relaciones sociales.*

* Franco Basaglia y otros, La salud de los trabajadores, ed. Nueva Imagen, México, 1978.

La práctica médica es sólo una parte del conjunto de las prácticas sociales, y que además refiere necesariamente a los procesos estructurales donde ésta práctica, la enfermedad y la salud de los conjuntos sociales se determinan.

Aunque a lo largo del desarrollo de la formación social nos encontramos siempre con el mismo tipo dominante de las relaciones de producción, y por ende el mismo tipo de superestructura,^{*} es por ésto que es posible extraer los elementos fundamentales que en el aspecto de la atención médica se han dado en los diferentes períodos. Pero a la vez hay que recordar que siempre existe una interrelación entre la base y la superestructura de una sociedad, teniendo en cuenta que: (1)

- 1) "La base engendra la superestructura y ... los rasgos característicos de la superestructura dependerán de la naturaleza de la clase" -dominante-.

- 2) "La superestructura posee una relativa independencia en su desarrollo".

- - - - -
* Chesnokovi. Materialismo Histórico. ed. Pueblos Unidos.

(1)Ibid. pág. 273.

- 3) "Tal o cual forma superestructural, después que ha cobrado vida gracias a las condiciones económicas, no reflejan de manera inmediata, por lo común, los cambios que se producen en la base y ello hace que pueda surgir una incongruencia parcial entre la superestructura y la base".(1)

Por lo que la superestructura influye a su vez, en el desarrollo de la infraestructura.

Este último elemento es importante ya que en el campo de la salud vemos como actualmente se están dando una serie de incongruencias en la forma y contenido de la mayoría de los planes de la salud; es decir, en la mayoría de los casos persisten formas de atención médica que ya no se ajusta a las necesidades cambiantes. Pero esto, no siempre tiene que ocurrir así, pues se dan casos en que la superestructura puede adelantarse a las necesidades de la base económica en un momento dado. Además el sector salud debe preveer futuras necesidades y ayudar a crearlas.

En nuestra sociedad, la práctica médica cumple fundamentalmente dos funciones: una económica, que im

- - - - -

(1) Op. cit. p. 273.

plica la formación y reproducción de las fuerzas de trabajo, y una ideológica, que garantiza la reproducción de las relaciones de producción mediante la creación de sistemas de ideas que las legitiman. La formación y reproducción de fuerza de trabajo se da bajo un mínimo de recursos materiales y humanos. "La insuficiencia de los recursos económicos para la salud y la seguridad social en nuestro país es un hecho reconocido"⁽¹⁾

El punto anterior, referente al financiamiento y presupuesto del sector salud se analizará más adelante, por lo que, aquí se hace alusión únicamente, a los elementos básicos que ejercen una acción para la reproducción del sistema de las fuerzas productivas (medios de producción y fuerza de trabajo).

Por otra parte, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas determina entre otras cosas el grado de control que el hombre ejerce sobre la naturaleza y el alcance del proceso de transformación de ella. Estos dos aspectos tienen importancia directa para la salud-enfermedad colectiva, ya que un mayor control sobre la naturaleza permite eliminar, por lo menos temporalmente, algunas de las

(1) López Acuña, David. La Salud Desigual en México. ed. S. XXI. Méx. 1982. Pág. 210.

principales amenazas contra la salud como son las hambrunas y cierto tipo de epidemias. Los resultados de la transformación de la naturaleza como consecuencia de cierto tipo de desarrollo tecnológico bajo determinado modo de producción lo atestiguan, a veces de manera muy ideologizada.*

En el caso de México la patología se caracteriza por la preeminencia de enfermedades infecciosas y nutricionales combinadas con las enfermedades llamadas "modernas": enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes de trabajo y de tránsito, lo que muestra un panorama patológico que no puede ser explicado por el "subdesarrollo económico" sino en términos del proceso histórico de desarrollo del capitalismo en el país. El análisis de la estructura de clases que existe, en las diferentes formas de relaciones sociales de producción, explican bastante bien la situación.

Por ejemplo, la transformación forzada de la agricultura de subsistencia a una comercial implica la transformación de las relaciones entre el campesino y la naturaleza, y el desarrollo de nuevas formas de extracción de trabajo excedente, y al mismo tiempo una proletarización creciente de la pobla-

* Enzemberger, H. M. Para una crítica de la ecología.
Anagrama. Barcelona. 1973.

ción rural.

La traducción de estos hechos en el campo de la salud es la aparición de la desnutrición endémica y la agravación de ciertos padecimientos infecciosos.

En investigaciones que se han hecho sobre estos lineamientos se ha encontrado que la morbilidad general era un 50% más alta entre los campesinos que producen para el mercado que entre la población con producción de subsistencia, este dato subió al 100% comparando al proletariado rural con el campesino tradicional. Es importante notar que la misma organización de esta producción agrícola dificulta mucho cualquier forma organizada de lucha política, lo que implica que la explotación asume formas que a veces difiere poco del despojo.*

Las condiciones de trabajo que se derivan de este proceso están caracterizadas por un nivel muy bajo de protección al obrero contra los riesgos implicados en el trabajo industrial, y al mismo tiempo en las partes más avanzadas de la industria, los trabajadores están subyugados a todas las medidas de

* Laurell Asa, Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Méx. 1976.

ción rural.

La traducción de estos hechos en el campo de la salud es la aparición de la desnutrición endémica y la agravación de ciertos padecimientos infecciosos.

En investigaciones que se han hecho sobre estos lineamientos se ha encontrado que la morbilidad general era un 50% más alta entre los campesinos que producen para el mercado que entre la población con producción de subsistencia, este dato subió al 100% comparando al proletariado rural con el campesino tradicional. Es importante notar que la misma organización de esta producción agrícola dificulta mucho cualquier forma organizada de lucha política, lo que implica que la explotación asume formas que a veces difiere poco del despojo.*

Las condiciones de trabajo que se derivan de este proceso están caracterizadas por un nivel muy bajo de protección al obrero contra los riesgos implicados en el trabajo industrial, y al mismo tiempo en las partes más avanzadas de la industria, los trabajadores están subyugados a todas las medidas de

* Laurell Asa, Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Méx. 1976.

breza, dado que los dos conceptos son ahistóricos y estáticos y no aportan, instrumentos analíticos. Como se puede apreciar, por otra parte, es que el tipo de patología y su distribución en la población están determinados por las relaciones sociales de producción, la lucha política y el desarrollo de las fuerzas productivas y de las condiciones que resultan de éstas, (como se ve más adelante) porque transforman y desencadenan los fenómenos biológicos.

5.1.2 Los Servicios de Salud.

"En cada formación económica-social se generan una o varias instituciones cuyo fin es proporcionar servicios de salud que enfrenten en mayor o menor medida, las necesidades de salud de una población determinada".⁽¹⁾

En el caso de la sociedad mexicana, las instituciones de servicios público, fueron formándose a medida que el Estado se fortalecía, comenzando a partir del gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940). El Estado Mexicano se ha valido de estas Instituciones para intervenir de dos formas; por un lado indirectamente dentro de la política comercial, y por otro directamente a través de la inversión en obras de infraestructura del gobierno, y de la empresa pública en el papel de promotora del crecimiento y desarrollo económico-social.

Considerando lo anterior y tomando en cuenta que las instituciones sociales, cuyo fin es evitar y reducir los daños generados por el proceso salud-enfermedad, como el estudio del grado de desarrollo de la seguridad social, son instrumentos útiles para caracterizar la orientación de las políticas econó

(1) López Acuña, p. 95.

micas y sociales emprendidas por el Estado; permiten ver cómo reacciona éste ante las necesidades y demandas de salud y seguridad social de las mayorías; expresan la lucha política e ideológica en el interior de la sociedad. De esto último se dice que los servicios de salud han evolucionado, tanto por las demandas poblacionales como por las luchas reivindicadoras de los trabajadores, tal es el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. (ISSSTE)

Por lo regular en cada sexenio de gobierno se pretende considerar que una condición biológica deficiente, de muchos grupos de trabajadores y campesinos, minimiza la energía de la gente, y por consiguiente no se da la productividad esperada, debido a la baja de las fuerzas de trabajo.

Ahora bien, dentro de la estructura socioeconómica del país, se encuentra establecido un sistema de seguridad social, constituido para garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Aunque en su inicio la Institucionalización de la

salud se hacia con la idea de dar atención médica a todos los núcleos sociales, tal es el caso de la Secretaria y Asistencia sin importar su posición en el proceso productivo. Esta idea se deformó cuando se crearon las entidades paraestatales, bajo la filosofía de brindar seguridad social sólo a los núcleos de trabajadores que estaban dispuestos a pagar su atención médica.*

En este sistema de seguridad social se localizan entidades o dependencias públicas, federales o locales, organismos descentralizados o de participación estatal y organismos privados encargados de llevarlos a cabo.

