

25.148



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ECONOMIA

**LA SALUD, LA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE
TRABAJO Y EL ESTADO EN MEXICO,**

1920-1982

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ECONOMIA

P R E S E N T A N:

GUADALUPE REDORTA ZUÑIGA

CARLOS CRUZ RIVERO

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

P R O L O G O

El esquema conceptual básico y las ideas generales que se desarrollan en esta investigación fueron adquiridos a lo largo de nuestra carrera en Economía. En especial, la maduración y profundización de ese esquema fue posibilitada por el Seminario de El Capital del Area de Teoría del Valor y el Seminario de Desarrollo y Planificación del Area de Estado y Clase Dominante, impartidos por los profesores Alberto Spagnolo y Enrique Rajchenberg respectivamente.

El tema y la bibliografía básica sobre el sector salud fueron sugeridos por el maestro José Ayala Espino, lo que permitió la elaboración final del proyecto de investigación.

La motivación para la realización de la tesis no fue solamente teórica, sino que pretendimos acercarnos a la realidad de nuestro país mediante el análisis de la problemática de la salud. Fue necesario, por lo tanto, buscar combinar teoría e investigación aplicada.

Este es el momento para agradecer a todos aquéllos que contribuyeron a que se concretara esta tesis. En particular al licenciado José Ayala Espino por su direc-

ción en la primera etapa y por la ayuda para precisar el tema de la investigación; al licenciado Wilson Peres por los comentarios, aportaciones y lectura previa . Asimismo, el Centro de Investigación y Docencia Económicas y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (lugares donde trabajamos los autores) fueron un importante apoyo para la realización de esta tesis.

I N D I C E

PAG.

CAPITULO I

METODOLOGIA

| | |
|---|---|
| 1. METODOLOGIA EMPLEADA PARA LA ELABORACION DE LA TESIS | 1 |
| 1.1 DEFINICION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION | 1 |
| 1.2 DELIMITACION Y UBICACION DEL PROBLEMA Y DEL CAMPO DE INVESTIGACION | 6 |
| 1.3 FORMULACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO | 8 |
| 1.4 ESTRUCTURACION DEL MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL DE REFERENCIA | 9 |

CAPITULO II

MARCO TEORICO

| | |
|---|----|
| 2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL | 11 |
| 2.1 INTRODUCCION | 11 |
| 2.2 CONCEPTUALIZACION DE LA FUERZA DE TRABAJO COMO LA UNICA FORMA GENERADORA DEL VALOR | 15 |
| 2.3 DEFINICION DE LA CATEGORIA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO Y SU IMPORTANCIA EN LA CONSERVACION DEL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA | 19 |
| 2.4 EVOLUCION DEL PROCESO DE TRABAJO EN EL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA | 22 |
| 2.4.1 SUBSUNCION FORMAL Y SUBSUNCION REAL DEL PROCESO DE TRABAJO AL CAPITAL | 22 |
| 2.4.2 FORMACION DEL OBRERO COLECTIVO | 30 |
| 2.4.3 TAYLORISMO Y FORDISMO | 34 |
| 2.4.4 NORMA SOCIAL DE CONSUMO | 41 |
| 2.4.5 REPRODUCCION TECNICA DE LA FUERZA DE TRABAJO | 44 |
| 2.4.6 EL DESARROLLO DEL PROCESO DE TRABAJO Y EL ESTADO CAPITALISTA | 49 |

| | |
|--|----|
| 2.5 EL ESTADO CAPITALISTA | 55 |
| 2.5.1 CONCEPTUALIZACION GENERAL DEL ESTADO CAPITALISTA | 55 |
| 2.5.2 LA AUTONOMIA RELATIVA DEL ESTADO | 59 |
| 2.5.3 FUNCIONES DEL ESTADO CAPITALISTA | 61 |
| 2.5.4 LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO | 66 |
| 2.5.5 NUEVAS MODALIDADES DE INTERVENCIONISMO ESTATAL | 72 |
| 2.5.6 EL ESTADO Y LA CRISIS | 80 |
| 2.5.7 LA CRISIS, EL ESTADO Y LA SALUD. CONSIDERACIONES GENERALES | 83 |
| 2.6 CONCLUSIONES PRELIMINARES EN TORNO A LA SALUD | 90 |
| 2.6.1 CONCLUSIONES SOBRE LA FUERZA DE TRABAJO Y LA SALUD | 91 |
| 2.6.2 CONCLUSIONES SOBRE LA REPRODUCCION AMPLIADA DE LA FUERZA DE TRABAJO Y LA SALUD | 91 |
| 2.6.3 CONCLUSIONES SOBRE LA EVOLUCION DEL PROCESO DE TRABAJO Y LA SALUD | 93 |
| 2.6.3.1 SUBSUNCION FORMAL DEL PROCESO DE TRABAJO AL CAPITAL Y SALUD | 93 |
| 2.6.3.2 SUBSUNCION REAL DEL PROCESO DE TRABAJO AL CAPITAL Y SALUD | 94 |
| 2.6.3.3 LA FORMACION DEL OBRERO COLECTIVO Y LA SALUD | 96 |

| | |
|--|-----|
| 2.6.3.4 CAMBIOS OCURRIDOS EN EL PROCESO DE TRABAJO (TAYLORISMO Y FORDISMO) Y SALUD | 97 |
| 2.6.3.5 NORMA SOCIAL DE CONSUMO Y SALUD | 99 |
| 2.6.3.6 REPRODUCCION TECNICA DE LA FUERZA DE TRABAJO Y SALUD | 101 |
| 2.6.3.7 EL DESARROLLO DEL PROCESO DE TRABAJO, EL ESTADO Y LA SALUD | 102 |
| 2.6.4 CONCLUSIONES SOBRE EL ESTADO CAPITALISTA Y LA SALUD | 105 |
| 2.6.5 CONCLUSIONES SOBRE LA SALUD EN EPOCAS DE CRISIS | 109 |

CAPITULO III

DESARROLLO HISTORICO DE LA GESTION ESTATAL EN SALUD

| | |
|---|-----|
| 3. EL DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN MEXICO, EL ESTADO Y LA SALUD 1920-1970 | 114 |
| 3.1 INTRODUCCION | 114 |
| 3.2 PERIODIZACION | 116 |
| 3.3 PERIODO 1920-1934 | 118 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 3.3.1 | CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1920-1934) | 118 |
| 3.3.2 | SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1920-1934) | 125 |
| 3.3.3 | LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1920-1934) | 127 |
| 3.4 | PERIODO 1935-1940 | 135 |
| 3.4.1 | CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1935-1940) | 135 |
| 3.4.2 | SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1935-1940) | 143 |
| 3.4.3 | LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1935-1940) | 145 |
| 3.5 | PERIODO 1941-1961 | 157 |
| 3.5.1 | SUBPERIODO 1941-1954 | 157 |
| 3.5.1.1 | CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1941-1954) | 157 |
| 3.5.1.2 | SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1941-1954) | 171 |
| 3.5.1.3 | LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1940-1954) | 173 |
| 3.5.2 | SUBPERIODO 1955-1961 | 194 |
| 3.5.2.1 | CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1955-1961) | 194 |

| | |
|---|-----|
| 3.5.2.2 SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1955-1961) | 198 |
| 3.5.2.3 LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1955-1961) | 199 |
| 3.6 PERIODO 1962-1970 | 207 |
| 3.6.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1962-1970) | 207 |
| 3.6.2 SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1962-1970) | 214 |
| 3.6.3 LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1962-1970) | 218 |

CAPITULO IV

LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO Y EL DIAGNOSTICO DE LA SALUD DE 1970 A 1982

| | |
|--|-----|
| 4. PERIODO DE CRISIS Y REESTRUCTURACION | 232 |
| 4.1 INTRODUCCION | 232 |
| 4.2 EL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA 1970-1982 | 233 |
| 4.2.1 EL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA 1970-1976 | 234 |
| 4.2.2 EL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA 1976-1982 | 244 |

| | |
|---|-----|
| 4.3 ANALISIS DEL PROCESO COLECTIVO SALUD-ENFERMEDAD | |
| 1970-1982 | 262 |
| 4.3.1 DETERMINACION Y CARACTERIZACION DE LOS | |
| SISTEMAS DE SALUD | 262 |
| 4.3.2 INDICADORES DE SALUD | 263 |
| 4.3.2.1 PROBLEMAS EN LA INFORMACION E | |
| INDICADORES DEL SECTOR SALUD | 265 |
| 4.3.3 LA GESTION ESTATAL EN SALUD | 267 |
| 4.3.3.1 PLAN NACIONAL DE SALUD | 268 |
| 4.3.3.2 POLITICAS DE SALUD Y PLAN GLOBAL | |
| DE DESARROLLO | 269 |
| 4.3.3.3 REFORMAS A LA LEY DEL SEGURO | |
| SOCIAL | 271 |
| 4.3.3.4 PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA | 272 |
| 4.3.3.5 PROGRAMA DE ATENCION A | |
| MARGINADOS | 274 |
| 4.3.3.6 FINANCIAMIENTO, GASTO E INVERSION | |
| DEL SECTOR SALUD | 280 |
| 4.3.3.7 PRINCIPALES PROBLEMAS DE | |
| FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR SALUD | 285 |
| 4.3.4 DIAGNOSTICO DE SALUD | 289 |
| 4.3.4.1 ASPECTOS DEMOGRAFICOS | 289 |
| 4.3.4.2 ESPERANZA DE VIDA | 292 |
| 4.3.4.3 NATALIDAD Y FECUNDIDAD | 292 |
| 4.3.4.4 MORTALIDAD GENERAL | 293 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 4.3.4.5 | MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS | 294 |
| 4.3.4.6 | MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES | 295 |
| 4.3.4.7 | MORBILIDAD | 297 |
| 4.3.4.8 | POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA | 298 |
| 4.3.4.9 | VIVIENDA | 299 |
| 4.3.4.10 | EDUCACION | 300 |
| 4.3.4.11 | NUTRICION | 300 |
| 4.3.4.12 | INDICADORES DE COBERTURA | 302 |
| 4.3.4.13 | CONSIDERACIONES FINALES EN TORNO A LOS INDICADORES DE SALUD | 305 |
| 4.4 | RESUMEN Y CONCLUSIONES | 307 |
| 4.4.1 | CONCLUSIONES DE CARACTER CONCEPTUAL SOBRE LA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO, EL ESTADO Y LA SALUD | 308 |
| 4.4.2 | CONCLUSIONES SOBRE LA EVOLUCION DE LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD EN MEXICO DE 1920 A 1982 | 321 |
| 4.4.3 | CONCLUSIONES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MEXICO | 349 |
| 4.4.4 | CONCLUSIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LA SALUD 1970-1982 | 352 |
| | APENDICE | 358 |
| | BIBLIOGRAFIA | 367 |

CAPITULO I: METODOLOGIA

1. METODOLOGIA EMPLEADA PARA LA ELABORACION DE LA TESIS

En el presente capítulo se expondrá en forma breve la metodología empleada en la elaboración de la tesis "La salud, la reproducción de la fuerza de trabajo y el Estado en México, 1920-1982".

Se inicia el capítulo con la definición y planteamiento del problema objeto de la investigación. Posteriormente se delimita el campo de investigación en términos de problemáticas, principales categorías analíticas a utilizar y periodización; también se plantean los objetivos generales del estudio.

Finalmente, se muestra cual es el orden de exposición que sigue la tesis.

1.1 DEFINICION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Se estudiará la problemática de la salud en México, considerando el proceso salud-enfermedad como un proceso colectivo, determinado por el contexto histórico-social o, más concretamente, por el proceso de trabajo.

Dado que consideramos de singular importancia la de-

finición del proceso colectivo salud-enfermedad como un proceso histórico, y por lo tanto en constante transformación, es objeto de esta tesis el estudio de las diferentes formas que ha adoptado ese proceso a lo largo del desarrollo del modo de producción capitalista en México.

Con el objeto de mantener un orden lógico, se comenzará el estudio exponiendo el marco teórico a partir del análisis de la reproducción de la fuerza de trabajo y del Estado y sus efectos en torno a la salud para posteriormente analizar, de acuerdo con ese marco, la estructura económica, el Estado y la salud en México de 1920 a 1982. Se finalizará la investigación con un diagnóstico de salud, en el que se esbozan puntos de reflexión a manera de conclusión.

El análisis del proceso colectivo salud-enfermedad implica el estudio de la forma que asume la reproducción de la fuerza de trabajo y el Estado.

La afirmación anterior se basa en el supuesto de que el análisis de la problemática de la salud debe hacerse superando criterios biologicistas o descriptivos y ubicando al proceso salud-enfermedad dentro de un contexto económico concreto y bajo relaciones sociales de producción específicas.

A partir de los elementos condicionantes de la problemática de salud en el país, tales como la reproducción de la fuerza de trabajo, la evolución de las relaciones

sociales de producción y el carácter y tipo de Estado se sientan las bases para el estudio sistematizado y científico de esa problemática.

Una vez definidas las condicionantes básicas del proceso colectivo salud-enfermedad se puede pasar a la dinámica que el mismo experimenta.

Se observa que, al mismo tiempo que la salud es uno de los requisitos fundamentales para asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, es en el propio proceso de trabajo donde se gestan los perfiles epidemiológicos de una sociedad.

Esta es la razón por la cual, dentro del marco teórico, se estudiará la reproducción de la fuerza de trabajo desde la óptica de la evolución del proceso de trabajo. El estudio de esa evolución se hará con la finalidad de relacionar las modificaciones de dicho proceso con las alteraciones en los perfiles epidemiológicos de una sociedad.

El análisis de la evolución del proceso de trabajo será dividido en seis aspectos fundamentales:

- subsunción formal del proceso de trabajo al capital
- subsunción real del proceso de trabajo al capital
- formación del obrero colectivo
- taylorismo y fordismo
- norma social de consumo
- reproducción técnica de la fuerza de trabajo

El estudio de estos aspectos permite entender:

- Cómo las características de subordinación de la fuerza de trabajo al capital en los diferentes períodos del modo de producción capitalista determinan los cambios en la reproducción de la fuerza de trabajo y cómo éstos afectan al perfil epidemiológico.
- Cómo el desarrollo del sistema propicia la formación de un obrero colectivo, el cual debe recibir una gestión colectiva en salud, lo que da origen a los sistemas de seguridad social como forma estatal de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo.
- Cómo las modificaciones en el proceso de trabajo, a partir del "taylorismo" o "fordismo", implican alteraciones en el nivel de desgaste de la fuerza de trabajo, lo que constituye un factor esencial en la conformación del nivel medio de salud.
- Cómo, en la esfera de la circulación, se genera una norma social de consumo que produce modificaciones en el patrón de alimentación, vivienda, vestido y forma de vida, con lo que se altera la propensión a contraer enfermedades.
- Cómo la diferenciación en la reproducción técnica de la fuerza de trabajo genera diferencias de niveles de vida, entre las que se incluye una ges-

tión diferenciada en salud.

Esta evolución en el proceso de trabajo se da inmersa en relaciones sociales de producción determinadas, lo que obliga a realizar un estudio del Estado. Este al asumir su papel de garante de la reproducción ampliada del capital asume, al mismo tiempo, la gestión estatal en salud y se transforma en el responsable formal de la manera en que se reproduce la fuerza de trabajo colectiva y del nivel de salud de la población.

Debido a la amplia polémica existente en torno al Estado y sus funciones, en el marco teórico se pondrá especial interés en aclarar el carácter del Estado capitalista, exponiendo a la vez sus funciones y sus nuevas modalidades de intervención.

El estudio del Estado y la reproducción de la fuerza de trabajo en una estructura económica determinada da los elementos para conocer qué factores influyen en la conformación de una política de salud y cuáles son los alcances y limitaciones reales de las políticas sanitario-asistenciales.

Una vez planteados los principales conceptos y categorías en los que se basa la tesis, se procederá a estudiar la evolución del proceso colectivo salud-enfermedad en México de 1920 a 1982, para verificar históricamente el marco teórico.

Debido a que el desarrollo del capitalismo en México

ha pasado por varias etapas en el período de análisis, para el estudio de la problemática de la salud, se elaboró la siguiente periodización:

1º período 1920-1934 postrevolucionario

2º período 1935-1940 cardenista

3º período 1941-1961 desarrollo de la estructura monopólica

4º período 1962-1970 desarrollo estabilizador

5º período 1971-1982 crisis y reestructuración

Para cada uno de estos períodos, se analizarán la estructura económica, el Estado y lucha de clases y se evaluará su impacto sobre el proceso colectivo salud-enfermedad y las políticas de salud.

Finalmente, se presentará un diagnóstico de la salud en México en la década de los setenta y las conclusiones finales de la tesis.

1.2 DELIMITACION Y UBICACION DEL PROBLEMA Y DEL CAMPO DE INVESTIGACION

La tesis estudiará la problemática de la salud en México considerando el proceso colectivo salud-enfermedad como uno de los procesos en los que se expresan más claramente las interrelaciones entre proceso de trabajo, reproducción de la fuerza de trabajo, Estado y lucha de clases.

Dado lo extenso y polémico del tema, en la investiga-

ción se exponen las categorías y conceptos en forma breve y se profundiza sólo en la medida de lo necesario, ya que si se desarrollara el marco teórico, citando todas las posiciones al respecto, se perdería el hilo conductor de la investigación.

En el marco teórico se expresa pues la conceptualización del problema aceptada por los autores de la tesis, la que es producto de la consulta, discusión y adopción de ideas provenientes de diferentes posiciones que recogen la metodología de análisis materialista dialéctica.

El estudio de la estructura económica se presenta por sectores y es breve, pues sólo se desarrolla con el objeto de dar un panorama de la situación y constatar los cambios socio-económicos que se produjeron en el país en el período de análisis.

Las estadísticas sanitarias se utilizan para el diagnóstico de la salud en los setenta; se presenta asimismo una cronología de las principales políticas de salud de 1920 a 1982, a través de las que se pueden observar y evaluar los cambios operados en la gestión de la misma.

El estudio de la salud tiene dos dimensiones principales: el análisis de su contexto socio-económico y de su marco político institucional, y la identificación de los criterios epidemiológicos correspondientes.

1.3 FORMULACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

Con el objeto de señalar los puntos de referencia que guían el desarrollo de la investigación y a cuyo logro se dirigen los esfuerzos, a continuación se definen los objetivos generales del estudio:

- 1.- Explicar la evolución del proceso salud-enfermedad a partir de los cambios ocurridos en el proceso de trabajo, los que afectan la forma en que se reproduce la fuerza de trabajo.
- 2.- Detectar cuáles son las características de la subsunción real del proceso de trabajo al capital que determinan alteraciones en la forma de reproducción de la fuerza de trabajo y cómo estos cambios afectan a los perfiles epidemiológicos.
- 3.- Analizar los efectos de la formación del obrero colectivo sobre la gestión estatal en salud en México.
- 4.- Estudiar cómo algunos cambios ocurridos en el proceso de trabajo (taylorismo y fordismo) repercuten en el esquema de morbilidad y mortalidad debido a la modificación en el modo de desgaste de la fuerza de trabajo.
- 5.- Determinar cómo se modifica la propensión a contraer enfermedades a partir de la generación de la norma social de consumo.
- 6.- Estudiar los efectos de la reproducción técnica

de la fuerza de trabajo sobre la gestión en salud y la estructuración de una atención diferenciada.

- 7.- Analizar los factores que inciden en la conformación de una política de salud.
- 8.- Ofrecer información para contribuir a la investigación sistemática en torno a la evolución de la gestión estatal en salud.

1.4 ESTRUCTURACION DEL MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL DE REFERENCIA

En el marco teórico, se busca apoyar la investigación mediante la exposición y análisis de teorías que se consideran válidas para la tesis; al mismo tiempo, se presentarán las ideas, conceptos y experiencias con las que cuenta el equipo de trabajo.

El capítulo se inicia con la conceptualización de la fuerza de trabajo como la única forma generadora de valor; se plantea así, desde un principio, la óptica bajo la cual se analizará el problema de la salud.

A continuación, se define la categoría reproducción de la fuerza de trabajo y se muestra su importancia para la conservación del modo de producción capitalista. Se resalta entonces que la salud es una precondition básica para asegurar esa reproducción.

Al partir de la hipótesis de que es en el proceso de trabajo en donde se gestan los perfiles epidemiológicos, se estudiará la dinámica de ese proceso y se analizarán sus etapas, características fundamentales y efectos sobre la salud.

La ubicación del proceso salud-enfermedad en un contexto histórico-social conduce a la conceptualización del Estado y sus funciones, en tanto factores que inciden sobre el objeto de estudio.

Finalmente, se expondrán conclusiones preliminares en torno a la salud, que serán objeto de verificación histórica en el tercer y cuarto capítulos de la tesis.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1 INTRODUCCIÓN

Se busca definir en el presente capítulo el marco teórico y conceptual bajo el que se estudiará la gestión estatal en salud de la fuerza de trabajo. Para analizar la problemática de la salud en México es necesario inscribirla dentro del marco históricosocial en el que se ubica el proceso salud-enfermedad.

Uno de los principales defectos que se encuentra permanentemente en los estudios sobre la salud es considerar el proceso salud-enfermedad aislado del contexto histórico-social en que se manifiesta, abundando los criterios biologicistas o descriptivos bajo los cuales se esconde las causas que determinan el proceso; siendo, por tanto, un objetivo de la presente tesis explicar el proceso salud-enfermedad a partir del proceso mismo de trabajo con sus implicaciones histórico sociales.

La relevancia teórica de este estudio obliga a definir desde un principio la óptica bajo la cual se analizará el problema, por lo que se parte de la conceptualización de la fuerza de trabajo como la única forma generadora de valor y su necesidad de reproducción como condición sine qua non para la conservación del modo de producción capitalista.

Si se considera que la salud es una precondition para asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, se debe entonces estudiar el mismo proceso de trabajo, ya que es aquí donde se gestan los perfiles epidemiológicos; razón por la cual dentro de este marco teórico nos hemos visto obligados a analizar de manera sintetizada como ha evolucionado el proceso de trabajo.

En torno a la evolución del proceso de trabajo, ésta ha sido estudiada a partir de seis aspectos fundamentales, mismos que de alguna manera conectan las modificaciones del proceso de trabajo con las alteraciones en los perfiles epidemiológicos, éstos son:

- 1) Detectar cuáles son las características propias de la subsunción formal del proceso de trabajo al capital y cuáles son las características de la subsunción real para poder determinar cómo se ven alteradas las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo y cómo afectan estos cambios a los perfiles epidemiológicos.
- 2) Exponer cómo con la formación del obrero colectivo se debe dar una gestión socializada de la fuerza de trabajo para poder justificar la necesidad propia del proceso de acumulación de dotar de una gestión en salud a la fuerza de trabajo, responsabilidad que "asume" el Estado en concordancia con el capital.

- 3) Estudiar cómo el proceso de trabajo se ve modificado (a partir de instrumentos administrativos, "taylorismo", o de modificaciones en la base técnica, "fordismo") y los efectos de estos cambios sobre el nivel de desgaste de la fuerza de trabajo, factor esencial para la conformación de un nivel medio de salud.
- 4) Determinar cómo la evolución del modo de producción capitalista en la esfera de la circulación, a través de la norma social de consumo, incide sobre los perfiles epidemiológicos por medio de diversos mecanismos.
- 5) Observar cómo con la evolución del proceso de trabajo, se ha modificado la reproducción técnica de la fuerza de trabajo en forma diferenciada, lo cual repercute a su vez en una gestión diferenciada en salud.
- 6) Analizar cómo a partir de la formación del obrero colectivo se vuelve "inevitable" la intervención del Estado y cómo esta intervención repercute en el surgimiento del salario social y la gestión estatal en salud.

Al mismo tiempo hay que considerar que tanto la reproducción de la fuerza de trabajo como la evolución del proceso de trabajo se dan dentro de un marco definido y concreto; razón por la cual debemos ubicar ambos procesos dentro de un Estado que está inmerso en el capitalismo mundial,

lo cual de alguna manera condiciona una cierta gestión en salud impulsada por un Estado-Nación.

Al localizar el proceso salud-enfermedad dentro de un Estado definido, y concebirse este proceso íntimamente ligado al proceso de trabajo, tenemos los elementos que justifican un breve estudio del Estado, su conceptualización, funciones, nuevas modalidades de intervención, etc.; factores que determinan alcances y limitaciones reales de las políticas sanitario asistenciales.

De este modo, en el presente marco teórico se pretende exponer las teorías, conjuntamente con las ideas, conceptos y categorías, en las que se apoya la tesis para sustentar la investigación sobre la gestión en salud en los años setenta, con el objetivo de concatenar los aspectos teóricos y conceptuales para poder fundamentar las hipótesis que guían la investigación. Por razones de orden metodológico, y con el objeto de agrupar los puntos de reflexión que surgen del marco teórico, éste finaliza con una serie de conclusiones preliminares en torno a la salud que sirven además a manera de puente entre la parte teórica de la tesis y la investigación aplicada de la realidad.

Resumiendo, en el presente marco teórico, se tratarán de determinar las relaciones fundamentales existentes entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo, determinando, a su vez, la conformación de perfiles epidemiológicos surgida de esta interrelación, la cual avala y

refuerza el Estado.

Al analizar las condiciones de reproducción en salud desde una perspectiva basada en el proceso de acumulación y condicionada por la lucha de clases, los factores económicos y políticos encuentran cabida en el análisis y el estudio del sector salud se sistematiza y cuenta con las bases para poder efectuarse en forma completa y superar los niveles biologicistas y descriptivos que tanto han afectado al desarrollo de una teoría sanitario asistencial científica.

2.2 CONCEPTUALIZACION DE LA FUERZA DE TRABAJO COMO LA UNICA FORMA GENERADORA DEL VALOR

La posibilidad de transformar el dinero en capital, de incrementar el valor, surge del valor de uso o consumo productivo de una mercancía especial, comprada o apropiada por el poseedor de medios de producción en la primera fase del proceso de circulación(1), la cual posee la característica de generar valor al consumirse; esta mercancía es la capacidad de trabajo(2).

"La transformación del valor del dinero llamado a convertirse en capital no puede operarse en este mismo dinero, pues el dinero como medio de compra y medio de pago, no hace más que realizar el precio de la mercancía que compra y paga, manteniéndose inalterable en su forma genuina, como cristalización de una magnitud permanente del valor"(3).

(1) Marx, Carlos, El capital. Crítica de la economía política. 7ta. reimpresión. México, FCE, 1975. Tomo I. p. 120.

(2) Ibid, p. 121.

(3) Ibid, p. 120.

"La transformación a que nos referimos sólo puede brotar de su valor de uso como tal, es decir, de su consumo. Pero, para poder obtener valor del consumo de una mercancía, nuestro poseedor de dinero tiene que ser tan afortunado que, dentro de la órbita de la circulación, en el mercado descubra una mercancía cuyo valor de uso posea la peregrina cualidad de ser fuente de valor, cuyo consumo fuese pues, al propio tiempo materialización de trabajo, y, por tanto, creación de valor. Y en efecto, el poseedor de dinero encuentra en el mercado esta mercancía específica: la capacidad de trabajo o fuerza de trabajo"(4).

En otros términos la posibilidad de transformar el dinero en capital sólo se puede dar cuando aparece en el mercado la mercancía fuerza de trabajo y es vendida "libremente" por su propietario en "igualdad de condiciones" (en términos formales y jurídicos, razón por la cual el estudio del Estado cobra singular vigencia). En consecuencia, para obtener la valorización del capital es indispensable encontrar en el mercado una mercancía cuyo consumo sea el trabajo mismo y, por lo tanto cuyo valor de uso consista en la creación de otros valores de uso y, por ende, en la creación de valor. Esta mercancía cuyo consumo es el propio trabajo en acción no puede ser otra que la capacidad de trabajo del hombre constituida por el conjunto de sus facultades físicas y mentales existentes en su cuerpo y que él pone en movimiento al trabajar, es decir, que esta mercancía no es otra que la fuerza de trabajo.

"Entendemos por capacidad o fuerza de trabajo el conjunto de las condiciones físicas y espiritua-

(4) Ibid, p. 121.

les que se dan en la corporeidad, en la personalidad viviente de un hombre y que éste pone en acción al producir valores de uso de cualquier clase"(5).

La mercancía fuerza de trabajo es la única que posee la característica de generar un valor mayor al ser consumida productivamente, es decir que su característica como única fuente generadora de valor estriba en que, una vez consumida productivamente, el valor generado por ella supera el valor de una determinada suma de medios de vida necesarios para su manutención. La fuerza de trabajo sólo puede aparecer en el mercado como una mercancía más cuando es ofrecida en venta por su poseedor y para ello éste debe ser libre propietario de la misma y de su persona. Al enfrentarse el propietario de dinero y el poseedor de fuerza de trabajo, deberán hacerlo en condiciones jurídicas iguales, garantizadas por el Estado; ambos se enfrentan como poseedores de mercancías, el uno como vendedor y el otro como comprador. Para que esta relación de igualdad se mantenga, la fuerza de trabajo tendrá que ser vendida sólo por un determinado tiempo (jornada laboral), porque si se vende para siempre, ello significaría que su dueño se convertiría en esclavo y dejaría de ser poseedor de una mercancía para ser él mismo una mercancía; el dueño de la fuerza de trabajo deberá ceder sólo el disfrute de su mercancía, por ello más bien la alquila que la vende.

(5) Ibid, p. 121.

Otra condición que debe estar presente para que la fuerza de trabajo aparezca como mercancía es la que no constituya un valor de uso para su poseedor. Para que lo sea, el dueño de la fuerza de trabajo, cuyo valor de uso es la creación de otros valores de uso, debe disponer, además de su fuerza de trabajo, de los medios necesarios: instrumentos, materias primas, etc., y de los medios de vida indispensables para subsistir mientras no venda lo que produce. Por lo tanto, el propietario de la fuerza de trabajo deberá estar desposeído de todos estos medios y verse obligado en consecuencia a vender su capacidad de trabajar como única mercancía.

Resumiendo, para convertir su dinero en capital, el poseedor de dinero deberá encontrarse en el mercado con el trabajador libre en un doble sentido: jurídicamente libre y dueño de sí mismo para disponer "libremente" de su fuerza de trabajo y libre de aquellos medios necesarios para consumir por cuenta propia su fuerza de trabajo.

Estas condiciones, resultado del desarrollo de las relaciones sociales de producción, marcan el inicio de una época específica en la producción social, en la cual la reproducción de la fuerza de trabajo se sitúa como uno de los puntos fundamentales para garantizar un proceso de acumulación ampliada, siendo ésta una de las funciones más importantes del Estado capitalista.

2.3 DEFINICION DE LA CATEGORIA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO Y SU IMPORTANCIA EN LA CONSERVACION DEL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA

El valor de la fuerza de trabajo, como el de toda otra mercancía, está determinado por el tiempo de trabajo socialmente necesario para su producción y reproducción. Pero la fuerza de trabajo sólo existe como una capacidad del hombre y, por tanto, su producción y reproducción presuponen la conservación y reproducción de aquél. Para ello el hombre necesita de una determinada cantidad de medios de vida, por lo que el tiempo de trabajo socialmente necesario para producir y reproducir la fuerza de trabajo se reduce al tiempo de trabajo necesario para producir esos medios de vida. Ello quiere decir que el valor de la mercancía fuerza de trabajo no es más que el valor de los medios de vida necesarios para la conservación y reproducción de su poseedor: el trabajador asalariado.

"Para que su presencia en el mercado de trabajo sea continua, como lo requiere la transformación continua del dinero en capital, es necesario que el vendedor de fuerza de trabajo se perpetúe, 'como se perpetúa todo ser viviente, por la procreación'. Por lo menos, habrán de reponerse por un número igual de fuerzas nuevas de trabajo, las que retiran del mercado el desgaste y la muerte. La suma de los medios de vida necesarios para la producción de fuerza de trabajo incluye, por tanto, los medios de vida de los sustitutos, es decir, de los hijos de los obreros, para que esta raza especial de poseedores de mercancía pueda perpetuarse en el mercado"(6).

Esta suma de medios de vida necesarios incluye tan-

(6) Ibid, p. 125.

to a los satisfactores materiales (casa, vestido, sustento, salud, etc.) como a los satisfactores mentales (educación, diversión, etc.), determinados socialmente por el proceso de trabajo y la lucha de clases, para la producción y reproducción de la familia obrera.

"El valor de la fuerza de trabajo se reduce al valor de una determinada suma de medios de vida. Cambia, por tanto, al cambiar el valor de éstos, es decir, al aumentar o disminuir el tiempo de trabajo necesario para su producción"(7).

A su vez, mientras más prolongado sea el tiempo en que actúe la fuerza de trabajo ininterrumpidamente y mientras mayor sea la intensidad con que lo haga, mayor será su desgaste, mayor la cantidad de medios de vida necesarios para reponerla y mayor, por tanto, su valor.

"El límite último o mínimo del valor de la fuerza de trabajo lo señala el valor de aquella masa de mercancías cuyo diario aprovisionamiento es indispensable para el poseedor de la fuerza de trabajo, para el hombre, ya que sin ella no podría renovar su proceso de vida; es decir, el valor de los medios de vida físicamente indispensables. Si el precio de la fuerza es inferior a este mínimo, descenderá por debajo de su valor, ya que, en estas condiciones, sólo podrá mantenerse y desarrollarse de un modo raquítico, y el valor de toda mercancía depende del tiempo de trabajo necesario para suministrarla en condiciones normales de bondad"(8).

La suma de estos medios de vida varía de un país a otro en dependencia de las condiciones naturales, el nivel de desarrollo económico y cultural y la lucha de clases. Por estas razones el valor de la fuerza de trabajo, a diferencia de las demás mercancías, implica un elemento

(7) Ibid, p. 125.

(8) Ibid, p. 126.

históricomoral. Por un lado, el desarrollo económico, cultural y técnico tiende a hacer aumentar el valor de la fuerza de trabajo, al conducir a un aumento de los valores necesarios a invertir para su reproducción pero, por otro lado, el desarrollo de la productividad del trabajo al disminuir el valor de los medios de valor que la reproducen (bienes-salario) tiende a hacer bajar su valor. La complejidad de este aspecto en torno al valor de la fuerza de trabajo ha dado lugar a un sinnúmero de polémicas y, dada la extensión de su análisis, no se desarrollará este punto en la presente tesis.

En torno al Estado y la reproducción de la fuerza de trabajo se puede afirmar que éste tiene dentro de sus principales funciones la gestión sobre la reproducción de la fuerza de trabajo para asegurar que el intercambio D-FT (compra-venta de fuerza de trabajo) no se interrumpa e incluso para que este intercambio se produzca en las condiciones más favorables al capital, dotando por un lado a las clases sociales de una igualdad formal bajo la cual se esconde la explotación y por el otro incidiendo económicamente sobre la fuerza de trabajo a través del salario social (categoría sobre la cual se profundizará más adelante), para que esta mercancía fortuita esté en mejores condiciones de ser explotada por el capital.

La oferta ininterrumpida de fuerza de trabajo es posible por la continua reproducción de esta fuerza; reproducción que debe efectuarse bajo ciertas "condiciones", a fin de garantizar su "aptitud" para ser explotada productivamente. Dentro de las "condiciones" necesarias para la adecuada reproducción de la fuerza de trabajo, la salud es uno de los elementos fundamentales; por lo que se le estudia como uno de los factores básicos en la reproducción de la fuerza de trabajo.

Como punto final de este subinciso, se pone énfasis en señalar que el proceso de trabajo y la lucha de clases determinan socialmente el modo en que se reproduce esta fuerza; razón por la cual a continuación se desarrollará someramente un análisis sobre la evolución del proceso de trabajo, inscrito éste dentro de las modificaciones que se generan en la gestión estatal sobre la reproducción de la fuerza de trabajo y sus repercusiones en torno a la salud.

2.4 EVOLUCION DEL PROCESO DE TRABAJO EN EL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA

2.4.1 SUBSUNCION FORMAL Y SUBSUNCION REAL DEL PROCESO DE TRABAJO AL CAPITAL

Subsunción formal del proceso de trabajo al capital

Para el surgimiento del capitalismo fueron necesarios dos elementos indispensables: el dinero que se habría de

transformar en capital y el trabajador libre para vender su fuerza de trabajo y libre (desposeído) de sus medios de producción. Durante todo este proceso el capital necesitó del Estado para consolidarse; así tenemos que el Estado no sólo actúa para acelerar el proceso de desposesión de los productores directos de sus medios de producción y lograr la creación del proletariado sino también para regular los salarios y en general para mantener el conjunto de relaciones sociales de producción favorable a la acumulación ampliada. De este modo el Estado apoya al capital con acciones que van desde la creación de un sistema colonial hasta la generación de una infraestructura y un proteccionismo, factores indispensables para el despegue capitalista.

Pero la relación fundamental que define el modo de producción capitalista, mediante una especificación en el espacio general del valor, es la relación salarial que convierte a la fuerza de trabajo en mercancía.

"El capital es la relación social de apropiación, en tanto que mercancías, de los productos de trabajo y de las fuerzas de trabajo vendidas por individuos libres"(9).

El uso de la fuerza de trabajo asalariada en la producción es la creación del trabajo abstracto.

El valor del trabajo abstracto global se divide en: 1) valor de la fuerza de trabajo social, y 2) plusvalor; a su vez el plusvalor puede encarnar dos diferentes for-

(9) Aglietta, Michael, Regulación y crisis del capitalismo. México, Siglo XXI, 1979. p. 29.

mas: la plusvalía absoluta y la plusvalía relativa.

Se entiende por plusvalía absoluta la producida mediante la prolongación de la jornada de trabajo, prolongación efectuada sin que exista una reducción en el tiempo de trabajo necesario y bajo el supuesto de que las mercancías se compran y se venden por su valor. La plusvalía relativa es la que se logra reduciendo el tiempo de trabajo necesario; es decir, para hacer descender el valor de la fuerza de trabajo (reducir por lo tanto el tiempo necesario) se debe aumentar la capacidad productiva del trabajo a nivel social, lo que ocasiona un cambio en el proceso de trabajo por medio del cual se reduce el tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de una mercancía (10).

Una vez definidas brevemente las categorías plusvalía absoluta y plusvalía relativa, contamos con los elementos necesarios para señalar qué se entiende por subsunción formal del proceso de trabajo al capital.

En la etapa manufacturera, primera forma bajo la cual el capital se subsume el proceso de trabajo, la acumulación de capital se basaba en la extracción de plusvalía absoluta, siendo por tanto una subsunción formal, ya que el capital sólo formalmente ha subsumido el proceso de trabajo, pues éste, viéndose desde el punto de vista de las transformaciones de la materia, no ha sufrido grandes cambios, sólo que ahora el proceso de trabajo está subordinado

(10)Marx, Carlos, op. cit.

do al capital(11). Esta primera fase que recorre el capitalismo, en la cual el capital no transforma las fuerzas productivas sobre las que descansan las relaciones sociales de producción, hace que sólo formalmente el proceso de trabajo se haya subsumido al capital. Esta subsunción es "tan formal" que el Estado debe ayudar al capital a apropiarse del trabajo excedente, creando toda una legislación laboral por medio de la que se incrementa y legaliza la explotación de los nacientes proletarios, ya que el modo de producción capitalista está aún gestándose y necesita tanto de la fuerza económica como del Estado para lograr afianzarse.