Estos son: en primer término tenemos que los servicios médicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Departamento del Distrito Federal (DDF), del Sistema Nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF), del Instituto Nacional Indigenista (INI) y de los hospitales e institutos descentralizados que funcionan bajo los auspicios de un patronato mixto, público y privado, en el que por lo general tiene una intervención amplia la SSA, tales como el Instituto Nacional de Cardiología, el Instituto Nacional de Enfermedades

* Garcia Sordo, Mario. "El sector salud satisface sólo a 60% de la población ...". Uno más Uno, del 28 de Agosto de 1981. México. P. 9.

de la Nutrición, el Hospital Infantil de México, etc.

En segundo lugar están las instituciones de seguridad social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales o paraestatales, basados en un derecho gremial a la prestación, los de salud entre ellos, a través de diferentes fórmulas de financiamiento, generalmente tripartita o bipartita, es decir con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno. Dentro de esta categoría se ubican los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de Petroleos Mexicanos (PEMEX), de la comisión Federal de Electricidad (CFE), de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP), de la Secretaria de Marina (SM) y del Instituto de Seguridad Social de la Fuerza Armada Mexicana (ISSFAM), dependiente de la Secretaria de la Defensa.

En tercer lugar, los servicios de salud privados constituidos por profesionales que trabajan en forma individual, o por grupos reunidos en unidades de atención externa y/u hospitalaria, que prestan servicios como un negocio, sujetos a leyes de mercado

y al régimen de libre empresa. En este sentido cabe agregar que los servicios privados de salud, tanto individuales como de grupo, son una práctica poco frecuente en la sociedad mexicana, a diferencia del sistema que existe en los Estados Unidos de Norteamérica.

De la descripción anterior se puede concluir que el acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio recibido están distribuidos desigualmente entre las diferentes clases sociales. Según el tipo de atención que éstas reciben puede hablarse de tres grandes grupos sociales.

El primero está constituido por la burguesía y algunos sectores de la clase media que tienen suficiente poder de compra para adquirir los servicios privados.

El segundo está formulado por trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y por sus familiares derechohabientes.

El tercero lo integran quienes no tienen derecho a la seguridad ni los recursos necesarios para pagar los servicios privados: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados,

- - - - -

marginados de la ciudad, etc., es decir la gran mayoría de la población que, parcialmente, queda descubierta por alguna institución de asistencia pública.

Como se puede observar existe una gama muy amplia de matices que no permiten hacer una caracterización fácil de todos esos servicios, e inclusive que se vea una jerarquización o coordinación de los mismos. A esto, López Acuña refiere:

"... se trata de un sistema muy peculiar de servicios de salud que corresponde generalmente al esquema de la asistencia pública y que incluye: a los rudimentarios servicios asistenciales y de salud pública de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, a los servicios médicos de algunas dependencias e institutos estatales, a un exagerado número de agencias de seguridad social que otorgan una prestación "directa" de servicios médicos y a los servicios privados que atienden a los minoritarios y acaudalados núcleos de la clase media alta y la burguesía" (1)

En cuanto a las funciones que desarrollan las instituciones públicas, mencionadas en la cita anterior, como es la SSA, dotada relativamente de pocos recursos,^{*} no obstante, su importancia de Dependencia Centralizada, destinada a "crear y adminis-

(1) op. cit. p. 98.

* Ver Cuadro II. p.62.

trar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional"⁽¹⁾, bajo esta ley le corresponden las acciones básicas de servicios colectivos, como las campañas de vigilancia, control y erradicación de ciertos padecimientos, las acciones de saneamiento ambiental y control de contaminación, la potabilización del agua, los programas de nutrición y promoción de otras comunitarias, el control de fauna nociva, la inspección sanitaria de mercados, establecimientos comerciales, puertas de entrada al país y otros lugares públicos.

Otro aspecto a considerar, es la duplicación de funciones como es el caso de la Dirección General de Medicina del Trabajo, dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social que intenta ocuparse de los problemas de la salud ocupacional, dictaminan en casos de demanda de indemnización por accidentes y enfermedades del trabajo y duplica alguno de los esfuerzos con la Dirección de Medicina del Trabajo del IMSS.

El que la Dirección General de Higiene Escolar, dependiente de la Secretaría de Educación Pública se divide entre la atención médica a algunos escolares

(1) López Portillo, Jose. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. p.21.

del sistema de enseñanza pública y la promoción higiénica y educación para la salud en las escuelas primarias.

también, la Secretaria de Comunicaciones y transportes, cuenta con un departamento de medicina preventiva que se encarga de la inspección médica de los conductores de autotransportes públicos.

Cabe mencionar que las Instituciones de Seguridad Social que cuentan con recursos mucho mayores únicamente para fines de salud, sólo proporcionan, en la práctica, servicios de tipo personal y sobre todo de orden curativo y rehabilitatorio.

Por lo que se puede ver la atención médica depende de un sinnúmero de instituciones que tratan cada una por su lado, aisladamente de subsanar no siempre en forma armónica, los grandes problemas de sa lud que ya son propios no sólo a la capital de la República sino la gran área conurbana que representa la metrópoli en el Valle de México, sin olvidar los Estados de la República.

Así, dentro de nuestra formación socio-económica la creación de las actuales instituciones de salud

- - - - -

forman parte del aparato estatal, es decir, sirven de instrumento de la política económica que usa el Estado para alcanzar ciertos objetivos fundamentales para el funcionamiento, conservación y ampliación del sistema social existente.

5.2 Políticas bajo las cuales se ha desarrollado el Sector Salud.

5.2.1. Condiciones Históricas.

Al analizarse las condiciones de la actual coyuntura capitalista con respecto al proceso salud-enfermedad se explica el porqué, desde hace aproximadamente veinte años y con mayor persistencia en la actualidad, han aparecido planes y políticas de salud nacionales e internacionales, que subordinándose a las estrategias de los organismos imperialistas, tratan de difundir a escala continental, formas de práctica médica a las que se denominan sociales o "comunitarias"*

Por lo que, es necesario conocer las situaciones y condiciones de los porqués y cómo surgen las políticas médico-sanitarias para la atención médica en general, destacando cuatro aspectos relevantes:

- Conservación y reproducción de la fuerza de trabajo.
- Reivindicaciones de la lucha de clases.

* Se refiere a la atención médica de nivel primario o técnicas simplificadas (comprende acciones de bajo costo) destinadas principalmente a servicios de los pobres, no asalariados que se agrupan en áreas geográficas llamadas ambigüamente comunidades.

- Función Estatal.
- Gasto Público en salud.

5.2.1.1 Conservación y reproducción de la fuerza de trabajo.

Este aspecto es muy marcado en las diferentes fases del desarrollo económico, pero sobre todo en el siglo XIX y XX, auge de la producción capitalista, la fuerza de trabajo y la conservación de ésta, que tienen que ver con las relaciones de explotación, donde el capitalista es propietario de los medios de producción y el obrero - debe vender su fuerza de trabajo para poder vivir, esto que es una de las condiciones de existencia, que sirve a la continua reproducción del sistema mediante sus formas de explotación, y por lo tanto incrementar el capital.

Las investigaciones sobre la duración de la jornada de trabajo en Inglaterra realizadas por Marx^{*}, demuestran la forma como hasta aproximadamente los años sesentas del siglo XIX el sistema de explotación capitalista se desarrolló a base de un aumento de la jornada laboral (extracción de plusvalía abso-

* Marx., El Capital, Libro I, Vol. I, Cap. VIII, Méx., 1975, ed. siglo XXI.

luta), pero luego, la aparición de los mo
vimientos obreros organizados y el grado
de deterioro que las prolongadas y exte-
nuantes jornadas produjeron en la fuerza
de trabajo, determinaron la necesidad de
que fueran promulgadas leyes de limitación
del día laboral, con lo cual se revirtió
la rendencia al aumento, y se inició un
período de implementación de formas de tra-
bajo intensivo que permitieron una explota-
ción en menor tiempo (extracción de plusva-
lia relativa)*.

De una era de explotación inmesericorde,
en extremo destructora de la fuerza de tra-
jo (incluso de mujeres y niños), a la que
se necesitaba fundamentalmente controlar,
se pasa a un período en que ese modelo de
explotación agotó sus posibilidades, abrién-
dose una etapa en que fué necesario estudiar
el rendimiento del cuerpo humano y proteger-
lo, para obtener de él igual productividad
en una jornada más corta y saber reparar los
posibles daños de una fuerza laboral cada
vez más difícil de conseguir, más cara, y
más conciente de sus derechos.

- - - - -
* Una explicación resumida de las formas de plusvalía
descritas por Marx, presenta Sweezy, en su obra:
Teoría del Desarrollo capitalista. ed. Fondo de Cul-
tura.

Veamos algunos párrafos de la obra de Marx, que destacan los cambios antes descritos.

a) Aumento de la jornada:

"Después que el capital se tomará siglos para extender la jornada laboral hasta sus límites normales máximos y luego más allá de éstos, hasta los límites del día natural de 12 horas, tuvo lugar, a partir del nacimiento de la gran industria en el último tercio del siglo XVII, una arremetida violenta y desmesurada como la de un alud. Todas las barreras erigidas por las costumbres y la naturaleza, por la edad y el sexo, por el día y la noche, saltaron en pedazos".⁽¹⁾

b) Reducción del día laboral:

"No bien la clase obrera, aturdida por el estruendo de la producción, recobró el conocimiento, comenzó su resistencia, y en primer lugar en el país de la gran industria, en Inglaterra"⁽²⁾

"Por tanto, esta prolongación antinatural de la jornada laboral por la que pugna necesariamente el capital, en su desmesurado impulso de autovalorización, acorta la vida de los obreros individuales y con ellos la duración de su fuerza de trabajo, será necesario un reemplazo más rápido de las fuerzas desgastadas, y por ende será mayor la suma exigida

(1) Marx., op. cit. p. 335.

(2) Ibid. p.336

para cubrir los costos de desgaste... Parece, por consiguiente, que el propio interés del capital apuntará en la dirección de una jornada laboral normal!"⁽¹⁾

La preocupación por proteger al obrero e impulsar un modo de trabajo más ágil y eficiente que permitiera lograr en menor tiempo una alta tasa de ganancia, fué el punto de contacto, en esta nueva fase, entre las demandas de la producción capitalista y las actividades de investigación en la medicina.

Bauer^{*} describe exhaustivamente aquella etapa en que se comenzó a estudiar meditada y sistemáticamente el rendimiento del cuerpo humano. Area de investigación que se inicia, como se menciona arriba, porque para la producción fabril urbana, era crucial la explotación de la "fisiología del trabajo" con el objeto de medir los fenómenos de utilización y desgaste energético, de inventar métodos para reducir la fatiga, y efectuar estudios cuantitativos de racionalización biológica. En cambio, para la producción agrícola tropical, era indispensable emprender la investigación de las formas de patología microbiana y parasitaria que mermaba la capacidad de producción del tra

(1) Marx., op. cit. p. 320

* Bauer, O., Capitalismo y Socialismo en la Postguerra; Racionalización y Falsa Racionalización, Madrid, ed. España.

bajador campesino. El avance de este proceso implicó por tanto el desarrollo de recursos para la investigación y el tratamiento como el surgimiento de los grandes hospitales de alta tecnología y de complejos institutos de investigación.

La medicina "científica", así como otros recursos superestructurales, alcanzó niveles de prioridad porque representaba un instrumento para la reproducción eficiente de la más preciada "mercancía": la fuerza de trabajo. En efecto, desde el punto de vista del capital monopolítico, el proletariado debía ser mantenido en óptimas condiciones porque su productividad era un ingrediente básico de la eficiencia para la acelerada acumulación de capital, que era un factor fundamental para subsistir en una lucha económica en la que eran eliminadas las unidades productivas ineficientes.

En la actualidad, al referirnos a la medicina institucional de nuestro país, vemos que es fiel reflejo de las contradicciones de nuestro tiempo. No tiene por qué ser

de otra manera, pues los procesos históricos, sociales, políticos, económicos y culturales inciden directamente sobre ella y la define; sin lugar a duda como la medicina del capitalismo, de la industrialización, y de una organización de la medicina cuyos intereses sirven al capital.

"Las instituciones médicas públicas o privadas enfocan sus actividades a reparar el daño más que a prevenirlo; en vez de intentar la comprensión y estudio de las condiciones sociales y económicas que generan este daño y cuyo análisis llevaría al planteamiento de programas realistas de medicina social evidentemente preventiva".⁽¹⁾

Por lo que, las políticas que nacen de este proceso, son más que para prevenir la enfermedad y dar seguridad social, son para mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo.

5.2.1.2 Reivindicaciones de la lucha de clases.

En este inciso se trata de desarrollar la idea sobre los logros de los trabajadores, que como consecuencia de ello se da un avance en el desarrollo de las políticas

(1) Ortiz Quezada, Federico, "La medicina institucional". Uno más uno, No. 1256, (11-V-81), Méx., D. F., p.18.

para la salud, precisamente parto de la siguiente cita,

" Justamente en la lucha por la propia salud de los trabajadores ... luchas de diferentes envergaduras junto con otros procesos y/o como parte de ellos es lo que ha conducido a las formaciones capitalistas a reformular las condiciones de trabajo; son estos procesos los que han generado la situación "privilegiada incluida muy notoriamente la dimensión salud con algunos sectores de trabajadores en los países de capitalismo dependiente..."(1)

Un ejemplo histórico es el de los trabajadores de Italia, en la lucha contra la organización del trabajo de los obreros de los departamentos de la petroquímica de Porto Marghera, cuando estos decidieron salir del departamento y de la fábrica, después de una enésima fuga de gas, rehusándose a volver a entrar antes de un resanamiento de la planta, con garantía de salario obrero. Subrayando así que son los obreros quienes deciden sobre la insalubridad de un departamento e imponen al patrón el resanamiento, sirviéndose de técnicos y médicos de su propia confianza y sobre todo no pierden su salario.

(1) Franco Basaglia y otros, en la Salud de los Trabajadores, tr. Horacio Serafini, ed. Nueva Imagne, México, 1978, p.51.

Otra lucha, sería la que se relaciona contra la organización del trabajo que concierne a la reducción del horario, el rechazo de las horas extras, el salario, el aumento de los miembros, etcétera. Ambos señalan el retorno de la conciencia y la autonomía obrera como verdaderos centros de decisión. En torno a esta lucha se daría una gran movilización de obreros, estudiantes y trabajadores.

En México, la lucha de los trabajadores por mejorar sus condiciones de vida, más que a nivel de grupo ha sido a nivel de masas o sectores. La historia de los movimientos obreros en México, muestran que sufrieron grandes represiones, puesto que han existido una serie de medidas orientadas a asfixiar las luchas obreras, que ha incluido desde la legislación especial - pasando por otros recursos legales como la requisa - hasta la represión policiaca de las huelgas y los sindicatos democráticos, tal es el caso de UNAM, Cactus y Reforma, Nacozarí y Loreto, casos más conocidos.*

Sin embargo, las luchas de los "trabajadores-estudiantes" y las movilizaciones de los trabajadores de los diferentes sectores públicos

* Carlos Rodríguez Ajenjo, Jose A. Vital G. en Las políticas de salud y la lucha de los trabajadores, Cuadernos políticos Ene-Mar. 1979. No. 19, p. 56.

han levantado demandas de mejores salarios, prestaciones sociales, condiciones de trabajo, que se han convertido en demandas políticas de mayor complejidad. Tal situación se dio, por ejemplo, en las movilizaciones de la Unión Nacional de Médicos Internos en Servicio Social y Egresados (UNMISSE), en la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANAMERE) y en las protagonizadas por la Unión Nacional de Estudiantes de Facultad y Escuelas de Medicina Oficial (UNEFEMO) entre 1974 y 1977.

"En su segunda revisión, ANAMERE, pretendía entre otras cosas: intervenir en la gestión de mejoras en los servicios proporcionados al pueblo, legalizar la expedición de certificados de especialidad que paulatinamente han ro bustecido a los monopolios de especialistas ligados al poder Estatal, a las transnacionales farmacéuticas y a los grandes consorcios de la medicina privada ..."(1)

Con lo anterior, se puede decir que la actividad política de las luchas de clases han jugado un papel importante en el desarrollo de las políticas de la práctica médica, en el sentido de mejores condiciones de salud.

(1) Rodríguez A., C. op. cit p. 57.

Aun como lo refiere Pulanzas^{*} en lo que respecta a las masas que se reúnen, constituyéndose en clase para sí, "Los intereses que defiende se convierten en interés de clase. Pero la lucha de clase a clase es una lucha política"⁽¹⁾ y es lo que sucede cuando los trabajadores que conforman una clase se enfrentan a la clase que las explota.