La presión estatal sobre el naciente proletario es fundamental en esta primera fase del capitalismo, ya que para mantener la relación de explotación trabajo asalariado-capital, sin contar con modificaciones técnicas en el proceso de trabajo, el obrero debe ser desposeído absolutamente de sus medios de trabajo y no tener la posibilidad de retorno a sus antiguas labores; condiciones que el Estado crea y avala dentro de la legalidad burguesa.

Pero el desarrollo de las fuerzas productivas, el avance tecnológico que se genera y la organización obrera que inició la lucha contra la extensión de la jornada de trabajo sientan las bases para un cambio en la modalidad de acumulación, la cual modifica técnica y socialmente el

(11) Ibid.

proceso de trabajo posibilitándose el paso de una subsunción formal a una subsunción real del proceso de trabajo al capital, misma que ocasiona modificaciones de todo orden que a continuación se estudiarán.

Subsunción real del proceso de trabajo al capital

Se puede decir que el paso de la subsunción formal a la subsunción real del proceso de trabajo al capital grosso modo es el cambio en la extracción de plusvalía absoluta a plusvalía relativa como forma fundamental de explotación capitalista.

Al basarse el modelo de acumulación en la extracción de plusvalía relativa, se deben efectuar incrementos en la productividad, lo que se traduce en cambios concretos en la base material en la que se asienta el proceso de trabajo, es decir, se altera la composición orgánica de capital, a favor de una maquinización del proceso de trabajo.

El modo de producción capitalista propiamente dicho se establece, rebazando la etapa manufacturera, al modificar la base técnica sobre la que se asienta el proceso de trabajo. El obrero, al ver "modernizada" la base material en la que trabaja, se ve objetivamente incapacitado a regresar a sus tradicionales y ahora obsoletas formas de trabajo independiente, ya que, al ser completamente transformados los medios de producción y estar totalmente desposeído de los mismos, se le cierra toda posibilidad de competencia con el capitalista y por ende se le condena a

asumir inevitablemente su condición de asalariado.

La existencia de la maquinaria permite que el proceso de creación de la riqueza social se dé como un proceso de acumulación de capital aun desde un punto de vista técnico. La revolución operada en el modo de producción con la maquinaria tiene como punto de partida el instrumento de trabajo.

Con la irrupción de la maquinaria el obrero sufre una transformación que se deja sentir hasta en el seno de su familia al ser obligados a proletarizarse todos sus miembros y verse, por lo mismo, modificada su forma de reproducción, de modo que toda la clase obrera sin importar sexo y edad queda bajo la dependencia inmediata del capital.

"La maquinaria, al hacer inútil la fuerza del músculo, permite emplear obreros sin fuerza muscular o sin desarrollo físico completo, que posean, en cambio una gran flexibilidad en sus miembros. El trabajo de la mujer y el niño fue, por tanto, el primer grito de la aplicación capitalista de la maquinaria"(12).

El valor de la fuerza de trabajo desciende con la irrupción de la máquina, ya que, al proletarizarse el niño y la mujer, el costo de reproducción de la familia obrera se prorratea entre todos sus componentes y no sólo entre el jefe de familia como anteriormente se acostumbraba, haciendo los llamados salarios complementarios.

"La maquinaria amplía, desde el primer momento, no sólo el material humano de explotación, la verdadera cantera del capital, sino también su grado de explotación"(13).

(12) Ibid, p. 323.

(13) Ibid, p. 324.

La creciente sobreexplotación infantil, aunada al trabajo femenino y al abandono del hogar, desencadena un crecimiento en el índice de mortalidad y la corrupción física y moral de la familia obrera, la cual llegó a momentos tan críticos que el Estado tuvo que "reglamentar" el trabajo infantil y dictar medidas para contrarrestar la voracidad burguesa.

Por un lado, la maquinización intensifica la jornada de trabajo y aumenta la productividad pero, para "optimizar" costos, la máquina se debe usar día y noche (para reducir pérdidas por la inactividad del capital fijo), por lo que se aumenta la jornada de trabajo para incrementar la plusvalía apropiada.

Pero la incorporación de la maquinaria genera un proceso contradictorio, ya que, si la masa de plusvalía está determinada por la cuota de plusvalía (proporción entre trabajo excedente y trabajo necesario) y el número de obreros simultáneamente empleados, con la maquinización se aumenta el tiempo excedente en perjuicio del tiempo necesario, pero a su vez baja el número de obreros explotados.

Esta contradicción se manifiesta al generalizarse el empleo de maquinaria en una rama industrial, imponiéndose el valor social regulador de la industria mecanizada, por lo que se tiene que prolongar la jornada de trabajo para compensar la disminución del número proporcional de obreros explotados, con el aumento, no sólo el trabajo exce-

dente relativo, sino también del trabajo excedente absoluto(14).

La maquinización desde este punto de vista trae las siguientes consecuencias:

- a) prolongación e intensificación de la jornada de trabajo;
- b) revolución de los métodos del proceso de trabajo y del carácter de la organización social de los mismos;
- c) formación del ejército industrial de reserva; y
- d) sometimiento de la fuerza de trabajo a la ley impuesta por el capital.

La explotación del obrero por el capital se presenta en el proceso de trabajo como la subsunción real del obrero a la máquina.

Por otro lado, la subsunción real del proceso de trabajo al capital desencadena un proceso contradictorio, en cuanto a que, por un lado, incrementa el proceso de concentración y centralización del capital y, por el otro, parcializa o atomiza al obrero, conformando un obrero colectivo, el cual requiere de una reproducción socializada de su fuerza de trabajo.

En la subsunción real del proceso de trabajo al capital, la relación trabajo asalariado-capital ya ha sido generalizada a nivel social, por lo que se requiere de re-

(14) Ibid.

laciones políticas adecuadas que implican en forma decisiva la presencia del Estado, el cual formalmente da igualdad jurídica a los individuos (ciudadanos), atomizando a la sociedad para el desarrollo "armónico" del modo de producción capitalista.

2.4.2 FORMACION DEL OBRERO COLECTIVO

El capital logra, por medio de la maquinaria y el régimen de gran industria, transformar el proceso de trabajo y adueñarse plenamente de él, revolucionando las condiciones técnicas y sociales sobre las que se asienta, con el fin de lograr incrementar la fuerza productiva del trabajo. Además, en la medida en que son las máquinas las que dominan al obrero, los instrumentos de trabajo ya no necesitan de cualidades específicas en el trabajador individual. Para su uso, el capital logra considerar al trabajo del obrero principalmente en tanto trabajo abstracto, importando cada vez menos qué características tenga su trabajo concreto. Es así que el capital consigue aumentar la intensidad del trabajo y la productividad y, mediante esto, crece la tasa de plusvalía.

En la gran industria, el conjunto de operaciones que un productor directo realiza en la producción de un bien son aisladas y separadas. En adelante cada operación es realizada por un individuo, por un obrero, resultando el conjunto de las operaciones en el obrero colectivo, que

es en el que aparecen como un todo el conjunto de operaciones necesarias para la producción de este bien, pero con mayor capacidad y además siendo este obrero colectivo dirigido por el capital.

El contradictorio desarrollo del capitalismo trae como resultado, como habíamos señalado anteriormente, la socialización cada vez mayor de las fuerzas productivas y sus respectivas relaciones de producción, bajo una forma de apropiación cada vez más centralizada. Esta etapa del capitalismo, en donde el incremento en la concentración y centralización del capital da lugar a la formación de los monopolios como una nueva forma de integración y organización del proceso productivo, conlleva un cambio en las formas de propiedad capitalista individual a una forma más social que reclama el mismo proceso de producción así como a la necesidad de una mayor "planeación" o "programación" de la producción.

Así pues, las contradicciones inherentes del capitalismo y su agravamiento en la etapa monopolista llevan a la inevitabilidad económica de la intervención del Estado, que en un principio reviste un carácter empírico y que poco a poco se torna en una intervención sistematizada, pragmática y científica.

"El Estado moderno, cualquiera que sea su forma, es una máquina esencialmente capitalista, es un Estado de los capitalistas, el Estado colectivo ideal, y cuantas más fuerzas productivas asuma como de su propiedad, más se convertirá de capitalista colectivo ideal en capitalista colectivo

real, mayor será el número de súbditos suyos a quien explota. Los obreros siguen siendo lo que son: obreros asalariados proletarios. El capitalismo lejos de abolirse con estos medios, se agudiza y exalta"(15).

Con el capital monopolista, el Estado interviene en el desarrollo de las fuerzas productivas, esto significa un mayor ahondamiento de la intervención estatal al servicio del capital.

Aquí se da una socialización de la producción pero manteniendo su base privada de apropiación, y además una de las características de la etapa monopolista, como decíamos anteriormente, es la intervención del Estado en todos los ámbitos de la sociedad (intervención en salud, educación, producción, represión, etc.), lo que pone al descubierto la falsa concepción "social" sobre la que descansa el Estado. Pero la concentración de capital no afecta únicamente al Estado, también se ve afectada la fuerza de trabajo:

"Con la socialización de las fuerzas productivas se socializa igualmente la fuerza de trabajo: la reproducción de la fuerza de trabajo se realiza en condiciones cada vez más sociales y en condiciones cada vez menos aisladas o individuales. Este hecho debe ser visto desde el ángulo de la concentración del capital que se ve acompañada de una consiguiente concentración de la fuerza de trabajo y de los medios de reproducción de esta última. La concentración de estos medios de reproducción —transporte, vivienda, (salud)*, derivados de la "urbanización" de la fuerza de trabajo— llevan a su utilización colectiva y a su gestión colectiva"(16).

(15) Engels, Friedrich, Anti-Duhring: la subversión de la ciencia por el señor Eugen Duhring. México, Grijalbo, 1962. p. 226.

(16) Rajchenberg, Enrique, El Estado y la reproducción de la fuerza de trabajo. Tesis doctoral, División de Estudios Superiores, Facultad de Economía, UNAM, 1982. pp. 46-47.

*Inclusión nuestra.

Esto es, que, en la etapa monopolista, se lleva a cabo también una concentración de la fuerza de trabajo junto a sus medios de reproducción; aquí el Estado interviene y asegura la reproducción de la fuerza de trabajo según las necesidades de su utilización, lo que se hace necesario para el desarrollo mismo del capitalismo.

De este modo, la formación del obrero colectivo, y la necesidad de su reproducción, obliga al Estado (como Estado capitalista colectivo ideal) a tener una gestión socializada de la fuerza de trabajo, en donde la salud de la familia obrera (entre otras cosas) pasa a ser una actividad garantizada socialmente por el Estado al capital, para que éste encuentre en el mercado una fuerza de trabajo apta, "sana" para ser explotada.

Para finalizar, hay que señalar que la formación del obrero colectivo permite la contratación colectiva de los trabajadores, factor que posibilita la agrupación de los intereses de clase del sector obrero, pero que también permite que el obrero colectivo sea manipulado en base a un proceso de corporativización. Este punto solamente se deja sentado porque se analizará cuando se aborde el problema relativo a la lucha de clases.

Una vez abordado el problema en relación al obrero colectivo, se puede iniciar el estudio de los cambios ocurridos en el proceso de trabajo; modificaciones que el capital, bajo el apoyo del Estado burgués, implanta para contrarrestar la tendencia decreciente de la tasa de ganancia.

2.4.3 TAYLORISMO Y FORDISMO

Taylorismo

Una de las formas de gestión estatal de la fuerza de trabajo se puede buscar en los cambios ocurridos en la organización del mismo proceso de trabajo y en los ocurridos en los procesos técnicos de la producción. La división técnica del trabajo está ligada a la división social del trabajo, siendo la técnica el sustrato material de las relaciones internas del proceso de trabajo que convierten al colectivo de las fuerzas de trabajo en una fuerza única productora de plusvalor(17).

La división del trabajo progresa buscando la fragmentación del trabajo vivo y sólo se considera esencial la norma de rendimiento de las fuerzas de trabajo, medida en tiempo de trabajo, produciéndose la colectivización del trabajo según la valorización del capital, dándose esta homogeneización a través del trabajo abstracto realizado en la producción.

En el modo de producción capitalista, se puede obtener tanto plusvalía absoluta como relativa, fundamentándose en el principio mecánico que combina la maquinización con la destreza obrera. Al estar subordinado el proceso de trabajo a la máquina, el obrero en lugar de dirigir los instrumentos de trabajo se convierte en apéndice de la máquina, siendo la norma de rendimiento de la fuerza de trabajo social el eje del análisis del proceso de trabajo.

(17) Aglietta, Michael, op. cit.

Los cambios en la organización del proceso de trabajo los podemos ubicar a través del taylorismo, método que aplica la administración científica al proceso productivo. La administración científica permite al capital controlar todas las acciones del proceso de trabajo, mediante ésta, separa la ejecución del trabajo de su concepción, apropiándose el capital de esta última(18). El resultado de esta separación es el de poder tratar al obrero como una máquina más a la que se le señalan todas sus acciones: el cómo, en qué tiempo y con qué ritmo efectuarlas.

Uno de los principios en los que se sustenta el taylorismo es el de considerar que dentro del proceso de trabajo existen tiempos muertos; éstos están ligados a la coordinación de los diferentes segmentos del proceso de trabajo que resultan de las discontinuidades en las prácticas de producción que impiden que la totalidad de la jornada de trabajo sea una sola masa de trabajo abstracto(19).

"Puede definirse el taylorismo como el conjunto de relaciones de producción internas en el proceso de trabajo que tienden a acelerar la cadencia de los ciclos de movimiento en los puestos de trabajo y a disminuir el tiempo muerto de la jornada de trabajo.

Estas relaciones se manifiestan mediante principios generales de organización del trabajo que reducen el grado de autonomía de los trabajadores y los someten a una vigilancia y a un control permanentes en la ejecución de la norma de rendimiento"(20).

(18) Ibid, p. 90.

(19) Ibid, p. 91.

(20) Ibidem.

Al trabajador se le quita toda autonomía y dirección de su trabajo, el cual pasa a manos de "especialistas" (departamento de organización y métodos), implantándose estudios de "tiempos y movimientos" que organizan efectivamente el trabajo en equipo, teniendo como objetivo burgués la unificación de todas las reglas de organización, para lograr la reducción del tiempo muerto. Con esto se integra al obrero a la máquina con cierto ritmo, y se aprovecha al máximo el capital fijo, teniéndolo permanentemente en movimiento.

Por un lado, uno de los supuestos necesarios para el funcionamiento del taylorismo es el de poder contar con una fuerza de trabajo "programadamente eficiente", en donde el factor salud es fundamental para dar "aptitud" a la fuerza de trabajo de ser "científicamente" explotada, bajo condiciones que implican un mayor desgaste de esta fuerza.

Por otro lado, los requerimientos del régimen de gran industria exigen una determinada reproducción técnica de la fuerza de trabajo (proceso de formación de individuos), es decir, se necesita una cierta calificación del trabajador, que es una consecuencia de la modernización de los medios de producción.

"La dimensión técnica del proceso de reproducción de las relaciones de explotación consiste precisamente en la adaptación de los individuos y sectores sociales a los requerimientos del capital o, más precisamente, de los medios de producción para la mantención y ampliación del proceso de valorización"(21).

(21) Labarca, Guillermo, Para una teoría de la acumulación capitalista en América Latina. México, Nueva Imagen, 1979. p. 15.

Esta reproducción técnica será objeto de estudio en páginas posteriores y se señala aquí como uno de los requerimientos (educación, salud, etc.) necesarios para el desarrollo del capitalismo.

Fordismo

A medida en que la base material sobre la que descansa el modo de producción capitalista se desarrolla, a través de la maquinización del proceso productivo, el taylorismo es superado por el fordismo; en este último la reorganización del proceso de trabajo no es únicamente fruto de un orden establecido al margen de los instrumentos y medios de trabajo sino inclusive a través de ellos, es decir, los cambios rebazan el marco administrativo, modificando y modernizando técnicamente los instrumentos y medios de trabajo.

Al mismo tiempo, el fordismo supera al taylorismo al originar la formación de una norma social de consumo y una tendencia a institucionalizar la lucha de clases a través de la negociación colectiva. El fordismo debe articular el proceso de producción y el modo de consumo, ya que, como supone la producción en masa, es necesario ampliar el consumo del trabajador colectivo para que, de este modo, la producción masiva encuentre su realización y el modelo de acumulación no entre en crisis.

La vivienda y los bienes de consumo duradero (televisor, línea blanca, etc.) son artículos que se incorporan a la canasta de consumo obrero, ya que para repo-

ner el desgaste ocasionado por un método de explotación intensiva hay que trasladar los tiempos muertos de la fábrica al hogar, irrumpiendo el capital en sectores vírgenes de la economía, con el objeto de penetrar en la esfera doméstica para acortar el tiempo usado en procurarse los medios de subsistencia y lograr que el tiempo libre del trabajador sea utilizado para reponer el desgaste. A su vez, esta penetración capitalista permite ampliar el radio de acción del capital y asegurar una fase de expansión(22).

El proceso de trabajo característico del fordismo es la cadena de producción semiautomática que se basa en la extracción de plusvalor relativo al incrementar la productividad y hacer más intensiva la jornada de trabajo, con lo que se disminuye el valor unitario de las mercancías de consumo masivo y se genera una baja en el tiempo de trabajo socialmente necesario para la reconstitución de la fuerza de trabajo.

El fordismo retoma los principios del taylorismo intensificando más la jornada de trabajo y aumentando aún más la separación entre trabajo manual e intelectual; en donde los trabajadores en su conjunto incrementan su dependencia del proceso de acumulación y se enfrenta, en mayor medida, el progreso científico con los trabajadores, por el impacto de la aplicación de la ciencia a la producción.

El fordismo, en algunos casos, favorece la integra-

(22) Aglietta, Michael, op. cit.

ción vertical pero la cadena de producción está sujeta a la siguiente restricción: cuanto más se hayan desarrollado en el pasado los principios de la fragmentación de los trabajadores individuales y de la integración de los medios de trabajo mediante el mecanismo tanto más costará el endurecimiento de la norma de rendimiento en términos medios de producción(23).

Por otro lado, la necesidad de incrementar la productividad hace que se necesiten cada vez mayores montos de inversión en capital fijo, teniendo que ampliarse cada vez más los mercados y estando latente una crisis de realización permanentemente.

Con el fordismo se debe realizar una gestión global de la fuerza de trabajo, lo que trae consigo que ya no se trate únicamente de adaptar al obrero a la producción sino que se adapten a ella todas las relaciones en que se basa el modo de producción capitalista. De esta manera, los cambios ocurridos en el proceso de trabajo no afectan a éste exclusivamente; también se ve afectado el modo de vida obrero o, más concretamente, la forma en que se reproduce la fuerza de trabajo, razón que obliga al Estado a profundizar en su intervención, aumentando su gestión en educación, salud, vivienda social, infraestructura, etc.

Resumiendo el problema sin querer pecar de esquemáticos, el proceso de trabajo característico del fordismo es la cadena de producción semiautomática, la cual genera

(23) Ibid.

Los siguientes efectos:

- a) abaratamiento de los bienes salarios, desvalorizando la fuerza de trabajo siempre y cuando no se incorporen nuevos productos a la canasta de consumo obrero;
- b) reducción de los tiempos muertos e intensificación de la jornada de trabajo;
- c) separación ampliada del trabajo manual e intelectual;
- d) aumenta la dependencia del obrero colectivo de las exigencias del proceso de acumulación;
- e) favorece la integración vertical, incrementando el proceso de concentración;
- f) impone una norma social de consumo;
- g) aumenta el grado de intervención del Estado.
- h) incorpora a la mujer a la esfera productiva como salario complementario desvalorizándose la fuerza de trabajo; e
- i) genera la contratación colectiva y con ello la corporativización y la unión obrera en una lucha global contra las condiciones de trabajo.

En relación al proceso de trabajo basado en la cadena de producción automática, o neofordismo, en la presente tesis no se estudiará pues para el caso mexicano, en su condición de país subdesarrollado, esta fase de desarrollo capitalista todavía no se generaliza, sino más bien se da en ramas escasas y aisladas sin una gran repercusión

social, pero no deja por ello de ser importante, porque indirectamente el neofordismo puede modificar el proceso de trabajo fordista; pero por razones de espacio y de ser otro el objetivo de este marco teórico no se desarrollará esta idea.

2.4.4 NORMA SOCIAL DE CONSUMO

Con el fordismo, los cambios ocurridos en el proceso de trabajo afectan el modo de vida obrero o, más concretamente, afectan la reproducción de la fuerza de trabajo, ya que así como se ha estructurado el trabajador colectivo se debe estructurar éste en las prácticas de consumo. De este modo, el desarrollo del capitalismo y la separación resultante de los trabajadores de sus medios de producción implica la absorción por parte del capital de las formas tradicionales de consumo, creando un modo de consumo específico del capitalismo y por ende una norma social de consumo obrero; a través de ésta se integra al consumo en las condiciones de producción.

"Es menester que el trabajador colectivo, modelado por las relaciones de producción capitalistas, sea asimismo estructurado por las relaciones de producción en las prácticas de consumo. La separación de los trabajadores de los medios de producción, que se encuentra en el origen de la relación salarial, implica una desestructuración de los diversos modos tradicionales de consumo y conduce a la creación de un modo de consumo específico del capitalismo. Se crea así una norma social de consumo obrero, que es un factor esencial en la extensión de la relación

salarial, (. . .). Mediante la norma social de consumo el modo de consumo se integra en las condiciones de producción"(24).

Esta norma social de consumo es de singular importancia en la conformación de la salud obrera, ya que genera, entre otras cosas, un cierto patrón alimenticio que, al responder a los intereses pragmáticos del capital, se aleja cada vez más de las necesidades nutricionales que el obrero colectivo necesita para reponer las fuerzas gastadas en una jornada laboral intensiva.

Por otro lado, al entrar la atención a la salud dentro de esta norma social de consumo, y ser un factor más de obtención de ganancia, la atención médica se capitaliza, respondiendo más al enriquecimiento de unos cuantos médicos que a la generación de una mejor salud, bajando incluso la calidad de la atención médica, en perjuicio de la familia obrera.

Con la norma social de consumo se desestructuran las relaciones no mercantiles, contraídas anteriormente por el trabajador a fin de reproducir su capacidad laboral, imponiéndose "reglas" para la reproducción de la fuerza de trabajo que permiten una ampliación en la acumulación de capital, debido a la creciente mercantilización del consumo.

Así el consumo se integra a las normas de la producción, lo que trae como consecuencia que el mantenimiento

(24) Ibid, pp. 130-131.

o más bien la reproducción de la fuerza de trabajo se vea regulada, ya no por el capitalista individual, como podía ser el caso de Ford, sino por el Estado.

A su vez hay que considerar que la norma social de consumo es una modalidad que incide fundamentalmente en la generación de plusvalor relativo.

"La mutación de las fuerzas productivas originadas en el sector I encuentra su destino en el sector II mediante la disminución del valor de la fuerza de trabajo y la elevación concomitante de la tasa de plusvalor"(25).

La cita anterior hace referencia a que cuando se integra el obrero a la maquinización, el trabajo de éste pierde cualquier carácter cualitativo diferenciado (trabajo concreto) y el salario se ve homogeneizado en cuanto a parcela de una sola fuerza de trabajo social, aislada por el contrato salarial, volviéndose uniforme su modo de consumo, "consumo de masas". Esto es una condición esencial para la acumulación capitalista, ya que contrarresta la tendencia al desarrollo desigual del sector I pues al incremento en la composición orgánica de capital va aparejado una baja en el valor unitario de las mercancías (incluidos medios de producción y posteriormente bienes salariales) que ocasiona una desvalorización de la fuerza de trabajo social y por consiguiente una elevación de la tasa de plusvalía. La norma social de consumo, al incorporar a la canasta de consumo obrero bienes de consumo duradero que superan en mucho el salario corriente, supone una amplia socialización del financiamiento y co-

(25) Ibid, p. 131.

rrespondientemente un control muy estricto de los recursos y gastos de los trabajadores. El consumo individual debe ser ordenado y estabilizado de forma con la relación mercantil, en apariencia libre, asegurando la relación mercantil de intercambio.

El hogar estabilizado, en el marco de la vivienda social media (multifamiliar), elimina la insalubridad y permite la instalación de bienes de consumo duradero, que son los medios para economizar trabajo doméstico y lograr el traslado de los tiempos muertos de la fábrica al hogar.

La inseguridad del empleo, aunada a los compromisos financieros adquiridos, dio lugar a una reglamentación y homogeneización de los salarios y a la formación de fondos de seguridad social; de este modo se podía responder a los compromisos propios de la sociedad de consumo, aún en caso de sufrir una incapacidad para percibir un salario directo.

La socialización del consumo se convierte en un factor de la lucha de clases, ya que, cuando la relación salarial se generaliza, los medios sociales de consumo han de ser adquiridos como mercancías capitalistas o bien proporcionados por organismos públicos.

2.4.5 REPRODUCCION TECNICA DE LA FUERZA DE TRABAJO

Se entiende por reproducción técnica de la fuerza de trabajo a la adecuación de los individuos a los instrumen-

tos con que producen y al grado de capacitación que por lo mismo se les exige.

La desigualdad en el desarrollo de la formación social capitalista y las transformaciones del proceso de trabajo han llevado a la conquista de tasas de plusvalor cada vez mayores que implican factores de diferenciación en el seno del trabajo asalariado, ya que con la aplicación del sistema mecánico se han destruido en gran medida los oficios creándose las condiciones para la formación de un obrero colectivo.

Si se trata de ver los principales efectos de la concentración y centralización de capital, se observa que la modernización de los medios de producción generalmente incrementa la composición orgánica de capital, lo que genera una mayor concentración de capital y fuerza de trabajo, naciendo las ciudades industriales y comenzándose a organizar jerárquicamente el trabajo en base a la especialización(26).

A partir de esta estructura productiva el mercado de empleo se dinamiza, ya que a los incrementos en la composición orgánica de capital corresponde un aumento en el grado de especialización que incide en una mayor atomización de los oficios, transformándose éstos en una serie de puestos de trabajo que cumplen parcialmente las etapas de transformación y elaboración del producto.

(26) Labarca, Guillermo, op. cit.

"En la etapa de los oficios, el individuo es quien posee la experiencia y el saber que desarrolla, utilizando máquinas y herramientas universales, en la etapa de la especialización, es la máquina la que lleva incorporado el 'saber hacer' y el individuo es el factor universal de la producción"(27).

La sofisticación de la máquina hace que surjan los trabajadores del área de mantenimiento para atender el cuidado de la máquina, los cuales deben poseer un nivel de capacitación técnica más elevado y manejar los principios teóricos de la maquinización.

Según Labarca, en los países donde se ha generalizado el modo de producción capitalista se puede decir

que en la industria existen tres tipos característicos de trabajadores productivos, con niveles de calificación específica:

a) Trabajadores del área de producción (se excluye la rama de bienes de capital).

Nivel educativo: primario.

Trabajador no calificado con adiestramiento de tres meses máximo subsumido su proceso de trabajo totalmente a la máquina, por lo que no se puede aplicar su experiencia de un empleo a otro dada la especificidad de la máquina.

El costo de formación de este trabajador especializado y atomizado es más bajo en la industria que en la manufactura.

El grueso del asalariado productivo se ubica en

(27) Ibid, p. 35.

esta área, en esta fase de desarrollo del capitalismo (subsunción real).

b) Trabajadores del área de mantenimiento.

Nivel educativo: medio; deben conocer los principios generales de la tecnología, mecánica, electricidad, etc., y deben tener conocimientos específicos de las máquinas a mantener.

Trabajador calificado que sólo después de uno o dos años de experiencia llega a dominar su oficio; las etapas de su calificación no están en relación a su grado de escolaridad técnico académica sino en relación a los niveles de comprensión de los instrumentos de trabajo.

c) Trabajador operario de montaje.

Nivel educativo: primario.

Trabajador no calificado, su grado de calificación se da en relación a su experiencia laboral; en su proceso de trabajo sólo se unen piezas elaboradas en otras etapas del proceso productivo y se usan herramientas universales que no definen un oficio, dándose continuidad entre la manufactura y la industria de montaje, por la utilización de herramientas universales.

En la automatización, esta área de trabajadores se ve excluida y la brecha entre trabajo calificado y no calificado se amplía.

A medida en que se desarrolla el capitalismo la frontera

entre trabajo productivo e improductivo se borra, en la medida en que todos los trabajadores van siendo progresivamente trabajadores indirectos y es muy difícil distinguir los trabajadores indirectos que producen plusvalía y reproducen su propio trabajo, de los que no lo hacen.

"Con el desarrollo de la subsunción real del trabajo al capital, o del modo de producción específicamente capitalista, no es el trabajador individual, sino cada vez más su capacidad de trabajo socialmente combinada lo que se convierte en el agente real del proceso laboral en su conjunto. Cada trabajador colectivo es la síntesis de un grado de desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción determinadas"(28).

Por otro lado, el análisis de Labarca en relación a los trabajadores improductivos define a éstos como los trabajadores que no están ligados a la producción y por lo tanto no son productores de plusvalía.

El trabajo improductivo se crea a partir de la disponibilidad de mano de obra y no de las necesidades productivas directas o indirectas y su tendencia es a crecer; en su mayoría este tipo de trabajo se vincula al Estado y se define no por la naturaleza de su trabajo sino por el carácter de su remuneración y por su papel de consumidor improductivo.

Existen trabajadores productivos con la misma profesión que un trabajador improductivo pero que, al estar inmersos en diferentes relaciones de producción (por ejemplo, burocracia-fábrica) y formar parte del trabajador colectivo, tienen otro carácter.

(28) Ibid, pp. 94-95.

La existencia del trabajo improductivo responde a actividades tanto económicas (como puede ser el aparato financiero estatal) como políticas (para amortiguar la lucha de clases por ejemplo) y ambas actividades responden a las exigencias del proceso de reproducción ampliada.

Los técnicos profesionales se pueden alinear ya sea como parte del trabajador colectivo o como trabajador improductivo. Es de singular importancia resaltar que los técnicos y profesionales enlistados en el área productiva contribuyen a desvalorizar la fuerza de trabajo al incrementar la productividad y extracción de plusvalor relativo.

El desarrollo del modo de producción capitalista ocasiona la diferenciación en la reproducción técnica de la fuerza de trabajo. Esto a su vez origina la diferenciación en el salario y en el consumo de la clase trabajadora, lo que, al mismo tiempo, permite que se tomen en relación a la fuerza de trabajo políticas diferenciadas que dominan a todos los sectores de un país, pero que se dejan sentir más en el sector social en donde la salud y la educación son recursos escasos.

2.4.6 EL DESARROLLO DEL PROCESO DE TRABAJO Y EL ESTADO CAPITALISTA

El régimen de acumulación intensiva o fordismo trae

consigo la generación de un obrero colectivo y crea un modo específico de consumo, dándose por primera vez en la historia una norma social de consumo obrero reestructurada por el capitalismo.

La existencia de un obrero colectivo es pues el precedente que permite la conformación de un salario social dada una norma social de consumo determinada.

Se puede decir en principio que el salario social surge de la ampliación en el intervencionismo estatal que trata de reducir el costo social como una medida para contrarrestar la caída de la tasa de ganancia.

Al profundizar en la cuestión anteriormente mencionada, se observa que el Estado debe incidir sobre la reproducción de la fuerza de trabajo, ya que, al ser generalizada la relación salarial a toda la sociedad, los medios sociales de consumo deberán ser adquiridos como mercancías capitalistas a través del salario directo o bien deben ser proporcionados por el Estado a través del salario social.

Se entiende por salario directo al precio de la cantidad de valor de cambio que el trabajador efectivamente controla para su reproducción privada. El salario directo es conocido también como salario real monetario o salario privado.

El salario social es el precio del conjunto de mercancías consumidas colectivamente por los trabajadores en los lugares institucionalizados es decir, es el flu-

jo de bienes y servicios necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo proporcionados por el Estado. El salario social es conocido también como salario real no monetario o salario colectivo.

De este modo, el salario real está compuesto por el salario directo y salario social.

El salario social es un mecanismo mediante el cual el Estado contrarresta la caída de la tasa de ganancia al socializar y reducir los costos; se observa como el mismo proceso de trabajo genera la necesidad de incorporar al salario social como agente fundamental para la reproducción de la fuerza de trabajo que el proceso productivo exige.

El salario social tiene una relación directa con el proceso de acumulación y su crecimiento está en relación tanto a causas económicas (combatir la caída de la tasa de ganancia) como a causas políticas; se puede abordar el problema desde la óptica del capital o desde la óptica del asalariado.

Desde el punto de vista del capitalista, puede contrarrestar la caída de la tasa de ganancia a través de dos mecanismos básicamente: la socialización del costo y la transferencia de plusvalía. La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud y educación es un claro ejemplo de la socialización del costo de la fuerza de trabajo, combatiéndose la tendencia decreciente desde el lado del

capital variable. La transferencia de plusvalía del sector público al sector privado tiene lugar en las empresas directamente productivas a cargo del Estado que pueden contrarrestar la tendencia decreciente de la tasa de ganancia en dos formas: vía capital constante, dotando al capital privado de insumos baratos, y vía capital variable, abaratando el precio de los bienes salarios.

Desde la óptica del trabajador, el salario social responde a la lucha que el obrero colectivo inicia por mejorar sus condiciones de trabajo; lucha que el capital privado se ve incapacitado de subsanar y que el Estado enfrenta al agudizarse las contradicciones sociales.

En última instancia, el salario social surge por la incapacidad del capital privado para asumir en su totalidad las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo necesarias para la valorización del capital.

Pero debe tenerse en cuenta que, al efectuarse la reducción del costo de reproducción de la fuerza de trabajo a través del salario social, se está tratando de ampliar las tasas de utilidades. Este factor contrarresta la caída de la tasa de ganancia pero cualitativamente no tiene ninguna incidencia, ya que la generación de un salario social no ejerce presión sobre las causas que originan esta tendencia descendente pues la contradicción producción social-apropiación privada se mantiene.

Sin embargo, se puede decir que la socialización del

costo de reproducción de la fuerza de trabajo es un mecanismo de extracción de plusvalor relativo; esta afirmación se basa en el supuesto de que, en la medida en que se da la socialización del costo, se reduce el tiempo de trabajo necesario y se incrementa el tiempo excedente, aumentando por lo mismo la tasa de plusvalor, conformando con esto una nueva modalidad de extracción de plusvalía relativa.

Con la subsunción real del proceso de trabajo al capital se agudizan las contradicciones propias del modo de producción capitalista, y el Estado debe pues incrementar sus intervenciones y sistematizar sus acciones, naciendo con esto una política económica encaminada a la reproducción global del capital.

Para finalizar este apartado, se desarrollará brevemente a continuación un ejemplo de la socialización del capital en torno a la seguridad social y a la asistencia pública.

La educación y la salud son parte del costo de reproducción de la fuerza de trabajo que exige el proceso de acumulación, formando parte ambos procesos del consumo social; el Estado al asumir estas funciones refuerza los mecanismos de acumulación y posibilita una nueva modalidad de extracción de plusvalor relativo al disminuir el tiempo necesario como resultado de la socialización de costos.

Por otro lado, la inversión productiva estatal sub-

venciona la producción privada, operándose una transferencia de plusvalía.

La reproducción de la fuerza de trabajo es a su vez la reproducción de las pasadas y futuras generaciones obreras (ancianos y niños —jubilados y derechohabientes) y el seguro a incapacidades de obreros activos, creándose los sistemas de seguridad y asistencia.

"La asistencia es financiada mediante el presupuesto de los organismos públicos, concedida por un aparato administrativo muy selectivo y presenta una gran incertidumbre para los que tienen derecho a ella, se trata de un derecho que siempre se encuentra amenazado en su extensión y grado de cobertura de sus gastos . . ." (29).

"La seguridad es un sistema más reglamentado que la asistencia, por cuanto vincula cotizaciones y prestaciones y lleva a cabo una socialización más o menos importante de determinados riesgos del trabajo asalariado. La seguridad social forma parte del convenio colectivo y de los compromisos contraídos en la lucha de clases" (30).

La Asistencia Pública y la Seguridad Social forman parte del consumo social, cuya finalidad es la socialización de los costos incidiendo sobre la caída de la tasa de ganancia al aumentar el margen de utilidad por la reducción del tiempo necesario.

Sobre la composición del salario, los sistemas de seguridad y asistencia y el carácter de la intervención estatal, se seguirá profundizando a lo largo de la investigación, resaltando en esta parte que el desarrollo del proceso de trabajo ha llevado al aumento en el nivel de

(29) Aglietta, Michael, op. cit., p. 157.

(30) Ibid, p. 158.

intervención estatal y a la conformación y articulación de una serie de medidas gubernamentales encaminadas a la reproducción global del capital.

2.5 EL ESTADO CAPITALISTA

2.5.1 CONCEPTUALIZACION GENERAL DEL ESTADO CAPITALISTA

La importancia del Estado capitalista en la conformación de su gestión en salud nos lleva a definirlo y estudiarlo con el objeto de descifrar su carácter y prever su comportamiento y efectos sobre la sociedad. De tal forma, se considera que el Estado surge sólo ahí donde existe algún excedente por apropiarse, y éste es apropiado por agentes sociales diferentes de los productores directos.

La propiedad privada del excedente suscita un divorcio de intereses; antes el interés individual se confundía con el interés común, ahora, con la apropiación del excedente, los intereses individuales no pueden fundirse en interés común más que a través de una "comunidad ilusoria", ya no natural sino social.

El Estado o "comunidad ilusoria" aparece a este primer nivel separado e independiente de la sociedad, aunque asentado siempre sobre la base real de los vínculos existentes de cada conglomerado, refrenando los intereses particulares; pero el desarrollo de las fuerzas productivas y la división social del trabajo sitúan al Estado por encima y dentro de los vínculos existentes.

"El Estado no es directamente la dominación de la clase apropiadora sobre la clase expropiadora, pero tampoco es el agente social interpuesto entre las dos clases: es únicamente la forma de dominación que escapa a su dominio, de la misma manera que escapa el control de la división del trabajo a la existencia de una pluralidad de intereses particulares"(31).

De este modo, el Estado expresa la capacidad de una clase por hacer prevalecer sus intereses particulares sobre otras, es decir, el resultado de la relación de fuerzas determinada en el campo de la producción se expresa a través del Estado. El Estado no es la lucha de clases sino la manifestación de que la sociedad se reproduce por el lado del interés de la clase dominante, traducido en interés común.

En el modo de producción capitalista, los individuos, soportes de los cambios de mercancías y valores, tienen la necesidad de una regulación externa de sus cambios, de tal forma que el Estado aparece como el complemento de la circulación de valores y mercancías, es decir, como el garante de relaciones igualitarias, incapaces por sí mismas de disciplinarse; por otro lado, la apropiación del excedente generado por la fuerza de trabajo hace que el Estado garantice la libertad de compra venta de esta fuerza y su utilización en el proceso de formación de valor con miras a la acumulación de capital(32).

(31)Rajchenberg, Enrique, op. cit., p. 9.

(32)Vincent, J. M., et al., El Estado contemporáneo y el marxismo. Departamento de Difusión de la Facultad de Economía, UNAM. s/f.

En la formación económicosocial capitalista, el Estado alcanza su verdadero desarrollo, logrando el coronamiento de la separación entre sociedad civil y sociedad política(33).

De este modo, el desarrollo capitalista genera y consume la ruptura de la unidad pueblo-estado, individuo-comunidad, y da lugar al dualismo específico sociedad civil-estado político, del cual derivan otros dualismos: ser individual y ser social, hombre privado y ciudadano político, intereses políticos e intereses privados, representantes representados(34).

Desde otro ángulo, Balibar siguiendo a Lenin en sus tres tesis sobre la dictadura del proletariado señala lo siguiente en torno al Estado:

"El poder del Estado es siempre el poder de una clase, producido en la lucha de clases, el poder del Estado no puede ser sino el instrumento de la clase dominante: lo que Marx y Lenin llamaban la dictadura de la clase dominante"(35).

En el Estado, al ser reducido el hombre a un ser colectivo, se atomizan las relaciones sociales de producción, se niega la existencia de clases y se le da al "ciudadano" una igualdad jurídica formal, mediante la cual se ejerce el poder del Estado. De este modo, el Estado a partir de la ideología jurídica burguesa se alza

(33)Marx, Carlos, La sagrada familia. México, Grijalbo, 1962.

(34)Kaplan, Marcos, Estado y sociedad. México, UNAM, 1978.

(35)Balibar, Etienne, Sobre la dictadura del proletariado. México, Siglo XXI, 1977. p. 142.

por encima de las clases y da la apariencia de sólo tener que ver con individuos y no con clases antagónicas; tratando a todos estos individuos-ciudadanos, en derecho, como iguales, y asegurando con esto que las relaciones de producción y explotación se encuadren en un margen de legalidad, detrás del cual se esconde el carácter de clase del Estado.

Sintetizando lo anterior, se podría decir que el gobierno del Estado moderno, no es más que una junta que administra los negocios comunes de toda la clase burguesa, ya que al velar el Estado, por la reproducción en general del sistema, garantiza en primera instancia la libre compra-venta de fuerza de trabajo y la apropiación privada del excedente. Esta "administración general" de los negocios comunes de la burguesía, puede sin embargo afectar a muchos sectores particulares debido a la no homogeneidad de la clase burguesa.

El Estado se erige como una comunidad ilusoria que sintetiza formalmente el interés general, pudiendo incidir económica (a través de medidas presupuestarias) o políticamente (a través del derecho burgués, del aparato ideológico, represivo, etc.) sobre la estructura económica, garantizando y reproduciendo las condiciones de producción y explotación existentes. De tal modo el Estado es un factor fundamental para incidir en el proceso de acumulación en forma favorable a la burguesía pero de ninguna manera exime a ésta de sus contradicciones antagónicas y de su perecimiento futuro como clase dominante.

Se debe poner énfasis en la necesidad de una cierta autonomía relativa del Estado con respecto a la clase dominante; autonomía que, por un lado, es resultado de la heterogeneidad de la clase burguesa, a la cual sólo la une su afán de lucro y maximización de ganancia y, por el otro lado, de la necesidad estatal de reproducir las condiciones de producción en los marcos de la lucha de clases y de este modo mantener vigente en apariencia el interés general; de otro modo, si el Estado no contara con cierta autonomía relativa se descararía ante la sociedad como un aliado incondicional de la burguesía y afloraría de manera más vulgar su carácter de clase.

2.5.2 LA AUTONOMIA RELATIVA DEL ESTADO

En el Estado se observa un carácter dual y ambiguo: por un lado, en última instancia, el Estado corresponde a la existencia de la clase dominante, reconociéndola, consolidándola y velando por sus intereses; por otro lado, el Estado no es sólo producto sino también productor de la sociedad y de sus relaciones y estructuras fundamentales, respondiendo, en mayor o menor medida, a necesidades e intereses generales en la sociedad; debe en parte ser y en parte actuar como un ente autónomo, árbitro, encarnación y realización del orden, la justicia y el bien común.

El Estado, al expresar el interés general a nivel formal, y consolidar el interés particular de clase a ni-

vel real, tiene que gozar de cierta autonomía relativa con respecto a la clase o fracción dominante, ya que no puede consolidar el interés de clase de ésta sino a partir de cierta autonomía que le permita mantener vigente en apariencia el interés general; de otro modo el Estado se descararía ante la sociedad como un capitalista más. Si no existe la autonomía relativa no puede funcionar el Estado capitalista.

"Presentando como una instancia universal y encarnación del interés colectivo, el Estado unifica en abstracto a todos los individuos y permite a quienes lo controlan presentar su propia dominación como expresión universalizante y mediatizadora de la sociedad y de sus intereses generales. Para asegurar la reproducción y el desarrollo de las condiciones generales del modo de producción y de la formación social capitalista, el Estado debe situarse y actuar como aparato de dominación y administración externo a los trabajadores y a los capitalistas individuales u organizados"(36).

En épocas de crisis, la autonomía relativa le permite al Estado tomar medidas para que continúe a nivel macroeconómico el proceso de producción y reproducción; estas medidas estatales sólo pueden ser llevadas por el Estado y, aunque en algunos casos se contrapongan a sectores amplios de la burguesía, aseguran la reproducción global del sistema.

La autonomía relativa del Estado tiene sus límites pues ésta no flota libremente sobre la sociedad y las relaciones de producción ni está liberada de los conflictos y enfrentamientos propios de la lucha de clases; es-

(36)Kaplan, Marcos, op. cit., p. 193.

tos factores limitan la capacidad del Estado burgués de intervenir independientemente, contribuyendo, a crear imperfecciones e inconsistencia del proceso político. En última instancia, el Estado burgués liberal no lleva su autonomía más allá de ciertos límites que también restringen el grado posible de su "objetividad", de su neutralidad y de su libertad arbitral respecto a los conflictos clasistas y políticos.

2.5.3 FUNCIONES DEL ESTADO CAPITALISTA

El Estado, al velar por la reproducción global del sistema y erigirse como una comunidad ilusoria que sintetiza formalmente el interés general, debe garantizar las condiciones de producción existentes y, de este modo, ser un factor fundamental para incidir en el proceso de acumulación a través de la implementación de una serie de medidas que conforman una política económica, por medio de la cual se sistematiza y articulan las diversas formas de intervención estatal.

En este sentido, el Estado es el sujeto de una política en la cual la economía es el objeto; esta tautología, que hace que la política económica sea el aspecto económico de la política, hace que no se puedan puntualizar ni la naturaleza de la economía ni la naturaleza de la política(37).

(37) Brunhoff, Suzanne de, Estado y capital. Madrid, Villar, 1978.

"Entendemos por política una acción realizada por el gobierno para alcanzar algunos objetivos . . . todos estos objetivos tienen, con diversos matices, un aspecto económico . . . La política económica es el aspecto económico de la política gubernamental en general: es la intervención deliberada del gobierno en asuntos económicos para realizar algunos objetivos"(38).

Una de las funciones básicas del Estado capitalista es la conformación de una política económica dentro de la cual están inmersas un sinnúmero de políticas (monetaria, fiscal, exterior, etc.). Para efectos de la presente tesis, sólo se estudiarán este tipo de políticas específicas en el momento en el que se relacionen directamente con la conformación de una política de salud aunque se observa que, dado su impacto sobre la formación social capitalista, siempre estarán implícitamente presentes y, por lo tanto serán objeto de mención detallada en diversos momentos de la investigación.

Se puede decir que la primera función que el Estado adquiere en el curso de su gestión es la sanción de la reproducción del capital, que se perpetúa a través del aparato jurídico-político; el Estado aparece como el complemento de la circulación de valores y de mercancías y como el garante de relaciones atomizadas e igualitarias, incapaces de autodisciplinarse(39).

Según O'Connor, el Estado cumple básicamente dos funciones: acumulación y legitimación; al respecto se desa-

(38)Ibid, p. 2.

(39)Rajchenberg, Enrique, op. cit.

rollará posteriormente esta teoría al estudiarse "la crisis fiscal del Estado", relacionando ambas funciones con la seguridad social y la asistencia pública.

En relación a las funciones del Estado, hay que considerar que existen actividades indispensables para la reproducción del capital que no son asumidas por el capital privado, pero hay que tener presente que el movimiento de su socialización está regido por el grado de capitalización de la sociedad.

Se puede decir grosso modo que las funciones del Estado capitalista son:

- a) la socialización del capital, manteniendo la apropiación privada;
- b) la inversión social;
- c) el consumo social;
- d) ser agente de la producción capitalista;
- e) oficializar el conflicto de clases; y,
- f) apoyar de diversas formas la reproducción global del capital.

a) La socialización del capital

El Estado al socializar los costos de producción de fuerza de trabajo beneficia al capital y genera una nueva modalidad de producción de plusvalor relativo.

b) La inversión social

La inversión en infraestructura es asumida por el Estado, ya que es uno de los factores que posibilita la existencia de condiciones materiales para el despegue capita-

lista.

Por otro lado, la inversión productiva estatal tiene los siguientes efectos en términos generales: subvenciona a la producción privada vía abaratamiento de insumos, desvaloriza la fuerza de trabajo vía abaratamiento de bienes salario, reduce los costos y con ello el tiempo necesario, incrementando la obtención de plusvalor relativo.

c) Consumo social

El consumo social cumple básicamente con dos necesidades propias del modo de producción capitalista: socializar los salarios y crear una demanda para realizar el producto; socializado los costos se incide sobre la tendencia decreciente de la tasa de ganancia y ampliando la demanda se atenúa la permanente posibilidad de una crisis de realización.

d) El Estado como agente de la producción capitalista

El Estado no sólo apoya y consolida al capital privado sino además es agente capitalista directo (existen empresas productivas estatales). Esto origina procesos contradictorios, ya que, por un lado, se busca la valorización del capital estatal y, por el otro, el Estado debe transferir plusvalía para combatir la caída de la tasa de ganancia. De este modo el Estado es formador de capital constante y variable, agente productor y generador del consumo, orientador del destino y trayectoria de la plusvalía producida y garante y ejecutor de la fijación de precios y salarios.

e) El Estado y la institucionalización del conflicto de clase

El Estado al socializar el capital refuerza las relaciones de explotación y desvaloriza la fuerza de trabajo con políticas de precios e incluso fiscales.

Esta tendencia al reforzamiento de las relaciones de explotación se matiza con la inserción del Estado en la competencia capitalista y con el papel del Estado como "árbitro" en los conflictos sociales entre las clases.

El Estado institucionaliza y oficializa el conflicto de clases, ya que, como éste se expresa en el Estado a través de luchas sindicales corporativizadas o en la lucha dentro del parlamento, la lucha de clases es convertida en una lucha reivindicativa que no va más allá de los márgenes economicistas.

f) El Estado y la reproducción global del capital

El Estado a través de las diversas actividades que emanan de su política económica apoya la reproducción global del capital; dentro de estas actividades sistematizadas e integradas destacan:

- 1) La creación y mantenimiento de las condiciones para que el intercambio D-FT, compra venta de fuerza de trabajo, se efectúe dentro del mejor "ambiente" para el capital.
- 2) El Estado debe tener una gestión sobre el equivalente general para regular el intercambio en la esfera de la circulación.

- 3) El Estado es el responsable de la reproducción social de la fuerza de trabajo.
- 4) El Estado debe asumir actividades que contrarresten la caída de la tasa de ganancia, socializando costos y transfiriendo plusvalía.

Seguir enumerando las actividades de las que se vale el Estado para apoyar la preservación del modo de producción capitalista sería inagotable, sin embargo, para efectos de la presente tesis nos detendremos en el estudio de la gestión estatal de la fuerza de trabajo, considerándola como una función fundamental del Estado, y la interrelación de esta gestión con la formulación de una política de salud.

2.5.4 LA GESTIÓN ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO

El eje principal de la intervención económica del Estado es la gestión de la fuerza de trabajo como mercancía particular; este tipo de gestión responde a una necesidad del capital que no puede ser satisfecha directamente por el mismo.

Según Suzanne de Brunhoff, el Estado interviene en el proceso de acumulación ampliada D-M-D' de la siguiente forma:

- Antes; vinculando, por un lado, al proletariado que sólo cuenta con su fuerza de trabajo para vivir y, por el otro, al "hombre de fondos"

o capitalista; asegurando con esto el intercambio D-FT, o compra venta de fuerza de trabajo.

- Después; generalizando ciertas reglas de este intercambio, al fijar salarios mínimos, jornadas laborales, prestaciones, etc.

El tipo de intervención aquí estudiado siempre se observa condicionado por el carácter capitalista del uso de la fuerza de trabajo. Este uso combina dos aspectos diferentes y complementarios: la disciplina en el trabajo y la inseguridad en el empleo(40).

La inseguridad en el empleo es el factor que condiciona la disciplina obrera.

La apariencia capitalista sostiene que el salario es "el precio del trabajo", escondiendo así la explotación capitalista, al ocultar la existencia de un sobretrabajo no pagado creador del plusvalor; la distinción marxista entre trabajo y fuerza de trabajo ha permitido describir el secreto del salario y poner a la luz del día a la plusvalía como la raíz del beneficio capitalista.

"El salario remunera el valor de la fuerza de trabajo inferior al valor del producto total creado por esta fuerza"(41).

La formación del obrero colectivo permitió generalizar la disciplina capitalista del trabajo y se comienza a efectuar la relación nivel de salarios, nivel de em-

(40) Brunhoff, Suzanne de, op. cit.

(41) Ibid, p. 16.

pleo; ya que la existencia de un ejército industrial de reserva asegura la dominación capitalista del mercado de trabajo.

De esta forma la determinación del nivel de salarios siempre es adversa para el trabajador, el cual debe disciplinarse y someterse o intensificar la lucha por mejorar su situación y romper sus cadenas.

Como vemos anteriormente, el salario está compuesto por el salario nominal o salario directo, pagado por el capitalista, y el salario indirecto, proporcionado al trabajador por el Estado.

La gestión estatal de la fuerza de trabajo tiene por objeto principal hacerse cargo del valor de la fuerza de trabajo que los capitalistas no remuneran directamente. Las instituciones públicas encargadas de esto van desde la beneficencia hasta la seguridad social, no siendo éste un campo homogéneo, ya que varía en torno a las transformaciones ocurridas en el proceso de acumulación y la lucha de clases.

El desarrollo del capitalismo desencadena una estratificación de la clase obrera, la cual genera una diferenciación hacia el asalariado en torno al tipo de gestión estatal en salud que recibirá.

Meillasoux distingue tres fracciones principales del proletariado.

- 1) Proletariado integrado o estabilizado que recibe salario directo e indirecto, cuya fuerza de trabajo es teóricamente comprada a su precio de producción.
- 2) Proletariado campesino que sólo recibe del capitalista los medios de reconstrucción inmediata de su fuerza de trabajo y no de su mantenimiento y reproducción; medios que se autoprocura en los marcos de una economía doméstica.
- 3) El proletariado que no tiene ningún medio de reproducción en ningún sector, trabajador migrante, el peor pagado y más desempleado.

Esta estratificación obrera conduce a una gestión estatal en salud diferenciada; por un lado, el ejército industrial de reserva, el proletariado campesino y el proletariado no integrado subempleado será gestionado a través de la asistencia pública; por el otro, el proletariado integrado será gestionado por la seguridad social.

La asistencia pública se diferencia de la seguridad social en que en ella se dan mayores arbitrariedades y el usuario encuentra mayores obstáculos (mala calidad), mientras que la segunda, por el hecho de cotizar directa o indirectamente el derechohabiente, tiene mejor calidad de prestaciones. El derecho a la seguridad social es más sólido que el derecho a la asistencia pública y para que el sistema de seguridad social se instaure en un país debe ir acompañado

de una política de empleo(42).

Se debe observar que para que se dé una gestión estatal sobre el ejército industrial de reserva, es necesario que la fuerza de trabajo activa pueda pagar (cotice) por la fuerza de trabajo fuera de uso; la gestión entonces no puede ser generalizada por mucho tiempo, so pena de agotar los fondos de seguro.

Para entender la gestión estatal de la fuerza de trabajo en el contexto de una relación económicosocial, hay que diferenciar los distintos elementos que componen e integran el salario del trabajador.

El salario está compuesto por el salario directo y el salario indirecto; se entiende por salario directo al "precio" que contiene el contrato de trabajo, mientras que el salario indirecto es la mezcla de prestaciones y el uso de equipos colectivos.

De otra manera, el salario está integrado por el salario privado y el salario social(43).

Salario privado.- Es el precio de la cantidad de valor de cambio que el asalariado efectivamente controla para su reproducción privada esencialmente familiar, es decir, el intercambio del propio salario por mercancías bienes salarios; intercambio controlado directamente por el trabajador en un lugar exterior al proceso de producción capitalista.

(42) Ibid.

(43) Lautier, R. y Tortajada, L., La fuerza de trabajo como mercancía particular. Mimeo, p. 14.

Salario social.- Es el precio del conjunto de mercancías consumidas colectivamente por los trabajadores en lugares institucionalizados (escuela, hospital, etc.) igualmente exteriores al proceso de producción capitalista, donde se realiza la producción socializada de la fuerza de trabajo.

A su vez, la relación salarial puede encarnar la forma de salario individual y salario colectivo(44).

El salario individual hace referencia a la cantidad de moneda gastada necesariamente para hacer funcionar la fuerza de trabajo de un individuo bajo la forma de "salario directo", por lo tanto no es más que un elemento del salario colectivo.

Salario colectivo.- Expresa las obligaciones de valorización que se imponen al trabajador colectivo, expresando, a su vez, la reproducción de la estructura jerárquica del obrero colectivo.

El capital variable, en tanto fracción del capital, es pagado como salario colectivo, siendo un valor que se autovaloriza.

La formación del obrero colectivo y el desarrollo del modo de producción capitalista exigen al Estado una gestión socializada o estatal de la reproducción de la fuerza de trabajo, respondiendo de este modo el Estado a las exigencias del capital en educación, salud, vivienda, etc.

El Estado se transforma en una instancia política

(44) Ibid.

en donde se expresa, "resuelve" y desplaza el conflicto entre trabajadores y capitalistas (y entre los mismos capitalistas); instancia exterior al proceso de producción, con la función de "esterilizar" una masa de valor para asegurar la reproducción de condiciones necesarias para lograr un proceso de acumulación ampliado.

Pero la gestión estatal de la fuerza de trabajo, a pesar de ser la función del Estado más importante en términos generales, no es suficiente para apoyar el proceso de acumulación por sí sola, teniendo el Estado que ampliar su margen de intervención y conformar una serie de políticas: política monetaria, política exterior, política fiscal, etc., para que de esta manera se articulen sistemáticamente todos los factores necesarios para asegurar la reproducción global del capital.

El desarrollo del modo de producción capitalista ha repercutido en la evolución del Estado, observándose nuevas modalidades de intervención estatal que implican nuevas formas de gestionar la fuerza de trabajo.

2.5.5 NUEVAS MODALIDADES DEL INTERVENCIONISMO ESTATAL

Para efectuar un análisis de las nuevas modalidades del intervencionismo estatal, el problema lo hemos analizado desde los siguientes cuatro aspectos fundamentales:

- a) Causas económicas.
- b) Causas políticas.

c) Modificaciones en la estructura estatal.

d) Nuevas formas de lucha y modificaciones en la intervención estatal.

a) Causas económicas

El desarrollo del modo de producción capitalista genera una mayor concentración y centralización de capital lo que, con el aumento de la composición orgánica del mismo, hace más inflexible el riesgo asumido por la burguesía; esto repercute en el Estado, ya que debe ampliar sus funciones y dar investigación tecnológica permanente, garantías de rentabilidad, ayuda financiera para invertir y, en general, mantener un ambiente favorable al monopolio(45).

A su vez, el desarrollo de las fuerzas productivas ha traído consigo una creciente proletarización de la población que hace que se incremente el gasto del Estado en seguridad social, capacitación técnica, urbanización, etc.; es decir, a una creciente socialización de la producción va aunada una creciente gestión estatal y un mayor gasto en salario social.

El Estado para contrarrestar la caída de la tasa de ganancia incrementa su gasto en infraestructura y nacionaliza los sectores productores de materias primas básicas, transporte, etc., para reducir gastos.

"La proporción de gastos en servicios sociales, infraestructura y acumulación va creciendo en el Estado, mientras que la de gastos improductivos declina"(46).

(45) Gough, Ian, "Gasto del Estado en el capitalismo avanzado", en Sonntag, Heinz Rudolf y Valecillos, Héctor (comps.), El Estado en el capitalismo contemporáneo. México, Siglo XXI, 1979. pp. 224 a 302.

(46) Ibid, p. 279.

Se observa pues que es erróneo considerar el crecimiento de los gastos del Estado como una carga improductiva sobre el capitalista, siendo más bien una precondición para la acumulación de capital.

b) Causas políticas

No sólo las causas meramente económicas generan modificaciones en la modalidad de intervención estatal; existen factores políticos derivados de la lucha de clases, que inciden directamente sobre la composición del gasto público.

"El volumen y la composición de los gastos gubernamentales y la distribución de la carga impositiva no están determinados por las leyes del mercado sino que reflejan y están estructuralmente determinados por los conflictos sociales y económicos entre clases y grupos"(47).

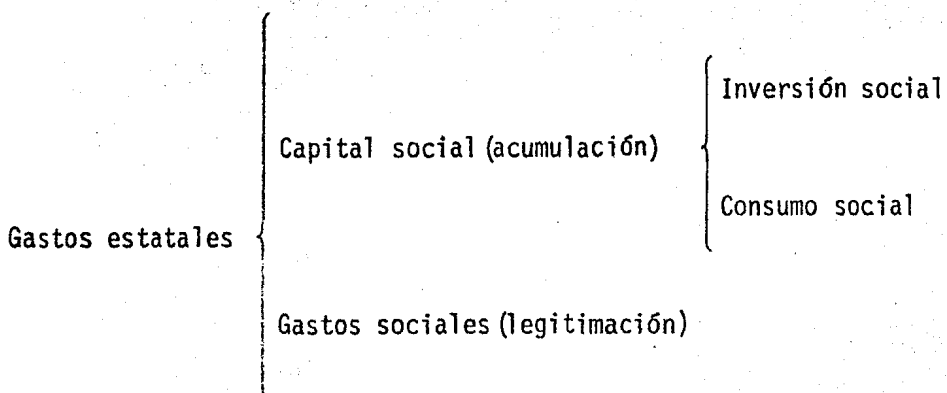
Según O'Connor, se debe considerar que el Estado capitalista debe tratar de cumplir dos funciones básicas y contradictorias: la acumulación y la legitimación; de este modo el Estado se compromete con el proceso de acumulación pero debe ocultar el carácter de clase de sus políticas.

De esta forma O'Connor hace una teoría sobre los gastos estatales y la crisis fiscal del Estado; grosso modo esta teoría tiene las siguientes categorías a través de las que el Estado interviene en la economía:

- Los gastos estatales. Están integrados por el capital social y los gastos sociales.

(47) O'Connor, J. M., Estado y capitalismo en la sociedad norteamericana. Buenos Aires, Periferia, 1974. p. 11.

- Capital social. Son los gastos indirectamente productivos, requeridos para una producción privada rentable y están integrados por la inversión social y el consumo social.
- Gastos sociales. Son gastos que no son ni indirectamente productivos, siendo los proyectos y servicios necesarios para mantener la armonía social y lograr la legitimación del Estado.
- Inversión social. Proyectos que incrementan la productividad de la fuerza de trabajo y aumentan la tasa de utilidades.
- Consumo social. Proyectos que reducen los costos de reproducción de la fuerza de trabajo y de los otros factores de la producción, aumentando la tasa de utilidades (seguro social).



"Debido al carácter dual y contradictorio del Estado capitalista, prácticamente todos los organismos estatales están implicados en las

funciones de acumulación y legitimación y casi todos estos gastos estatales tienen este carácter dual . . . El crecimiento del sector estatal y de los gastos estatales funciona en forma creciente como la base del crecimiento del sector monopolístico y de la producción total. A la inversa se argumenta que el crecimiento de los gastos y programas estatales es el resultado del crecimiento de las industrias monopolísticas. En otras palabras, el crecimiento del Estado es tanto la causa como el efecto de la expansión del capital monopolístico"(48).

El crecimiento del capital social permite mantener en condiciones de rentabilidad la acumulación monopolística; por otro lado, el crecimiento de los gastos sociales legitima y amortigua el conflicto entre las clases.

La crisis fiscal del Estado deriva entonces del necesario incremento en la socialización de los costos del capital (que implica un aumento en el gasto público) y la conservación de la apropiación del excedente en forma cada vez más privada.

Las presiones interburguesas por la canalización de la inversión social, las demandas sindicales sobre el consumo social y la lucha del ejército industrial de reserva, el proletariado y capas medias por una ampliación del gasto social derivan, en la teoría de O'Connor, en considerar política la composición del gasto estatal y por ende su modalidad de intervención.

"El Estado capitalista constituye una entidad relativamente autónoma que representa los intereses políticos de las clases dominantes y que está ubicado en el campo de la lucha de clases" (49).

(48) Ibid, p. 17.

(49) Gough, Ian, op. cit., p. 247.

La heterogeneidad de la burguesía y su incapacidad para organizarse directamente como clase es lo que determina que el Estado intervenga y ejerza su hegemonía política; actúa apoyado en su autonomía relativa, como un agente "externo" representante de los intereses políticos comunes a largo plazo de la clase dominante.

c) Modificaciones en la estructura estatal

En la etapa monopólica cada clase económica o cada grupo social lucha y presiona al Estado para que éste gaste más en ellos, pero al mismo tiempo nadie desea pagar nuevos impuestos o mayores tasas de las ya existentes, creciendo más rápidamente el nivel de los gastos gubernamentales que el de su ingreso.

La situación anterior en términos generales suscita los siguientes cambios en la estructura estatal:

- Sustitución de los impuestos directos por los indirectos para ampliar la recaudación fiscal.
- Abandono del principio de presupuestos equilibrados, surgiendo la teoría keynesiana del déficit.
- Admisión del papel moneda inconvertible, resultando la posibilidad de contar con emisión inorgánica.
- Se aumentan las funciones del Estado para contrarrestar la caída de la tasa de ganancia.

Dentro de la composición del gasto público, se observa un crecimiento del capital social, en perjuicio del gasto social, resultado de medidas que contrarrestan la caída de la tasa de ganancia.

Se comienza a profundizar la dualidad entre el capital privado y el capital estatal en términos de productividad, ya que las tasas de productividad en el sector estatal son menores que las del sector capitalista debido al predominio de servicios estatales con baja productividad y uso de mano de obra intensiva, aumentándose el índice de costo de los servicios del Estado.

d) Nuevas formas de lucha y modificaciones en la intervención estatal

Las causas económicas y políticas que generan cambios estructurales en la intervención del Estado implican, a su vez, un cambio en las formas de lucha obrera y burguesa y una modificación por ende de la estructura jurídica del Estado.

En relación a la burguesía, ésta se ha unido y organizado en asociaciones o cámaras que velan por sus intereses, tratando de sacar la mejor partida del capital social pero, como los intereses activos de los grupos dominantes son cada vez más dispares y sus denominadores comunes muy pequeños como clase, cada vez es más difícil lograr una unión "compacta" de la burguesía, haciendo imposible planificar la economía.

La centralización y concentración de capital hacen que se imponga el federalismo ante el localismo, teniendo el ejecutivo un mayor peso. El poder ejecutivo toma el control financiero del país y apoya presupuestariamente al monopolio.

Por otro lado, en relación a la clase obrera, se observa que la formación del obrero colectivo posibilita la sindicalización masiva, la cual toma dos vertientes: en la primera, se logra una sindicalización que lucha por los intereses económicos y políticos de la clase trabajadora; mientras que, en la segunda vertiente, el movimiento obrero es corporativizado, neutralizándose la lucha de clases.

Dentro de las demandas obreras ya no sólo se lucha por el incremento del salario directo sino también por el aumento del salario social, aportado colectivamente por el Estado.

Las organizaciones obreras tienen la posibilidad de construir un partido con programa homogéneo, organización amplia y estable y un funcionamiento continuado, insertándose la masa en las luchas políticas activamente e incluso como fracción disidente dentro del parlamento.

Esta serie de modificaciones estructurales y superestructurales hacen que la forma de intervención del Estado en la economía sea permanentemente cambiante, ya que está íntimamente ligada al proceso de acumulación, el cual se ubica dentro de un contexto político de lucha.

La composición del gasto estatal, así como su comportamiento y tendencias, es de singular importancia para el análisis del sector salud, ya que al estar éste integrado por la seguridad social y la asistencia pública y responder estas instituciones a exigencias diferentes, los gastos estatales en salud se gestionan a través de dos dis-

tintas instancias:

Por un lado, los gastos en seguridad social son gestionados a través del capital social o, mejor dicho se integran dentro del consumo social, responden a la función de acumulación y son productivos indirectamente, siendo un factor que reduce costos, posibilitando una forma de extracción de plusvalor relativo.

Por otro lado, los gastos en asistencia pública son gestionados a través del gasto social, responden a la función de legitimación y no son ni indirectamente productivos.

El análisis detallado de este fenómeno será expuesto al estudiar la salud en México en la década de los setenta (capítulo IV de esta tesis), señalando, en esta parte, el carácter dual y contradictorio de la seguridad y la asistencia, mismo que se agudiza en épocas de crisis.

Una vez definidos en términos generales el carácter de clase del Estado, sus funciones, y sus principales modalidades de intervención nos encontramos en posibilidad de ver como actúa el Estado de épocas de crisis.

2.5.6 EL ESTADO Y LA CRISIS

En el presente apartado se pretende puntualizar en términos generales como se ve afectada la modalidad de intervención estatal en épocas de crisis.

Cómo primera observación se destaca cómo dentro de

la composición del gasto estatal se ve una tendencia mayormente acelerada hacia el incremento del capital social en detrimento de una desaceleración del gasto social, con lo que se le da mayor peso a la función de acumulación que a la función estatal de legitimación. Esta tendencia en épocas de crisis tiende a agravarse y el Estado incrementa su apoyo al sector monopolista en detrimento del gasto social.

Se puede decir que la nueva modalidad del intervencionismo estatal en épocas de crisis observa un incremento del capital social y un decremento absoluto y relativo del gasto social; pero esto se combina con una agudización del conflicto de clases, ya que el desempleo origina el crecimiento del ejército industrial de reserva y una mayor presión hacia el Estado por el aumento del gasto social; a la cual el Estado no da respuesta y, en lugar de incrementar este gasto, lo reduce y aumenta la represión.

En épocas de crisis, tanto el proletariado como la burguesía demandan del Estado la resolución y salida de la crisis, ya que es función estatal la reproducción del capital global; pero estas demandas se objetivizan en acciones muy concretas, las cuales el Estado apoya dependiendo de la correlación de fuerzas existente y avalado por su autonomía relativa. De este modo, el capital monopólico trata de sacar la mejor partida del capital social y al mismo tiempo el proletariado lucha por la conservación del nivel de salario. El antagonismo se torna

crítico tanto en términos económicos como políticos.

Considerando lo anterior, observamos que toda crisis viene acompañada de una reestructuración de la intervención del Estado. Al señalar la crisis modificaciones en el modelo de acumulación y ser una de las funciones básicas del Estado el apoyo al proceso de acumulación, si éste se modifica, la forma en que se apoye necesariamente cambiará. Más aún si consideramos que este proceso se da dentro del marco de una constante lucha en las relaciones sociales de producción.

En épocas de crisis el Estado capitalista debe aspirar al control financiero estatal centralizado, ya que al aumentar las presiones sobre la canalización del presupuesto, éste debe ser controlado de manera centralizada para apoyar determinadas actividades dependiendo de la correlación de fuerzas, observándose una centralización del poder en el ejecutivo y una hegemonía del federalismo sobre el localismo.

El Estado al corporativizar e institucionalizar la lucha de clases hace que el parlamento funcione como un termómetro para que esta lucha pueda ser controlada, pero al estar centralizado en el ejecutivo el poder, en épocas de crisis, el Estado cuenta con elementos más sólidos de reactivación; siendo éstos sólo instrumentos para reactivar temporalmente mas no para solucionar el problema.

Se observa pues como, en épocas de crisis, debido al desarrollo antagónico del capitalismo y a la centraliza-

ción creciente de capital, corresponde una centralización política; el Estado apoya entonces de manera creciente la oligopolización de la economía a través del capital social, y la función de legitimación del Estado se reduce, agudizándose el conflicto de clases.

La reestructuración generada por la crisis en el modelo de acumulación modifica la forma de intervención estatal, vinculándose estos cambios directamente a la correlación de fuerzas existente en el ámbito de la lucha de clases.

2.5.7 LA CRISIS, EL ESTADO Y LA SALUD: CONSIDERACIONES GENERALES

En los períodos de crisis, se sufre una reestructuración económica, política y social, siendo éstos producto del agotamiento de un ciclo de acumulación de capital que ocasiona una redefinición en la correlación de fuerzas trabajo asalariado-capital.

El análisis del fenómeno crisis es en la presente tesis de singular importancia, ya que, si se pretende terminar la investigación con un diagnóstico de la salud y una evaluación de la política sanitario-asistencial en los setentas, se deben conocer los procesos básicos de la sociedad (económicos, políticos y sociales) sobre los que se asienta el proceso salud-enfermedad.

"El análisis de las condiciones de salud en cri-

sis, entonces no puede basarse en una simple extrapolación de las tendencias del período anterior, sino pasa por el reconocimiento de los procesos básicos de la sociedad: económicos, políticos y sociales y sus implicaciones para el proceso colectivo salud-enfermedad"(50).

De modo que la crisis, según Marx, es precisamente el momento en el que el proceso de reproducción se altera y se interrumpe; siendo siempre situaciones que generan soluciones violentas para reestablecer el equilibrio perturbado.

"Una crisis opera como una catarsis y como un justo castigo, como el único mecanismo mediante el cual, dentro de esa economía, puede reestablecerse el equilibrio una vez que ha sido roto"(51).

En los períodos de crisis, la clase trabajadora sufre de una baja absoluta y relativa de su nivel de vida, lo cual repercute en una baja en sus condiciones de reproducción, afectando directamente esto al proceso salud-enfermedad.

Las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo, operadas dentro de una estructura monopólica en épocas de crisis, combinan simultáneamente los siguientes factores que afectan de modo adverso al proletariado:

- a) Inflación-alza de precios de los bienes salarios.
- b) Desempleo con aumento del ejército industrial de reserva.
- c) Tope salarial-disminución del salario real.

(50)Laurell, Asa Cristina, "Crisis y salud en América Latina". Cuadernos políticos, Núm. 33, 1982. p. 32.

(51)Dobb, Maurice, Economía política y capitalismo. México, FCE, 1974. p. 123.

d) Reducción del gasto social.

e) Liberalización de precios.

La combinación simultánea de estos factores estructura una política de corte monetarista, la cual tiene los siguientes efectos sobre la conformación de la salud poblacional.

- 1) La combinación inflación-tope salarial produce una baja en el salario real que afecta a la norma social de consumo de dos formas; en la primera, son excluidos artículos de consumo masivo y se incorporan éstos como bienes suntuarios; en la segunda forma, el capitalista baja la calidad de los ingredientes del producto, para "mantener precios" como medida anticrisis. Vemos pues que ambas alternativas tienen una repercusión directa sobre la salud al propiciar una baja en el nivel nutricional.
- 2) La combinación desempleo-reducción de gasto social produce una baja en el nivel de calidad de atención médica y asistencial, ya que se reduce el presupuesto de asistencia pública pero se aumenta el número de "usuarios" (producto del crecimiento del ejército industrial de reserva), es decir, que con menos dinero se tiene que atender más gente, razón por la cual los servicios asistenciales empeoran y se ve directamente afectado el proceso salud-enfermedad.

- 3) El aumento de precios afecta a la industria farmacéutica con lo que se torna inaccesible el consumo de medicamentos, regresando el enfermo a la automedicación barata o a la medicina primitiva.
- 4) El empobrecimiento absoluto y relativo del proletariado, aunado al crecimiento del ejército industrial de reserva, en condiciones de crisis y políticas restrictivas, agudiza el conflicto interclase.

En términos concretos, se puede afirmar que la pauperización de la clase trabajadora en épocas de crisis incrementa los problemas infecto-nutricionales como resultado del deterioro de la norma social de consumo.

"Pauperización y problemas infecto-nutricionales. En el proceso de pauperización se va entretejiendo una serie de elementos, que al final se resumen en el deterioro del consumo básico de las clases populares"(52).

La crisis reestructura por lo tanto a la norma social de consumo y ésta sufre alteraciones en perjuicio de la canasta de consumo básico, lo que repercute en el nivel medio de salud poblacional.

En el período 1974-1984, el consumo pér-capita de arroz, trigo y maíz se deterioró sensiblemente; en especial, el del primer producto se reduce en 57% y el segundo en 20%. El consumo de frijol permanece, por su parte, estancado en el mismo período(53).

La baja del salario real obliga en el interior de la familia obrera a la proletarización prematura de sus

(52) Laurell, Asa Cristina, op. cit., p. 34.

(53) Unomásuno del 13 de octubre de 1984.

integrantes, misma que se efectúa en condiciones de desgaste intensivo, repercutiendo sobre la salud del adolescente obrero. Con esto se desvaloriza el valor de la fuerza de trabajo pues los "trabajadores potenciales" (futuros obreros) son considerados entonces como sujetos de explotación; el ejército industrial de reserva crece y se descuida al hogar estabilizado.

El Estado, en épocas de crisis, al ver reducido su gasto social, intensifica las acciones sanitarias que a un bajo costo le permitan "lograr un buen efecto" (por ejemplo, campañas de vacunación con el objeto de bajar las tasas de mortalidad infantil) sin mejorar las condiciones de vida, de trabajo y de salud. Es decir, el Estado apoya la idea de mantener a los más, aunque sea a costa de mantenerlos mal; mientras más sujetos de explotación débiles, mejor.

"Es decir, parece probable que lo que presenciamos no es un mejoramiento en las condiciones de salud, sino una relación cambiante entre morbilidad y mortalidad. Este planteamiento conlleva la necesidad de explorar la posibilidad de que acciones sanitarias puntuales puedan bajar las tasas de mortalidad infantil sin mejorar ni las condiciones de vida y de trabajo, ni las condiciones generales de salud. Por ejemplo, con tres medidas relativamente sencillas y baratas de implementar como son una alta cobertura de vacunación, rehidratación oral y distribución gratuita de leche se puede modificar sensiblemente la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas"(54)

Es por lo anterior que, en la década de los setenta,

(54) Ibid, p. 38.

se trató de ampliar la cobertura del primer nivel de atención, para que a través de este nivel se pudiera implementar las acciones anteriormente citadas.

Se puede afirmar que el descenso en las tasas de mortalidad no excluye un deterioro alimenticio provocado por cambios en la estructura agrícola y las bajas del salario real, presenciándose una relación cambiante entre morbilidad-mortalidad.