5.2.1.3 Función Estatal.

Desde la segunda mitad del siglo XIX, aparece la constitución e institucionalización de un tipo de acción médica que supuestamente definiría su práctica a través de factores no solo biológicos, sino sociales, y cuya unidad de trabajo es básicamente algún tipo de conjunto social; esto es salud pública, que basaba sus actividades fundamentales en la epidemiología considerando los indicadores biológicos, ahistóricos y asociales (estos indicadores eran el sexo, la edad, área geográfica, etc.) y nada tenía que ver con las nuevas condiciones negativas de salud para los trabajadores, y de sus enfermedades.

*,(1) Pulanzas, op. cit. p. 63.

Es en esa época en que surge la intervención del Estado que hace suyos algunas realizaciones directas de protección a la salud, y en la seguridad social. Pero no solo el Estado sino las fuerzas sociales hegemónicas generán determinadas modificaciones en función de sus propios intereses, y como consecuencia de las presiones básicas económicas que el movimiento obrero organizado demanda.

El proceso capitalista para imponer su hegemonía necesitaba desarrollar sus propias estructuras y se manifestaba desde la esfera económica, hasta la esfera de la salud; era obvio que la práctica médica y las actividades de salud serían convertidas en bienes de cambio a lo largo de todo el proceso.

La división de trabajo tenía como consecuencia nuevas estratificaciones sociales, requerida por los procesos sociales y de producción. La capacidad de venta de la fuerza de trabajo, que estaba en función directa de las condiciones físicas y psíquicas de los trabajadores, y el deterioro de su salud aparece como el límite de sus posibilidades de supervivencia. Los trabajadores libres que el ca-

pitalismo generaba masivamente y requerian de la atención médica en la medida del desarrollo y extensión de la morbimortalidad dominante en las nuevas ciudades industriales, y en función de la ruptura de las antiguas articulaciones entre trabajo, y comunidad, y en consecuencia de atención de salud que el proceso capitalista organiza a partir de nuevas formas basadas en la concepción de la práctica médica como bien de cambio.

A partir de estos fenómenos, el Estado Capitalista asume funciones planificadoras y directivas con respecto a la salud, se ve obligado a intervenir para establecer reformas sanitarias y reformas laborales. Desde luego estas modificaciones son relacionadas con la entrada de la fase imperialista por una parte, y con el desarrollo del taylorismo por otra.

Lo anterior señala las razones de esta intervención, las cuales están basadas directamente en objetivos de productividad. A partir de este panorama el Estado interviene en la práctica médica y lo hace en cuanto a que garantiza a través de sus aparatos jurídicos-

políticos el monopolio de esta práctica a determinado grupo y así la regula.

"Las instituciones de salud replican a la sociedad global y al tipo cuya mejor expresión hallan sus evidencias más significativas, en estas instituciones de salud en las cuales el ordenamiento represivo y restrictivo es parte intrínseca de su funcionamiento. Junto con esta funcionalidad restrictiva, el desarrollo de la salud pública supone la extensión cada vez mayor de amplias zonas de control (cuarentena; vacunación obligatoria, obligatoriedad de drenajes, etc.) que supone "interferencias" y ordenamientos en el dominio privado. Ahora todas estas acciones de control más o menos planificadas y centralizadas por el Estado Capitalista ..."(1)

Es así, que las políticas para la salud empiezan a surgir, en la medida que el Estado considera que los esfuerzos en la atención de los sectores más productivos de la sociedad lo requieran. Para ésto se elaboran proyectos, programas, planes, etc., que ayudan a controlar tensiones sociales y pagar menos en términos de mutualidad, ausencia de trabajo, etc., algo muy característico de nuestro actual sistema.

(1) Franco. op. cit. p.49.

Por lo que, el análisis de los servicios de salud, instituciones sociales cuyo fin es evitar y enfrentar los daños generados por el proceso salud-enfermedad, resulta un instrumento útil para identificar y caracterizar la orientación de las políticas económicas y sociales emprendidas por el Estado ante las necesidades, los problemas y las demandas de salud de las mayorías; lo que revela una situación de lucha política e ideológica en este campo y, naturalmente, muestra la dinámica y el escenario económico y social de la sociedad en su conjunto.

En los tres puntos anteriores, aparte de considerar las condiciones bajo las cuales se dan las primeras normas para la "protección de la salud" de los trabajadores organizados, se marcan tres momentos históricos importantes: el gran auge de la producción capitalista, el nacimiento de la medicina especializada o científica y la intervención del Estado capitalista.

Dentro del panorama general que se presenta a la intervención del Estado en la economía, la práctica médica adopta la forma social para organizar la respuesta al fenómeno de la en-

fermedad, que se percibe como una amenaza a la sociedad, con lo cual tanto las investigaciones como las decisiones a resolver tal problema, se basan en la "medicina social" y "colectiva".

La intervención del Estado tiene como propósito cumplir dos funciones que son: legitimarse y distribuir la riqueza, esto último mediante el erario público, ya que asume parcialmente el costo de la reproducción de la fuerza de trabajo y de la misma forma garantiza la realización de la plusvalía con la creación de un mercado para cierto tipo de productos industriales. Y la primera función la realiza al tratar de asegurar el bienestar económico y social de las "mayorías" dentro de un marco de paz social y política.

5.2.1.4 Gasto Público en salud y bienestar social.

"El Estado asume la regulación y la gestión de servicios públicos y otras actividades interés general, mediante imposición de condiciones obligatorias para la empresa privada y mediante su propia intervención empresarial"⁽¹⁾

La cita anterior, da la ~~punta~~ para conocer los

(1) Koplan, Marcos. Estado, Acumulación del capital y distribución del Ingreso en América Latina Contemporánea. Ponencia Presentada en el 3er. Congreso de Economía. Méx., 1979.

lineamientos o bases de la asignación del gasto público en los diferentes sectores, tomando en cuenta que la idea del desarrollo económico y su planeación, como medio para incrementar la riqueza nacional de un país, se encuentra íntimamente unida a la política económica.

Así tenemos, que en nuestro país la asignación de recursos económicos para el sector salud, tiende hacerse bajo políticas que van encaminadas a las acciones dirigidas a quienes constituyen el eje del modelo de acumulación de capital que preside el patrón de desarrollo económico de México.

Observando los últimos diez años, el gasto público para el desarrollo social o bienestar social se ha perfilado de la siguiente forma: durante el sexenio echeverrista se mantuvo por encima del 20% del gasto sectorial total, mientras que a partir de 1979 comenzó a descender a niveles bajos del sexenio anterior y en 1981 cayó por abajo de ellos, pues significó el 16.5% del gasto sectorial total ejercido.

(Cuadro I)

En números absolutos y con un ligero aumento

en las cifras como se ve en el Cuadro II, no alcanza el nivel de 1976, en términos porcentuales, (Cuadro I) aún ajustando las cifras

CUADRO I *

Clasificación del Gasto Público ejercido por Sectores. A precios constantes. (1972-1976)

Año	<u>72</u> %	<u>73</u> %	<u>74</u> %	<u>75</u> %	<u>76</u> %
Energético	27.7	26.6	23.5	25.3	22.9
Transp. y Com.	11.6	11.0	9.1	8.3	7.9
<u>Desarrollo Soc.</u>	23.2	20.9	22.7	21.0	24.7
Industrial	6.1	8.5	8.4	8.6	7.4
Agrop. y Pes.	7.3	9.1	9.6	11.3	8.4
Admón. y Def.	19.5	19.0	18.6	17.6	23.6
Comercio	4.2	4.4	7.9	7.2	4.9
Turismo	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Clasificación del Gasto Público ejercido por Sectores. A precios constantes. (1977-1981)

Año	<u>77</u> %	<u>78</u> %	<u>79</u> %	<u>80</u> %	<u>81</u> %
Energético	25.9	29.4	26.5	29.0	29.3
Transp. y Com.	6.5	6.0	6.3	6.2	5.6
<u>Desarrollo Soc.</u>	22.2	20.2	19.5	17.5	16.5
Industrial	6.7	5.9	6.6	7.6	6.5
Agrop. y Pes.	8.6	7.4	7.9	9.0	8.5
Admón. y Def.	23.7	23.5	27.2	25.1	27.3
Comercio	5.9	7.2	5.5	5.2	5.9
Turismo	0.4	0.2	0.3	0.3	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Fuente: Jose López P., "anexo 1". Sexto Informe Presidencial, 1982.