Para finalizar este apartado, se expondrá de manera sintetizada cómo en períodos de crisis el proceso de trabajo es reestructurado, teniendo esto repercusiones sobre la salud del obrero colectivo.

Se puede decir que los efectos más profundos de la crisis se operan en la esfera de la producción; más aún, se puede afirmar que la conformación de perfiles epidemiológicos tiene una relación directa con la forma en que se practica el proceso de trabajo, el desgaste sufrido y su modo de restitución.

"Los perfiles epidemiológicos finalmente se derivan de la combinación entre el desgaste y la reproducción . . ." (55).

El proceso de trabajo en períodos de crisis se ve afectado y es sujeto ^a a una mayor intensificación de la jornada laboral y una reestructuración con miras al aumento de la productividad vía automatización, gestándose a nivel mundial una nueva división internacional del trabajo. Estos factores operados en el seno del proceso de

(55) Ibid, p. 40.

trabajo repercuten sobre las condiciones de reproducción del asalariado y por ende tienen sus efectos sobre el proceso salud-enfermedad.

En periodos de crisis, una de las formas de combatir la tendencia decreciente de la tasa de ganancia es a partir de aumentar la productividad vía intensificación de la jornada o a través del avance tecnológico. Esto se traduce en ritmos de trabajo más intensos, crecimiento del trabajo por turnos y una pérdida mayor del control obrero sobre su trabajo, repercutiendo esto sobre su salud.

La reproducción de la fuerza de trabajo bajo estas exigencias de aumento de productividad se ve sujeta a:

- a) Un mayor desgaste, producto de intensificar la jornada.
- b) Un mayor stress, resultado de la pérdida del control del trabajo por parte del obrero y la imposición de ritmos más acelerados.
- c) Un incremento de los accidentes de trabajo.

"El número de accidentes de trabajo se duplicó entre 1970 y 1979, los accidentes de invalidez permanentes se aumentaron 2.5 veces y las muertes aumentaron casi tres veces"(56).

Aumento resultante de procesos fordistas en donde se "rota" la fuerza de trabajo superdesgastada.

- d) Un crecimiento del trabajo a destajo, con un alto nivel de riesgo por no contemplar las normas míni-

(56) Ibid, p. 40.

mas de seguridad.

Se ha detectado que el trabajo por turnos, incrementado en épocas de crisis por la necesidad de aprovechar al máximo el capital fijo, conduce a un incremento en problemas de tipo digestivo y nervioso, ya que se altera el ritmo biológico natural del asalariado y se elevan las probabilidades de contraer accidentes.

Con todo lo anterior expuesto, se muestra como los efectos inmediatos del aumento de la productividad en épocas de crisis conducen al deterioro de la forma de reproducción de la fuerza de trabajo, afectándose con esto a la salud de la clase obrera.

2.6 CONCLUSIONES PRELIMINARES EN TORNO A LA SALUD

El desarrollo del marco teórico expuesto en el presente capítulo nos permite formular una serie de conclusiones preliminares en torno a la salud, a través de las cuales las teorías generales sobre las que se basa este modelo de análisis abordan la problemática del sector salud.

Con el objeto de sistematizar esta serie de conclusiones preliminares, la formulación de éstas se hará siguiendo el orden establecido dentro del esquema metodológico de la tesis, para que, de este modo, dichas conclusiones sirvan de hilo conductor en el análisis de la salud de 1920 a 1982.

2.6.1 CONCLUSION SOBRE LA FUERZA DE TRABAJO Y LA SALUD

- 1) La fuerza de trabajo al ser la única forma generadora de valor debe mantenerse en condiciones "aptas" para su explotación, por lo que es una necesidad intrínseca del modo de producción capitalista dotar de salud y condiciones sanitarias a la fuerza de trabajo, para asegurar con esto la reproducción ampliada del modelo.

2.6.2 CONCLUSIONES SOBRE LA REPRODUCCION AMPLIADA DE LA FUERZA DE TRABAJO Y LA SALUD

- 1) Para asegurar el proceso de acumulación ampliada es fundamental garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo, que se reduce al tiempo de trabajo necesario para producir los medios de vida, que incluyen tanto satisfactores materiales (salud) como espirituales; a su vez, se puede afirmar que las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo se reflejan en el nivel medio de salud de los trabajadores, siendo el nivel de salud uno de los parámetros más importantes para medir las condiciones en que se reproduce una sociedad. Por lo tanto, el Estado en concordancia con el capital debe dotar de salud tanto a la fuerza de trabajo activa como a la "fuerza de trabajo po-

tencial" (niños, subempleados, ejército industrial de reserva) para asegurar con esto el desarrollo del proceso de acumulación ampliada.

- 2) En relación a la duración e intensidad de la jornada laboral, se puede decir que las características propias del proceso de trabajo determinan un tipo específico de gestión en salud, el cual corresponde a las condiciones de desgaste de la fuerza de trabajo resultante del proceso de trabajo. Es decir, a mayor intensidad y duración de la jornada, mayor desgaste y mayor gestión en salud; pero esta gestión no es proporcionada en forma automática sino que es uno de los logros de la lucha de clases, por lo que su existencia depende del grado de organización obrera y no de una política de bondad por parte del Estado.
- 3) La gestión en salud forma parte de los satisfactores materiales necesarios para reproducir la fuerza de trabajo, por lo que al ser uno de los factores que determinan el valor de la fuerza de trabajo es, a su vez, factor para desvalorizarla. Esto, en la esfera de la producción se traduce en la reducción del tiempo necesario y la ampliación del tiempo excedente, es decir, la gestión estatal en salud (en la medida que al socializar los costos los reduce) es una nueva modalidad de extracción de plusvalor relativo.

- 4) La gestión en salud constituye parte de los medios de vida físicamente indispensables para reponer el desgaste sufrido, por lo que, si se le priva al asalariado de los servicios de salud o se le otorgan de manera deficiente, el precio de la fuerza de trabajo tendrá elementos para colocarse por debajo de su valor y dicha fuerza sólo se podrá desarrollar de un modo raquítico.

2.6.3 CONCLUSIONES SOBRE LA EVOLUCION DEL PROCESO DE TRABAJO Y LA SALUD

2.6.3.1 SUBSUNCION FORMAL DEL PROCESO DE TRABAJO AL CAPITAL Y SALUD

- 1) En la subsunción formal del proceso de trabajo al capital, al basarse el modelo de acumulación en la extracción de plusvalía absoluta, el desgaste de la fuerza de trabajo fue incrementado y, al no proveerse al asalariado de una gestión en salud pública adecuada ni de condiciones sanitarias mínimas, la reproducción de la fuerza de trabajo se efectuó, en dicha fase del capitalismo, de un modo raquítico.
- 2) La organización obrera y el desarrollo de las fuerzas productivas obstaculizaron la permanencia de este ciclo de reproducción raquítica, iniciándose la lucha contra la extensión de la jornada

laboral, la lucha por mejorar las condiciones de trabajo y la formación de sindicatos, con lo que da comienzo la lucha por el acceso a la salud.

- 3) En la subsunción formal del proceso de trabajo al capital, el Estado refuerza los mecanismos de proletarización y desposesión de la clase trabajadora, por lo que la prestación de servicios de salud era mínima y considerada como un acto de beneficencia y no un derecho.

2.6.3.2 SUBSUNCION REAL DEL PROCESO DE TRABAJO AL CAPITAL Y SALUD

- 1) En la subsunción real del proceso de trabajo al capital, se intensifica la jornada laboral, siendo el desgaste mayor y aumentando con esto los riesgos y los accidentes de trabajo, al estar impuesto el control y ritmo de trabajo por una máquina.
- 2) Con la irrupción de la maquinaria, al hacerse inútil la fuerza del músculo y cobrar relevancia la flexibilidad y rapidez del asalariado, la familia obrera entera es obligada a proletarizarse (mujeres y niños-adolescentes); proletarización que se efectúa en condiciones de alto riesgo, creciendo y modificándose el padrón de "enfermedades profesionales", por lo que la necesidad de una ges-

ción en salud se incrementa.

- 3) Uno de los efectos más importantes de la proletarización de la mujer sobre la salud de la familia obrera es el de que, cuando la mujer se ve obligada a dejar el hogar para trabajar, éste es descuidado y las condiciones sanitarias del mismo se reducen, acelerándose la corrupción física y moral de la familia obrera. Este hecho es propiciado por el capital, ya que la familia obrera no puede subsistir con el salario del padre, teniendo que proletarizar la madre y los hijos como "salarios de complemento". Es tan sólo aparente y no real el aumento en el ingreso, pero sí en cambio es real la decadencia del hogar "estabilizado".
- 4) Al generalizarse la maquinización en una rama industrial, se intensifica y se prolonga la jornada (combinando la extracción de plusvalía absoluta y relativa), por lo que el desgaste de la fuerza de trabajo es mayor y mayores, a su vez, sus necesidades sanitario-asistenciales.
- 5) Con la irrupción de la máquina se da lugar a la formación del ejército industrial de reserva, el cual se encuentra en condiciones sanitario-asistenciales muy precarias o nulas, y se sientan las bases para una gestión en salud diferenciada, surgiendo por un lado la asistencia pública como un

acto de caridad y, por el otro, la seguridad social como un derecho.

2.6.3.3 LA FORMACION DEL OBRERO COLECTIVO Y LA SALUD

- 1) Con la formación del obrero colectivo se posibilita la contratación colectiva de los trabajadores, agrupándose los intereses de clase del sector obrero, con lo cual se abre la lucha de la clase trabajadora por una atención médica garantizada y mejores condiciones sanitarias tanto en el trabajo como en el hogar.
- 2) Con la formación del obrero colectivo se debe dar una gestión socializada de la fuerza de trabajo, función que desde ese momento asume inevitablemente el Estado y dentro de la cual está comprendida el garantizar la salud de la clase trabajadora para dar factibilidad al obrero colectivo de ser explotado.
- 3) Uno de los efectos de la formación del obrero colectivo es el incremento en la urbanización, lo que se traduce en mayores necesidades sanitarias (drenaje, agua potable, etc.) que debe satisfacer el Estado.
- 4) En relación a la salud, cabe desatacar que con la formación del obrero colectivo y la subsecuente

socialización de las fuerzas productivas, se da un incremento en la urbanización que se traduce en una concentración de la atención médica, naciendo los hospitales modernos y desarrollándose la especialización de la medicina en ramas.

2.6.3.4 CAMBIOS OCURRIDOS EN EL PROCESO DE TRABAJO (TAYLORISMO Y FORDISMO) Y SALUD

Taylorismo

- 1) Con el taylorismo se separa la ejecución del trabajo de su concepción (misma que se apropia el capital), se deshumaniza el trabajo y el obrero se ve mayormente presionado, incrementándose los accidentes de trabajo y aumentando las enfermedades de tipo nervioso, resultado de un sometimiento a una tensión constante en la jornada laboral.
- 2) Con el taylorismo se intensifica la jornada de trabajo, por lo que hay un mayor desgaste físico, y las necesidades de salud aumentan.
- 3) La administración científica aplicada al trabajo o taylorismo tiene como premisa el poder contar con una fuerza de trabajo "programadamente eficiente", por lo que el Estado debe dotar al capital, de un modo apriorístico, de un nivel medio de salud aceptable de la población económicamente activa, máxime aún si dicha fuerza se debe some-

ter a un tipo de explotación intensiva.

Fordismo

- 4) Con el fordismo, al modificarse la base técnica del proceso de trabajo, se incrementa el grado de intensidad de explotación de la fuerza de trabajo, por lo que el Estado debe aumentar su gestión en salud, por un lado, y, por el otro, debe reforzar los programas sanitarios para mejorar el nivel de reproducción de la fuerza de trabajo.
- 5) El fordismo al articular el proceso de producción y el modo de consumo (norma social de consumo) incrementa el número de artículos que componen la canasta de consumo obrero, lo cual tiene repercusiones directas sobre el padrón nutricional social y en la conformación de la salud.
- 6) Con el fordismo al integrarse el consumo a las normas de producción, la reproducción de la fuerza de trabajo se verá regulada forzosamente en adelante ya no por el capitalista individual sino por el Estado. Esto, en términos sanitarios, se traduce en una mayor ingerencia del Estado en la calidad de producto, naciendo con ello los sellos de garantía y la reglamentación de los ingredientes de los bienes salario, con lo que el Estado se vuelve en adelante el responsable formal del nivel nutricional de la población.
- 7) Con el fordismo al ampliarse el radio de acción

del capital, la atención médica se especializa y se hace más sofisticada, creciendo el capital fijo en la medicina y desarrollándose de manera sofisticada el equipo médico quirúrgico y los equipos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, con lo que el costo de atención aumenta en perjuicio de una gestión en salud socializada.

- 8) Con el fordismo, al capitalizarse todos los renglones de la medicina, nace la industria químico-farmacéutica capitalista con intereses pragmáticos que aumentan considerablemente los costos de atención (vía diferenciación del producto), obstaculizando el mejoramiento en la generación de salud a nivel social.
- 9) Con el fordismo la necesidad de mantener un modelo de acumulación ampliada y combatir la crisis, llevó a una reglamentación y homogeneización de los salarios, surgiendo la formación de fondos de seguridad social, de modo que se pudiera responder a los compromisos propios de una sociedad de consumo (compromisos financieros contraídos en inseguridad de empleo), aun en caso de sufrir una incapacidad para recibir un salario directo.

2.6.3.5 NORMA SOCIAL DE CONSUMO Y SALUD

- 1) Con la norma social de consumo, se da una absor-

ción por parte del capital de las formas tradicionales de consumo, creando un modo específico de consumo del capitalismo, el cual, al responder a las exigencias pragmáticas del capital, crea un cierto padrón alimenticio que se aleja cada vez más de las necesidades nutricionales que el obrero colectivo necesita para reponer las fuerzas gastadas en una jornada laboral intensiva.

- 2) La capitalización de la atención médica, resultante de la penetración del capital en sectores vírgenes de la economía y de la incorporación de la atención médica dentro de la norma social de consumo, hace que este tipo de servicios se rija por las leyes del capital, al ser éste un renglón más de obtención de ganancia. Con ello la atención médica comienza a responder más al enriquecimiento de los médicos que a la generación de una mejor atención, con lo que baja el nivel de calidad asistencial, en perjuicio de la salud obrera.
- 3) Con la norma social de consumo el hogar estabilizado sufre una "modernización" (multifamiliar con bienes de consumo duradero), que permite, en primera instancia, mejores condiciones sanitarias; pero, en segunda instancia, al cambiar el esquema del gasto familiar por la compra y mantenimiento de los bienes de consumo duradero, los renglones tradicionales de gasto (alimentación, vestido,

etc.) sufren una disminución absoluta y relativa con respecto al salario, con lo que el nivel nutricional de la familia obrera baja y se somete ésta en general a una mayor propensión a contraer enfermedades.

2.6.3.6 REPRODUCCION TECNICA DE LA FUERZA DE TRABAJO Y SALUD

- 1) La reproducción técnica de la fuerza de trabajo propia de los regímenes fordistas supone una estratificación del trabajo productivo, esto en términos de salud se traduce en una cierta estratificación de los servicios de atención médica y sanitarios.
- 2) La diferenciación en la reproducción técnica de la fuerza de trabajo origina diferenciaciones en el salario y por ende en el consumo de la clase trabajadora, dándose diferentes tipos y niveles de consumo y en general de reproducción de la fuerza de trabajo, lo cual tiene sus efectos sobre los factores que determinan la salud.
- 3) La diferenciación en la reproducción de la fuerza de trabajo origina a su vez un trato diferenciado en la gestión estatal en salud; por un lado, se gestionará a la población económicamente activa y organizada a través de regímenes de seguridad so-

cial, siendo el acceso a la salud un derecho; por el otro lado, los desempleados y subempleados, así como algunos trabajadores no organizados de la pequeña y mediana industria y trabajadores independientes y campesinos, se gestionarán a través de la asistencia pública, no constituyendo para ellos el acceso a la salud un derecho originado en sus relaciones de trabajo.

2.6.3.7 EL DESARROLLO DEL PROCESO DE TRABAJO, EL ESTADO Y LA SALUD

- 1) Los efectos de la subsunción real del proceso de trabajo al capital (formación del obrero colectivo, creación de una norma social de consumo, etc.) y la función estatal como garante de la valorización global del capital son los precedentes que permiten la conformación de un salario social dentro del cual se incorpora la gestión en salud.
- 2) Una vez generalizada la relación salarial a toda la sociedad, los medios de consumo (incorporando aquí la atención médica) deberán ser adquiridos como mercancías capitalistas a través del salario directo o bien ser proporcionados por el Estado a través del salario social.
- 3) El salario social es un factor que trata de redu-

cir los costos como una medida anticrisis para contrarrestar la caída de la tasa de ganancia.

4) Al definir al salario social como el precio del conjunto de mercancías consumidas colectivamente por los trabajadores en lugares institucionalizados, podemos formular las siguientes conclusiones preliminares:

a) El salario social reduce costos por:

- ser mercancías o servicios consumidos colectivamente;
- ser mercancías o servicios proporcionados por instituciones públicas o mixtas sin fines lucrativos ;
- ser bienes y servicios que se prorratan entre el conjunto del obrero colectivo, usuario o no del servicio (por ejemplo, a todo trabajador asegurado se le descuenta la cuota por servicio de maternidad, tenga o no tenga familia).

b) El salario social es un elemento de desvalorización de la fuerza de trabajo, ya que incide sobre el costo de reproducción de esta fuerza, y reduce, por lo tanto, el tiempo necesario, siendo en este sentido una modalidad en la extracción de plusvalor relativo.

- c) El salario social contrarresta la caída de la tasa de ganancia al socializar y reducir los costos.
 - d) La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud es un ejemplo de socialización y reducción del costo, combatiéndose la caída de la tasa de ganancia por el lado del capital variable.
 - e) En última instancia, el salario social surge por la incapacidad del capital privado para asumir en su totalidad las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo necesarias para la valorización del capital.
 - f) Con el surgimiento del salario social, la lucha de clases inicia un nuevo capítulo en su historia, en la cual la clase trabajadora se enfrenta directamente al Estado para ampliar y mejorar las condiciones en que este salario social se otorga.
- 5) La diferenciación en la reproducción de la fuerza de trabajo y la localización de ésta en el proceso productivo se traducen, en el sector salud, en la diferenciación en la atención médica a través de dos instancias:
- a) La asistencia pública, financiada por el Estado, la que presenta incertidumbre para sus usuarios.

b) La seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.), sistema más reglamentado que la asistencia y financiado en forma tripartita, el que forma parte del convenio colectivo, reduce y socializa costos de reproducción del trabajador activo, siendo este servicio un derecho del asalariado.

2.6.4 CONCLUSIONES SOBRE EL ESTADO CAPITALISTA Y LA SALUD

- 1) El Estado al ser el responsable de la valorización global del capital debe mantener las condiciones para que el proceso de valorización no se interrumpa, por lo que debe garantizar la reproducción del obrero colectivo, dentro de la que se ubica la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud.
- 2) El grado de desgaste de la fuerza de trabajo, resultante del mismo proceso de trabajo, determina una cierta demanda de servicios sanitario-asistenciales, los que son proporcionados por el Estado en concordancia con el capital; pero esta gestión estatal en salud no es automática sino más bien constituye una de las conquistas de la clase trabajadora, por lo que su existencia depende del grado de organización obrera.
- 3) La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud, en la medida que al socializar los costos los reduce

(reduciendo el tiempo necesario y ampliando por ende el tiempo excedente), constituye una nueva modalidad de extracción de plusvalor relativo.

- 4) Se puede afirmar que la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud está determinada por el desarrollo de las fuerzas productivas, tratándose en este caso de las modificaciones ocurridas en el proceso de trabajo, y la lucha de clases.
- 5) El Estado, al ser responsable formal del nivel de salud poblacional, asume inevitablemente como función estatal toda política y acción sanitario-asistencial encaminada hacia la conservación de la salud, abarcando esta función desde la reglamentación y control de calidad de los bienes salarios hasta la atención médica y rehabilitación del enfermo; por lo que la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud es una función permanente y de carácter estructural que debe asumir inevitablemente el Estado.
- 6) El Estado, al expresar el interés general a nivel formal y consolidar el interés particular de clase (burgués) a nivel real, debe gozar de una cierta autonomía relativa para mantener vigente el interés general. Esto, en términos de gestión en salud, se traduce en que el Estado gracias a su autonomía relativa puede destinar recursos encaminados hacia su legitimación dentro de los que está comprendida la asistencia social.
- 7) Dentro de las dos funciones básicas del Estado (acumu-

lación y legitimación) se encuentran las dos instancias fundamentales para la gestión en salud, de modo que la seguridad social se enmarca dentro de la función de acumulación estatal y la asistencia social se encuadra dentro de la función de legitimación.

Se debe considerar que la gestión estatal de la fuerza de trabajo, al tener por objetivo el hacerse cargo del valor de la fuerza de trabajo que los capitalistas no remuneran directamente, cuenta con instituciones encargadas de esta función, las que van desde la beneficencia hasta la seguridad social, no siendo éste un campo homogéneo ya que varía debido a las transformaciones del proceso de acumulación y la lucha de clases.

- 8) La estratificación obrera conduce a una gestión estatal diferenciada; por un lado, el ejército industrial de reserva, el proletariado campesino y el proletariado no integrado subempleado será gestionado a través de la asistencia pública; por el otro lado, el proletariado integrado será gestionado por la seguridad social.
- 9) La asistencia pública se diferencia de la seguridad social en que en ella se dan mayores arbitrariedades y el usuario encuentra mayores obstáculos, mientras que en la segunda, al ser un derecho más sólido y cotizarse directa o indirectamente el derechohabiente, éste tiene mejor calidad y cantidad de prestaciones.
- 10) Al desarrollo de las fuerzas productivas ha ido apa-

rejada una creciente proletarización de la población, aumentándose los gastos estatales, es decir, a una creciente socialización de la producción va aunada una creciente gestión estatal y un mayor gasto en salario social (incrementándose a su vez la gestión estatal en salud).

11) Siguiendo el esquema de O'Connor, tenemos que:

- a) La seguridad social forma parte de los gastos estatales destinados al consumo social, ya que son proyectos que reducen costos de reproducción de la fuerza de trabajo, aumentando la tasa de utilidades; por lo que son gastos indirectamente productivos requeridos para una producción privada rentable y una reproducción de la fuerza de trabajo adecuada.
- b) La asistencia social forma parte de los gastos estatales destinados al gasto social, por lo que no son gastos ni indirectamente productivos, siendo más bien proyectos y servicios necesarios para mantener la armonía social y lograr la legitimación del Estado.
- c) El crecimiento del capital social y la disminución del gasto social se derivan, en el sector salud, en un crecimiento de la seguridad social y un descenso relativo del gasto en asistencia social.

Podemos observar que ambas (seguridad social y asistencia social) son complementarias e indispensables para la operatividad del Estado, en cuanto a gestión estatal en salud.

- 12) En épocas de crisis se observa un crecimiento más acelerado del gasto en capital social, en detrimento de una desaceleración del gasto social (debido a la prioridad que toma la función acumulación con respecto a la función legitimación). La brecha entre el crecimiento del gasto en seguridad social y el gasto en asistencia social se amplía contradictoriamente al crecimiento del número de usuarios de esta última; de modo que crece el número de desempleados, los cuales tendrán que ser gestionados por una asistencia social empobrecida.
- 13) En épocas de crisis, al presionar las clases antagónicas en forma más enérgica sobre la canalización del presupuesto estatal, se da una reestructuración en la intervención del Estado, acompañada ésta de una creciente centralización estatal para apoyar determinadas acciones; situación que dificulta el desarrollo del sector salud, ya que están en otros sectores las bases para la reactivación del ciclo.

2.6.5 CONCLUSIONES SOBRE LA SALUD EN EPOCAS DE CRISIS

- 1) Para analizar las condiciones de salud en épocas de crisis no basta con hacer una extrapolación de las tendencias del período anterior ya que, como la crisis implica una reestructuración económica, política y social, se deben reconocer los procesos básicos de la so-

- ciedad y sus implicaciones en el proceso salud-enfermedad.
- 2) En períodos de crisis, la combinación de factores tales como inflación, desempleo y caída del salario real afecta la forma en que se reproduce el obrero colectivo, descendiendo el nivel sanitario-asistencial, nutricional, etc.; repercutiendo estos factores en forma negativa sobre los perfiles epidemiológicos que determinan el proceso salud-enfermedad.
 - 3) En períodos de crisis, debido a la alta dependencia del sector salud del exterior (el 95% del equipo médico es de importación, así como gran parte de las medicinas), los costos de atención médica se incrementan al subir el costo de aparatos e insumos importados —vía devaluación— por lo que la atención se torna inaccesible para la clase desprovista de seguridad social.
 - 4) El crecimiento del capital fijo del sector salud, en épocas de crisis, sufre una desaceleración; esto ocurre debido, por un lado, a la canalización del presupuesto estatal hacia otros sectores de la economía y, por el otro, al alza de precios de los bienes e insumos médico-quirúrgicos importados.
 - 5) En períodos de crisis, fenómenos como especulación, inflación, acaparamientos y situaciones de escasez artificial agudizan la gravedad del proceso, ya que, además de aumentar la concentración de la riqueza

y elevar el grado de monopolio, afectan directamente al sector salud al encarecer y ocultar medicinas, instrumental, material de curación y equipo médico-quirúrgico.

- 6) En épocas de crisis, la combinación inflación-tope salarial produce una baja en el salario real que afecta a la norma social de consumo de dos formas: en la primera, son excluidos artículos de consumo masivo y se incorporan éstos como bienes suntuarios; en la segunda forma, el capitalista para "mantener precios" baja la calidad del producto como una medida anticrisis. Ambas medidas afectan el nivel nutricional de la población, incidiendo en forma negativa sobre el proceso salud-enfermedad y sobre las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo.
- 7) En épocas de crisis, la combinación crecimiento del desempleo-reducción del gasto social produce una baja en el nivel de calidad de la atención médica y en general de las medidas sanitarias ya que, si se reduce el presupuesto de la asistencia pública en forma paralela con el crecimiento del número de usuarios (por crecimiento del nivel de desempleo), con menos dinero se deberá atender más gente, es decir, se deteriora sensiblemente la calidad de los servicios de salud.
- 8) El aumento de precios, característico de los períodos de crisis, al afectar a la industria químico-farmacéuti-

ca, hace que el consumo de medicamentos se torne inaccesible, regresando el enfermo a la utilización de terapias alternativas como la automedicación barata o la medicina primitiva, abriéndose más la brecha médico-paciente; de esta manera los pacientes pasan a ser consumidores víctimas del mercantilismo.

- 9) La pauperización de la clase trabajadora en épocas de crisis incrementa los problemas infecto-nutricionales como resultado del deterioro de la norma social de consumo.
- 10) La baja del salario real obliga, en el interior de la familia obrera, a la proletarización prematura de sus integrantes, misma que se efectúa en condiciones de desgaste intensivo; esto repercute sobre el nivel de salud del adolescente obrero, agudizándose la decadencia del "hogar estabilizado".
- 11) El Estado en épocas de crisis, al ver reducido su gasto social, intensifica las acciones sanitarias (vacunación, rehidratación oral, distribución gratuita de leche) que a un bajo costo le permitan lograr un buen efecto, con el objeto de bajar las tasas de mortalidad infantil, sin mejorar las condiciones de vivienda, ambientales y de salud.
- 12) En períodos de crisis, el aumento de la productividad e intensidad de la jornada laboral tiene los siguientes efectos en la conformación del nivel medio de salud del obrero colectivo:

- a) Un mayor desgaste resultado de la intensificación de la jornada.
- b) Un mayor stress resultado de la pérdida del control del trabajo por parte del obrero y la imposición de ritmos más acelerados.
- c) Un incremento de los accidentes de trabajo.
- d) Un crecimiento del trabajo a destajo, con un elevado nivel de riesgo por no contemplar las normas mínimas de seguridad.

Estos elementos unidos a una pauperización intensificada condicionan a la familia obrera a una mayor propensión de contraer enfermedades.

La sincronización de estos factores, vertidos a manera de conclusiones preliminares, condiciona la existencia de un perfil epidemiológico que, unido a las bajas condiciones sanitarias y a la mala calidad en la atención médica, hace que el proceso colectivo salud-enfermedad se deteriore.

En los siguientes capítulos, se comprobarán, a través del análisis histórico y de la investigación empírica del sector salud en México, las teorías expuestas en el marco teórico y se ratificarán las conclusiones entorno a la salud.

CAPITULO III: DESARROLLO HISTORICO DE LA GESTION ESTATAL EN SALUD

3. EL DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN MEXICO, EL ESTADO Y LA SALUD: 1920-1970

3.1 INTRODUCCION

El marco teórico y las conclusiones preliminares en torno a la salud se comprueban de diversas formas: a) teóricamente, b) lógicamente, c) conceptualmente, d) históricamente.

La comprobación del marco teórico, al haber sido éste producto de una investigación en la que se vierten teorías lógicamente articuladas, requiere de una verificación histórica, misma que se presenta en este apartado; de modo que, el objetivo de este tercer capítulo es el de fundamentar algunos de los aspectos vertidos en el marco teórico y desarrollar una visión histórica del proceso colectivo salud-enfermedad. Esta incluye la historia de las instituciones de salud en México, vinculada al proceso de reproducción de la fuerza de trabajo en el contexto del Estado y de una estructura económica determinada.

Los supuestos bajo los que se efectuará el análisis histórico del desarrollo del modo de producción capitalista, el Estado y la salud son:

- A) "No puede estudiarse el problema de la salud, o mejor dicho, el de la conservación de la

fuerza de trabajo, fuera del contexto de la reproducción de la fuerza de trabajo como una problemática más amplia y esta última, no puede comprenderse tampoco con independencia de la reproducción del capital"(1).

- B) "El proceso de salud-enfermedad es colectivo y, en consecuencia, su estructuración está determinada por las condiciones generales de vida de la población y por la base económica y social en que éstas se producen"(2).
- C) "El perfil epidemiológico de la salud mexicana está determinado por las formas de reproducción y desgaste de las clases sociales"(3).

Bajo estos supuestos se tratará de analizar la interrelación existente entre el Estado, la estructura económica y la lucha de clases, y los efectos de esta interrelación que inciden en la conformación de una política de salud y en la determinación de los perfiles epidemiológicos, mismos que se encuentran en constante transformación, por lo que, requieren de un análisis histórico.

En relación al carácter de las políticas de salud, se considera que toda política es el resultado o acción concreta de lo que en el terreno de la lucha de clases se suscita, por lo que se parte del análisis de la relación existente entre la política económica y la lucha de clases con el fin de no caer en análisis divorciados de la realidad, y precisar cómo las políticas de salud están íntimamente ligadas al desarrollo de las fuerzas productivas

(1) Diercksens, Wim, "La reproducción de la fuerza de trabajo y la salud". Revista centroamericana de ciencias de la salud. Núm. 13, mayo-agosto de 1979.

(2) Laurell, Asa Cristina, "Introducción", en Timio, Mario, Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial. México, Nueva imagen, 1981. p. 14.

(3) Ibid.

y de las relaciones sociales de producción; superando con esto el nivel biologicista e imponiendo un rigor científico en el análisis histórico.

3.2 PERIODIZACION

El lapso que se estudiará en este capítulo es de 1920 a 1970, mismo que será dividido en cuatro períodos:

1º período 1920-1934. Período postrevolucionario, en el que se vierten los antecedentes y los primeros pasos para la organización de la sanidad y la salud en México; etapa en la que se implementan obras de infraestructura.

2º período 1935-1940. Período cardenista, caracterizado por una política de masas, en la que la atención médica adquiere relevancia y se caracteriza por su organización propia y su articulación con el modelo de desarrollo. En esta etapa se crean las bases para la creación de las principales instituciones de salud.

3º período 1941-1961. Período en el que se desarrolla una estructura monopólica y se instauran regímenes fordistas en el

proceso de trabajo.

En esta etapa se observa un crecimiento lento de las instituciones y se inicia la especialización médica institucional.

4º período 1962-1970. Período conocido como de desarrollo estabilizador, en el que se consolida una estructura monopólica. En esta etapa se da una acelerada expansión de las instituciones y se consolida la especialización médica.

Dentro de este esquema de periodización se abordarán de manera sistematizada los siguientes aspectos:

- a) Características generales del Estado y la estructura económica.
- b) Situación de las clases sociales: movimientos y luchas.
- c) La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud.

Los puntos anteriormente mencionados se estudiarán a nivel muy general con el fin de analizar, en forma sistematizada por períodos, cómo la gestión estatal en salud está determinada por las condiciones generales de vida de la población y la base económico-social en que éstas se producen.

En el cuarto capítulo se estudiará de manera más enfática el proceso colectivo salud-enfermedad, durante la década de los setenta.

3.3 PERIODO 1920-1934

3.3.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1920-1934)

Durante este período postrevolucionario se debe destacar el carácter notablemente desigual de la estructura económica, producto de la tardía incorporación de México al sistema capitalista mundial.

En esta etapa se da la consolidación del Estado Nación y se forma un mercado de trabajo propiamente capitalista, surgiendo un mercado nacional integrado al mercado mundial capitalista.

La consolidación del Estado Nación implicó:

- a) Eliminar las fuerzas centrífugas con bases locales o regionales de poder.
- b) Pacificar al país y monopolizar la violencia legal.
- c) Elaborar un proyecto de gobierno que incluyera a todas las clases.
- d) Recuperar los recursos naturales del país.
- e) Consolidar y reafirmar al Estado frente a las metrópolis y a los sectores dominantes.

El Estado Nación invierte en infraestructura y trata de propiciar las condiciones para el desarrollo de una economía de mercado; posibilita cierta expansión económica de la que se desprende un incremento en especialización de la mano de obra, es decir, una mayor polarización de ésta. El modelo de acumulación primario-exportador conduce pues a una mayor profundización en la concentración del ingreso y también a una creciente heterogeneidad estructural.

Si profundizamos brevemente en los efectos del modelo primario-exportador encontramos que tiene efectos industrializantes, ya que incide en el proceso de especialización de la estructura económica y difunde relaciones mercantiles que sirven de base para un futuro desarrollo industrial, pero al mismo tiempo genera efectos antiindustrializantes, ya que propicia una fuga considerable hacia el exterior de la demanda solvente.

Es bajo este contexto postrevolucionario y de consolidación del Estado Nación, bajo un modelo de crecimiento primario-exportador, en el que se desarrolla la década de los veinte del capitalismo mexicano.

Dentro de las políticas generales desarrolladas en el período, se observa que: Obregón llevó adelante la tarea de desarrollar las bases de la nueva burguesía mexicana(4), en medio de un complicado desequilibrio de fuer-

(4)Gilly, Adolfo, La revolución interrumpida. México, El Caballito, 1975.

zas contradictorias, reprimió huelgas e hizo concesiones al movimiento obrero, desarrollando un aparato de burocracias sindicales encabezado por Luis Morones. Calles llevó a un punto culminante de corrupción y sumisión a la burocracia sindical al Estado (en el cual Morones era ministro), dio concesiones al imperialismo y exterminó a gran parte de los jefes militares constitucionales, reprimiendo toda la sublevación o rebeldía militar; repartió pocas tierras, respetando a los grandes latifundios y reprimió las luchas obreras independientes.

Si profundizamos en el período callista y del máximo callista, se observa que con Calles se fortaleció el régimen revolucionario, dotándolo de un aparato institucional indispensable para que sobreviviera el Estado.

Con Plutarco Elías Calles, se vive una concentración de poderes económicos y políticos en el presidente, su gabinete y sus asesores técnicos. El Estado coordina formalmente el proceso de desarrollo, respondiendo simultáneamente a los procesos económicos y demandas políticas; el desarrollo sigue un camino paralelo al ensanchamiento del Estado. De este modo, el Estado aniquila todo poder intermedio no institucionalizado.

Durante el callismo, se buscó impulsar una industria nacional con la que el capital conquistara los mercados exteriores, por lo que se necesitaba estabilidad interna, seguridad y habilidad técnica.

El Estado callista financia infraestructura, siendo agente del desarrollo, y trata de capitalizar la economía; de modo que el Estado en coalición con la iniciativa privada desea construir un sistema económico moderno capitalista y nacional a través de la exportación de productos agrícolas y de la minería.

Dentro de los programas de modernización de la época, cabe destacar el de la creación del Banco de México (1925) y más tarde Nacional Financiera (1934), como instituciones que responden a la necesidad modernizadora una vez restaurado el crédito internacional al país.

Se puede decir que esta tendencia modernizadora se mantuvo durante la década de los veinte, ya que el asesinato de Obregón en 1928 posibilitó la coronación de Calles como jefe máximo de la Revolución en los tres períodos presidenciales que le sucedieron: Emilio Portes Gil, Pascual Ortiz Rubio y Abelardo Rodríguez; período conocido como el "maximato callista".

En términos generales se observa que durante el maximato callista, las tendencias conservadoras y la liquidación de secuelas revolucionarias se fueron acentuando; todo reparto agrario se detuvo, la burocracia de Morones mantuvo el control sindical (a través de pistoleros), la burguesía continuó su enriquecimiento basado en la rapiña estatal y el entrelazamiento con la oligarquía terrateniente y se continuó con el modelo de crecimiento primario-exportador.

tador mismo que fue interrumpido por la crisis de 1929-33.

Con la crisis mundial de 1929 el nivel de comercio exterior fue reducido, con lo que se vino abajo el patrón de crecimiento primario-exportador, ya que se limitó la importación y exportación y se tuvo que dar un viraje en la producción, en el que el Estado intervino avalando un proceso de sustitución de importaciones, bajo el que se puso en marcha un proceso de industrialización que tendió a sustituir con productos locales los bienes que no estaban en condiciones de importar, es decir, a producir bienes de consumo que además de reducir las importaciones permitieron el desarrollo de la forma valor.

Bajo este contexto, el Estado interviene en la formación de una burguesía industrial y un proletariado propiamente dicho, al incidir sobre las condiciones de producción y explotación de la fuerza de trabajo.

Dentro de los principales efectos de la crisis de 1929 se observa que(5):

- Para 1930 el producto interno bruto descendió 12.5%, y sólo hasta cinco años después alcanzó los niveles de 1928.
- Las exportaciones de 1932 bajaron un tercio de las de 1929.
- Las importaciones de 1932 se redujeron hasta ser menores que las de principios de siglo.

(5)Córdova, Arnaldo, La política de masas del cardenismo. México, Era, 1974.

- En 1932 el ingreso nacional bajó de 322 a 212 millones de pesos*.
- En 1932 la inversión pública bajó de 103 a 73 millones de pesos*.
- Se devaluó el peso de \$ 2.64 en 1931 a \$ 3.49 en 1933.
- En 1929 el número de desempleados era de 89 690.
- En 1932 el número de desempleados ascendió a 339 378.

En general se puede afirmar que con la crisis de 1929 todos los renglones de la economía mexicana sufrieron un descenso.

Dentro de los intentos callistas por salir de la crisis, se observa que Calles centraba su preocupación fundamental en la incapacidad de nuestro país, por su atraso económico, de enfrentar la crisis exitosamente; reduciendo el problema a un nivel técnico, dejando de lado el elemento político y el objetivo de conducir a las masas trabajadoras de acuerdo a los principios de la Revolución.

Calles trató de modernizar al país y controlar el proceso productivo del sector exportador, las inversiones y la comercialización, pero fracasó en su intento, ya que de las exportaciones dependía el proyecto desarrollista (exportación-incremento de divisas-posibilidad de comprar máquinas al exterior-industrializar al país) y con la crisis de 1929 se derrumbó este patrón de crecimiento hacia

*uatos en precios corrientes.

afuera, con la subsecuente disminución de las exportaciones y de la inversión extranjera.

Dentro del análisis sectorial de la estructura económica, se observa que en el sector agrícola la reforma agraria se había convertido en un simple instrumento de manipulación de las masas campesinas, repartiendo un mínimo de terrenos, pero manteniendo vigentes las relaciones de propiedad contra las que se había luchado en la Revolución.

"En 1930, 13 444 terratenientes conservaban el 83.4% de la tierra mientras que 668 000 ejidatarios tenían el 10% de la tierra y 2 332 000 campesinos estaban sin tierras"(6).

Ante la debilidad del reparto agrario la irrupción campesina se dejó sentir, cuando el gobierno intentó frenar el reparto; ya que Calles declaraba que el agrarismo y el reparto eran un fracaso, pues el campesino no posee ni educación, ni instrumentos para cultivar la tierra, y el país con esto sólo aumentaba su deuda; Calles limitó el tiempo para que las comunidades que todavía tenían derecho a pedir tierra lo hicieran en un plazo determinado, para posteriormente resucitar la idea de otorgar crédito público y privado a "pequeños" agricultores.

Otro de los aspectos importantes a tratar en el período callista es el de la alianza de clases, ya que con Calles se fomentó una alianza de la pequeña burguesía con los diferentes sectores (industriales, comerciantes, ban-

(6) Ibid.

queros, políticos, obreros-CROM, y agraristas) alrededor de un proyecto nacional y popular que aspiraba a modernizar el capitalismo nacional con la ayuda del proletariado, esta alianza tenía por objetivo disolver los intereses de clase y fomentar el crecimiento de las clases medias; este proyecto es bautizado como "nueva política económica mexicana".

En el nuevo proyecto, la corrupción adquiere un papel cardinal, ya que a través de este "pago" el Estado no obstaculiza sino más bien lubrica el proceso de modernización; el monto de este "pago" está en relación a la jerarquía pública con la que se trance y al valor del proyecto; estas operaciones ilícitas enriquecen al grupo dirigente y aseguran la lealtad de los subordinados favorecidos con estos actos.

El carácter desigual de la estructura económica se intensifica en este período y al entrar en crisis el patrón de crecimiento primario-exportador, el proyecto modernizante se ve limitado, teniendo que adoptarse un nuevo patrón de crecimiento, bajo una efervescencia en la lucha de clases.

3.3.2 SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1920-1934)

El grupo victorioso de la Revolución adquiere legitimidad al incorporar a las masas campesinas y populares en

el programa de gobierno, con el que surge el Estado todopoderoso corporativo. El artículo 123 constitucional otorga garantías constitucionales para el trabajo; con Calles los trabajadores organizados obtuvieron ciertas mejoras, pero a costa de su adhesión al Estado.

Se observa entonces como en 1931 se dictó la primera ley federal del trabajo, que concedía una serie de conquistas a los trabajadores, pero reglamentaba estrictamente el derecho de huelga; el Estado se adjudicaba el derecho de reconocer o desconocer al sindicato o su dirección, es decir, el Estado podía intervenir directa y legalmente en la vida sindical y los conflictos legales "reconocidos" debían someterse a un largo proceso de conciliación.

Ante esta reglamentación de la lucha sindical se tratan de conciliar los intereses antagónicos de clase, en perjuicio de los intereses del proletariado y las masas campesinas desposeídas; se refuerza la construcción de una burguesía agraria, minera, financiera mercantil e industrial interconectada y unida con los terratenientes que conformaban un bloque.

Se puede decir que uno de los objetivos políticos más importantes del período es el de la unión de todas las fuerzas dispersas bajo el fin común de la modernización del país.

En 1929 Calles funda el Partido Nacional Revolucionario, unificando en una sola agrupación a las diversas ten-

dencias, principalmente el sector miliar y grupos menores, reglamentando la feroz lucha dentro del mismo aparato.

El Partido Nacional Revolucionario puso bajo su control al importante sector militar y a las masas obreras y campesinas organizadas, para ampliar la base política del régimen y absorber toda tendencia o movimiento independiente y organizarlo en torno al Estado.

Pero a pesar de todos los mecanismos implementados por el Estado para institucionalizar la lucha de clases, no se podía frenar el ascenso de esta lucha, ni erradicar las disputas interburgueses; factores que cobran importancia cardinal en el período.

3.3.3 LA GESTIÓN ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1920-1934)

Para poder analizar la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud en el período postrevolucionario no basta con el conocimiento de las principales políticas sanitario-asistenciales del período, sino más bien hay que relacionar el análisis de dichas políticas con el contexto económico social en que éstas se suscitan.

De modo que se parte del conocimiento de que antes de la Revolución Mexicana los servicios de salud eran materia de beneficencia o caridad, siendo tan sólo "funciones menores" del Ministerio del Interior; sólo con la Re-

volución, se hace vigente la concepción de los problemas de salud como asunto concerniente al aparato estatal, con la incursión del derecho a la salud en la Constitución.

Se puede resumir la gestión estatal en salud durante este período en tres grandes apartados:

- 1) Acciones iniciales de organización institucional promovidas con la finalidad de iniciar la organización estatal de la sanidad y la salud en México.
- 2) Acciones en materia de sanidad.
- 3) Acciones en torno a la prevención de enfermedades epidémicas.

1) Acciones iniciales de organización institucional de la salud.- Se observó a lo largo del primer inciso de este capítulo que uno de los objetivos más importantes del período postrevolucionario era el de organizar al país a nivel institucional, con el fin de modernizar sus estructuras para poder iniciar el despegue capitalista. La organización institucional de la salud formaba parte del paquete de medidas modernizadoras.

El Estado surgido de la Revolución aceptaba entonces por primera vez en la historia como función estatal importante la organización de los problemas sanitario asistenciales, con la finalidad de apoyar el proceso de acumulación.

El Estado en 1917 funda el Departamento de Salubridad con el objeto de prevenir los daños en materia de sa-

lud que afectaban a la población.

Dentro de las medidas organizativas encontramos:

- La creación del Consejo de Salubridad General.
- La creación del Departamento de Salubridad Pública.
- El proyecto del Seguro Social Voluntario.
- La organización de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal.
- La fundación de la Escuela de Salubridad e Higiene.
- La promulgación de un nuevo reglamento de salubridad e higiene.
- La creación de la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro.
- La modificación del Código Sanitario.
- La inauguración de importantes obras de infraestructura (laboratorios, delegaciones sanitarias, etc.).

Todas estas medidas tenían por objeto enfrentar de manera sistematizada a nivel estatal el problema de la salud en México, ya que el Estado asumía la responsabilidad de garantizar la reproducción global del capital, por lo cual debía preocuparse por la conservación biológica de la fuerza de trabajo dentro del nexo capitalista y por ende debía modernizar sus instituciones de salud organizando y sistematizando sus acciones. Estas acciones modernizadoras implicaron un cambio conceptual en relación a lo que se entendía por atención hospitalaria y salud pública. Antes de la Revolución,

los hospitales eran generalmente centros para albergar a los pobres y mendigos con alguna enfermedad infecciosa, generalmente incurable; las condiciones higiénicas de los mismos eran malas y los pacientes sólo salían del hospital por la muerte. Las clases altas recibían atención médica a domicilio; sin embargo, con el desarrollo del modo de producción capitalista, el hospital deja de ser un centro de caridad para aislar indigentes y se convierte en un centro de recuperación del trabajador.

Para que el capitalismo se desarrolle tiene que dar la imagen de progreso ante la sociedad; lo que encubre esta imagen es que, en la medida que el sistema avanza, se extiende e intensifica la explotación de los trabajadores

Pero hay que considerar que el progreso del capitalismo no corresponde necesariamente con el de la sociedad, en sí lo que se da es una mistificación, tratando de identificar el incremento en la posibilidad de adquirir mercancías con el "progreso".

Pero esta posibilidad de ampliar el consumo no se extiende a todas las clases, reduciéndose dicho proceso a una mera ilusión.

El capitalismo mexicano desde la época del Porfiriato trata de adoptar una imagen de progreso, pero dicha imagen tenía un escaso desarrollo; la explotación y el

atraso eran más burdos, siendo sólo hasta el período postrevolucionario cuando se adoptan nuevos conceptos. En relación a la modernización en el concepto de salud pública, se observa que las enfermedades infecciosas eliminaban regularmente proporciones considerables de la población, paralizando con frecuencia el proceso de acumulación de capital. Por esto se debían impulsar acciones que combatieran la difusión de enfermedades infecciosas, naciendo el concepto de salud pública con la finalidad de apoyar la no interrupción del proceso de acumulación, teniendo como resultado un descenso gradual de la mortalidad.

Bajo la adopción paulatina de estos conceptos, el Estado crea organismos e invierte en infraestructura, con la finalidad de iniciar la organización institucional del sector salud y poder iniciar una gestión en salud acorde con el desarrollo del capitalismo.

- 2) Acciones en materia de sanidad.- Las acciones de salud en materia de sanidad que se siguen en este período tienen la finalidad de apoyar el patrón de crecimiento primario-exportador y se centran en dos puntos básicamente: la introducción limitada de drenaje y agua potable y acciones sanitarias en fronteras y puertos (desratización e higiene en puertos y ciudades fronterizas, control de plagas en bodegas, etc.).

Los nuevos lineamientos encuentran corporeidad en la

modificación del Código Sanitario de 1926 en los siguientes renglones:

- a) se federaliza la salubridad y se centraliza la autoridad sanitaria;
- b) se delimitan funciones sanitarias a nivel local y federal;
- c) se impulsa la educación higiénica;
- d) se sientan las bases de la higiene industrial, y
- e) se reglamenta la propaganda de mercancías que puedan afectar la salud de la población.

Estas modificaciones al Código Sanitario responden a la necesidad de adaptar los requerimientos sanitarios al despegue del modo de producción capitalista.

- 3) Acciones en torno a la prevención de enfermedades epidémicas.- Estas acciones estatales van encaminadas a combatir en forma muy elemental la difusión de epidemias que diezaban a la población y obstaculizaban el proceso de acumulación, y se reducían a la aplicación de vacunas contra el tifo, la fiebre amarilla y la tuberculosis.

Cabe destacar que en esta época la superexplotación a la que se ve sujeta la fuerza de trabajo incrementa la probabilidad de contraer enfermedades.

Dentro de las principales acciones del período en relación a la lucha contra las enfermedades cabe destacar:

- la inauguración del Instituto de Bacteriología Nacional;
- la fundación del primer Dispensario Antituberculoso;
- la Campaña de Saneamiento Malárico;
- la Campaña Contra la Fiebre Amarilla; y
- la realización del primer Centro de Lepra en México.

Estas acciones tenían un estrecho lazo con el incremento de la productividad en el sector primario-exportador y en muchas ocasiones estaban financiadas por la Oficina Internacional de Sanidad, que velaba por los intereses del capital extranjero, manteniéndose en forma paralela las condiciones de vida insalubres de gran parte de la población.

Como punto final de las condiciones de salud en el período, se observa como con el Artículo 123 constitucional se establecen las medidas para la conservación de la fuerza de trabajo, de entre las cuales se destaca:

- el establecimiento de la jornada laboral de ocho horas;
- el establecimiento del Seguro Obrero por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, a través del Seguro de Vida;
- la prohibición del trabajo a menores;
- la implantación del Seguro Social Voluntario;
- la indemnización por muerte o invalidez;
- la reglamentación del trabajo femenino; y,
- el Seguro de Maternidad.

Estas medidas establecidas de manera formal en la Constitución sentaban las bases bajo las cuales se desarrollaría el naciente proletariado mexicano.

El análisis efectuado de las políticas de salud en el período postrevolucionario nos indica como éstas están integradas dentro del paquete de medidas encaminadas hacia la construcción de una infraestructura adecuada para el despegue capitalista; dentro de las cuales la organización institucional de la salubridad y asistencia son una precondition. La superexplotación de la fuerza de trabajo hace fácil presa al trabajador de contraer enfermedades epidémicas, mismas que son combatidas de manera muy elemental por parte del Estado, manteniéndose las condiciones generales de vida de la población bajo la insalubridad, resultado de la polarización y heterogeneidad estructural.

En relación al campo, éste solamente se vio incluido en campañas contra epidemias, quedando desprovisto el sector rural de cualquier tipo de servicios médicos, a pesar del Programa Federalizado de Asistencia Pública.

Con la crisis de 1929 y la consecuente reestructuración del proceso de acumulación, las políticas de salud sufren a su vez una reestructuración y se ve la necesidad de dar un paso más en la organización de las instituciones de salud, en la cual la atención médica adquiere relevancia.

3.4 PERIODO 1935-1940

3.4.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1935-1940)

La crisis de los años treinta afectó a todos los renglones de la economía mexicana y además implicó una reestructuración en la modalidad de acumulación, posibilitando el desarrollo de potencialidades industrializantes que permitieron la generación en México de un proceso de industrialización ligera de exigencias tecnológicas mínimas.

Debido a las exigencias de este patrón de acumulación industrializante y al aumento del descontento social, el Estado sufre una reorientación en su política, dentro de la cual los rasgos más notables fueron:

- 1) El desarrollo de un programa de gobierno de corte populista.
- 2) Un aumento en la intervención del Estado en el aparato productivo y en la creación de organismos para apoyar el nuevo patrón de crecimiento.
- 3) Una política de estatización y nacionalización de los sectores estratégicos.
- 4) La corporativización del movimiento obrero organizado.
- 5) La Reforma Agraria.

Cada uno de estos aspectos será objeto de estudio para poder precisar cuales fueron las características generales del Estado y la estructura económica del cardenismo,

y su relación con las políticas de salud.

1) El populismo

El programa de gobierno del período cardenista estaba basado en un proyecto de corte populista que aspiraba a la redistribución del ingreso con el fin de lograr el desarrollo económico; de tal forma, el Estado impuso en su programa el mejoramiento económico y social de las masas, distribuyendo tierras y organizando a los trabajadores del campo y la ciudad para elevar su nivel de vida y defender sus derechos.

Con el cardenismo se reconquista la conciencia del papel que las masas juegan en la nueva sociedad como motor del progreso; estas masas debían ser encausadas y organizadas bajo la tutela del Estado, y de ello dependía el futuro del mismo. La organización de las masas, convirtiéndolas en sujeto con derechos propios respetados por el Estado (masas institucionalizadas), coadyuvaba a su vez a la institucionalización del Estado mexicano.

2) El intervencionismo estatal

Durante el período de reestructuralización, el Estado debe impulsar una nueva política intervencionista que sirva tanto para apoyar el nuevo patrón de crecimiento como para obtener el consenso de las masas.

El objetivo de esta política intervencionista es el de desarrollar una burguesía nacional que irradie su progreso a las demás clases sociales.

De este modo se observa como con Cárdenas se da una nueva política intervencionista en la cual se establecen nuevas reglas de juego, tales como la Reforma Agraria, la expansión del gasto público, las nacionalizaciones y la creación de empresas u organismos de control o autarquías.

En relación a la creación de autarquías(7), se puede decir que el Estado cardenista, con la finalidad de apoyar el proceso de acumulación, crea organismos estatales dedicados al control y dirección de los negocios de la actividad económica, para que éstos sirvieran como instrumentos para sistematizar y organizar las actividades que este nuevo patrón exigía.

Siguiendo el esquema de Diercksens se puede decir que se crearon cinco tipos de autarquías:

- 1) Empresas federales. Empresas fundamentalmente de servicios con la finalidad de proporcionar la infraestructura necesaria para el funcionamiento de la economía (ferrocarriles, servicios portuarios, líneas de navegación, etc.).
- 2) Organismos de cartelización o institutos creados con la finalidad de promover la producción de defensa. Institutos creados con la finalidad de promover la producción nacional y estabilizar el

(7)Diercksens, Wim, op. cit., p. 90.

- mercado interno y externo (institutos del café, del azúcar, etc.).
- 3) Bancos del ahorro. Creados con la finalidad de captar ahorro interno y externo y canalizar el crédito (Nacional Financiera, Banco Nacional de Crédito Ejidal, Banco Nacional de Comercio Exterior, etc.).
- 4) Institutos de seguridad. Proyecto de Ley del Seguro Social Obligatorio (Servicio Médico Ejidal Corporativo, etc.).
- 5) Empresas descentralizadas. De entre que las destaca PEMEX.

El objetivo de este nuevo modelo de intervención era el de remediar el atraso técnico industrial y agrícola y adaptarse a los requerimientos de la nueva maquinaria y modernización capitalista; se trataba de ser autosuficiente formalmente e institucionalizar la actividad del Estado.

El programa de gobierno hacía esfuerzos por mantener la paridad cambiaria, elevar el salario y contener el alza de precios, ya que se consideraba que a través de estas reformas sociales se pacificaría al país y se generarían las condiciones para el desarrollo del capital nacional.

3) Política de nacionalización de sectores estratégicos.

Para que el Estado pudiera apoyar directamente al capital nacional debía estatizar los sectores estratégicos de la economía, ya que éstos, al estar en manos del capital extranjero, sólo constituían un mecanismo de transferencia de utilidades hacia el exterior y obstaculizaban el desarrollo de la industria nacional al encarecer los insumos.

Se destacan durante el período cardenista la estatización del petróleo y ferrocarriles y se considera que estas nacionalizaciones sólo pudieron efectuarse gracias a un fuerte apoyo de las masas, bajo una coyuntura internacional favorable. El proletariado petrolero dio muestra de combatividad y avance al poner en marcha prácticamente la producción petrolera boicoteada por los técnicos norteamericanos.

La respuesta del capital monopólico ante las nacionalizaciones fue el boicot y reducción de la inversión extranjera directa en 42% en 1940, teniendo que incrementar el Estado su deuda externa.

4) Corporativización del movimiento obrero organizado.

Para poder efectuar un análisis de la corporativización del movimiento obrero durante el cardenismo, hay que considerar que se había engendrado desde la Revolución una tendencia izquierdista pequeñoburguesa que después se hace presente en el Partido Nacional Revolucionario en 1930, de donde surgió el cardenismo, sig-

nificando la candidatura de Cárdenas una transacción entre la tendencia callista debilitada por el ascenso de la lucha de clases y la tendencia nacionalista anti-imperialista y socializante dentro del Partido Nacional Revolucionario(8). Ante la candidatura de Cárdenas la burocracia sindical se dividió; la dirección moronista se opuso a la candidatura y otro sector de la Confederación Revolucionaria de Obreros Mexicanos se separó y formó la Confederación Nacional de Obreros y Campesinos (antecedente de la Confederación de Trabajadores de México), que apoyó al candidato.

Con Cárdenas se organizan los obreros en la Confederación de Trabajadores de México y los campesinos en la Confederación Nacional Campesina, erigiéndose las dos grandes centrales bajo las cuales sería institucionalizada y corporativizada la lucha de clases.

Durante el cardenismo, el Estado apoya la lucha por la conservación del poder adquisitivo y se dan grandes movilizaciones obreras en las que surgen muchos sindicatos y se incrementa el índice de huelgas; pero estas organizaciones sindicales estaban bajo control del Estado, el cual para buscar el apoyo de las masas les otorgaba concesiones, institucionalizando la lucha de clases.

(8)Gilly, Adolfo, op. cit., p. 358.

5) La Reforma Agraria.

Cárdenas se abocó a asegurar la Reforma Agraria, a partir de la organización de las masas. Se puede decir que, en el cardenismo, los terratenientes no sólo son derrotados políticamente sino económicamente con la Reforma Agraria.

Durante la segunda mitad de la década de los treinta se repartieron más de 20 millones de hectáreas (20 136 935 hectáreas en 10 651 ejidos para 775 845 campesinos), tierra que era de grandes latifundios, siendo ésta la derrota económica de la oligarquía terrateniente(9).

Las masas campesinas se enfrentaron a los terratenientes con el apoyo estatal, durante este período se dieron grandes huelgas campesinas (por ejemplo, la huelga de jornaleros agrícolas en La Laguna), siendo la base para la formación de los principales ejidos colectivos, generándose una verdadera guerra civil encubierta con el pueblo armado tomando tierras.

El capital internacional intervino en defensa de sus latifundios exigiendo indemnización por tierras expropiadas, a lo que el Gobierno se negó por razones de utilidad pública.

Para poder detectar la importancia de la Reforma Agraria, se debe analizar de un modo más profundo el ejido, ya que se considera a éste el centro de gravedad de la política agraria del cardenismo.

(9) Ibid, p. 359.

Ejido.- Se concede a un núcleo de población agraria una extensión de tierra —el ejido— en el cual a cada jefe de familia le corresponde una parcela para su cultivo, la cual debe ser cultivada por él y no puede ser vendida, transferida ni hipotecada; sólo puede transferirse a sus herederos en las mismas condiciones; carece de algunos atributos esenciales de la propiedad privada. La propiedad de la tierra ejidal correspondía al Estado y se podía expropiar por causa de utilidad pública, indemnizando al ejidatario.

Dentro de las limitaciones del ejido encontramos que:

- El ejido como forma de propiedad híbrida impide la expansión de las relaciones de producción capitalista, pero no erradica la explotación capitalista al ejidatario a través de varios mecanismos (intermedios, comercialización, crédito, etc.).
- La parcela no alcanza para proporcionar el sustento de una familia, teniendo que proletarizarse el campesino como asalariado agrícola en la agroindustria.
- Se sustituye y por lo mismo se limita la organización sindical del campesinado, siendo sustituido el sindicato por el comisariado ejidal estatal.
- Al permitir que dentro de la Reforma Agraria la clase expropiada pudiera escoger 100 hectáreas, los terratenientes mantienen en su poder los cascos de las

haciendas, pozos, caminos y mejores tierras, y dotan al ejido de una conformación geográfica irregular y dependiente.

"El ejido es la imagen viva de la interrupción de la Revolución y su suerte futura está vinculada al progreso de ésta"(10).

De lo anterior se concluye que el ejido es una forma híbrida de propiedad, cuya situación y orientación depende más que de leyes establecidas de la correlación de fuerzas en cada momento.

3.4.2 SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1935-1940)

Como se veía en el apartado anterior, sobrevivió a Calles un sector que mantuvo los postulados de la Revolución, tratando de orientar sus objetivos hacia la reforma social.

Cárdenas en 1928, al asumir la gubernatura de su estado natal —Michoacán—, se empeñó en hacer triunfar y rescatar la herencia ideológica y política de la Revolución, desarrollando un proyecto innovador y una política de masas, que se basaba en un incremento en el reparto agrario.

Estos lineamientos fueron desarrollados durante su gobierno como presidente, reconquistando la conciencia del papel que jugaban las masas dentro de la nueva sociedad como motor del progreso.

(10) Ibid, p. 363.

Durante el cardenismo, las organizaciones obreras y campesinas acaban por organizarse bajo la tutela del Estado, surgiendo las dos grandes centrales bajo las cuales sería encausada y organizada la lucha de las clases trabajadoras.

En el período cardenista se trata de mantener el poder de compra de las masas organizadas e institucionalizadas con la finalidad de obtener consenso y resolver a nivel economicista las demandas de la clase trabajadora.

El Estado, al imponerse como rector de la economía, pugna estratégicamente por la organización de los empresarios en torno a él; decretando con carácter obligatorio la afiliación a la primera Organización Patronal, ya que esta organización se consideraba asunto de interés público y se quería evitar que este órgano quedara en manos del sector privado, debido a su peso económico.

El 18 de julio de 1936, se promulga la Ley de Cámaras de Comercio e Industria, en la cual se definía a las mismas como instituciones autónomas de carácter público y con personalidad jurídica; integradas por comerciantes e industriales residentes en la República. Era obligación de cada cámara generar información estadística al Estado, y organizarse en común para exportar; las Cámaras estaban organizadas por ramas y sectores y eran controladas por la Secretaría de Economía.

En un principio los empresarios veían en esta organización forzosa una camisa de fuerza, pero posteriormente esta organización de sus intereses de clase frente al Estado y los trabajadores fue la premisa para su evolución y desarrollo como clase dominante.

Se puede decir grosso modo que durante el cardenismo México se consolida como un país organizado, con miras a implementar un proyecto de desarrollo nacional.

Pero en este período, la lucha por el poder llega a un punto culminante cuando en 1936 Calles apoyado por Morones intenta dar un golpe de estado, siendo descubiertas sus intenciones y puestos en un avión rumbo a Estados Unidos el 10 de abril del mismo año.

3.4.3 LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1935-1940)

En términos generales se puede decir que durante el cardenismo, se utiliza la atención médica como factor coadyuvante para modificar las formas y relaciones de producción en el campo y cambiar el papel del Estado en la salud de la población; es decir, se consolida la atención médica como modalidad hegemónica de la intervención del Estado en el ámbito de la salud.

"En el gobierno de Cárdenas aumenta significativamente la acción estatal en la prestación de servicios médicos y asistenciales (cuando menos se triplica y pasa de 0.3% a 0.5% del producto interno bruto), y aunque su destino y objetivo

fundamental no cambia, renace y toma cuerpo la idea de que es el Estado el principal responsable de prestar estos servicios. Así, se extienden los servicios al campo, y sobre todo se contempla y se hace realidad la posibilidad de un control ideológico y político del movimiento de masas por la prestación de dichos servicios. Control que por lo demás está planteado ante el ascenso de la lucha de clases, que se vive en esos años. Durante el gobierno cardenista terminan por definirse las características del Estado mexicano; la institucionalización de los servicios de salud, la nueva organización que éstos tendrán, son parte de la nueva fisonomía del aparato estatal en mucho presente hasta nuestros días"(11).

Se puede resumir la gestión estatal en salud durante este período en tres grandes apartados:

- 1) Acciones promovidas para consolidar la institucionalización de los servicios de salud.
- 2) Acciones promovidas para el establecimiento de servicios médicos en las zonas rurales.
- 3) Acciones encaminadas hacia la conservación de la fuerza de trabajo y la seguridad social.

La articulación de estos tres tipos de intervención estatal en el ámbito de la salud posibilita la legitimación del Estado y la consolidación de una infraestructura organizada a nivel institucional, que se adecuará a las exigencias del modelo de acumulación industrializante.

- 1) Acciones promovidas para consolidar la institucionalización de los servicios de salud.

Se observa que los intentos de organización a nivel ins-

(11) Correa Vázquez, M. E., "Capital monopolista. Estado e Instituciones de salud en México 1940-1978", en Investigación económica, Vol. XL, Núm. 158, octubre-diciembre de 1981. pp. 65-66.

titucional de la salud provienen desde la época de Calles, pero sólo hasta el cardenismo esta organización institucional tiene una acción directa sobre las masas y aspira a relacionarse en términos operativos con el patrón de acumulación.

Hernández Llamas señala la modernización en el concepto de salud acorde con el proceso de acumulación en los siguientes términos:

"La creación de la Secretaría de Asistencia Pública puntualiza el viraje definitivo de la concepción acerca de las gestiones del Estado en materia de salud, así como el cambio en el concepto de beneficencia al de Asistencia Pública. Se reconoce así la necesidad de que el aparato estatal intervenga en la atención y el mantenimiento de aquel sector del proletariado, fundamentalmente urbano, que en situación permanente de subempleo y desempleo, representa la capacidad de trabajo disponible, cuyo volumen fluctúa, pero que nunca es totalmente absorbido por el mercado de trabajo"(12).

Bajo los planteamientos anteriormente citados, se organiza a nivel institucional la gestión en salud en materia de asistencia y se implementan las siguientes acciones:

- A) Se organizan los servicios coordinados de los estados y territorios en materia de asistencia. Esta acción es implementada con la finalidad de abordar la gestión en salud de una manera coordinada en los distintos estados de la República, con el objetivo de lograr una equidad en la prestación de servicios

(12)Hernández Llamas, "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980", en Ortiz Quezada, F., Vida y muerte del mexicano. México, Folios, 1982.

de salud, objetivo no cumplido hasta la fecha pero que ya desde esta época se observaba.

- B) Se instaure el Seguro Social Médico Obligatorio para los pasantes de medicina.

Esta acción se deriva de la necesidad de programar la utilización de los recursos humanos a causa de la expansión de los servicios básicos de salud para las grandes masas de la población.

- C) Se crea el Departamento de Asistencia Social Infantil.

Este departamento representó la primera estructura diferenciada de participación directa del Estado en la asistencia, cuyo campo mantenía básicamente los rasgos de beneficencia pero que empezaba a delinear ya un proyecto nuevo para atender a la población sin recursos. La importancia de este Departamento quedó manifestada cuando al poco tiempo de creado fue elevado al rango de Secretaría y se ampliaron sus funciones para cubrir ya no sólo la asistencia social a los niños sino a la totalidad de población sin recursos, creándose la Secretaría de Asistencia Pública.

- D) Se crea la Secretaría de Asistencia Pública.

Organismo fundado con la finalidad de dar atención médica a las masas sin recursos, con el cual se materializa el reconocimiento por parte del Estado de la necesidad de intervenir en la conservación y

mantenimiento del proletariado fundamentalmente urbano desempleado y subempleado.

Se destaca que durante seis años la Secretaría de Asistencia Pública se mantuvo separada del Departamento de Salubridad Pública, hasta que en 1943 se fusionaron para integrar la Secretaría de Salubridad y Asistencia vigente hasta nuestros días.

E) Se crea el Instituto de Enfermedades Tropicales.

Este Instituto se crea con apoyo de la Fundación Rockefeller que apoyaba la lucha antipalúdica por estar interesada en la explotación de las zonas tropicales.

Todas estas acciones permiten el establecimiento de organismos institucionalizados, los cuales tendrían una ubicación regional que permitiera coordinar la gestión estatal de salud y respondiera a las necesidades del modelo de acumulación; es decir, mediante esta institucionalización de servicios de salud se podía aspirar a un modelo de atención en el cual los desempleados y subempleados, así como los trabajadores no asegurados, pudieran obtener una gestión en salud a través de la asistencia pública.

2) Acciones promovidas para el establecimiento de servicios médicos en las zonas rurales.

La Reforma Agraria fue acompañada de una serie de acciones que tenían como finalidad el establecimiento de servicios médicos en las zonas rurales.

De estas acciones se destacan:

- a) la creación de los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos;
- b) la organización de los Servicios Sanitarios Ejidales;
- c) la creación de la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal;
- d) la celebración del Segundo Congreso Nacional de Higiene Rural; y
- e) la creación de la Escuela de Medicina Rural.

En relación a los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos, se debe poner énfasis en su ubicación administrativa como parte del Departamento de Salubridad y en el hecho de ser servicios médicos cuyo financiamiento se compartía entre el Estado y el grupo destinatario del Programa.

De otra forma, se observa un avance al implementar políticas de salud dirigidas hacia la conservación del campesino, pero se establecen las bases para gestionar una atención diferenciada.

En relación a la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal, se observa que para 1938 se beneficia a 750 000 campesinos, a los cuales se les llegaba a otorgar atención médico-quirúrgica inclusive(13).

Durante el cardenismo, se observa entonces como la Reforma Agraria va acompañada de una penetración de ac-

(13) COPLAMAR, Necesidades esenciales en México: salud, situación actual y perspectivas al año 2000. México, Siglo XXI, 1982. p. 117.

tividades sanitario-asistenciales al campo, reformándose con esto los mecanismos dirigidos hacia la obtención del consenso popular y aumentándose el nivel de vida de las masas campesinas.

- 3) Acciones encaminadas hacia la conservación de la fuerza de trabajo y la seguridad social.

Durante el cardenismo cobra vigencia la idea de la prestación de servicios medico-asistenciales como condición fundamental para la conservación de la fuerza de trabajo.

Se puede decir que, además de la organización institucional de la asistencia y la atención médica en zonas rurales, el Estado implementa una serie de medidas y acciones encaminadas hacia la conservación de la fuerza de trabajo, de entre las que destacan:

- a) La formulación de la Ley Federal del Trabajo. Que entra en vigor en enero de 1935, en la que se aprueba la limitación de la jornada de trabajo nocturna y se reglamenta el trabajo en horas extras.
- b) La creación de los Servicios de Higiene Industrial, que tenían por objetivo la protección de la salud de los trabajadores dentro del proceso de trabajo.
- c) El establecimiento de la Comisión Investigadora del Trabajo Infantil y Femenino.
- d) La elaboración del Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Este tenía los siguientes objetivos:

- asegurar la estabilidad de las plazas;
- normalizar el escalafón; y
- garantizar los derechos de asociación para la defensa de sus intereses.

e) La celebración del Congreso de Medicina del Trabajo y Habitación Obrera.

En este congreso se sostuvo la necesidad de dotar a la fuerza de trabajo de condiciones óptimas para su reproducción.

f) Se elabora en 1934 un Anteproyecto de Ley de Protección al Trabajador. Este documento, que incluía un apartado sobre riesgos de trabajo e incluso sobre desempleo, finalmente no fue discutido.

g) Se reconoce la necesidad de reglamentar la seguridad social y se elabora, también en 1934, un Proyecto de Ley sobre el tema, donde se fijaron las bases en que descansaría la futura Ley del Seguro Social. Este proyecto, de haber sido aprobado, habría hecho obligatorio dar seguridad social a los trabajadores y habría creado un servicio federal descentralizado sin fines lucrativos, financiado por el Estado y los empleados asegurados. También hubiera otorgado prestaciones en dinero y atención médico-quirúrgica.

h) En 1938, se aprueba una ley que cubría los riesgos de enfermedad, accidentes y desocupación involuntaria y creaba el Instituto Nacional de Seguros Sociales. Esta ley no fue implementada y se modificó mediante la Ley del Seguro Social de enero de 1943, misma que dista mucho del proyecto original de 1938.

Las acciones impulsadas por el Estado encaminadas hacia la conservación de la fuerza de trabajo durante el período cardenista no tienen precedente dentro del capitalismo mexicano, llegando incluso a plantear situaciones que hasta hoy no se han retomado.

Se constata también que en el período cardenista se incrementa de manera importante el gasto destinado al sector salud. El cumplimiento del Plan Sexenal en materia de salud llevó a Cárdenas a triplicar el presupuesto en salud en el primer año y gastar en todo el período 80 millones de pesos(14).

"En 1925 se había destinado a la salud el 1.9% del presupuesto federal y en 1933 el 3%. El Primer Plan Sexenal propuso un incremento en el presupuesto de salud que alcanzase en 1934 el 3.4%, en 1935 el 3.9%, en 1936 el 4.2%, en 1937 el 4.6%, en 1938 el 5.0% y en 1939 el 5.5; sin embargo, en 1940 el presupuesto en

(14) Ibid, p. 118.

salud excedió el previsto y constituyó el 6.4% del presupuesto federal"(15).

Con los datos estadísticos anteriormente citados se observa como los programas sanitario-asistenciales nunca habían ocupado una porción suficiente en las consideraciones presupuestales, siendo hasta el período cardenista, e inclusive durante los primeros años de Avila Camacho, cuando se registran las tasas más altas en este rubro.

Con el análisis de la estructura económica, los movimientos de las clases sociales y la política de salud del período cardenista, podemos ratificar los siguientes aspectos vertidos a manera de conclusiones preliminares en el marco teórico.

- a) La gestión estatal en salud está íntimamente ligada al proceso de acumulación en la medida que tiene como finalidad la conservación de la fuerza de trabajo.
- b) La gestión estatal en salud no es proporcionada automáticamente sino, como lo demuestra el análisis del período cardenista, es uno de los logros de la lucha de clases y su existencia y del grado de presiones de las clases trabajadoras hacia el Estado.
- c) La gestión estatal en salud es una de las precondiciones para dar aptitud a la fuerza de trabajo de ser explotada y por lo tanto para mantener las con-

(15) Ibidem.

diciones para que el proceso de valorización no se interrumpa.

- d) El grado de desgaste de la fuerza de trabajo, resultante del mismo proceso de trabajo, determina una cierta demanda de servicios sanitario-asistenciales, los cuales son proporcionados por el Estado en concordancia con el capital, dependiendo del grado de organización de las clases trabajadoras y de sus demandas.

Lo anterior es evidente en el período cardenista donde el Estado presionado por las masas debe volcar hacia ellas su gestión en salud, tanto para el campesino como para el obrero e inclusive para el desempleado.

- e) La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud está determinada por el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción; esto se comprueba al observar como, ante un cambio en el patrón de acumulación (industrialización ligera), en condiciones de agudización de la lucha de clases, se modifica la gestión estatal en salud y se vuelca ésta hacia la conservación de la fuerza de trabajo.

- f) El Estado al asumirse como el responsable formal del nivel de salud poblacional asume inevitablemente toda política y acción sanitario-asistencial encaminada hacia la conservación de la salud.

En el período cardenista la creación de la Secretaría de Asistencia Pública, los Servicios Médicos Ejidales Corporativos, el Proyecto de Ley de Seguridad Social y en general todas las políticas de salud aquí analizadas, ratifican esta conclusión, siendo en adelante la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud una función permanente y de carácter estructural que asume inevitablemente el Estado.

- g) El Estado gracias a su autonomía relativa puede destinar recursos encaminados hacia su legitimación, dentro de los cuales está comprendida la asistencia social.

Lo anterior se comprueba durante el cardenismo, observándose un incremento sin precedente en el presupuesto en este rubro que fomentó la legitimación del Estado en esa época.

- h) Finalmente se observa que dentro de las dos funciones primordiales del Estado (acumulación y legitimación) se encuentran las dos instancias básicas para la gestión en salud, de modo que la seguridad social se enmarca dentro de la función de acumulación y la función de asistencia social se encuadra dentro de la función de legitimación; siendo éstas las premisas para desarrollar a su vez una gestión en salud diferenciadora.

En el cardenismo se observa esta situación y se

le trata de encauzar a nivel institucional, creándose la Secretaría de Asistencia Pública y elaborándose proyectos de Ley de Seguridad Social; esto con la intención de gestionar atención en salud diferenciada a nivel institucional.

3.5 PERIODO 1941-1961

3.5.1 SUBPERIODO 1941-1954

3.5.1.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1941-1954)

Se puede decir en términos generales que, en México a partir de la segunda mitad de la década de los cuarenta (con Miguel Alemán, 1946-1952), se inicia más formalmente el paso hacia la subsunción real del proceso de trabajo al capital, aunque no se excluye que haya habido rasgos de ésta anteriormente.

Lo anterior se afirma sobre la base de que es en este período cuando ya se puede hablar del inicio de modificaciones sustanciales en la base material del proceso productivo en términos sociales.

Durante la década de los cuarenta se genera una política económica en pro de la industrialización mexicana, misma que fue favorecida con el cierre del mercado mundial, producto de la Segunda Guerra Mundial; entonces México encaminó sus objetivos hacia la formación de una industria capaz de producir bienes intermedios y una incipiente in-

dustria básica.