CUADRO II*

Clasificación Sectorial del Gasto Público
Ejercido de 1972 a 1976
(miles de millones)

Año	<u>72</u>	<u>73</u>	<u>74</u>	<u>75</u>	<u>76</u>
Total	139.717	194.211	259.394	376.641	490.637
Energético	38.840	51.662	61.152	95.484	112.130
Transp. y Com.	16.331	21.365	23.768	31.698	38.760
Desarrollo Soc.	32.338	40.614	58.940	79.350	121.545
Industrial	8.660	16.648	23.258	32.542	36.142
Agrop. y Pes.	10.159	17.697	25.212	42.610	41.174
Admón y Def.	27.228	37.047	48.376	66.441	115.596
Comercio	5.766	8.697	18.037	27.240	23.701
Turismo	455	481	651	1.276	1.589

Clasificación Sectorial del Gasto Público
Ejercido de 1977 a 1981
(miles de millones)

Año	<u>77</u>	<u>78</u>	<u>79</u>	<u>80</u>	<u>81</u>
Total	672.785	869.235	1170.796	1780.037	2761.126
Energético	174.590	255.633	310.337	517.248	809.291
Transp. y Com.	433.940	52.756	74.198	109.330	156.960
Desarrollo Soc.	149.271	176.300	228.551	310.501	457.736
Industrial	44.993	51.779	78.321	136.236	178.827
Agropec. y Pes.	58.111	64.183	93.306	160.905	234.594
Admón y Def.	160.058	203.555	318.962	447.266	753.480
Comercio	39.956	62.959	63.868	93.917	163.477
Turismo	2.405	2.070	3.253	4.634	6.761

* Fuente: Jose López P., "anexo I". Sexto Informe Presidencial 1982.

CUADRO III★

Ingresos Provenientes del Gobierno para las
Instituciones Públicas (Bienestar So-
cial) de 1972 a 1981.

<u>AÑO</u>	<u>IMSS</u>	<u>ISSSTE</u>	<u>SSA</u>	<u>DIF y OTROS</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%**</u>
1972	1.377.900	1.753.092	2.681	8.922	3.142.595	2.3
1973	1.617.400	2.346.176	3.458	8.722	3.975.756	2.0
1974	2.267.100	2.886.754	4.314	7.800	5.165.968	2.0
1975	2.881.900	5.221.980	5.611	3.029	8.112.520	2.1
1976	3.797.500	6.517.373	5.254	6.139	10.326.266	2.1
1977	5.115.600	9.303.179	9.783	8.979	14.437.541	2.1
1978	6.244.500	10.593.310	12.460	11.485	16.861.755	1.9
1979	7.985.300	14.852.839	16.188	12.646	22.866.973	1.9
1980	10.989.900	18.277.170	19.486	14.467	29.301.023	1.6
1981	15.839.300	20.500.000	28.429	15.979	36.383.708	1.3

★ Fuente: Jose López P., "anexo 1". Sexto Informe Pre-
sidencial, 1982.

★★ Porcentajes con respecto al total del gasto público
ejercido.

por la depreciación de la moneda, resulta que la inversión pública bajó más de mil millones en 1977 y 1978.

El gasto público asignado a las instituciones del sector salud y seguridad social, se distingue: por su insuficiencia, su desigualdad y la contracción sufrida como consecuencia de la restricción del mismo en esos diez años, ha descendido paulatinamente (cuadro III), pues del 2.3% a pasado al 1.3% en ese lapso, nivel de por sí bajo a comparación del que se mantiene en otros países con más del 6% del producto nacional bruto en servicios de salud.

Insuficiente, por la alta tasa de población reciente, sin que haya modificaciones en el gasto público y desigual por los escasos recursos asignados desproporcionadamente, esto se aprecia en el cuadro IV.

Los aparentes aumentos brutos que se han dado al gasto público en éste renglón, se deben en gran medida a los aumentos en las prestaciones del personal y al encarecimiento de las operaciones de los servicios.^{*} La situación se agrava

* "El Gasto Público en Salud y S. S. durante la última década...", en La Cultura en México, suplemento de Siempre de Junio de 1977. No. 1257.

va como en el presente, se vive una crisis económica estructural a la que el Estado responde con política monetarista de tipo restrictivo que entre otras cosas, se da una importante contradicción del gasto público evidenciada de modo tajante en el área de bienestar social.

CUADRO IV*

Gasto en salud de las principales Instituciones. A precios corrientes de 1967 al 1977.

<u>AÑO</u>	<u>% del PIB</u>			
	<u>IMSS</u>	<u>ISSSTE</u>	<u>SSA</u>	<u>TOTAL</u>
67	1.08	0.26	0.41	1.75
68	1.15	0.25	0.40	1.80
69	1.10	0.24	0.37	1.71
70	1.18	0.23	0.39	1.80
71	1.23	0.25	0.37	1.85
72	1.31	0.26	0.49	2.06
73	1.31	0.28	0.51	2.10
74	1.38	0.27	0.47	2.13
75	1.46	0.29	0.50	2.25
76	1.57	0.30	0.49	2.36
77	1.45	0.23	0.55	2.23

* López Acuña. D. México, Hoy. ed. Siglo XXI, Méx. 1982 p.206.

5.2.2 Planeación de la Salud Pública.

En México la atención médica como se menciona al inicio de este trabajo, ha marchado a pasos muy lentos e imprecisos, debido en gran parte, a la intervención del Estado en un capitalismo tardío, no pudiendo limitarse a las funciones clásicas de administración fiscal y monetaria; las condiciones objetivas del desarrollo le impusieron la tarea de crear y acumular capital, funcionalizar y supervisar globalmente a la acumulación del mismo.* Por lo que, la salud y la seguridad social se han buscado, a través de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Por otro lado, la planificación sanitaria, desde la revolución hasta los setentas, no se le ha concedido una importancia de primera magnitud, se le busco únicamente el funcionamiento lubricador de la salud al servicio del desarrollo económico-social, pues desde el primer plan sexenal de 1934 a 1940, bajo la Admón Cardenista, hasta el último sexenio, se han elaborado planes, programas y proyectos que no han dejado de ser documentos demagógicos con planteamientos meramente propósitosivos, pero nunca nor

* Elia Marun, E. La Importancia de la Empresa Pública en México ..., en Revista de la UAM-Azcapozalco, Vol.II

mativos o definitorios de estrategias, sin estancamientos del modelo de salud que se quiera para el país, sin cambios sustanciales de la organización del sistema de salud y cuyas metas no han sido siquiera evaluadas en forma seria.

También se mencionó que el papel de la práctica médica en su inicio era bajo la filosofía de ayuda al prójimo y más tarde, desde el punto de vista filantrópico. No es hasta casi treinta años después de la revolución que se empieza a definirse mejor la intervención Estatal y con ello intentos de planificación sanitaria.

En el plan sexenal de gobierno de 1934 a 1940, se establecieron algunas bases con respecto a la salud pública: considerando que la dispersión de la población era un obstáculo al progreso del país, por lo que había que otorgar a la salud pública la importancia que se merece, la labor de sanidad debía ser dirigida hacia canales que previnieran endemias, epidemias y mortalidad infantil, al evaluarse el cumplimiento de los propósitos anteriores; las inversiones planeadas en desarrollo social no

podieron cumplirse del todo, ya que se vieron desplazadas por las obras de infraestructura básica.

En el segundo Plan Sexenal, 1941-1946, formulado por el partido de la Revolución Mexicana, era muy ambicioso en sus metas relativas a la salud pública. En esencia lo que se perseguía era aumentar la fuerza de trabajo disponible, mediante medidas sanitarias tanto para los lugares de trabajo como de lugares para atraer corrientes del turismo y del comercio internacional de mercancías, que complementaban el modelo económico de exportación de productos primarios para la industrialización. Por lo que se fijan estrategias: políticas de abastos de agua potable, control sanitario de puertos, fomento del consumo adecuado de alimentos, programas habitacionales, vacunación, etc.

Lo anterior, envuelto en mantos de retórica revolucionaria y de menciones a la marcha ascendente de la Revolución Mexicana, conduciría al reforzamiento de la asistencia social, y eventualmente, a la creación de un organismo de seguridad social^{*}

De manera más agudizada que en el caso del plan

* L. Solís. Planes de desarrollo Eco. y Social de Méx. Sepsetentas, núm. 215, SEP. México, 1975.

sexenal anterior, el voluntarismo en materia de reformas sociales, quedo relegado por las concesiones del Estado a los particulares para favorecer la formación del capital y por el desplazamiento de las inversiones en bienestar social en favor de los gastos de infraestructura nuevamente.

Durante el sexenio alemanista (1946-1952), no se elaboró ningún plan formal de programación y esto tuvo sus reflejos previsibles en materia de salud pública. Las tendencias a racionalizar las inversiones en desarrollo social y concentrarlas en el sector más productivo se acentuaron; el rezago de las políticas de bienestar social se agudizó; el crecimiento de la seguridad social se produjo, aún más, al subsidio indirecto del capital privado.

De 1953 a 1958, lo más cercano a un plan de desarrollo fue el Programa Nacional de Inversión, elaborado por la Comisión de Inversiones que dependía directamente del Ejecutivo Federal y que en materia de inversión para la salud o bienestar social no aparecía un capítulo específico para gastos, lo que más se aproximaba a ello era un renglón denominado construcción pública

diversa, que incluía obras de aguas y saneamiento, habitaciones populares, mercados, hospitales, escuelas y pavimentación, y se buscaba que fuera el 11% del total de las inversiones nacionales, pero en la práctica durante ese sexenio, en bienestar social osciló entre el 8.4 y el 18.8*

No es fácil desprender de los datos anteriores la importancia relativa, en términos económicos y sociales, que se concedió a la salud pública. A su vez el hecho de que se haya relegado a esta área tanto un programa de inversión, como en las formulaciones de políticas globales del Gobierno Federal, puede indicar las insuficiencias y ausencias de planeación sanitaria por parte de las instituciones públicas de salud y su incapacidad para incorporarlas al modelo general de desarrollo económico y social.

De 1962 a 1964, bajo la administración de López Mateos, se adopta el Plan de Acción Inmediata, ampliamente influido por los acuerdos de la Alianza para el progreso. La creciente tasa de incremento demográfico y el gradual estancamiento del crecimiento económico fueron dos de los

* L. Solís. Op. Cit. pp. 63-69.

factores que más influyeron sobre la elevación del gasto en beneficio social, así tenemos que se estimó el 23% de la Inversión Pública a esos propósitos, con el fin de garantizar la atención de los problemas y necesidades sociales impostergables.*

El mantenimiento del orden social necesario para el desarrollo estabilizador requería de algunas concesiones y mecanismos de intermediación política, que implicaba aflojar un poco el cinturón en materia de gastos sociales, incluso se podían dar concesiones a algunos sectores claves de trabajadores para lo cual empieza a operar en forma amplia el ISSSTE.

Nuevamente los planes y programas sanitarios asistenciales no se incorporan de manera relevante a las políticas generales del Estado.

De 1966 a 1970 rigió el Plan Nacional de Desarrollo Económico-social, para ese entonces, el Estado se reconocía incapaz de satisfacer la totalidad de las necesidades, y asumía una aparente austeridad que se reflejaba en los servicios públicos de salud y seguridad social, al mismo tiempo derrochaba recursos públicos en los Juegos

* L. Solís. Op. Cit. pp 63-69.

Olimpicos.

El plan incluía cuatro grandes objetivos para las políticas de salud y seguridad social:

- 1) Incrementar la eficiencia de los Servicios Médicos en operación mediante su coordinación.
- 2) Intensificar los programas de control y erradicación de padecimientos frecuentes.
- 3) Ampliar los servicios de saneamiento básico.
- 4) Incorporar a la Seguridad Social el aumento de las fuerzas de trabajo urbano, e intentar extender los beneficios a la población campesina.

Las metas propuestas fueron una vez más, suficientemente vagas para no ser evaluables y tampoco cumplibles.

"... desde mediados de los cuarenta las políticas de salud pública quedan relegadas a un tercero o cuarto término en los programas generales de acción del Sector Público. Esto no quiere decir que en el interior de las instituciones públicas de salud hayan estado ausentes los lineamientos básicos de su evolución y sus acciones, pero se traduce la

poca importancia concedida a la salud dentro de los modelos generales de desarrollo económico y social de México..."(1)

A partir de los setentas se genera otra etapa del desarrollo social en México con el fin de promover el mejoramiento ambiental, preservar y restaurar la salud, mejorar la alimentación y ampliar la asistencia médica y la seguridad social, mediante la acción coordinada del Gobierno Federal, del Gobierno Estatal y de las Instituciones.

La elaboración de este plan ha sido por: el Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto de Servicios de Seguridad Social para Trabajadores del Estado, Gobiernos de Estados, Asociaciones Médicas y diversas Instituciones, comprende dos períodos (74-76) y (77-83); el plan contiene metas y estrategias, así como planteamientos y alternativas oficiales referentes a los problemas de salud, aun cuando muchos de estos pronunciamientos sean tan vagos, tan faltos de rigor, tan demagógicos o tan reducidos como los de épocas anteriores.

(1) López Acuña, Op. Cit. p.220.

De 1970 a 1976, se emite un gran número de planes y programas que pretenden impulsar un surgimiento de las políticas de bienestar social del Estado Mexicano, algunas de ellas se quedan en el declarativo, otras son empleadas como instrumento mediatizador y algunos más se traducen en hechos concretos.

El Plan Nacional de Salud, lejos de ser un documento realista que planteara las posibilidades y las dificultades, que hacía para la interacción de las diversas instituciones públicas y privadas de salud en programas de acción concretas, adoptó en varios de sus apartados un tono propagandístico y doctrinario.

Tuvo en algunas de sus proposiciones, rasgos de acierto: buscó promover una red federal de hospitales; intentó ampliar la atención de la salud que se presta en las áreas rurales a través de casas de salud, médicos comunitarios; quiso desarrollar un plan nacional de alimentación, un fondo nacional de alimentos, un programa nacional de tratamientos de aguas, etc., en cambio careció de un modelo rector de atención a la salud en el país que orientará las metas adoptadas, las subordinara a objetivos

generales sensatos y las adoptara a las circunstancias regionales^{*}

De cualquier manera, el PNS elaborado en 1974 parece haber quedado cancelado definitivamente. Si bien la administración López Portillista no tomó ninguna posición explícita al respecto durante casi un año, en noviembre de 1977 el subsecretario de planeación de la SSA declaró que el PNS era utópico e imposible de llevar a la práctica por falta de recursos económicos, porque no se han evaluado sus objetivos y por lo irreal de sus metas.^{**}

- - - - -
^{*} "Notas sobre el Plan Nacional de Salud" en la Cultura en México, No. 679 del 12 de febrero de 1975.
^{**} "El Plan Nacional de Salud de 1974 fracasó por falta de medios" en Excelsior, 28 de Noviembre, 1977.

5.2 Efectos de las deficiencias del Sector Salud.

Entre los problemas más graves de la prestación de servicios de salud en el Valle de México, los Estados y zonas rurales del país, destaca: la desigualdad de los servicios, la ausencia de éstos en zonas marginadas y su ineficiencia.

Ante, el primero; que es la desigualdad, el problema se genera por las diferentes unidades que prestan los servicios médicos: organismos descentralizados, empresas paraestatales y dependencias federales, y todas las industrias paraestatales que mantienen servicios médicos en el país. Esto crea una total uniformidad de los servicios, costos y eficiencia de los mismos y por consiguiente la inconformidad de los usuarios.

"La multiplicidad de instituciones que atienden a la salud -se señala- ha generado condiciones que no favorecen el aprovechamiento de los recursos humanos y económicos, ya que la estructura y actividades de cada una de ellas contempla la atención de las necesidades de salud de otros grupos de población no comprendidos en su cobertura jurídica"(1)

Sin duda alguna lo anterior se ha derivado de los

(1) García Sordo, M. "alcances limitados de los objetivos en el Sector Salud". Uno más Uno, México, 14 de nov. de 1981. p.14.

sistemas de salud pública, ligados a la seguridad social que se han desarrollado mucho más rápido, tratando de prestar atención médica con mejor calidad que los servicios de salud de tipo general. Pero lo que realmente ha pasado y como ya se planteó en otros capítulos, la atención médica ha estado dirigida para satisfacer determinados intereses de la clase explotadora, en consecuencia se propaga una medicina elitista.

En cierta forma la duplicidad, de los servicios médicos, dirigidos a determinados sectores, hace resaltar la ausencia de estos servicios, en sectores descuidados. El problema de la población no derechohabiente en todo el país crece día con día por el incremento de la población marginada, subempleada que se suma a los habitantes metropolitanos.

Así tenemos que la cobertura por instituciones públicas son las siguientes: el IMSS atiende a 20 millones 935 mil derechohabientes; el ISSSTE a 5 millones 930 mil empleados del gobierno; el IMSS-COPLAMAR a 10 millones 500 mil y la SSA, el DIF y otros a 31 millones 492 mil*. No cubriéndose el 100% de la población.

Los efectos derivados de la insuficiencia de servicios médicos asistenciales, que aquejan a los gru-

* "Un médico por cada 2 mil 890 habitantes, en algunos Estados". Uno más Uno, 6 de mayo de 1982. p.3.

pos sociales de ingresos reducidos, fundamentalmente las familias que habitan zonas marginadas, tienen como consecuencia la denuncia constante en contra de clínicas y hospitales privados de la forma como esquilmán y defraudan a las personas que requieren de estos servicios, veamos el siguiente caso.