En esta época se consolida la hegemonía del capital monopólico gracias al apoyo y estímulo estatal, con lo que se refuerza los mecanismos para estimular el proceso de acumulación ampliada y se comienzan a operar cambios sustanciales en la base material del proceso productivo, combinándose la superexplotación de la fuerza de trabajo con el avance tecnológico.

Dada la importancia del cambio en la modalidad de acumulación que se suscita en este período, ésta será objeto de un breve análisis, ya que el cambio en la modalidad de acumulación genera efectos hacia todos los sectores sociales, incluyendo el sector salud.

- Consideraciones generales sobre el cambio en la modalidad de acumulación.

Los cambios en la modalidad de acumulación implican cambios en la modalidad de actuación estatal. La intervención estatal debe modificarse, ampliando su radio de acción, ya que las contradicciones que el nuevo modelo de acumulación genera son mayores (profundización de la tendencia decreciente de la tasa de ganancia y agudización de la lucha de clases). El Estado tiene que ampliar y coordinar su política económica, profundizando en su función de acumulación, en detrimento de su función legitimación que es contraída en términos presupuestales. Se puede decir que uno de los efectos de la subsunción real del proceso de trabajo al capital es la ampliación

del intervencionismo estatal y la sistematización en la política económica.

En términos generales se puede decir que el cambio en la modalidad de acumulación es el paso de la extracción de plusvalía absoluta a plusvalía relativa; es decir de la subordinación formal del proceso de trabajo a la subsumción real del proceso de trabajo al capital.

El cambio en la modalidad de acumulación exige:

- a) un incremento en la productividad logrado a través de un aumento en la composición orgánica de capital y del avance tecnológico;
- b) el paso de extracción de plusvalía absoluta a plusvalía relativa como norma general en el proceso productivo;
- c) la modificación de la base material del proceso de producción; y
- d) la formación del obrero colectivo, que debe tener una gestión socializada.

El Estado, ante esta nueva situación, debe apoyar al proceso de acumulación por medio de su política económica y a través de su gestión estatal sobre la fuerza de trabajo.

Por otro lado, se observa que, para que se pueda dar un cambio en la modalidad de acumulación, además de las modificaciones en el intervencionismo estatal, se debe generar un incremento en la inversión, creciendo la inversión extranjera directa, con la finalidad de modificar la base

material del proceso productivo y orientar la industrialización hacia la fabricación de manufacturas, elevando la productividad del capital.

Durante el período el sector manufacturero se vuelve el eje dinámico de la economía y logra la obtención de plusvalor relativo a través de la modernización de la planta física, combinándose al mismo tiempo con la obtención de plusvalor absoluto a través de la intensificación de la jornada, lográndose esta pragmática combinación gracias a la política antipopular que caracteriza al Estado mexicano en esta época.

El Estado apoya el proceso de centralización y concentración de capital a través de su política económica aumentando considerablemente el grado de monopolio de la economía mexicana.

A continuación se expondrá una panorámica general sobre la estructura económica del período:

- Características fundamentales de la política económica.

1) El proceso es conocido como inflación-devaluación.

Se da un crecimiento del producto interno bruto superior al 6% anual.

2) Política fiscal regresiva, con exenciones e incentivos fiscales para favorecer la industrialización.

3) Política monetaria. Conocida en términos generales como inflación-devaluación; con la cual se empeora la situación de la pequeña y mediana indus-

tria, así como la del proletariado; el poder adquisitivo se reduce y se preparan las condiciones para la concentración monopólica en 1955-1961; se favorece la creación del monopolios.

- 4) Política de precios. El Estado apoya el proceso de industrialización dotando a la industria de insumos baratos. A su vez, el incremento en la productividad no se traduce en menores precios por el nivel de ganancias que impone el carácter monopolístico de la economía.
- 5) Política de contención salarial. En el período se impide, a través de la represión y corporativización, el incremento en los salarios reales, observándose más bien una baja en el poder adquisitivo derivada de la inflación y la devaluación. La política de contención salarial incrementa las utilidades.
- 6) Gasto e inversión públicos. Durante las décadas de los cuarenta y cincuenta, el gasto público y la inversión pública crecen con el objetivo de reforzar el proceso de acumulación; en términos de Rolando Cordera(16), en este período la inversión y el gasto público no son competitivos sino complementarios al capital.
- 7) Proteccionismo. Se posibilita, gracias al apoyo estatal, una relación costos-precios favorable al

(16) Cordera Campos, Rolando, "Estado y desarrollo en el capitalismo tardío y subordinado. Síntesis de un caso pionero. México 1920-1970", en Investigación económica, Vol. XXXI, Núm. 123, julio-septiembre de 1972.

capital invertido en el país.

- 8) Política agraria. Durante este período se implementa la contrarreforma agraria y se incrementa la productividad agrícola a través del avance tecnológico, en esta época se desacelera el ritmo de repartición agraria y se fomenta la creación de agroindustrias.
- 9) Política laboral. El corporativismo congela la lucha de clases y crece la represión a los movimientos disidentes; el resultado es una baja del salario real y un divorcio entre los intereses de la clase trabajadora y las demandas expresadas por los líderes impuestos.
- 10) Inversión extranjera. Desde 1940 la inversión extranjera crece y se canaliza hacia el sector industrial; se observa un incremento de 499 millones de dólares en 1940 a 568 millones de dólares en 1945 y a 618 millones de dólares en 1952; la participación de la industria en la inversión extranjera total crece de 7% en 1940 a 17.5% en 1945 y a 30% en 1952(17). Estos elementos nos remiten a una modernización en la planta física y por lo tanto a un cambio en la modalidad de acumulación. En este período se observa entonces una entrada masiva de capital y un apoyo a la inversión extranjera; la burguesía nacional se convierte en burguesía asociada.

(17)Ibid.

11) En este período se favorece la hegemonía del capital monopólico industrial a través de todas las medidas anteriormente enlistadas.

Con la interrelación de este "paquete" de políticas económicas el Estado interviene en el paso hacia la subsumición real del proceso de trabajo al capital; además se fomenta la concentración del ingreso y la polarización estructural.

Por razones metodológicas, se profundiza brevemente en las siguientes medidas, ya que éstas inciden directamente sobre la gestión estatal en salud y requieren de un mayor análisis:

- a) inflación
- b) devaluación
- c) inversión
- d) fomento al capital
- e) salarios
- f) sector agrario

a) Inflación

A primera vista, la inflación es la subida de los precios de las mercancías necesarias para la reproducción de la fuerza de trabajo; pero la inflación no debe verse sólo como un incremento continuo en el nivel de precios de las mercancías en el mercado, ya que éste es el aspecto más evidente, pues es el reflejo de la contienda existente entre diversas fuerzas de la economía, donde el incremento de los precios es la expresión final.

Para analizar el problema de la inflación no es suficiente el estudio monetarista de la economía (exceso de circulante-inflación), sino más bien hay que analizar la contienda en la economía entre quienes tratan de lograr una tasa más elevada de utilidad sobre el capital de un lado, y quienes luchan por alcanzar un mejor nivel de vida por el otro; es decir, la lucha por el incremento del salario real. En la inflación se refleja el proceso de lucha de clases, el cual moldea la estructura productiva nacional y determina las reglas del juego mercantil y político.

En México la institucionalización de la lucha de clases, a través de la corporativización del movimiento obrero-campesino al Estado, permite tener los canales para institucionalizar a su vez los mecanismos de negociación social, con lo que se logra que la lucha de clases por el reparto del producto social conserve un "cauce orgánico apropiado" evitando al máximo los enfrentamientos internos. Estos mecanismos favorecen al capital, el cual a pesar del apoyo del Estado represor se encuentra permanentemente amenazado, pero son adversos para las clases trabajadoras ya que se ve afectado constantemente su poder adquisitivo.

Con la inflación se registra un cambio en la estructura de la distribución del producto social, incrementándose la concentración del ingreso, es decir, ampliándose la contradicción producción social-apropiación privada, que es

la esencia del mecanismo que fenoménicamente se expresa en el concepto inflación.

b) Devaluación

Durante el período analizado se suscitan dos devaluaciones; la primera se ubica en el año de 1948 y es debida, entre otras cosas, a la crisis que vive el sector externo por la reincorporación de los Estados Unidos al mercado mundial y la consecuente baja de las exportaciones mexicanas.

La segunda devaluación se da en 1954, al finalizar la guerra de Corea, propiciando una mayor concentración del ingreso.

Se destaca cómo durante el período analizado, antes de la devaluación de 1948, las exportaciones mexicanas fueron favorecidas por la guerra (y la inflación internacional que ésta genera); el ingreso captado por las exportaciones aumentó notoriamente, observándose un cambio en la composición de las exportaciones donde:

- a) la participación de los productos agrícolas se incrementó notoriamente;
- b) la exportación de minerales se debilitó; y
- c) se comenzaron a exportar productos manufactureros y textiles.

Al estar las exportaciones en función a la existencia de guerras se observa como al finalizar éstas, el sector entra en crisis y se devalúa la moneda para "estimular" la exportación.

Las devaluaciones y la inflación reconcentran el ingreso.

c) Inversión

En el período analizado se observa un incremento tanto en la inversión pública como en la privada.

Inversión pública

La inversión pública se cuadruplicó, no siendo competitiva sino complementaria al capital; observándose el siguiente incremento:

- monto acumulado inversión gubernamental federal 1940-1946: 3,593 millones de pesos corrientes;
- monto acumulado inversión gubernamental federal 1947-1952: 13,593 millones de pesos corrientes.

Por otro lado se observa el siguiente incremento en la inversión de empresas estatales:

- monto acumulado 1940-1946: 1,474 millones de pesos corrientes;
- monto acumulado 1947-1952: 6,655 millones de pesos corrientes.

Inversión extranjera

Desde 1940 la inversión extranjera crece y se sitúa en el sector industrial; la participación de la industria en la inversión extranjera total crece de 7% en 1940 a 30% en 1952.

- monto inversión extranjera 1940: 499 millones de dólares en stock;
- monto inversión extranjera 1952: 618 millones de dólares en stock(18)

(18) Ibid.

d) Fomento al capital

En el período de 1940-1954 el Estado favorece al sector industrial y en especial a la consolidación del monopolio a través de una política fiscal regresiva, exenciones, impuestos, insumos baratos, control del movimiento obrero y de una política financiera en donde se canalizan grandes préstamos hacia la gran industria.

El resultado de todo este paquete fue el de posibilitar la operación de la gran industria, con una relación costos-precios favorable al capital.

e) Salarios

Desde 1940 hasta 1954 se efectúa una baja permanente en el salario real, la pauperización de la clase trabajadora se acentúa y se sigue una política antipopular encaminada a reducir los costos de producción y eliminar "tropiezos" para proseguir el proceso de acumulación ampliada.

En este período cabe destacar la creación de CEIMSA, órgano a través del cual se controlaría el cumplimiento de los precios tope a los productos agropecuarios, con el objetivo de contar con un instrumento que permitiera el acaparamiento de gran parte de la oferta agrícola, con la finalidad de poder contar con un parámetro adecuado para la fijación del salario y permitir un control del crecimiento de éste en los términos más bajos permisibles.

La norma social de consumo, al estar integrada en esa época básicamente por productos agropecuarios, se vio afec-

tada, ya que el Estado al fijar los precios de garantía en niveles bajísimos propicia el no respeto de los "precios oficiales", generando un estancamiento en la producción de productos básicos y un abaratamiento del precio oficial de los bienes salarios, que finalmente culmina en el abaratamiento del precio de la fuerza de trabajo.

El trabajador, ante esta situación, tendrá problemas para su reproducción, ya que con un salario mínimo oficial empobrecido deberá enfrentarse en el mercado con productos encarecidos alejados del "precio virtual", esta situación profundiza la ya pesada pauperización de la clase trabajadora en el período.

f) Sector agrario

Durante esta época se da la llamada contrarreforma agraria, con la finalidad de incrementar la productividad agrícola a través del avance tecnológico; el ejido, al ser incapaz de asumir esta política, es desplazado; es reforzada la propiedad privada al aumentar la cantidad de hectáreas permitidas, para lograr "adaptar" al campo a la nueva explotación de tipo comercial.

Desde 1940 se inicia la contrarreforma agraria y el ejido pasa a un segundo término; la producción agraria se trata de adaptar a una explotación de tipo comercial y se ve la necesidad de modernizar al campo para lograr la consolidación del capitalismo agrario.

El ejido es fuertemente afectado al incrementarse la pequeña propiedad de 100 a 300 hectáreas para el cultivo de café, fruta, vid y caña; con esta medida se consolida

la contrarreforma agraria.

Dentro del sector agrario se observa desde entonces la conformación de tres subsectores:

- 1) Subsector dinámico.- Con elevada composición orgánica de capital, orientado hacia la exportación y obtención de divisas, subsector protegido y monopolizado.
- 2) Subsector intermedio.- Que contrata mano de obra y se orienta hacia la producción de alimentos e insumos para el mercado interno, subsector que transfiere plusvalía por la política de precios bajos.
- 3) Subsector formado por la pequeña propiedad, el ejido y el minifundio, orientado hacia el autoconsumo y que provee de fuerza de trabajo a los otros subsectores.

Ante esta situación se observa como el campesino es obligado a proletarizarse y a engrosar las filas de desempleados y subempleados.

El sector agrícola se estanca; se le encomienda la labor de subsidiar otros sectores a través de la política de precios bajos (transfiriendo plusvalía), captar divisas-subsector dinámico-y liberar mano de obra.

El sector agrario adquiere una estructura polarizada en donde convergen desde el minifundio y el ejido hasta la explotación capitalista monopólica del norte y noreste del país.

Por otro lado, en el análisis expuesto sobre la estructura económica de 1940 a 1954, se observa que durante este período se inicia el paso hacia una nueva modalidad de acumulación que incide sobre la socialización de la producción y la formación del obrero colectivo, el cual debe tener una gestión socializada.

El proceso de concentración y centralización de capital, al dar lugar al obrero colectivo, necesita de una gestión colectiva del mismo la cual, al combinarse con una creciente profundización en el descenso de la tasa de ganancia, imposibilita al capitalista poder proporcionar dicha gestión, convirtiéndose esta gestión colectiva en gestión estatal. El Estado la otorga a través del salario social en el que está comprendida la gestión en salud.

De este modo se observa como el Estado tiene una participación efectiva dentro del salario real; ya que este último está compuesto por el salario directo y salario social (ver marco teórico).

Lo anterior se señala ya que es a partir de 1940 cuando estos mecanismos adquieren relevancia, observándose la tendencia a incrementar el peso del salario social en la medida en que se desarrolla el capitalismo mexicano.

Pero el incremento del salario social, al estar sujeto a presiones políticas, se ve estancado por el control estatal del movimiento obrero.

Para finalizar este apartado, se debe destacar que la reorientación que sufre la economía mexicana en los cua-

renta tiene como objetivo el desarrollo y consolidación del monopolio, el cual sólo se lograría a través del total apoyo estatal y la generación de una política antipopular.

3.5.1.2 SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES.

MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1941-1954)

El proyecto nacional de masas del período cardenista se vio seguido de un proyecto excluyente para la clase trabajadora, en donde la base era el sistema corporativo vertical.

El corporativismo institucionaliza y por lo tanto congela la lucha de clases, al dejar de expresar el interés de los trabajadores y sumirse en una política colaboracionista, que tiene como efectos una baja continua del salario real hasta 1954 y una política altamente represiva.

Durante el período de Avila Camacho (1940-1946), se reforma la Ley Federal del Trabajo con el fin de reglamentar el derecho de huelga. En 1941 para estos efectos se crea la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, teniendo que ser avalada por el Estado la lucha sindical y sometiéndose ésta a un largo proceso de conciliación.

En la época denominada inflación-devaluación, el salario real baja de \$ 28.44 en 1939 a \$ 14.36 en 1947 (pesos constantes de 1939), es decir, el salario real baja a la mitad, para luego mantenerse casi constante hasta 1953.

"Lo primero que nos dice la curva de salarios es que durante la Segunda Guerra Mundial y la posguerra inmediata, se produjo una verdadera expropiación de los ingresos de la clase obrera . . . es decir, un aumento considerable en el grado de apropiación por la burguesía del valor producido por la clase obrera, un despojo masivo que redujo el salario real de ésta a la mitad entre 1940 a 1946, prolongándose esta rebaja hasta 1952, siendo la clave del proceso de acumulación (milagro mexicano) dando la onda larga de expansión del capital"(19).

Por otra parte las devaluaciones de 1948 y 1954 reducen aún más el poder adquisitivo de las masas; el cual fue además afectado por el abaratamiento del precio de la fuerza de trabajo, mismo que se suscitó por los precios oficiales bajos y el elevado nivel de desempleo.

Durante este período el ritmo de liberación de mano de obra de la agricultura no va aparejado con el ritmo de proletarización, con lo que crece el nivel de desempleo y subempleo.

La lucha de clases es neutralizada a través de la represión y el encarcelamiento de dirigentes; se hace norma la imposición de líderes en los principales sindicatos obreros.

Como dato que ejemplifica la política colaboracionista del movimiento obrero corporativizado, tenemos que en abril de 1945, Lombardo Toledano representante de la CTM y José Colín representante de la Organización Patronal, firman un acuerdo, "El pacto obrero industrial", en el cual

(19)Gilly, Adolfo, "Curva de salario y conciencia obrera", en Revista Coyoacán, Núm. 2, enero-marzo de 1978. p. 98.

los sindicatos se comprometían a no pedir aumentos ni hacer huelgas, como resultado de este "compromiso" en 1946 la curva de salarios tocaba su punto más bajo(20).

3.5.1.3 LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1940-1954)

Desde principios de la década de los cuarenta la política estatal en materia de salud cambia de orientación; recobran importancia las acciones diferenciadoras y los servicios se ofrecen sólo a ciertos grupos sociales, los directamente vinculados al proceso industrial.

Es importante destacar que durante este período se inicia la especialización médica como criterio organizativo dominante y como tendencia para producir los servicios médicos; se crean algunos institutos y hospitales de especialización.

"La medicina sigue las pautas de la experiencia norteamericana: en el primer lustro de los cuarenta se iniciaron las residencias médicas, siguiendo el esquema flexeriano (modelo de formación médica puesto en práctica a partir del informe elaborado por Flexer en 1911 con el patrocinio de la Fundación Carnegie), cuyo propósito principal era la formación de subespecialistas cuyo destino es el hospital sofisticado que percibe a los pacientes fragmentandos en órganos y sistemas, respondiendo al paradigma de educación biológico individualista-curativo que ha dominado la práctica médica occidental desde principios de siglo"(21).

(20) Ibidem.

(21) COPLAMAR, op. cit., p. 118.

Es curioso cómo a la atomización operada en la lucha de clases, donde se trata de negar la existencia de clases sociales, corresponde una atomización biológica en la atención médica capitalista.

La adopción del modelo flexeriano sirve de base en México para instaurar las siguientes políticas de salud:

- a) Instauración del primer programa de internado de postgrado.
- b) Inicio de las residencias médicas.
- c) Elaboración de un Plan Nacional de Hospitales.
- d) Creación de los principales institutos y hospitales de especialización.
- e) Adopción de nuevas tecnologías en la medicina (cirugía de corazón en 1946 e implantación de prótesis en 1947).

Bajo estos criterios y acciones, México, acorde con su cambio en la modalidad de acumulación, cambia la orientación de su política en salud y adopta el modelo norteamericano de atención médica sofisticada, misma que se basa en acciones diferenciadoras y se torna inaccesible para los pobres.

Este nuevo tipo de atención médica responde a las necesidades del nuevo modelo de acumulación, el cual reclama que un importante sector de la fuerza de trabajo esté en condiciones de ser intensivamente explotado por el capital monopolista, reclamando éste a su vez la necesidad de impartir los servicios de salud a un bajo costo

y con un elevado rendimiento, por lo que se debe racionalizar y optimizar la prestación de estos servicios; la participación del Estado se hace necesaria y éste garantiza al capital monopólico una gestión en salud eficiente para el obrero colectivo. El Estado vuelve a utilizar la cuestión de la salud como instrumento para lograr su legitimación ideológica y política.

"El desarrollo de las fuerzas productivas incide sobre la composición mental del capital variable, ya que se exige un mayor grado de calificación de la fuerza de trabajo, lo cual incrementa los costos de reproducción de la misma. El deterioro, pérdida o destrucción de la fuerza de trabajo significa una pérdida al capital. En la medida que los costos de producción aumentan, comienza a ser cada vez más ventajosa la conservación de la fuerza de trabajo. Además, una fuerza de trabajo bien conservada alcanza niveles de productividad mayores que una fuerza de trabajo descuidada. En otras palabras, la defensa de la salud comienza a ser un negocio rentable" . . . "No existe inversión más rápida, segura y lucrativa que la inversión para fines de salud pública"(22).

Lo anteriormente citado se basa en el supuesto de que el valor general de vidas que se pueden salvar, empleando las conquistas modernas de la medicina y salud pública, representan muchos millones de pesos. Esto en términos de atención diferenciada se traduce en que la fuerza de trabajo más calificada, al ser la más productiva, es cualitativamente la más importante y por lo tanto debe ser la mejor conservada; supuesto bajo el cual se organiza la seguridad social.

(22)Diercksens, Wim, op. cit., p. 69.

En México, respondiendo a la ideología anterior, algunas fracciones de la aristocracia obrera cuentan desde esa época con sus propios servicios de seguridad social (PEMEX, por ejemplo) o recurren a los servicios médicos privados.

De otra forma se observa que la atención médica diferenciada da respuesta al siguiente supuesto:

"La fuerza de trabajo al diferenciarse se reproduce por fracción de clase. Esto quiere decir que los trabajadores manuales se reproducen y son conservados como trabajadores manuales, y que los trabajadores altamente calificados se reproducen y son conservados como trabajadores calificados" (23).

Al mismo tiempo hay que considerar que durante la década de los cuarenta, el Estado debe apoyar el proceso de acumulación, reduciendo costos; la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud es un claro ejemplo de socialización del costo de la fuerza de trabajo, combatiéndose la tendencia decreciente de la tasa de ganancia desde el lado del capital variable.

En la medida que la socialización del costo reduce el tiempo de trabajo necesario para la reproducción de la fuerza de trabajo, se puede afirmar que la socialización del costo es un mecanismo de extracción de plusvalor relativo.

En términos generales, y bajo los criterios anteriormente analizados, se puede decir que las características de las políticas del sector salud del período son:

(23) Ibidem, p. 73.

- a) La articulación de la atención médica con el nuevo modelo de acumulación, sofisticándose la medicina y desarrollándose el hospital con especialidades.
- b) La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, como organismo encargado de la conservación de la fuerza de trabajo explotada por el capital.
- c) La preponderancia de la atención médica sobre la salubridad, en términos de la participación del Estado en la producción de servicios de salud.
- d) La reducción en el gasto público en materia de salud y seguridad social.
- e) La adopción de criterios diferenciadores en materia de atención médica.
- f) La adopción del modelo de atención médica norteamericano basado en la formación de subespecialidades.

Con base en los criterios diferenciadores, se puede decir que existen cuatro tipos de instituciones que atienden problemas sanitarios:

1) Las asistenciales. Encaminadas a gestionar a los desocupados, subempleados y trabajadores de la pequeña y mediana industria no asegurados. Estas instituciones son financiadas por el Estado y las aportaciones en pago de los usuarios, como por ejemplo la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

2) Las de seguridad social. Encaminadas a gestionar

a la fuerza de trabajo asegurada (básicamente industrial). Estas instituciones cuentan con un financiamiento tripartito (Estado, gobierno y trabajadores), como ejemplo tenemos al IMSS, Ferrocarriles, Marina, PEMEX.

- 3) Instituciones privadas. Que prestan servicios de salud con fines lucrativos.
- 4) Instituciones descentralizadas, orientadas hacia la atención médica de especialidad, financiadas por el Estado y los usuarios, por ejemplo Cardiología, Nutrición, etc.

Dada la importancia del establecimiento del Seguro Social Obligatorio, éste será objeto de un breve análisis.

- La seguridad social. Consideraciones generales 1940-1954.

En la década de los cuarenta el cambio en la modalidad de acumulación y la política de protección al capital por parte del Estado propiciaron una racionalización de los servicios públicos de salud con fines de reproducción de la fuerza de trabajo. Siguiendo la concepción de López Acuña, se observa que esto, sumado a las demandas de salud de la clase obrera, da lugar a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual inicia sus actividades proporcionando servicios médicos al sector más productivo del país.

El 19 de enero de 1943 se promulga la ley del Seguro

Social en base a la cual se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social, como órgano público descentralizado, responsable a partir de ese momento de procurar el bienestar económico y social de la población trabajadora; se inaugura el régimen en las principales ciudades de la República.

Se puede decir que los primeros pasos del IMSS durante 1943 y parte de 1944 se centraron en su programación y organización interna, así como los trabajos de afiliación y estudios para la construcción de cuatro unidades hospitalarias en el Distrito Federal; mismas que habrían de edificarse en los cuatro puntos cardinales de la ciudad, mediante un anticipo de \$ 50 millones que aportó el gobierno federal.

Dentro de los objetivos del Seguro Social está el de elevar la productividad media del trabajo al reducir el despilfarro por enfermedad, accidente o muerte.

"El seguro contra enfermedades tiene como objetivo directo, no cabe duda, el de conservar la fuerza de trabajo. Si los beneficios de esa conservación debido a la mayor productividad del trabajo son mayores que los costos, este seguro se justificaría por el capital social global"(24).

Por otro lado se observa que la instauración del Seguro Social Obligatorio beneficia al monopolio.

"Las empresas monopólicas con la intervención del Estado y con el apoyo de las masas populares, logran dar un carácter obligatorio al seguro. Todas las empresas se ven cargadas con las cuotas . . . De este modo, la gran burgues-

(24) Ibid, p. 76.

sía tratando de aparecer como muy generosa frente a las masas obreras logra frenar la lucha de clases en su contra, logra aumentar la productividad del trabajo, consigue construir un capital dinero adicional y logra fortalecer su posición de competencia. ¡Cuánta maravilla para la gran burguesía, cuánto engaño para las masas obreras!" (25).

De la reflexión en lo anteriormente citado, se desmascara la creación de la seguridad social como instrumento necesario para la monopolización de la economía y se observa como algunos logros de la lucha obrera son capitalizados por el capital.

Se debe poner énfasis en el hecho de que, con el Seguro Social Obligatorio, el monopolio fortalece su competencia, ya que las empresas monopólicas por su elevado nivel de ganancia pueden cubrir sin problemas las cuotas de seguridad social; pero para la pequeña y mediana industria, una vez que ha sido universalizado este derecho, esto puede significar la quiebra.

El análisis del impacto de la seguridad social es difícil, ya que ésta, al mismo tiempo que favorece al monopolio, es uno de los logros de la clase trabajadora, máxime aún en el caso mexicano en donde se logra incorporar inmediatamente a los familiares directos del asegurado; representando esta incorporación un triunfo de la clase obrera frente al Estado y capital, ya que se amplía el objetivo de la institución y se coadyuva a la reproducción de la fuerza de trabajo más allá de su sólo mantenimiento

(25) Ibid. p. 71.

y recuperación como lo pretendían los intereses patronales.

Esta ambivalencia en la relación a los efectos del seguro social nos lleva a la adopción del siguiente planteamiento.

"Los seguros sociales aparecen como una victoria de la clase obrera, y en parte lo son, pero al incrementar la productividad del trabajo, lo que los seguros permiten en última instancia es una explotación todavía mayor de la clase obrera como un todo, las que en definitiva se benefician son las empresas monopólicas a costa de las empresas menores"(26).

Para sustentar los aspectos conceptuales vertidos en relación a la seguridad social, a continuación se expone el funcionamiento y características de la Seguridad Social mexicana.

A) Promulgación

El 19 de enero de 1943 se promulga la Ley del Seguro Social y se inaugura su régimen en las principales ciudades de la República Mexicana.

B) Reglamento interno: organización

El Instituto Mexicano del Seguro Social está constituido por:

- La Asamblea General.- Autoridad máxima, integrada por 30 miembros, 10 designados por el Ejecutivo Federal, 10 designados por organizaciones patronales y 10 designados por organizaciones de los trabajadores (se renuevan cada seis años).

Se observa que la "equidad proporcional" a nivel de la Asamblea es falsa, ya que los representan-

(26) Ibid, p. 70.

tes de los trabajadores son los mismos líderes impuestos del movimiento corporativizado, que nada tienen que ver con las reales demandas obreras.

- El Consejo Técnico.- Tiene la representación legal y administrativa del Instituto; constituido por 12 miembros representados en la misma forma proporcional (Estado-patrón-obrero).
- La Comisión de Vigilancia.- Que tiene por tarea el cuidar las inversiones; integrada por 6 miembros, 2 por cada sector.
- El Director General.- Que ejecuta las resoluciones del Consejo y representa al Instituto jurídica y administrativamente.

Se destaca como, mediante representaciones sindicales impuestas, se disuelven los intereses de la clase obrera, mediatizándose toda lucha obrera a partir de la misma estructura organizativa del IMSS.

C) IMSS; prestaciones otorgadas

Prestaciones médicas

- 1) Atención médica en consultorios y a domicilio, para toda clase de enfermedades que sufran los asegurados, las esposas de los asegurados y los hijos menores de 16 años o mayores de esta edad cuando están incapacitados.
- 2) Atención médica en hospitalización, consulta

externa, cirugía y rehabilitación; asimismo servicio farmacéutico.

- 3) Atención completa para casos de accidentes profesionales y enfermedades no profesionales, hasta la recuperación completa del trabajador o su restablecimiento en centros especiales.
- 4) Exámenes y reconocimientos de salud con un fin de prevención.
- 5) Dictámenes y peritajes sobre incapacidades, invalidez y muerte.
- 6) Compañía de divulgación y propaganda para la salud.

Prestaciones en dinero

Otorgadas en forma diferencial de acuerdo al nivel del salario, y al nivel de cotización; en base a estas diferenciaciones, se procederá a indemnizar por riesgos profesionales las enfermedades tanto de origen profesional como general.

D) Recursos del IMSS

El IMSS tiene un esquema de financiamiento tripartito constituido por: las cuotas que deben entregar los patrones y los trabajadores y la contribución del Estado; pero además cuenta con los siguientes recursos:

- 1) Los intereses, alquileres, rentas, rendimientos, utilidades y frutos de cualquier clase que pro-

duzcan los bienes del Instituto.

- 2) Las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan al Instituto.

En términos generales se puede decir que con la creación del IMSS en 1943 se crea el Seguro Social Obligatorio, como servicio público descentralizado y autónomo que cuenta con una administración tripartida; este Instituto constituye un código integral de seguridad social y comprende los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada y muerte; y está encaminado a conservar y mejorar las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo más productiva.

Si adoptamos la concepción de González Garza(27), en relación a que los fines fundamentales del seguro social son: "prevenir la pérdida prematura de la capacidad del trabajo; cesar o atenuar esta incapacidad, ya sea suministrando al asalariado medios de subsistencia o recapacitándolo para que vuelva a su actividad profesional . . ." se observa que a través del seguro social se posibilita la mejor utilización de la fuerza de trabajo, siendo beneficiado el capital.

Bajo los lineamientos anteriormente enlistados , el IMSS inicia sus labores con más de 300 000 derechohabientes (1.5% de la población total) y con menores recursos

(27)González Garza, G., Seguro social y asistencia pública. Ponencia del Primer Congreso Nacional de Asistencia, Instituto Mexicano del Seguro Social. Mimeo, p. 115. S/f.

que la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad.

"En sus primeros ocho años de vida el IMSS había logrado satisfactoriamente el objetivo más importante en el momento de su creación; coadyuvar a la reparación de la clase obrera ocupada en los sectores de la mediana y la gran industria, en cuyo desarrollo se intentaba sustentar la industrialización del país. Además, mediante esta intervención singular, el Estado contribuía a mantener o aumentar la tasa de ganancia, resultante del aumento en la tasa de explotación de los trabajadores, mediante la extracción de plusvalor relativo, tanto por el reforzamiento de la disciplinarización en el proceso de trabajo como por el aumento de la productividad de los trabajadores"(28).

Además hay que resaltar que el IMSS nace ya bajo la concepción de impartir fundamentalmente servicios secundarios y terciarios más que la atención primaria, con lo que se eleva el costo de atención per cápita, haciéndose cada vez más excluyente el acceso a la salud. Este hecho tiene importancia si consideramos que durante los primeros años de vida del IMSS hubo problemas para su financiamiento, ya que tanto obreros como patrones se negaron al pago de sus cuotas.

La oposición patronal acabó al reformarse la Ley del Seguro Social y darle un carácter fiscal a las cuotas, facultando a las autoridades hacendarias para cobrarlas.

Una vez analizada brevemente la seguridad social, se procederá a exponer en forma sintetizada lo que aconteció en la asistencia pública durante el período 1940-1954.

(28)Hernández Llamas, en Ortiz Quezada, op. cit., p. 76.

- La Asistencia Pública. Consideraciones generales 1940-1954.

Como primera observación tenemos que las devaluaciones operadas en el período y la inflación permanente afectaron las fuentes de financiamiento de la Asistencia Pública, ya que se le dio prioridad a las partidas presupuestales directamente vinculadas con el proceso productivo; pero además los fondos de patrimonio de la Beneficencia Pública (Lotería Nacional) pasaron a ser administrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la cual devolvía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia una parte mínima de dicho fondo, en forma de partidas de ejercicio rígido.

Como habíamos apuntado anteriormente, en 1943 se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad, naciendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La asistencia pública, ya para la década de los cuarenta, constituía una obligación del Estado frente a la población menesterosa, pasando a ser con la instauración del Seguro Social Obligatorio una medida subsidiaria en el conjunto del plan de seguridad social.

Las personas que serían gestionadas a través de la asistencia pública serían en primera instancia las que no fueran amparadas por el régimen de seguridad social, es decir todos los desempleados, subempleados y trabaja-

dores independientes (campesinos, artesanos, etc.), así como los trabajadores de la pequeña y mediana industria, porción que, para la década de los cuarenta, era por mucho más grande que la población asegurada.

Resulta importante hacer notar las diferencias entre la asistencia y la seguridad social:

1) En primer lugar observamos que mientras las acciones de la asistencia social no están claramente delimitadas, las de la seguridad social están definidas por ley y constituyen un derecho para los asegurados.

2) La seguridad social es un órgano descentralizado autónomo con administración tripartita.

La asistencia es una dependencia directa del poder público.

3) El financiamiento de la seguridad social es a través de las cuotas de los trabajadores y patrones y la contribución del Estado; es un régimen contributivo.

La asistencia es financiada fundamentalmente por el Estado no siendo un régimen contributivo.

4) La seguridad social, siguiendo el esquema de O'Connor(29), forma parte de los gastos estatales destinados al consumo social, ya que son gastos que reducen costos de reproducción de la fuerza de trabajo, aumentando la tasa de utilidades; por lo

(29) O'Connor, J. M., op. cit.

que son gastos indirectamente productivos requeridos para una producción privada rentable y una reproducción de la fuerza de trabajo adecuada. La asistencia social forma parte de los gastos estatales destinados al gasto social, por lo que no son gastos ni indirectamente productivos, siendo más bien proyectos y servicios necesarios para mantener la armonía social y lograr la legitimación del Estado.

- 5) El crecimiento del capital social y la disminución del gasto social derivan en el sector salud en un crecimiento de la seguridad social y un descenso del gasto en asistencia pública.

Podemos observar que tanto la seguridad social como la asistencia pública son complementarias e indispensables para la operatividad del Estado, en cuanto a gestión estatal en salud.

- 6) La seguridad social se circunscribe a la población asalariada y a sus familiares económicamente dependientes. La asistencia pública se circunscribe a la población "menesterosa" (ejército industrial de reserva, subempleados, campesinos, etc.), la ayuda que concede es eventual y de naturaleza diversa.

- 7) La seguridad social incrementa sus recursos económicos en función directa del número de trabajadores asegurados. La asistencia pública incrementa

sus recursos en función a causas políticas.

8) Diferencias por indicadores:

| INDICADORES | AÑO | SEGURIDAD SOCIAL IMSS | ASISTENCIA PUBLICA SSA |
|---|------|--------------------------|---------------------------|
| Gasto per cápita | 1945 | \$ 77.7 | \$ 5.5 |
| Gasto en relación al producto inter- no bruto | 1950 | 4% | 3% |

FUENTE: Correa Vázquez, M. E., op. cit., p. 67.

El IMSS tiene un gasto per cápita catorce veces mayor que la SSA; el IMSS dispone de más del 50% del gasto sectorial para el 3.8% de la población en 1950.

Para finalizar el período, y en base al análisis efectuado de la estructura económica, los movimientos de las clases sociales y la política de salud de 1940-1954, nos encontramos con los elementos necesarios para ratificar los siguientes aspectos vertidos a manera de conclusiones preliminares en el marco teórico:

- A) La seguridad social, al ser un factor que socializa los costos y por lo tanto los reduce, es favorable al capital e indirectamente productiva.
- B) La seguridad social surge ante un cambio en la modalidad de acumulación y al volverse rentable la conservación de la fuerza de trabajo ocupada en la gran industria.

- C) Con el taylorismo o administración científica aplicada al trabajo, surgen elementos para la implementación a la seguridad social, ya que:
- 1) tiene como premisa el contar con una fuerza de trabajo programadamente eficiente, es decir, con una fuerza de trabajo conservada y asegurada;
 - 2) el proceso de trabajo se intensifica y se aumenta al desgaste, aumentando a su vez las necesidades de conservación de dicha fuerza a través de la seguridad social;
 - 3) con el taylorismo se separa la ejecución del trabajo de su concepción, con lo que aumentan las tensiones y los accidentes de trabajo, que deben ser gestionados de un modo social a través de la seguridad social.
- D) La diferenciación en la reproducción técnica de la fuerza de trabajo propicia una gestión en salud diferenciada ya que los trabajadores más productivos con un alto nivel de calificación contarán con un contrato y serán acreedores a la seguridad social, mientras que los trabajadores menos productivos, por su bajo nivel de calificación y la existencia de un numeroso ejército industrial de reserva, serán permanentemente mantenidos como trabajadores supernumerarios o eventuales, sin contrato, y por lo mismo sin seguridad social, estan-

do sujeta su gestión en salud a factores políticos.

E) Con el cambio en la modalidad de acumulación, se desarrolla la diferenciación en la reproducción técnica, la cual origina diferenciaciones en el salario y por ende diferenciaciones en la reproducción de la fuerza de trabajo que inciden en una diferenciación en la propensión a contraer enfermedades.

F) La diferenciación en la reproducción de la fuerza de trabajo origina a su vez un trato diferenciado en la gestión estatal en salud.

Por un lado se gestionará a la fuerza de trabajo organizada y ubicada en la gran industria, a través de regímenes de seguridad social, siendo el acceso a la salud un derecho.

Por otro lado, se gestionará los desempleados y subempleados, así como a algunos trabajadores no organizados de la pequeña y mediana industria y trabajadores independientes y campesinos, a través de la asistencia pública, constituyendo para ellos el acceso a la salud un acto político y no un derecho.