"La procuraduría Federal del Consumidor proporcionó este caso: el 18 de febrero de 1980 se internó a un paciente en el Hospital Infantil para ser atendido de problema respiratorio, mismo que a pesar del tratamiento médico originaron su muerte. El Hospital en cuestión cobró la cantidad de 14 mil 500 pesos y se originó la reclamación...."(1)

Así como el caso anterior, existen muchos otros por el abuso en el precio de la atención recibida y por la irresponsabilidad de los que dan ese servicio.

Otros problemas que son palpables en las Instituciones del sector, es que en cuanto a salud y seguridad social en su práctica aplicativa llega con frecuencia deformada hasta los más altos niveles administrativos correspondientes, inclusive existen conceptos distintos sobre lo mismo.

Por lo que respecta a la formación de los recursos

(1) Manuel Juárez, V. "Solo 46% de la población goza de los servicios Médicos que prestan las Instituciones Oficiales". Uno más Uno del 16 de feb. México 1982. p. 10

humanos, en su momento, fue planeada para resolver problemas que hoy, por las características de nuestro crecimiento urbano, es insuficiente en muchos aspectos de medicina social y salud pública.*

En cuanto a Medicina Preventiva, en función de las necesidades reales que genera el crecimiento de la ciudad de México y de zonas rurales, es poco lo que se hace.

Es muy común que en dichas instituciones oficiales, ni en las privadas, cumplan objetivos de dar un adecuado servicio, especialmente a aquellas personas que más lo necesitan.

* "Problemas actuales del Sector Salud" en Consulta popular, Revista del IEPES, p.20.

6. COMPROBACION DE LA HIPOTESIS.

Al plantear el problema de porqué existe carencia e ineficiencia de los servicios médicos del Sector Salud, se supuso que dentro del Sistema de Seguridad no existe historia social, ideológica e institucional de la salud y de la práctica médica, lo que trae como consecuencia una estructura deformada de los servicios de atención médica de las instituciones públicas.

Tal suposición se basa en lo siguiente: si bien es cierto que existe una ideología en la práctica médica, también es cierto que ésta es una ideología burguesa y no la ideología de los trabajadores, campesinos y pueblo en general que al tomarse decisiones en cuanto a la salud-enfermedad se consideren las opiniones de las diferentes clases que conforman la sociedad mexicana para una uniformidad en estos servicios.

También se tiene presente la intervención de un Estado de derecho^{*}, típico del siglo XX, que entre otras cosas presume ser un Estado benefactor, al pretender buscar la consecución del bienestar social.

* Estado de derecho, fundamentado en tesis filosófica de Aristóteles, "es el tipo de régimen, es decir gobierno con arreglo a derecho, tiene tres elementos fundamentales: el gobierno de interés público o general (proclamación de la función social del Estado), el ré

Al hablar de que no existe historia social, me refiero a que la salud, no se ha considerado como un verdadero patrimonio del bienestar del hombre, que contribuye a su felicidad sino por lo contrario, se ha abusado de ella y constantemente se le ataca, con diferentes hechos: la explotación de la fuerza de trabajo, deteriorando cada vez más el medio ambiente, descuidando aquéllos factores que contribuyen a la enfermedad, etc., sin que las autoridades encargadas del orden social, intervengan adoptando medidas concretas y actitudes tendientes a mejorar y cambiar los patrones viciosos y tradicionales de nuestra sociedad.

Tal problema se agrava, por las condiciones de vida, en cuanto a vivienda, alimentación, falta de servicios, etc., aspectos que se derivan de la estructura económica-social, influyendo determinadamente en los niveles de la salud de la población y favoreciendo altas tasas de enfermedad y muerte.

Véase ahora cuál es la historia de la salud obrera con el capitalismo.

En una primera fase, era indiferencia absoluta y explotación despiadada, la fila de reserva de la fuerza de trabajo parecía en condiciones de sustituir continua-

- - - - -

gimen jurídico que se lleva a cabo mediante regulaciones generales (la razón desprovista de pasión) y en tercer lugar, el gobierno en donde los súbditos obedecen voluntariamente y no por la fuerza, como sería en el despotismo." - Revista Mexicana de Seguridad Social, IMSS, No.18 de Agosto/1980. pág. 41.

mente a las víctimas de un trabajo inhumano. Eran épocas en las que niños y mujeres eran tratados por igual, cuando los campesinos terminaban en el manicomio, por la pelagra y los operarios a escupir sangre a los 20 años.

La segunda fase se marca con la medicina científica, fiscalista y burguesa, contra la patología infecciosa y parasitaria; aparece con el fin de que la enfermedad no interfiera en el desarrollo productivo, ya que trata de calmarla con medicamentos altamente industrializados, en vez de eliminarla o evitarla.

Una tercera fase surge con la propia salud de los trabajadores, por trabajar, transformar, y consumir los medicamentos o "remedios que los liberan de odiosas tensiones, debilidades y molestias generales, con tranquilizantes, analgésicos, antibióticos, hormonas y vitaminas. Productos que ellos mismos producen.

La nueva medicina no es, entonces, ni curativa ni preventiva; es sobre todo y quizá solamente, calmante y marginante. En consecuencia, en la historia de la salud, todo se ha dado, pero nunca ha habido una preocupación de carácter social, donde se considere al hombre más que como valor económico, como valor espiritual.

En este sentido, me refiero a la primera hipótesis, de como se da el cuidado de la salud tanto a nivel individual como colectivo, en una ideología burguesa, que como se ha venido repitiendo a lo largo de este trabajo, solo ha cimentado el acondicionamiento de sus propios intereses, buscando la forma de perpetuar la continua reproducción de su riqueza. Es por lo que la estructura del sistema de salud, solo tiene el enfoque de una práctica médica mercantilista y deshumanizada; un ejemplo de esto es el interrogatorio médico-paciente en el momento del diagnóstico.

"... Hay poco tiempo para verlos. Por ello al grano. No permitir que se explayen demasiado. ¿ qué le molesta, dónde le duele, desde cuándo, dónde más?...De ser posible pocos exámenes. Llenar el expediente, extender la receta. No dar citas subsecuentes, o en todo caso distanciarlas. El que sigue..."(1)

Por su parte, el análisis de los servicios de salud, instituciones públicas, en esencia tienen como finalidad evitar y enfrentar los daños generados por el proceso salud-enfermedad, resultando un instrumento útil para identificar y caracterizar la orientación de las políticas económicas y sociales emprendidas

(1) Rolf Meiners. "El caso de los médicos supervisados".
Uno más Uno. México. 24 de mayo de 1982.

por el Estado ante las necesidades, los problemas y las demandas de salud de las mayorías, revelando la situación de una lucha política, más que de una lucha social de la sociedad en su conjunto.

"En muchos casos la institucionalización e industrialización del sector social han ocurrido en detrimento del factor humano; por ejemplo, los servicios de atención a la salud por lo común tratan de responder a la demanda y no a las necesidades reales de la población"(1)

Es así, que la forma deficiente e insuficiente del progreso sanitario no ha sido suficientemente analizada pues siempre se piensa en la organización médica en abstracto, desvinculada de la relación que la práctica y el conocimiento médico tiene con la estructura económica. En otras palabras la institucionalización y tecnificación de la profesión médica tiende a incrementar los costos, y por ende a limitar la efectividad de los recursos disponibles.

Con respecto a la segunda hipótesis, de que no existen políticas sanitarias para que la salud y la práctica médica puedan desarrollarse, respondiendo a las necesidades de la población, en primera instancia tenemos para comprobar la inexistencia de estas políti-

- - - - -
(1) "Realidad Social, económica y política". Revista mexicana de Seguridad Social. (IMSS). México Ago/1980. p.20.

cas, siendo necesario analizar las condiciones históricas (5.2.1) de donde se desprenden las políticas burguesas.

En el campo de la salud, también es palpable la falta de políticas sanitarias realistas, críticas, traducidas a planteamientos concretos y loables o alternativas gubernamentales de salud. Al respecto López Acuña refiere:

"No existe entre los organismos estatales, pero tampoco entre las universidades o los partidos políticos de izquierda planteamientos claros, pormenorizados, que describan el tipo de estructura del sistema de salud al que se aspira, los fundamentos de ese modelo y las formas concretas para alcanzarlo en determinado plazo, mucho menos; naturalmente hay sistemas de planificación de la salud con base en las necesidades de salud de la población"(1)

Esto nos amplía el panorama, al hacer notar el hecho de que no existe cultura política de la salud, es decir, la ausencia de mecanismos de participación efectiva de la comunidad para definir la orientación de los servicios de la atención médica, y como no existen tales mecanismos, es difícil que se de una planificación de la salud, para todo el pueblo, como dice el autor, mucho menos se puede dar una crítica que

(1) López Acuña, D. "Notas sobre la ausencia de una política sanitaria". Siempre No. 1252, México, 22 de junio de 1977.

descubra y combata las inadecuaciones entre el saber, la práctica médica y práctica sanitaria.

Una crítica moral que exija la congruencia entre los planteamientos y las acciones realizadas, que establezca las diferencias entre lo que se hace y lo que debe hacer. Ante la falta de lo anterior es fácil comprender lo siguiente:

"La Asociación Nacional de Médicos Residentes del ISSSTE propondrá durante su décimo congreso, que las instituciones de salud del país modifiquen su política de cobertura pues en la actualidad sólo el 30 por ciento de los derechohabientes reciben atención adecuada, informó Jorge López, integrante del comité organizador". -señaló-... es de vital importancia que se prevea la extensión de sus servicios, ya que dentro de diez años el país contará con 80 millones de habitantes, de los cuales 48 millones estarán marginados de la seguridad social si continúa la política actual".(1)

La tercera hipótesis sobre la reducción del presupuesto que hace, que los recursos se contraigan y no se cuente con los medios suficientes para dar atención médica a toda la población, es aceptable por lo siguiente:

Dada la existencia de la política monetarista de nuestros tiempos es obvio que bajo la condición de

(1) "Propondrán reformas a la política de las instituciones de salud". Uno más Uno. Año V No. 1521 México, 4 de febrero de 1982.

de costos mínimos se dedique una atención mínima al bienestar social, pues mientras el coeficiente de inversión en capital físico (infraestructura, maquinaria y equipo) con respecto al producto interno bruto es del orden de 30% (similar al de países desarrollados), el coeficiente de la inversión en capital humano es de solo 3 ó 4 por ciento del PIB, similar a países con mucho menor grado de desarrollo que México.*

Otra cuestión es la desigualdad presupuestal en el sector, como ya se trató en el punto (5.2.1.4) destinando más recursos económicos a las principales instituciones, que en este caso son las que sirven a la reproducción de la fuerza de trabajo, y que simultáneamente disminuye los costos del trabajo, aumentando así la tasa de utilidades,** (transferencia de subsidios) sin embargo, se está dando una constante disminución en los presupuestos para el renglón de la salud y bienestar social, ésto se confirma de la siguiente forma.

*A partir de abril, la Secretaria de Salubridad y Asistencia se verá forzada a suspender o reducir algunos programas de este año. Entre ellos, uno de los más importantes que no podrá culminar, será de marginados urbanos, proyecto para llevar atención médica a todas las ciudades

* Ortíz Quezada, F. "La política monetarista y la salud del pueblo". Uno más Uno, 3 de mayo de 1982. p.19.

** O. Connor James. Introducción de la Antología de Empresa Estatal y sistema económico. UAM-I, p. 11

del país en donde se hubiera dado el fenómeno de asentamientos irregulares"(1)

La información sobre la reducción de costos en planes, proyectos, y programas es muy común, pero ahora no sólo en eso, sino también sobre la reducción de personal.

(1) "Suspenderá o reducirá la SSA varios programas".
Uno más Uno, México, 27 de marzo de 1982. p.4.

7. CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS.

Después de analizar la historia social de la salud, las instituciones, las políticas y el presupuesto público del sector salud, llego a la conclusión de que tanto la carencia como la ineficiencia de ese sector, son consecuencias de un vacío oficial, en cuanto que hace falta incorporar reivindicaciones de salud a los planteamientos sindicales y gremiales, esclarecer las expresiones concretas de la lucha de clases en el área de la salud; para que éstas se consideren y se adapten las necesidades reales a satisfacer, divulgar y preveer los riesgos derivados de las condiciones de trabajo entre trabajadores, campesinos y obreros, así como el resto de la población.

Crear un sistema nacional de salud que elimine las enormes diferencias de clases que hay en el acceso a los servicios sanitarios-asistenciales y se proporcione atención médica-hospitalaria a toda la población a un precio mínimo, independientemente de que exista, como en la actualidad instituciones exclusivas para determinados sectores, pues lo que importa es un buen servicio.

Hay que buscar por diversos caminos, las fórmulas, téc

nicas y políticas, económicas y sociales que permitan arribar al punto en el que las necesidades reales de salud de la población sean las que dicten los lineamientos para la organización de los servicios médicos. Esto significa que los servicios, en tanto que instrumento de la sociedad política, se identifiquen crecientemente con la sociedad civil.

8. BIBLIOGRAFIA.

López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. México, Siglo XXI, 3a. ed. 1980.

Ortiz Quezada, Federico. "La política monetarista y la salud del pueblo". Uno más Uno, México, 3 de Mayo de 1982.

A. C. Laurell, Notas para un marco teórico para la investigación en sociología en México. UAM-X. - México 1976.

Galván Escobedo, José. La teoría de los sistemas - aplicada a producción de la Salud. Seminario Internacional sobre Admón. de los Servicios de -- Salud. Washintón. 1973.

Fundamentos de Filosofía Marxista-Leninista. Materia lismo Histórico. Parte II. ed. Progreso. Moscú. 1977.

Harnecher Martha. Conceptos Elementales del Materia lismo Histórico. Siglo XXI, México, 1977.

Marx, Prefacio a la contribución a la crítica de la economía política. Cuadernos de Marxismo, ed. - Quinto sol, S.A., México. 1978.

Franco Basaglia y otros. La salud de los trabajadores, ed. Nueva Imagen. México, 1978.

Rodríguez Pinto, Mario. "Problemas actuales del sector Salud". IEPES. México. 1982.

Chesnokovi, Materialismo histórico. ed. Pueblos - - Unidos. 1979.

Enzemberger, H. M. Para una crítica de la ecología Política. Anagrama, Barcelona, 1973.

- Laurell, Asa Cristina. Algunos problemas teóricos - y conceptuales de la epidemiología Social. Notas. México, 1976.
- García Sordo, Mario. "El sector salud satisface solo a 60% de la población: Cámara Nal. de Hospitales". Uno más Uno, No 1365. México, 28 de Ago. 1981.
- López Portillo, José. Ley orgánica de la Admón. - - Pública Federal. 1976. México.
- Marx, K. El capital, Libro I Vol. I, cap. VIII, - - México, ed. Siglo XXI, 1975.
- Bauer, O. Capitalismo y Socialismo en la postguerra, Racionalización y falsa racionalización, Madrid, - ed. España. 1960.
- Ortiz Quezada, Federico. "La medicina institucional", Uno más uno, No. 1256, (II-V-81), México.
- Rodríguez Ajenjo, Carlos y Vital G., José A. En las políticas de salud y la lucha de los trabajadores, cuadernos políticos, Ene-Mar. 1979.
- Koplan, Marcos. Estado, acumulación del capital y - distribución del ingreso en América Latina contemporánea. Ponencia presentada en el 3er. Congreso de Economía. México, 1979.
- López Portillo, José. Anexo I, Sexto Informe Presidencial. 1982.
- López Acuna, Daniel. "El gasto público en Salud y - S.S. durante la última década...", en la cultura en México, suplemento de Siempre, de junio/1977 No. 1257.
- López Acuña, Daniel. México, hoy. ed. Siglo XXI, - - México. 1982.
- Elia Marín E., "La importancia de la empresa Pública en México. UAM-Azcapotzalco, Vol. II No. 2 - - Ene-Abr.

- L. Solís. Planes de desarrollo económico y social - de México. SepSetentas, núm. 215, SEP. México - 1975.
- López Acuña, Daniel. "Notas sobre el plan Nal. de - salud" en la cultura en México, suplemento de - Siempre, No. 679, Feb. 12 de 1975.
- López Acuña, Daniel. "Notas sobre el plan Nacional - de Salud de 1974, por falta de medios". Excelsior - Noviembre 28 de 1977.
- García Sordo, M. "Alcances limitados de los objeti - vos en el sector Salud". Uno más Uno. Nov.14/82.
- Juárez V. Manuel. "Solo 46% de la población goza de los servicios médicos que prestan las institucio - nes oficiales". Uno más Uno. México. Feb.16/82.
- "Realidad Social, económica y política". Revista - mexicana de Seguridad Social (IMSS). México. - Ago/80.
- López Acuña, Daniel. "Notas sobre la ausencia de una política sanitaria ". Siempre, No. 1252, México. - junio/1977.
- O' Connor, James. Empresa estatal y Sistema económi - co. Antología, UAM-I.
- "Suspenderá o reducirá la SSA. varios programas". - Uno más Uno, México. Marzo 27 de 1982.