G) La diferenciación en la gestión estatal en salud a través de la seguridad social y la asistencia pública se posibilita en la década de los cuarenta, ya que a partir de dicha fecha la relación salarial ha sido generalizada y los medios de

consumo (incluyendo aquí la atención médica) deben ser adquiridos como mercancías capitalistas a través del salario directo, o bien ser proporcionados por el Estado a través del salario social.

H) En relación al salario social y la gestión en salud se puede decir lo siguiente:

- 1) La gestión estatal en salud es diferenciada a través de dos instancias: la seguridad social y la asistencia pública (IMSS-SSA, fundamentalmente).
- 2) La gestión estatal en salud es uno de los componentes del salario social, ya que son servicios consumidos colectivamente por los trabajadores en lugares institucionalizados, no necesariamente adquiridos por un intercambio mercantil y necesarios para la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo.
- 3) El salario social, al ser un factor que reduce costos, es a su vez un factor contrarrestante a la caída de la tasa de ganancia.
- 4) La gestión estatal en salud reduce costos por:
 - ser un servicio consumido colectivamente;
 - ser un servicio proporcionado por instituciones sin fines lucrativos; y
 - ser servicios que prorratan el costo entre el conjunto de los trabajadores, usuarios o no del servicio.

- 5) La gestión estatal en salud, al reducir el costo de reproducción de la fuerza de trabajo, reduce el tiempo necesario, siendo en este sentido una nueva modalidad de extracción de plusvalor relativo.
- 6) La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud es un buen ejemplo de socialización y reducción del costo, combatiéndose la caída de la tasa de ganancia por el lado del capital variable.
- 7) La seguridad social surge en última instancia por la incapacidad del capital privado para asumir en su totalidad las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo necesarias para la valorización del capital.
- 8) Con el surgimiento del salario social, dentro del cual está comprendida la gestión en salud, la lucha de clases inicia un nuevo capítulo en su historia, en el cual la clase trabajadora se enfrenta directamente al Estado para ampliar y mejorar las condiciones en que este salario social se otorga (es decir, ampliando la lucha por mejores servicios médicos, vivienda y prestaciones, entre otras cosas).

Con la ratificación de las conclusiones preliminares, encontramos y comprobamos como a un cambio en la modalidad de acumulación, iniciada en los cuarenta, corresponde un

cambio en la gestión estatal en salud. Entonces nace la seguridad social y se articula en forma sistematizada la gestión en salud con el proceso de acumulación.

En resumen, como ya se dijo anteriormente, se puede concluir que el carácter de la seguridad social es ambivalente en relación a las causas y efectos de su creación; ya que si bien, por un lado, constituye un logro de la clase trabajadora, por el otro, favorece al monopolio, al ser un instrumento necesario para la monopolización de la economía (al reducir costos y agudizar la competencia), suscitándose un claro ejemplo de capitalización del monopolio de un logro de la clase trabajadora.

3.5.2 SUBPERIODO 1955-1961

3.5.2.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1955-1961)

En términos generales se puede decir que en el subperíodo 1955-1961, el cambio en la modalidad de acumulación iniciado en los cuarenta se consolida; es decir, se desarrolla el tránsito propiamente dicho hacia la subsunción real del proceso de trabajo al capital.

Durante esta etapa se consolida definitivamente el capitalismo monopolístico transnacional. El proceso de centralización y concentración de capital absorbe a la pequeña y mediana industria en forma creciente.

El sector manufacturero se consolida como el eje dinámico de la economía y se observa un alza en su ritmo de crecimiento.

Desde una panorámica general se puede decir que la política económica del período estuvo caracterizada por:

- a) Altas tasas de interés que incidieron sobre la monopolización de la economía, al imponer un nivel medio de ganancia en mucho superior al operado en la pequeña y mediana industria; con las altas tasas de interés se logró aumentar la captación de ahorro interno y externo, el cual favoreció al monopolio, ya que fue canalizado el ahorro hacia las empresas monopólicas.
- b) Barreras hacia la liberalización del crédito. Como veíamos anteriormente el crédito es canalizado en mayor medida hacia la gran industria a través de NAFINSA.
- c) Se dan menores condiciones para una fusión industrial-financiera, es decir, se desarrolla el capital financiero.
- d) Se apoya la entrada al capital extranjero.
- e) Se implementan obras de infraestructura para apoyar al proceso de industrialización.
- f) Se continúa la política de insumos baratos (energía, combustibles, materia prima, etc.) para apoyar a la industria, reduciendo sus costos.
- g) Se apoya la industrialización a través de subsi-

dios y subvenciones.

- h) Política fiscal. Regresiva, con exenciones de impuestos a la importación y exportación.
- i) Se termina de nacionalizar la industria eléctrica para apoyar la política de precios bajos de los insumos industriales.

Se observa como la articulación de este "paquete" de medidas tiene la finalidad de apoyar al proceso de industrialización, desde todos los aspectos, con el objetivo de lograr la consolidación del cambio en la modalidad de acumulación. Mediante la acción conjunta de todas las políticas económicas y la modernización de la planta física, lograda por un incremento en la inversión, el proceso de centralización de capital se intensifica y se entra en la fase de monopolio en pleno. El proceso de transnacionalización de la economía crece y se intensifican los mecanismos de absorción de la pequeña y mediana industria.

Para 1960 el modelo de acumulación se basa en una estructura monopolizada y la oferta se orienta hacia los sectores de altos ingresos. Es decir, se da una concentración cada vez mayor del ingreso, que permite el desarrollo del sector productor de bienes de consumo duradero, estancándose la producción de productos básicos; el crecimiento operado en la producción de artículos de consumo duradero fue possibilitado por la asociación del capital nacional y extranjero; la estructura económica amplía sus niveles de extranjerización y se registra un crecimiento

sin precedente en la industria automotriz.

El sector manufacturero (extranjerizado) toma el papel de "eje dinámico" de la economía, basándose el proceso de industrialización en el sector productor de bienes de consumo duradero.

En este período ya se puede hablar de la implantación de regímenes fordistas en el proceso de trabajo y en la generación de un obrero colectivo regulado por una norma social de consumo, con los efectos que estas dos situaciones generan (ver marco teórico: obrero colectivo y norma social de consumo).

Durante la segunda mitad de la década de los cincuenta, se observa una creciente polarización de la economía que agudiza la lucha de clases, incrementándose la represión; hacia 1961 el producto interno bruto desacelera su ritmo de crecimiento llegando solamente al 3.8% y las exportaciones y la inversión bruta se estancan.

Cabe resaltar que es en esta etapa cuando se consolida el monopolio, orientado hacia la producción de bienes de consumo duradero, y se instauran a nivel social regímenes fordistas, regulados por una norma social de consumo, sentándose las bases para el proyecto futuro: el desarrollo estabilizador.

3.5.2.2 SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES.

MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1955-1961)

Durante este período la aceleración del proceso de concentración y centralización de capital operado en México elevó la composición orgánica de capital y la dependencia externa, se instauraron regímenes fordistas en el proceso de producción y se elevó el número de desempleados.

El salario se vio sujeto a una fuerte presión por el incremento en el desempleo, desatándose en 1958-1959 confrontaciones violentas de protesta por el deterioro en las condiciones generales de vida; se registraron 740 huelgas, incluyendo ferrocarrileros, telegrafistas y maestros.

En los años 1955-59 debido a la inflación y crisis general se agudiza la lucha de clases, la cual trata de lograr su independencia de las grandes centrales y es fuertemente reprimida.

El 21 de octubre de 1960, durante la administración de Adolfo López Mateos, se emite el decreto que crea o adiciona el apartado "B" al artículo 123 constitucional, el cual tiene por objeto la mediatización de la lucha de clases, al separar y reglamentar a la burocracia, mediante la creación de un apartado.

La movilización obrera registrada en este período culmina con la detención de trabajadores, los cuales son encarcelados por luchar contra la burocracia sindical y por una dirección independiente. El movimiento obrero que

pretendía avanzar hacia posturas independientes y rebazar las políticas colaboracionistas es fuertemente reprimido y derrotado en este período.

3.5.2.3 LA GESTIÓN ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1955-1961)

Se puede decir que, durante este período, la implementación de regímenes fordistas regulados por una norma social de consumo incidió sobre los perfiles epidemiológicos y sobre la gestión estatal en salud.

Uno de los aspectos más importantes a considerar como efecto de la implantación de regímenes fordistas es el de que con la cadena de producción se da una aceleración constante de los ritmos de trabajo, lo cual determina un incremento en las enfermedades nerviosas y psíquicas y un aumento en los accidentes de trabajo; las necesidades de salud aumentan y la seguridad social debe incrementar su gestión.

Durante el sexenio de 1953-1958 la cobertura del IMSS se amplía, duplicándose el número de derechohabientes; ésta en términos absolutos indica un paso de 1.23 a 2.47 millones de personas.

Al ser irregular en términos geográficos la industrialización mexicana, la distribución geográfica de la seguridad social es irregular y desequilibrada, concentrándose la mayor parte de los derechohabientes en el Distrito

Federal y en las principales ciudades del país (Monterrey, Guadalajara, por ejemplo).

Se debe poner énfasis como, durante este período, las luchas populares se centraban en recuperar algo del terreno perdido en el aspecto salarial (salario directo); como no se lograba una real ampliación o mejoramiento del salario, la ampliación de cobertura en seguridad social era objeto de demanda obrera.

Según un estudio realizado por Correa Vázquez(30), hacia 1955 el gasto del IMSS asciende ya a \$ 375 millones y ampara a una población de 1.5 millones de derechohabientes. El gasto per cápita es de \$ 250, descendiendo en términos reales con respecto a 1950.

El proceso de acumulación permite que para 1954 se establezca por primera vez un régimen de seguridad social para trabajadores de agroindustrias en Sonora, Sinaloa y Baja California; a fines de 1958 la aplicación del seguro social a los trabajadores del campo incluía sólo a 27 886 trabajadores asegurados y 70 045 beneficiarios, o sea representaban tan sólo el 7% de la población total asegurada en el IMSS(31).

Se observa como la gestión estatal diferenciada se evidencia en el caso rural, ya que sólo una fracción mínima de los trabajadores agrícolas es gestionada a través de la seguridad social, quedando el grueso de los trabaja-

(30)Correa Vázquez, op. cit.

(31)García Cruz, M., La seguridad social en México. México, Costa Amic, 1973.

dores agrícolas bajo el incierto régimen de la asistencia pública. Esta política de salud pública tiene un estrecho vínculo con la política de apoyo a la agroindustria de exportación y abandono del ejido; política agraria observada en el período.

Otro de los efectos de la instauración de regímenes fordistas y de la regulación de la norma social de consumo es el que se observa, durante este período, cuando se inicia el cambio en el patrón de consumo, ya que se comienza a incorporar a la canasta de consumo, con un mismo nivel de salario, bienes de consumo duradero en detrimento del consumo de bienes salario; esta tendencia se agudiza en los sesenta, por lo que es objeto de análisis en el siguiente período.

Siguiendo con los indicadores proporcionados por Correa Vázquez, podemos observar las diferencias suscitadas entre la seguridad social y la asistencia pública:

- En 1960 el IMSS ampara a más de 3 millones de personas (aproximadamente el 10% de la población total), con más de 1 317 millones de pesos, es decir con un gasto per cápita de alrededor de 440 pesos.
- En 1960 la SSA debe prestar servicio a 23 millones de personas (población no amparada por ninguna institución de seguridad social) y cuenta con un gasto de 725 millones de pesos; es decir con un gasto per cápita de 31 pesos.

Con estos indicadores se comprueba como a consecuen-

cia de una heterogeneidad estructural polarizada se cuenta con una gestión en salud diferenciada y al igual polarizada.

Para 1960, esta polarización en la gestión estatal en salud se amplía, al instaurarse la seguridad social de los burócratas en un instituto aparte: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

- La seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado. Consideraciones generales.

En el año de 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, que presta servicios médicos y de asistencia social a los trabajadores del Estado o burócratas de la Federación.

Este organismo se creó debido al crecimiento de la burocracia estatal y sus demandas asistenciales.

- Prestaciones de carácter obligatorio del ISSSTE

- ° Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.
- ° Seguro de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.
- ° Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.
- ° Prestaciones que eleven los niveles de vida del servidor público y su familia (préstamos a corto plazo, hipotecario, etc.).
- ° Servicio de promoción cultural y técnica.

- ° Servicio de arrendamiento de viviendas del ISSSTE.
- ° Seguro de jubilación.
- ° Seguro de invalidez.
- ° Seguro de muerte.
- ° Indemnización global.

Se puede decir que con la creación del ISSSTE las relaciones laborales de los burócratas tendrían una regulación institucional acorde con el desarrollo del capitalismo en México. El Estado mediante el ISSSTE logra obtener su legitimación frente a sus trabajadores directos.

La creación del ISSSTE, al centralizar las operaciones económicas dirigidas hacia los burócratas, centraliza la corrupción, estando sujeto al otorgamiento de prestaciones económicas de los burócratas al control de funcionarios menores corruptos.

Dentro de la política de asistencia pública, se destaca la creación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), el 1º de febrero de 1961, órgano descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.

El objetivo del INPI era el de suministrar a los alumnos de las escuelas primarias y preprimarias del Distrito Federal —cuya situación económica lo amerite— servicios asistenciales complementarios, en especial, mediante la distribución de desayunos, extendiéndose dicho servicio a las demás entidades de la República.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia debía dar

mensualmente los fondos para la operación del INPI, que además contaba con donaciones y aportaciones de otras instituciones públicas.

Una de las características de este período es la profundización en la gestión en salud diferenciada; tanto las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE y los servicios médicos de PEMEX, Hacienda, etc.), como las instituciones de asistencia pública (SSA, INPI) y los institutos de especialidad (Cardiología, Nutrición, etc.), atendían problemas de salud. Esto trajo como resultado la ampliación del mercado médico, la diferenciación en los sistemas de salud y la consolidación de la subespecialización médica, dejándose en segundo término a la atención primaria.

El análisis estructural relacionado con las principales políticas de salud del período permite ratificar las siguientes conclusiones preliminares vertidas en el marco teórico.

A) Con la subsunción real del proceso de trabajo al capital, consolidada desde la segunda mitad de la década de los cincuenta en México, el desgaste de la fuerza de trabajo es mayor (producto de la intensificación de la jornada propia de la cadena de producción), por lo que las demandas de salud aumentan y crece la seguridad social, la cual se duplica en este período (1955-1961).

B) Con la irrupción de la maquinaria se instaaura la

cadena de producción en el proceso de trabajo, se aceleran los ritmos que hacen crecer la tensión durante la jornada laboral, teniendo que implementarse acciones encaminadas a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades profesionales dentro de la seguridad social. En el caso mexicano estas acciones se multiplicaron dentro del IMSS, pero son ocultadas a nivel estadístico.

- C) Con la irrupción de la maquinaria en México, crece el número de desempleados, los cuales al estar desprovistos de seguridad social deben ser gestionados por la asistencia pública, con un gasto de atención per cápita catorce veces menor que el registrado en la seguridad social.
- D) Con la formación del obrero colectivo, se posibilita la contratación colectiva, con lo que se inicia la lucha por una atención médica garantizada, razón por la cual el IMSS duplica su cobertura en el período 1955-1961.
- E) Con la centralización de capital, y la consiguiente formación del obrero colectivo, aumenta la urbanización y se desarrolla la concentración de la atención médica, desarrollándose a su vez la especialización de la medicina. Esto se comprueba al observarse en el período 1955-1961 un incremento en los hospitales de segundo y tercer nivel.

y un estancamiento en la atención primaria.

- F) Durante este período se observa el inicio en el cambio del padrón de la canasta de consumo básico, incorporándose bienes de consumo duradero (televisión, radio, línea blanca, etc.) e introduciéndose dentro de la alimentación básica los llamados "productos chatarra" (botanas, refrescos, bebidas instantáneas, pastelillos, etc.) por influencia directa de las transnacionales. Se modifica el esquema de gasto en detrimento del consumo de productos básicos para la nutrición, lo cual incide sobre las condiciones de salud, ya que la población desnutrida tiene una mayor propensión a contraer enfermedades.
- G) El consolidarse el monopolio en México y desarrollarse la medicina de especialidades, se observa que en paralelo se ha desarrollado un proceso de capitalización de la atención médica; al ser incluida ésta dentro de la norma social de consumo, la atención médica se torna un factor más de obtención de ganancia, con lo cual se encarece la medicina, al responder más al enriquecimiento de los médicos que a la generación de una mejor atención. Esto se comprueba con el incremento suscitado en la adopción de tecnología médica con fines lucrativos, operada en la segunda mitad de los cincuenta.

La verificación de las conclusiones preliminares nos conduce a ratificar la hipótesis central bajo la cual se ha efectuado toda la investigación:

Las modalidades de la política de salud, es decir la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud, está determinada por los procesos operados en el modelo de acumulación (incluyendo aquí los cambios en el proceso de trabajo) y por la lucha de clases del período en cuestión.

3.6 PERIODO 1962-1970

3.6.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA (1962-1970)

El cuarto período analizado va de 1962 a 1970 y se le denomina "desarrollo estabilizador", el cual está caracterizado por los siguientes aspectos:

- El economía mexicana crece en forma rápida y sostenida, superando el crecimiento de los periodos anteriores y con un mayor grado de estabilidad. Se observan tasas de crecimiento medio anual superiores al 7%.
- Se reafirma y consolida el patrón acumulativo a partir de la producción de bienes de consumo duradero. Se abre el crédito para el consumo de estos bienes a la clase media y alta.

- La inversión fija bruta se incrementa de un 16% a un 20% del producto nacional bruto.
- Se vive una etapa de auge económico mundial capitalista con:
 - ° Mercados internacionales de capital y mercancías en expansión.
 - ° Crecimiento mundial del ingreso.
 - ° Oferta de capitales y demanda de mercancías.
 - ° Alianza para el Progreso.
- El auge ocasiona una mayor concentración del ingreso, expandiéndose la pobreza; se vive un incremento del grado de monopolio en la economía.
- Política de precios. Se observa una relativa estabilidad de los precios; se continúa con la política de precios bajos en los insumos industriales.
- Se continúa y amplía el proteccionismo.
- Se captan divisas vía turismo y agroindustria, resultando insuficientes para financiar el desarrollo. El Estado por problemas de financiamiento recurre a la deuda interna y externa para saldar su déficit.
- Se incrementa la deuda interna y externa.
El mantenimiento del crecimiento con estabilidad se encasilla en torno al financiamiento externo, esto, en términos empleados por Rolando Cordera, quiere decir que se desarrolla un modelo de creci-

miento que se autolimita y entra en crisis al basarse en el apoyo externo(32).

- Durante el desarrollo estabilizador crece al grado de monopolización de la economía, acorde con el desarrollo del capital financiero, favoreciendo a este crecimiento por la combinación de una elevada tasa de explotación con una alta tasa de ganancia; es decir el monopolio se ve favorecido al combinar una tecnología avanzada con salarios bajos.
- Cabe destacar en este período el desarrollo de la industria de bienes de consumo duradero (automóvil, televisión, línea blanca, etc.), consolidándose como eje dinámico de la economía, integrado con procedimientos fordistas en su proceso de trabajo.
- Durante este período de "paz; estabilidad y progreso", se incrementa el control del movimiento obrero vía represión, con lo cual se generan estallidos masivos, destacándose el movimiento médico de 1964-65 y el movimiento estudiantil de 1968.
- En relación al sector salud, se observa que durante el desarrollo estabilizador se expande el crecimiento de las instituciones y se consolida la especialidad médica, no obstante se observó una crisis financiera dentro del IMSS, la cual hizo replantear el papel de la seguridad social dentro

(32)Cordera, Rolando, op. cit.

del desarrollo económico del país.

Dentro del período conocido como de desarrollo estabilizador, se debe profundizar en los siguientes aspectos:

A) Crecimiento del producto interno bruto

Durante el desarrollo estabilizador la política económica tiene como objetivo esencial el crecimiento del producto interno bruto, logrando un crecimiento mayor al 7% anual, mismo que pudo ser obtenido gracias al total apoyo del Estado, que implementó una serie de políticas proteccionistas bajo un marco de corporativización del movimiento obrero.

B) Proteccionismo

El proteccionismo se define como la posibilidad de manejar la relación costos-precios, por encima de lo que registra la competencia internacional; es logrado a través de la articulación de un sinnúmero de políticas estatales como son: política fiscal regresiva, política de precios bajos en los insumos industriales, subvenciones, subsidios, exenciones de impuestos, protección del mercado nacional y salarios bajos; con el proteccionismo se ve beneficiado el capital más productivo (que es el capital monopolístico), nacional o extranjero; este beneficio se logra al poder realizar las mercancías a un precio final mayor, obteniendo una renta económica más grande (superganancia).

Este régimen se apoya en políticas de insumos importados baratos, incentivos fiscales, etc. El proteccio-

nismo genera entonces efectos monopolizantes sobre la estructura económica al hacer tan rentable la inversión. No es en vano que en este período se observa un crecimiento en la inversión extranjera directa; la cual alcanza la cifra de 2,300 millones de dólares en 1968, mientras que en 1940 era de 499 millones de dólares.

C) Corporativización del movimiento obrero

El control corporativo del movimiento obrero durante los sesenta fue logrado a partir de dos acciones; en la primera se impedía la organización independiente a través de la represión; en la segunda, se dotaba al sector obrero corporativizado de una serie de leves mejoras económicas; es decir en los sesenta el control corporativo fue acompañado de una elevación pequeña pero continua del salario real, ésta, si se compara con el crecimiento de las utilidades, resulta raquítica e insuficiente.

D) Composición de la oferta

El modelo de acumulación basado en la gran industria (que se frena en 1967), se apoya a través de la coexistencia de dos tipos de oferta. Por un lado se tiene una oferta de alimentos agrícolas relativamente dinámica, basada en la superexplotación campesina, la cual produce bajo precios tope y con bajos salarios.

Por el otro lado, se observa la oferta de bienes de consumo duradero, la cual se orienta hacia las clases media y alta y se torna el eje dinámico de la economía.

E) Desarrollo del sector financiero

El modelo de acumulación dirigido hacia la producción de bienes de consumo duradero debe ir acompañado de un desarrollo del capital financiero, dentro del cual se observan las siguientes acciones:

- Se abre el crédito para la adquisición de bienes de consumo duradero; esta ampliación crediticia es la acción concreta mediante la cual se amplía la demanda y se realiza la producción de bienes de consumo duradero.
- En 1969 aparece el uso de tarjetas de crédito.
- Se registra una expansión sin precedente del sistema financiero, debida a que en el régimen de altas utilidades característico del desarrollo estabilizador no se reinvierten en su totalidad las utilidades; incrementándose el ahorro por las altas tasas de interés.

El desarrollo del sector financiero favorece al monopolio al canalizar el crédito hacia él y al imponer un nivel de ganancia (al fijar tasas de interés) superior al operado en la pequeña y mediana industria.

F) Financiamiento estatal

El Estado para poder seguir apoyando el proceso de acumulación tiene que incrementar su gasto y su inversión, recurriendo ante la crisis fiscal del Estado a la deuda pública.

° 1960 deuda externa 842 millones de dólares

° 1969 deuda externa 3 511 millones de dólares

Este incremento en la deuda crea un modelo de crecimiento que entra en crisis, al basarse el desarrollo en el crédito externo y no en la elevación del ahorro. Se destaca que para 1968 los ingresos fiscales representan sólo el 8% del producto nacional bruto, siendo de los más bajos del mundo.

Con el desarrollo estabilizador se llega a una serie de resultados contradictorios, en donde se profundiza la polarización estructural:

- Se presentó un crecimiento económico alto con estabilidad de precios y de tipo de cambio, pero se incrementó la desigualdad en la distribución del ingreso.
- Se dio una concentración industrial, pero se estancó el sector productor de básicos.
- Creció la oferta de bienes de consumo duradero, pero se estancó la producción de productos agropecuarios.
- Creció el apoyo del gobierno al proceso de acumulación, pero se inició el paso de la deuda interna a la deuda externa.
- Se vivió un régimen de altas utilidades, pero creció el índice de marginalidad y el incremento en los salarios resultó raquítico en proporción a las altas utilidades.

- Creció el grado de extranjerización de la economía.
- La elevada tasa de interés posibilita una mayor captación de ahorro, pero impone un nivel medio de ganancia elevado con el que se reconcentra el ingreso.
- El apoyo del Estado al proceso de acumulación basado en el endeudamiento externo otorgó en su momento condiciones favorables al capital, evitando así aumentos en los precios, pero sienta las bases para la agudización de la crisis fiscal.

Con el análisis efectuado se destaca como este período de auge del capitalismo mexicano, al estar enmarcado dentro de procesos que arrojan resultados contradictorios, sirve de antesala a la crisis que se sufrirá en la siguiente década.

3.6.2 SITUACION DE LAS CLASES SOCIALES. MOVIMIENTOS Y LUCHAS (1962-1970)

La estructura monopólica industrial afirmada desde 1960 se basa en la explotación intensiva de la fuerza de trabajo, el proceso de trabajo está regulado por la cadena de producción, con lo que la formación del obrero colectivo exige una gestión colectiva a todos niveles.

En esta fase de expansión y auge del capitalismo, se observa que el salario tuvo un incremento casi constante de 1956 a 1970; pero para 1970 el salario real en el Distrito Federal sólo era

16% mayor que en 1964.

Dentro de la clase trabajadora se observa la siguiente situación:

- Campesinos.- Se encuentran superexplotados, siendo los que pagan el costo de mantener precios garantizados tope de productos agrícolas; teniendo que "lograr", bajo estas condiciones adversas, la dinamización de la oferta agrícola.
- Obreros.- Empleados dentro de un régimen de bajos salarios y explotación intensiva.
- Desempleados.- Crece el número de desempleados debido al incremento del ritmo de liberación de mano de obra del campo, que no es absorbida por la industria.

Se destaca que el sector agrícola, al dinamizar la oferta de alimentos manteniendo los precios tope bajos, contribuye a abaratar el precio de los bienes salario, con lo que se abarata el precio de la fuerza de trabajo en todos los sectores.

Desde inicios del desarrollo estabilizador, se cuenta con una estructura económica polarizada; para 1963 se observa la siguiente situación en términos absolutos:

El 50% de las familias más pobres recibían entre \$ 315.00 y \$ 718.00 mensuales.

El 20% de las familias más ricas recibían entre \$ 2,049.00 y \$ 8,025.00 mensuales.

El 5% de las familias más ricas recibían \$ 12,324.00 mensuales.

El 10% de las familias más pobres recibían \$ 300.00 mensuales.

Con los datos anteriores se muestra el nivel de concentración(33) del ingreso existente para 1963, el cual se amplía durante el desarrollo estabilizador.

La concentración del ingreso sólo fue posible gracias al control estatal del movimiento obrero, el cual durante la década de los sesenta es fuertemente reprimido en su intento de organización independiente, no permitiendo por ningún motivo que los objetivos estatales enarbolados, "paz, estabilidad y progreso", fueran obstaculizados por la lucha obrera independiente, la cual fue reprimida desde sus primeros intentos de organización, impidiendo que creciera, manteniendo permanentemente en la cárcel a sus dirigentes.

"El control del movimiento obrero por el Estado a partir del cardenismo, la capitulación de la dirección de la CTM, ante la ofensiva antiobrera de Avila Camacho, y la reafirmación de dirigentes "charros" (políticamente impuestos y económicamente favorecidos) es la clave de la prolongada paz social (rota por algunos estallidos) que caracterizó al capitalismo mexicano"(34).

Por otro lado se observa que ya para la década de los sesenta la mayor parte del proletariado se regula bajo regímenes fordistas en el proceso de trabajo; es decir

(33)Ibid.

(34)Gilly, Adolfo, op. cit., p. 102.

explotado en un nivel intensivo y requiere de una conservación intensiva. Esta conservación intensiva, que tiene como premisa el traslado de los tiempos muertos de la fábrica al hogar, sólo se puede lograr con la incorporación de bienes de consumo duradero dentro de la canasta obrera, ya que éstos ahorran esfuerzo y permiten un mayor descanso para reponer las energías gastadas. En la década de los sesenta, estos bienes no entran en la canasta regular de consumo obrero salvo en excepciones (estufa, plancha), ya que para estas fechas la producción de los bienes de consumo duraderos es una producción suntuaria orientada hacia la clase media y alta.

La clase obrera, los campesinos y los desempleados se ven excluidos de esta norma social de consumo, debido a su bajo poder adquisitivo, por lo que no pueden gozar de una reproducción de su fuerza de trabajo acorde a las necesidades que el régimen de explotación intensiva les exige.

Se puede decir que desde que se inició en los cuarenta el cambio en la modalidad de acumulación se acentúa el crecimiento de las capas medias, las cuales en el crecimiento monopólico de los sesenta sufren un aumento sin precedente, aumentando a su vez el número de técnicos, profesionistas y trabajadores de "cuello blanco", sector en el cual encuentra su realización comercial parte de la oferta de bienes de consumo duradero.

Durante la década de los sesenta se dieron dos movi-

mientos que vale la pena mencionar.

En 1964-65 se dio el movimiento médico, el cual tiene importancia al ser uno de los pocos movimientos de profesionistas registrados en la historia de México; con el movimiento médico se pone de manifiesto el descontento operado por los médicos en cuanto a sus condiciones generales de trabajo, hecho que permite cuestionar desde todos los ámbitos las políticas de salud y que crea el precedente para la agrupación de otros profesionistas en la lucha por la defensa de sus intereses como sector.

En 1968, se suscita el movimiento estudiantil, en el cual se refleja el descontento masivo que para fines de la década se dejaba sentir; la brutal represión que le sucede nos muestra lo agotado que estaba la "negociación pacífica" utilizada tradicionalmente por el Estado mexicano. A partir de ese hecho histórico, en el cual salió a flote el descontento de la sociedad, se puede decir que todo en México tiende a politizarse.

Por razones de espacio y de ser otro el objetivo de esta tesis no se profundizará en torno a ambos movimientos, sin querer por esto restarles importancia y trascendencia.

3.6.3 LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (1962-1970)

El análisis de la estructura económica nos mostró

cómo en México durante el desarrollo estabilizador se incrementó la concentración del ingreso; este hecho permitió el crecimiento progresivo de la demanda efectiva para una minoría a costa de una miseria creciente para la gran mayoría.

La polarización social hace que se tornen bienes suntuarios en el subdesarrollo los bienes de consumo corriente de los países desarrollados, factor que se generaliza en la atención médica, la cual se vuelve un lujo. Se aleja cada vez más el acceso a la salud para las grandes masas; las cuales deberán gestionar inevitablemente a través del Estado en forma diferenciada.

"Contradictoriamente, se tiene que tanto la tendencial nivelación de los ingresos en los países imperialistas así como la creciente desigualdad en los países periféricos tienen el mismo objetivo: el incremento de la demanda efectiva, permitiendo de este modo la reproducción ampliada de la plusvalía"(35).

La consolidación de la estructura monopólica en México y la generalización de regímenes fordistas en el proceso de trabajo, hacen que el obrero colectivo sufra un mayor desgaste y por lo mismo se aumentan sus necesidades para lograr su conservación y reproducción.

Bajo el contexto de una ampliación en las necesidades de salud, demandada por el obrero colectivo explotado en forma intensiva, se desarrolla en este período la gestión estatal en seguridad social.

(35)Diercksens, Wim, op. cit., p. 88.

Dentro del análisis del IMSS se destaca que:

"El informe realizado por el Director del IMSS en la XXX Asamblea General que se realizó en 1970, señala que los recursos disponibles generados por el Instituto entre 1965 y 1970 ascendieron a \$ 4,388,714,000.00 . . . Se dijo que el aumento del número de derechohabientes en el sexenio fue de 6 346 000 a 9 916 219 lo cual representó un incremento del 56%. Esto supone que uno de cada tres derechohabientes ingresaron al régimen del Instituto . . . El incremento de las instalaciones fue del 43%. En cuanto a pacientes hospitalizados aumentaron en 91%, las intervenciones quirúrgicas en 85% y los partos en 101%. Esto significa que si bien el número de personas aumentó un poco más de la mitad, el volumen de las prestaciones médicas también se duplicó"(36).

Con lo anteriormente citado, se observa que acompaña a la monopolización de la economía (analizada en el primer punto del inciso) un crecimiento de la seguridad social, la cual incrementa en un 56% el número de derechohabientes y duplica el volumen de prestaciones médicas otorgadas.

De otra forma se observa un cambio de giro en el tipo de prestación médica otorgada, la cual se orienta básicamente a un nivel curativo (segundo y tercer nivel de atención), dejando estancadas las funciones de prevención de enfermedades y promoción para la salud; es decir que se rezaga el nivel de atención primario. Para 1965 los hospitales llegaron a representar un poco más del 50% de los establecimientos con camas del IMSS.

De lo anterior se concluye que en la década de los

(36)González, F. y Díaz Lombardo, J., El derecho a la seguridad social integral. México, Textos universitarios, UNAM, 1973.

sesenta, dentro de las funciones de la seguridad social, adquiere prioridad la atención curativa de segundo nivel, encaminada a rehabilitar la fuerza de trabajo afectada, para reincorporarla al régimen de explotación intensiva. Esta prioridad se comprueba al observar que es en esta época cuando se inauguran varios hospitales e incluso el Centro Médico Nacional, para implementar las acciones curativas demandadas.

En relación al incremento de accidentes, se expuso en el marco teórico que una de las consecuencias de la implantación de regímenes fordistas en el proceso de trabajo es el crecimiento de la tensión en la jornada; con lo que se aumentan los accidentes de trabajo y se incrementan las enfermedades psíquicas y cardiovasculares, producto de un mayor stress en el trabajo.

"En 1970 respecto a las prestaciones en dinero, la cantidad de pensiones concedidas por riesgos profesionales aumentó en un 164% respecto a las otorgadas en 1964, por lo que toca a las ramas de invalidez, vejez, cesantía y muerte, hubo un incremento también en 116%, en relación con el principio del sexenio"(37).

Con los datos anteriormente citados, se observa que el régimen de explotación intensivo generó un incremento en los accidentes de trabajo, ya que crecieron en un 164% las pensiones concedidas por riesgos profesionales; en cuanto al incremento de enfermedades cardiovasculares, se observa que para 1963 se adopta la técnica médi-

(37) Ibidem.

ca de cateterización cardiaca y en 1964 se adopta la tecnología médica de unidad coronaria.

En relación al ISSSTE, se observa un incremento en su tasa promedio anual de crecimiento, aumentando esta tasa del 9% en 1962-1964 al 12% en 1965-1970.

En esta época el ISSSTE construye colonias enteras para burócratas:

- Multifamiliar de la colonia Del valle con 1 080 apartamentos.
- Unidad Modelo, para trabajadores de enseñanza.
- Héroes de Churubusco, para telefonistas.

En cuanto a las prestaciones económicas, la función(38) como prestamista adquiere relevancia.

En 1963 el ISSSTE otorgó préstamos hipotecarios por \$ 123,143,000.00 para la compra de 1 622 casas y la construcción de 566 viviendas.

Para mediados de los sesenta el ISSSTE atiende ya a más de un millón de derechohabientes (2.4% de la población) con un gasto de \$ 1,600.00 per cápita (39).

En la década de los sesenta el gasto en salud representa un 2% del producto interno bruto, pero se destaca que solo el IMSS representa el 1% del mismo(40).

Se observa entonces que uno de los efectos de la con-

(38)Presidencia de la República, México a través de sus informes presidenciales, salubridad pública. México, 1976.

(39)Correa Vázquez, op. cit., p. 70.

(40)Ibid.

solidación del monopolio es la ampliación en la gestión estatal en salud diferenciada, ya que, para la década de los sesenta, la diferencia entre la seguridad social y la asistencia social está marcada por un abismo.

La ausencia de crecimiento relativo de la SSA va acompañada de un incremento en el número de usuarios, ya que crece el nivel de desempleo y subempleo y la pauperización aumenta los padecimientos tales como enteritis, tifoidea, neumonía, etc., enfermedades causadas por las grandes carencias alimenticias, sanitarias y de vivienda a las que se ve sometida la gran masa poblacional.

Esta tendencia se continúa y profundiza en la década de los setenta, en la cual, según datos proporcionados por López Acuña(41), más de 40 millones de personas, en 1976, debían ser atendidas, en teoría, por la SSA, ya que estaban desprovistos de seguridad social. La asistencia pública sólo tenía para entonces cabida para 18 millones de personas, por lo que más de 20 millones de mexicanos carecían en forma permanente de servicios de salud, siendo éste el resultado de la gestión estatal en salud diferenciada.

El Estado, ante las necesidades crecientes de salud no solucionadas, implanta medidas de carácter administrativo, encaminadas a superar las duplicaciones de funciones y lograr la optimización en la utilización de los recursos creando en el año de 1965 la Comisión Mixta Coordinadora

(41) López Acuña, D., La salud desigual en México. México, Siglo XXI, 1981.

de Actividades de Salud Pública y Seguridad Social, integrada por el IMSS, el ISSSTE y la SSA, cuyos objetivos eran:

- 1) Disponer de mecanismos de planificación y programación nacionales.
- 2) Evitar duplicaciones de servicios con el consiguiente aumento del costo global de la atención médica.
- 3) Lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos.
- 4) Aumentar la capacidad de los servicios de atención a la salud.

A pesar de que esta Comisión constituye un intento para racionalizar los recursos e implementar una acción conjunta coordinada en salud, las fuerzas diferenciadoras rebazaron las acciones administrativas y la Comisión encontró graves limitaciones por falta de políticas y programas comunes, siendo derogado su decreto de constitución en 1979(42).

Para finalizar los efectos de la gestión estatal en salud diferenciada, se observa como a partir de la década de los cuarenta, se comienza a adoptar las tecnologías médicas utilizadas en los países centrales, con lo que se conforma en el país la existencia de dos niveles tecnológicos de la medicina polarizados. Por un lado, se observa un nivel tecnológico similar al registrado en los paí-

(42) COPLAMAR, Necesidades esenciales . . . , op. cit, p. 120.

ses desarrollados ubicado en los hospitales privados, los institutos descentralizados (Nutrición, Cardiología, etc.), los centros médicos capitalinos y algunos hospitales de la seguridad social y de la asistencia pública de las grandes urbes. Estos hospitales con alto nivel técnico atienden a un bajo número de enfermos, con un alto costo. Por otro lado, se cuenta con un bajo nivel tecnológico, el cual en ocasiones no tiene ni los instrumentos básicos para efectuar operaciones simples en sectores en los que son resueltas la mayor parte de las demandas de atención. Además, cómo se observaba anteriormente, hay un amplio sector de la población, el más pobre y más aislado, que carece permanentemente de servicios de salud.

Dada esta polarización en el nivel tecnológico de la medicina, donde convergen abundancia y miseria como efectos en la determinación de la gestión en salud, se analizará brevemente cuál ha sido el comportamiento de ese avance tecnológico.

Como primera observación tenemos que:

"La medicina mexicana se considera entre las mejores de América Latina; este juicio está ligado en gran parte al sostenimiento de un alto nivel tecnológico. En un estudio reciente sobre la adopción de ocho nuevas tecnologías en 40 países en desarrollo, México fue uno de los tres casos en los cuales se reportó tener disponibles todas las tecnologías al momento de la encuesta. No obstante, hasta la fecha no existe información completa sobre el grado del uso de nuevas tecnologías en la medicina mexicana"(43).

(43) Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud (CEUTES), "La disponibilidad de los recursos tecnológicos en la medicina mexicana". Documento mimeografiado. México, CEUTES, 1983. p. 4.

En cuanto a similitudes entre los niveles tecnológicos registrados en el sector público y en el sector privado, una encuesta efectuada por el Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud (CEUTES) confirmó que eran parecidos, sin embargo, se observó en el sector público una pequeña ventaja, al tener una razón de 3.7 tecnologías por unidad hospitalaria encuestada, mientras que en el sector privado la razón fue de 3.2.

Se hace hincapié en que las unidades encuestadas en ambos sectores corresponden al tercer nivel de atención médica, o alta especialidad, en donde sólo son resueltas 3% de las demandas de atención, con el más alto costo. Esta situación se sustenta en el supuesto de que "Es invaluable la salvación de una vida", el que es un supuesto clasista si se considera que el sector mayoritario de la población se encuentra desprovisto de atención médica.

El estudio de tecnología médica permite ratificar la hipótesis de que en las zonas de mayor concentración del ingreso se concentran las especialidades de la medicina; es decir, aunada a la monopolización de la economía, va la monopolización de la alta atención médica.

"Cuando se examinó la disponibilidad proporcional de tecnología en las cinco zonas del país, se observó una concentración de recursos en las zonas central y norte, donde se registran 23 de las 42 unidades con tecnología, en la zona central se registró 58% de la tecnología y 52% de la población. Por otra parte en la zona norte, se vio 27% de la tecnología en comparación con el 15% de la población, hecho que enfatiza cla-

ramente el alto nivel de tecnificación que se asocia con esta zona. Las tres zonas restantes mostraron una fracción de la tecnología total muy por debajo de su población proporcional"(44).

Con la cita anterior se concluye el análisis afirmando que la distribución de la tecnología médica en México tiene una conformación irregular. Aunque la tecnología representa una inversión considerable, se puede decir que resulta insuficiente para solucionar las demandas de salud.

El nivel de atención especializado es excluyente pues sólo tienen acceso a él las minorías privilegiadas, mientras que la población de escasos recursos rara vez puede alcanzarlo.

Como último aspecto del análisis de la gestión estatal en salud, se procederá a ratificar conclusiones preliminares vertidas en el marco teórico.

- 1) Durante los cuatro períodos analizados, se observa cómo la gestión estatal en salud se desarrolla hasta constituir una necesidad fundamental para conservar a la fuerza de trabajo. Por lo tanto, se ratifica la conclusión de que es una necesidad intrínseca del modo de producción capitalista dotar de salud y condiciones sanitarias adecuadas a la fuerza de trabajo para asegurar así una de las condiciones fundamentales para la reproducción ampliada.

(44) Ibid, p. 13.

- 2) El nivel medio de salud es uno de los parámetros fundamentales para medir las condiciones en que se reproduce una sociedad; por lo tanto, a través de la gestión en salud, se puede determinar su grado de desarrollo. En México se observa una gestión en salud diferenciada y polarizada. Se puede inferir que tal gestión es producto de una estructura económica polarizada, donde coexisten riqueza y miseria, salud y enfermedad.
- 3) El fordismo, al modificar la base técnica del proceso de trabajo, incrementa el grado de intensidad de explotación de la fuerza de trabajo. Por ello, el Estado debe aumentar su gestión en seguridad social, lo que se comprueba durante el desarrollo estabilizador, período en el que el IMSS duplica su cobertura. Asimismo debe reforzar los programas sanitarios para mejorar el nivel de reproducción de la fuerza de trabajo; lo que se comprueba en el incremento en la dotación de agua potable y en la construcción de vivienda social. Sin embargo, se observa que, pese al aumento de la cobertura del IMSS y el incremento en acciones sanitarias, esta gestión estatal resulta insuficiente, si se compara con los beneficios otorgados al gran capital en el mismo período.

- 4) En México se destaca que la generalización de regímenes fordistas, regulados por una norma social de consumo, no implicó un incremento en el volumen de artículos que componen la canasta de consumo obrero, ya que la incorporación de bienes de consumo duradero se hizo a costa de la reducción del volumen tradicional de los bienes salario. Se afectó así el padrón nutricional y se aumentó la propensión a contraer enfermedades.
- 5) Durante el desarrollo estabilizador, el Estado mexicano acepta la responsabilidad formal del nivel nutricional de la población, razón por la cual implementa medidas para regular la calidad a los bienes salario. El 29 de diciembre de 1960, se constituye un mecanismo para normalizar la calidad de esos bienes denominado "sello de garantía". Sin embargo, al ser su aplicación opcional, el capital no se siente obligado a respetarlo. Sale así a flote el carácter demagógico de la medida, el que deja sin defensa el nivel nutricional de una sociedad enfrentada a un mercado abarrotado de artículos de mala calidad (artículos chatarra) sin regulación alguna.
- 6) Con el análisis efectuado sobre los niveles tecnológicos de la medicina, se comprueba cómo, con

la monopolización de la sociedad, se amplía el radio de acción del capital a la medicina, especializándose y haciéndose más sofisticada la atención médica. Lo anterior aumenta el capital fijo en la medicina y, por lo tanto, el costo de atención, en perjuicio de una gestión en salud socializada.

- 7) Uno de los efectos del fordismo es la capitalización de todos los renglones conexos a la medicina. En la época del desarrollo estabilizador, crece una industria químico-farmacéutica capitalista con intereses pragmáticos, que aumentan considerablemente los costos de atención mediante diferenciación del producto. La Organización Mundial de la Salud tiene inscritas unas 500 enfermedades, de las cuales cerca de 150 son corrientes, podría pensarse entonces que el número de medicamentos para atacarlas sería igualmente definido y de similar magnitud. Nada más erróneo que pensar eso, ya que existen miles de medicamentos registrados, los cuales rápidamente envejecen y son sustituidos por otros aparentemente mejores, con una nueva presentación y básicamente los mismos ingredientes pero más caros. Con lo anterior se encarece, y por lo tanto se obstaculiza, una mejor generación de salud a nivel social.

Las conclusiones recién expuestas se complementan con las vertidas para períodos anteriores. Se completa así una retrospectiva crítica de la evolución que ha tenido la gestión estatal en salud en el desarrollo del modo de producción capitalista en México, de 1920 a 1970.

Esta retrospectiva permite diferenciar las características de cada período, comprobando históricamente la hipótesis general de la investigación: La gestión estatal en salud está determinada por el desarrollo de las fuerzas productivas —que genera modificaciones en el proceso de trabajo— y las relaciones sociales de producción —en las que la lucha de clases está permanentemente presente.

A continuación se expondrá el giro que toma la gestión en salud en épocas de crisis; se analizarán las acciones y políticas de salud en los setenta y se vincularán a estas políticas con la reestructuración económica, política y social que se da en períodos de crisis.

CAPITULO IV: LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO Y EL DIAGNOSTICO DE LA SALUD DE 1970 A 1982

4. PERIODO DE CRISIS Y REESTRUCTURACION

4.1 INTRODUCCION

En este capítulo nos proponemos analizar qué sucede con la reproducción de la fuerza de trabajo, la intervención del Estado y la conformación de perfiles epidemiológicos en épocas de crisis.

"El análisis de las condiciones de salud en crisis entonces no puede basarse en una simple extrapolación de las tendencias del período anterior, sino que pasa por el reconocimiento de los procesos básicos de la sociedad: económicos, políticos y sociales y sus implicaciones para el proceso colectivo salud-enfermedad"(1).

A continuación se intenta desarrollar cómo se reestructura la gestión estatal en salud, a partir de los cambios resultantes de la crisis económica.

El análisis parte del estudio de la estructura económica de 1970 a 1982, poniendo énfasis en cómo se modifica la forma de intervención del Estado mexicano por la crisis.

Pero en el período a estudiar se combina una situación de crisis con un momento corto de expansión, por lo que se profundizará en el papel que juega la salud como instrumento de manipulación del Estado según la coyuntura

(1)Laurell, Asa Cristina, "Crisis y salud . . .", p. 32.

de crisis o de auge económico.

Una vez estudiado en términos generales el problema de la crisis, el Estado y la estructura económica, se procederá a exponer un diagnóstico de la salud, a través del cual se analizará la gestión estatal de salud en el período.

4.2 EL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA 1970-1982

Una de las características más importantes del período 1970-1982, es que está marcado por una crisis económico-social de grandes magnitudes, razón por la cual se iniciará el estudio de la estructura económica a partir del significado de la crisis, misma que ya fue estudiada en el marco teórico, pero que por razones metodológicas es retomada en este apartado.

En períodos de crisis se sufre una reestructuración económica, política y social que ocasiona una redefinición en la relación trabajo asalariado-capital. La crisis según Marx es precisamente el momento en el que el proceso de reproducción se altera e interrumpe, siendo siempre situaciones violentas que generan soluciones violentas para reestablecer el equilibrio perturbado.

En términos generales se puede decir que la crisis en México significó un fuerte cambio económico, político y social, que se expresa en una baja absoluta y relativa

del nivel de vida de la clase trabajadora.

La afirmación anterior será objeto de comprobación en el análisis de la estructura económica del período y servirá de base para la elaboración del diagnóstico de salud.

Con el objeto de sistematizar el estudio de la estructura económica en la década de los setentas, éste se dividirá en dos sub-períodos: 1970-1976 y 1976-1982.

4.2.1 EL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA 1970-1976

La situación económica en 1970 apuntaba desequilibrios y tendencias negativas que obligaban a revisar la estrategia del desarrollo estabilizador.

En la esfera económica mundial, el Estado se debía enfrentar a una crisis internacional en el ámbito comercial y financiero. En el primero, por la agudización de la competencia internacional que impuso más restricciones al libre comercio y dificultó la realización de las exportaciones mexicanas; en el ámbito financiero, por la desestructuración de los mercados internacionales de capital que dificultó el acceso a los mismos.

De igual modo en la esfera política, el Estado mexicano mostraba signos de deterioro, los cuales fueron puestos en evidencia con la sucesión presidencial de 1970, que arrojó los siguientes resultados:

- abstenciones 34%
- votos emitidos anulados 25%
- votos partido oficial 21%
- votos otros partidos 20%(2)

Con lo anterior se observa que el Estado mexicano, desde los inicios de la década de los setenta, se enfrentaba a un deterioro económico y un deterioro del sistema político, lo que desencadenó una política contradictoria; ya que, por un lado, el Estado debía dar cierta imagen de apertura y mantener el salario real y, por otro, la crisis obligaba a adoptar una política económica adversa a la clase trabajadora.

En términos generales se puede decir que la primera mitad de la década de los setenta está caracterizada por:

- inflación creciente y constante
- contracción en la inversión privada
- crecimiento del desempleo
- crecimiento desorbitado de la deuda y del déficit fiscal y
- aumento del desequilibrio estructural.

La acción conjunta de estos factores selló el comportamiento de la estructura económica y delimitó ciertos lineamientos sobre la conformación de las políticas que implementó el Estado.

"El predominio de las tendencias depresivas en la actividad económica, el rápido crecimiento de los precios internos, junto con la ampliación exponencial del desequilibrio externo y

(2) Pereyra, Carlos, "Los límites del reformismo", en Cuadernos políticos, Núm. 1.

el déficit fiscal, sintetizan la grave situación que ha vivido la economía nacional en lo que va de la década"(3).

Dado lo extenso del tema, el análisis de la estructura económica será breve y sólo se hará a fin de detectar el grado de pauperización al cual se vio sometida la clase trabajadora, y se limitará al estudio de los siguientes aspectos: a) estancamiento productivo, b) crisis del sector agrícola, c) finanzas públicas, d) inflación y, e) política salarial.

a) Estancamiento productivo

En la década de los setenta la crisis ocasionó una paralización de la inversión, que derivó en un estancamiento productivo, lo que restringió la oferta de bienes y servicios. Este factor incidió en un aumento en la inflación y especulación. Pero hay que considerar que, para esta época, el capitalismo mexicano ya contaba con una estructura oligopólica consolidada, misma que al verse inmersa en una crisis experimentó un aumento de la capacidad productiva ociosa, lo que derivó en un aumento de los precios. Esto creó un círculo vicioso crisis-inflación que se mantuvo y creció a lo largo del período.

Por otro lado, el estancamiento productivo se tradujo en un crecimiento del desempleo y subempleo y propició una baja del salario real, con lo que aumentó la concentración del ingreso.

b) Crisis del sector agrícola

Durante este período se agudizó el abismo entre los

(3)González Casanova, Pablo, México hoy. México, Siglo XXI, 1973. p. 63.

tres subsectores característicos del capitalismo agrario mexicano:

- El subsector agrícola moderno, caracterizado por la centralización de capital y orientado al mercado externo, observaba para 1970 un estancamiento de las exportaciones que derivó en un descenso del ingreso de divisas y un incremento del desempleo.
- El subsector agrícola medio, orientado hacia el mercado interno se vio afectado por la política de semicongelación de los precios de los productos agrícolas, la que ocasionó una descapitalización del campo y el surgimiento del acaparamiento y especulación. Es importante, poner énfasis que esta política de semicongelación de precios tenía por objeto abaratar el precio de la fuerza de trabajo y se traducía en una baja rentabilidad y la consecuente detención del proceso de acumulación agrícola.

Se observa que de 1970 a 1976 la producción agrícola se estancó, incluso disminuyó en un 3% anual la producción per cápita.

En este período los "precios de garantía" se alejan cada vez más de los precios reales y se profundizó la pauperización de la clase trabajadora; además este mecanismo se convirtió en un instrumento para mantener bajo el salario mínimo directo.

- El subsector agrícola bajo, integrado por el ejido y minifundio, orientado hacia el autoconsumo, se vio fuertemente afectado en este período, ya que el ejido fue pulverizado, y la lucha campesina fue mediatizada, profundizándose la miseria de este sector cuyas condiciones de reproducción adquieren el calificativo de infrahumanas.

La crisis del sector agrícola aumentó el nivel de desempleo y el asalariado agrícola fue sometido a una contratación todavía más irregular, lo que, aunado a la debilidad combativa de sus organizaciones, derivó en un salario rural permanentemente por debajo del salario mínimo legal.

Bajo esta situación extremadamente adversa se realiza la reproducción de la fuerza de trabajo agrícola, en donde la enfermedad y muerte se consideran tan cotidianas como el desamparo, la nula gestión estatal y el olvido.

La crisis del sector agrícola dio lugar a ocupaciones de tierras que fueron reprimidas, no teniendo solución la crisis agrícola ni en términos económicos ni en términos políticos.

c) Finanzas públicas

El estudio de las finanzas públicas parte de la situación dependiente del capitalismo mexicano, en el que se vive una dependencia estructural agudizada con la

crisis al suscitarse un estancamiento productivo agrícola e industrial sin precedentes.

El estancamiento de las exportaciones y la baja del ingreso de divisas resultante originó, entre otras cosas, un crecimiento de la deuda pública necesario para el sostenimiento del modelo de crecimiento.

El aumento de la deuda externa ocasionó que ésta tomara "vida propia", ya que para el pago de los intereses se necesitaban cada vez cantidades más elevadas de créditos externos.

A partir de 1973, la situación se agrava, por ser necesario importar granos y petróleo (cuyos precios se cuadruplicaron).

El Estado en un afán de combatir la crisis incrementó el gasto e inversión pública, esta última subió, en precios corrientes, de 22,600 millones en 1971 a 92,600 millones en 1975(4).

Dentro del aumento en la inversión pública en la industria, destaca el incremento de la inversión en la siderurgia que, en cinco años, creció de 36% a 74% debido a la creación del complejo industrial Lázaro Cárdenas, con una inversión de 15 000 millones de pesos.

Se destaca que en este período creció la inversión en los sectores estratégicos para reactivar la economía, caso contrario sucedió con los sectores "no estratégicos"

(4) Gribomont, C. y Rimez, M. "La política económica del gobierno de Luis Echeverría (1971-1976): un primer ensayo de interpretación", en El trimestre económico. Vol. XLIV(4), Núm. 176, octubre-diciembre de 1977. pp. 771-835.

(en donde se ubica al sector salud), en los cuales se dio, si no un rezago, sí un estancamiento.

El crecimiento de la inversión pública derivó en un crecimiento del déficit, que en precios corrientes pasó de 13,200 millones de pesos en 1971 a 124,000 millones de pesos en 1976.

La deuda externa creció de 4,500 millones de dólares en 1970 a 19,600 millones de dólares para 1976. Esta situación se tornó crítica pues los plazos crediticios eran cortos y los intereses elevados, con lo que la deuda cobró vida propia(5).

El crecimiento exorbitante de la deuda llevó al Estado a considerar la posibilidad de devaluar la moneda, misma que utilizó al final del sexenio.

d) Inflación

El estancamiento productivo agrícola e industrial dio lugar a aumentos de los precios (vía escasez de productos o vía encarecimiento del costo unitario por aumento de la capacidad ociosa). Este proceso inflacionario favoreció al monopolio, el cual incrementó desproporcionalmente sus utilidades respecto al salario. La inflación es una de las constantes en este período y fue una de las razones que presionó a la baja del poder adquisitivo de la clase trabajadora.

Finalmente el sector industrial, altamente dependiente del exterior en bienes de capital e insumos, vio aumen-

(5) Ibidem.

lo tanto precios, en la atención médica, la cual se torna cada vez más inaccesible y excluyente.

- 4.4.2.75 El Estado trata de dar solución al empobrecimiento de la clase trabajadora a través de subsidios y prestaciones (INFONAVIT, FONACOT, CONASUPO), pero estas medidas fueron débiles ante la crisis y la pauperización se conservó y amplió.
- 4.4.2.76 El Estado, presionado por las masas, trató de mantener el salario real en épocas de crisis, pero se observa que para 1976 (fecha en que el salario llega a su punto más alto en el período tan sólo era 33% mayor que el de 1939 en términos reales; por lo que se concluye que el avance en el nivel de vida es mínimo. Esta situación se agrava aún más si se observa que después de 1977, debido a la inflación (resultado de la devaluación), los salarios reales caen.
- 4.4.2.77 La administración denominada "desarrollo compartido" (1970-1976), dio por resultado una política contradictoria que culminó en el agravamiento de la crisis y la no solución de los problemas ni en términos económicos ni políticos; con lo que el grado de pauperización y marginación de amplios sectores creció.
- 4.4.2.78 El Plan Nacional de Salud estructurado en 1973 estableció una serie de planteamientos propositivos.

radero.

Estas medidas trataban de dar solución, a través de prestaciones, a la crisis, pero no pudieron anteponerse a ella y se resumieron en un programa infértil que sólo dio frutos aislados.

En términos generales, se puede decir que el Estado trató de mantener el salario real en esta crisis. Hay que destacar que esto fue una victoria de la clase trabajadora y que tuvo un costo elevado para el Estado, pues las presiones burguesas siempre se manifestaron en pro de una baja del salario real.

En el período, el salario crece moderadamente alcanzando al final del mismo (1976) un nivel superior en sólo 33% respecto al de 1939. Por su parte, las utilidades de las grandes empresas registraron incrementos considerables en el mismo período(6).

Se observa entonces que ante una creciente inflación

(6) Tello, Carlos, "La disputa de la Nación", en Nexos, Núm. 24. México, 1979.

comienza a operar funciones de la asistencia pública; tal es el caso de los programas: Esquema Modificado de Campo, Solidaridad Social e IMSS-COPLAMAR.

- 4.4.2.82 El Estado estructura el Plan Nacional de Salud con el objeto de generar bases para poder planear, coordinar y evaluar las acciones en salud; a través de esta política trata de rescatar su imagen de Estado benefactor y dar salida a las demandas que en torno al sector salud se exigen.
- 4.4.2.83 Desde 1970 el Estado inicia el cambio en su gestión en salud dando prioridad al primer nivel de atención.
- 4.4.2.84 El desarrollo del capitalismo en México ha dado lugar a la formación creciente de grupos marginados sobre los cuales el Estado trata de estructurar inevitablemente una política reconciliadora dentro de la que las acciones de salud forman parte cardinal.
- 4.4.2.85 Las acciones diferenciadoras cobran fuerza y se observa, en 1970, que la seguridad social gestiona al 25% de la población con el 90% del presupuesto del sector, mientras que la asistencia pública "debe" gestionar a más de dos terceras partes de la población con sólo 10% de presupuesto.

sector salud) y dictando una política contradictoria que no pudo sostenerse y culminó con la profundización de la crisis y la pauperización de la clase trabajadora.

La devaluación, la generalización de la crisis y el agravamiento y no solución de los problemas en términos económicos y políticos demostró el fracaso del modelo de "desarrollo compartido", siendo esto el final del proyecto iniciado en el sexenio, pues en adelante el Estado se tendría que someter a un "paquete de medidas" que el Fondo Monetario Internacional (FMI) impondría a México.

El objetivo en el siguiente sexenio sería buscar de nuevo la solución a la crisis y el desarrollo, contando con una nueva y valiosa carta: el petróleo.

4.2.2 EL ESTADO Y LA ESTRUCTURA ECONOMICA 1976-1982

El fracaso del modelo de "desarrollo compartido" impulsado por Echeverría, dio por resultado una difícil situación para las elecciones de 1976. Dentro del mismo Estado existían posiciones encontradas y se daban serios enfrentamientos entre éste y algunas fracciones burguesas.

En el plano internacional México había perdido confianza crediticia y las relaciones con Estados Unidos estaban deterioradas.

El oscuro panorama que presentaba la economía mexicana se vio sujeto a un programa de reactivación, en el

cual se seguían los lineamientos acordados por el Fondo Monetario Internacional, los cuales perseguían el reestablecimiento de las bases para asegurar el proceso de valorización y se resumían en: a) saneamiento de las finanzas públicas, b) reducción del déficit, c) restricción salarial, y d) disminución del gasto. Se puede decir que esta política de reactivación fue extremadamente antipopular, en donde los trabajadores tendrían que pagar el precio para salir de la crisis.

"La recuperación de las bases de sustentación del Estado mexicano no se dirigió más por el camino de las reformas o las concesiones, sino básicamente por la imposición a los trabajadores de la limitación a sus demandas de todo tipo hasta que el país salga de la crisis"(7).

Siguiendo el esquema planteado y con el objeto de no perder el hilo conductor, se efectuará el análisis de la estructura económica de 1976-1982 en función de observar, en términos generales, cual fue el comportamiento del Estado en el período, y cómo se vio afectado el modo de reproducción de la fuerza de trabajo; factores a través de los que se obtiene la información para poder elaborar un diagnóstico de la salud.

El análisis de la estructura económica comprenderá los siguientes incisos

- a) lineamientos del programa de gobierno,
- b) finanzas públicas,

(7)Alcocer, Jorge, La política económica reciente. Tesis de licenciatura. Facultad de Economía, UNAM, 1980.

- c) el sector agrícola,
- d) política comercial e industrial,
- e) inflación y
- f) política salarial y concentración del ingreso.

a) Lineamientos del programa de gobierno

El programa de gobierno de la administración de José López Portillo se tuvo que subordinar al convenio suscrito con el Fondo Monetario Internacional el 24 de diciembre de 1976, ya que a través del convenio se posibilitaba la obtención de divisas que necesitaba el país urgentemente para contrarrestar el agudo desequilibrio en su balanza de pagos. Por medio de este acuerdo se tomaron las siguientes medidas, que darían la pauta para implantar el programa de gobierno: 1) disminución del gasto, 2) restricción del crédito, 3) imposición de topes salariales, y 4) eliminación de subsidios al comercio exterior.

La instrumentación de estas medidas económicas condujo a una política de relativa austeridad, en la que cobraban prioridad los factores económicos bajo los que se apoyaba la reactivación, en detrimento de los factores sociales, mismos que pagarían el costo del despegue económico. Bajo los lineamientos del Fondo Monetario Internacional, el Estado adopta preceptos de eficiencia y modernización, en los que la Nación funciona como empresa y el gobierno como su administrador.

Se puede decir que la política económica de los tres

primeros años del sexenio estuvo sujeta al cumplimiento de los acuerdos con el Fondo Monetario Internacional y que el único punto que escapó del control del Fondo fue el manejo de la riqueza petrolera, factor que permitió al Estado superar en 1979 y 1980 algunas de las restricciones impuestas.

La reproducción de la fuerza de trabajo se vio afectada por el paquete de medidas dictado en el período, ya que se combinó tope salarial, liberalización de precios e inflación, esto incidió en un aumento en la pauperización de la clase trabajadora, deteriorándose aún más el perfil epidemiológico de la sociedad mexicana.

Dentro del programa de gobierno tenemos los siguientes planes y reformas: Plan Global de Desarrollo (PGD), Plan Nacional de Desarrollo Industrial (PNDI), Programa Nacional de Empleo (PNE), Reforma política y Reforma fiscal.

Por razones de espacio, sólo se profundizará brevemente en el Plan Global de Desarrollo, por ser el documento rector de la política económica mexicana, y en las reformas política y fiscal por ser las más sobresalientes en el período.

Plan Global de Desarrollo

Algunos de los puntos básicos de la estrategia eran:

- 1) Generar 2.2 millones de empleos en los tres años posteriores a la publicación del Plan.
- 2) Mejorar el nivel de vida de la población, principalmente de los marginados.

- 3) Alcanzar un crecimiento del 8% anual en el periodo 1980-1982.
- 4) Desarrollar el sector agropecuario de acuerdo a las directrices del Sistema Alimentario Mexicano.
- 5) Utilizar al petróleo como palanca de desarrollo.
- 6) Apoyar los programas destinados al mejoramiento de las zonas y los grupos marginados.

Desde un ámbito general, se puede decir que el Plan Global de Desarrollo es el documento en el que el Estado plasma la forma en que deberá canalizar el excedente petrolero para lograr un desarrollo económico, pero lo hace en forma tan general que peca de impreciso y poco determinante.

Los efectos del Plan Global de Desarrollo sobre la clase obrera eran aparentemente favorables. Algunas de sus metas eran insuficientes, tal es el caso de la política de empleos, ya que la generación de 2.2 millones de empleos en tres años (lo cual era poco probable), si bien disminuía cuantitativamente el número de desempleados, no frenaba el ritmo de expulsión de mano de obra (el que tendía a crecer por los efectos monopolizantes del Sistema Alimentario Mexicano). Pero es importante destacar que en este Plan la ayuda a marginados y la problemática de elevar el nivel de vida son una constante.

El Plan Global de Desarrollo pretende atenuar algunos de los efectos que la anarquía propia del capitalismo

ha generado (incremento del centralismo ante el federalismo, estructura dual y heterogénea, etc.), pero al quedarse en la generalidad no pudo combatir eficazmente estos efectos.

Reforma política

La crisis por la que atravesaba el Estado mexicano, puesta en evidencia con las elecciones, caracterizada por una pérdida en el consenso y un deterioro de la legitimidad, aunada con la agudización de la lucha de clases fueron las causas por las que se tuvo que instrumentar una reforma política, a través de la cual la actuación de algunos partidos políticos se legalizó. Esto permitió la presencia de más diputados de oposición en las Cámaras, iniciándose así el contraproceso político.

Reforma fiscal

Las limitaciones que sufría el Estado para apoyar el proceso de acumulación dieron lugar a la instrumentación de una reforma fiscal, a través de la que se trataba de: a) fortalecer la capacidad recaudatoria del Estado, b) modernizar el sistema tributario, y c) hacer la carga fiscal más equitativa.

El principal efecto de la Reforma fiscal fue la implementación del impuesto al valor agregado (IVA), el cual sustituía el impuesto sobre ingresos mercantiles, liberando al sector empresarial de esta carga fiscal al trasladarla al consumidor.

Cabe destacar que el peso de esta medida cae sobre "el consumidor", o sea sobre toda la sociedad, razón por la cual el trabajador se vio en adelante condenado al pago de este impuesto, factor que reduce su poder adquisitivo.

Para finalizar con el estudio de los lineamientos del programa de gobierno, se esbozará la situación operante al inicio del sexenio 1976-1982.

La administración se inicia con una moneda recién devaluada, lo que ocasionó: a) fuga de capitales (descapitalización de la economía), b) inflación desenfrenada, c) baja del salario real, d) mejora mínima de exportaciones, e) disminución absoluta de importaciones de 7.9%, f) caída drástica de la inversión privada y g) duplicación de la deuda externa (12.6% del producto interno bruto en 1976 y 30.9% del producto interno bruto en 1977).

Sin embargo, el oscuro panorama de la economía mexicana de 1976 fue contrarrestado por el petróleo, el cual se colocó como la tabla de salvación del Estado.

Una vez expuesta la situación imperante al inicio del sexenio, aunada a los criterios de reactivación acordados con el Fondo Monetario Internacional y los principales planes y reformas implementados por el Estado, podemos pasar al análisis de la situación financiera del Estado.

b) Finanzas públicas

Se observa que, desde 1977, el petróleo aportó aproximadamente cerca del 50% de los ingresos de divisas

al país, esta situación provocó que desde 1979, el Estado se viera en condiciones de superar las barreras impuestas por el Fondo Monetario Internacional e implementar planes y programas encaminados a dirigir y controlar los procesos económicos.

Se puede decir que en el sexenio se observó una peligrosa petrolización de la economía:

"... mientras aumentaron los ingresos por las exportaciones de petróleo, las demás percepciones del sector público —en especial las provenientes de empresas paraestatales y descentralizadas, por la venta de bienes y servicios públicos— se rezagaron notablemente. Así de 1977 a 1981 los ingresos en términos reales del sector público por la exportación de Petróleos Mexicanos (PEMEX) aumentaron más de cinco veces. Pero, por su lado, los precios de los servicios públicos y de los bienes producidos por las empresas del Estado para consumo interno sufrieron una caída importante"(8).

Cabe destacar que el aumento de las exportaciones no petroleras obligaba a mantener una relación adecuada y proporcional entre los costos internos y externos. Sin embargo, al darse en este sexenio una mayor inflación interna con respecto al exterior y desarrollarse esta situación bajo un tipo de cambio relativamente estable, o con ligeros deslices, se provocó la creciente sobrevaluación del peso en 1980 y 1981 que culminó con el caos monetario devaluatorio de 1982.

Desde 1978 el gasto público creció sustancialmente, marcando el inicio de la reactivación económica.

(8) Banco de México, "La actividad económica en 1982", en Comercio exterior, Vol. 33, Núm. 5, mayo de 1983. p. 462.

El producto interno bruto creció en tasas superiores al 7.9% de 1978 a 1981. El Estado, con la finalidad de expandir el sector petrolero, implementó un vigoroso programa de inversión pública. Parte importante del gasto

se encaminó hacia el petróleo y la petroquímica básica y se hicieron también inversiones públicas en salud y educación.

"De 1978 a 1981, el crecimiento promedio de la inversión pública y privada fue de casi 15% anual en términos reales, lo que ilustra el gran esfuerzo del país para ampliar la capacidad de su planta productiva. Este proceso de acumulación permitió crear cerca de cuatro millones de nuevos empleos, que llevaron a la economía mexicana a los niveles más altos de ocupación que se hayan registrado en las últimas décadas"(9).

Sin embargo, pese al ambiente de reactivación de 1978 a 1981, se observó un crecimiento del déficit público, pasando del 6.8% con respecto al producto interno bruto en 1977 al 14.5% en 1981, es decir, el déficit financiero del sector público se duplicó en ese período en su relación porcentual con respecto al producto interno bruto.

En términos nominales, el déficit público creció de 126 miles de millones de pesos en 1977 a 853 miles de millones de pesos en 1981, es decir se sextuplicó en el sexenio. La crisis fiscal del Estado era más crítica que nunca y el patrón de financiamiento era insostenible.

(9) Ibid, p. 461.

c) Política del sector agrario

Durante este período la crisis del sector agrícola se profundizó teniendo las siguientes manifestaciones: 1) descapitalización del campo, 2) no rentabilidad de la agricultura, 3) estancamiento y descenso de la producción agrícola, 4) incremento de importación de granos, oleaginosas y lácteos, 5) baja remuneración al campesino y 6) mayor pauperización del trabajador agrícola.

Ante esta alarmante situación, el Estado mexicano, al contar con el excedente petrolero, trató de atacar la crisis del sector agrícola, canalizando parte de este excedente hacia la producción de alimentos básicos y crea el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) con el objeto de obtener la autosuficiencia alimentaria.

El Sistema Alimentario Mexicano aspiraba a la tecnificación agraria e intensificó la formación del asalariado agrícola, pero esta situación no derivó en una política de empleo efectiva, ya que fueron insuficientes los campesinos desempleados utilizados.

El Sistema Alimentario Mexicano, al impulsar la concentración regional, fomentó la concentración y centralización del capital agrario, teniendo efectos monopolizantes los cuales fueron reforzados por las políticas crediticias que trataron de lograr la unión industrial, agraria y financiera. Si bien es cierto que ésta no se consolidó, lo que sí sucedió es que el ejido y la

pequeña propiedad fueron presas de una mayor marginación.

En lo referente a la elevación de los precios de garantía, el Sistema Alimentario Mexicano fracasó en su intento, ya que al operarse en el período una caída del salario real y una inflación desenfrenada, los aumentos fueron insuficientes e incluso se amplió el diferencial de precios internos y externos, teniendo el Estado que subsidiar crecientemente las importaciones agrícolas.

Para darnos una idea del rezago de los precios agrícolas en el período, bástenos considerar que, mientras en 1974-1979 el índice de precios implícito en el producto interno bruto se había incrementado en 164%, el frijol lo había hecho en un 15%, el arroz en un 36%, el sorgo en un 102%, el maíz en 136% y la caña de azúcar en 190%, porcentajes a través de los que podemos medir la sangría del campo a la ciudad. Para 1982 el Sistema Alimentario Mexicano sufría signos de agotamiento que se reflejaron en un déficit en casi todos los productos agrícolas, la crisis agraria se profundizó y dejó sentir sus efectos sobre toda la economía.

d) Política comercial e industrial

El Estado en su función reconciliadora crea la Alianza para la Producción el 10 de diciembre de 1976, a través de la que los empresarios oficializaron los primeros acuerdos de cooperación entre el sector público y el sector privado.

Desde 1978 el sector industrial creció a tasas superiores a 9%, el subsector petrolero y petroquímico creció a una tasa superior a 15%, pero si analizamos con más detalle observamos que en otros rubros industriales no hubo un dinamismo de la misma magnitud y el desequilibrio se amplió, ya que la minería y la siderurgia se estancaron. Lo que se vivió fue, más bien, una petrolización de la economía.

De 1978 a 1981 la sobrevaluación del peso originó una creciente dolarización y fuga de capitales que descapitalizó a la economía mexicana.

e) Inflación

En este período, una constante fue la inflación, el índice de precios al consumidor observó los siguientes porcentajes de incremento anual promedio: 1977 (28.9%), 1978 (17.5%), 1979 (18.2%), 1980 (26.3%) y 1981 (28%). A pesar de las medidas dictadas por el Estado, la inflación fue un proceso permanente(10).

La inflación combinada con una política salarial sujeta a topes por debajo de ésta, significó la baja del poder adquisitivo de la clase trabajadora.

La inflación interna mayor que la inflación externa, combinada con una política cambiaria relativamente estable, significó la sobrevaluación del peso, y por consiguiente la fuga de capitales, dolarización de la economía y crisis financiera. Este proceso se convirtió

(10) Ibid.

en un círculo vicioso que, finalmente, llevó a la devaluación y esta última a un incremento en la inflación.

Para 1982 los precios al consumidor sufrieron uno de los mayores incrementos registrados en la historia del país y la inflación llegó al 98.8%.

f) Política salarial y concentración del ingreso

Desde inicios del sexenio se observó una baja en el salario real, debida a la inflación del período combinada con topes salariales de menor porcentaje.

El Fondo Monetario Internacional, al imponer las tasas de crecimiento del salario, fomentaba una política antipopular ya que reglamentaba el crecimiento de los salarios, pero dejaba de lado los aumentos de los precios, propiciando una no equivalencia entre precios y salarios, que derivó en una baja del poder adquisitivo.

En 1977 el tope de aumento salarial fue del 10%, mientras el porcentaje de incremento de los precios al consumidor fue del 28.9%, en 1978 la relación fue 12%-17.5%, profundizándose esta tendencia a lo largo del período.

Se puede decir que la política salarial permitió elevar la tasa explotación, en aras de un reforzamiento del proceso de acumulación a costa del empobrecimiento absoluto de la clase trabajadora.

Se observa que de 1977 a 1981 se deterioró el salario mínimo a pesar de los incrementos nominales que tuvo en el período. Así, el 31 de enero de 1981 el salario míni-

mo se encontraba un 14.5% abajo del poder adquisitivo alcanzado el 1º de enero de 1977(11). Esta situación era aún más crítica si se considera que en México desde 1977 el 40% de la población ocupada recibía menos del salario mínimo y el 52% percibía como máximo un salario mínimo mensual.

Cabe destacar que, en el sexenio, el movimiento obrero se vio sujeto a una política antipopular que provocó una baja en el nivel de vida. La represión actuó sobre el sindicalismo independiente en su lucha contra los topes salariales; el Estado declaró inexistentes un sinnúmero de huelgas y las medidas represivas utilizadas antes en casos extremos se tornaron cotidianas.

En el período 1978-1981 la tasa de crecimiento del empleo fue de 5.4% promedio anual; no obstante la tasa de desocupación abierta fue de 6.5% en 1976, 8% en 1977, y más de 7.5% en 1978 y 1979, con lo que la capacidad de negociación de la clase trabajadora se vio afectada. Esta tendencia se hizo crítica al final del sexenio, cuando la tasa de crecimiento del empleo se redujo a 0.8%.

Al mismo tiempo, se dio un incremento en las utilidades e ingresos de los industriales, banqueros y comerciantes debido a: 1) alzas inusitadas en los precios, 2) especulación, 3) caída del salario real, 4) política fiscal regresiva y 5) política proteccionista.

(11) División de Estudios Superiores de la Facultad de Economía, 1979 *¿la crisis quedó atrás?* México, Taller de Coyuntura de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Economía, UNAM, 1979. p. 38.

En términos de promedios anuales, el salario mínimo real cae en 8.4% en 1977-1981.

Como muestra del aumento de la tasa de beneficios tanto respecto a capital como respecto a ventas en el período 1977-1980 se incluye el siguiente cuadro elaborado a partir de información suministrada por 45 grandes empresas industriales a la Bolsa Mexicana de Valores. Esta alza de la tasa de ganancia fue acompañada de un aumento en la oligopolización de la economía.

| | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 |
|---|------|------|------|------|------|
| Utilidad neta después de impuestos y gastos financieros, sobre capital contable*. | 4.6 | 7.5 | 9.3 | 11.5 | 10.8 |
| Utilidad neta más gastos financieros, sobre ventas*. | 8.1 | 10.1 | 12.1 | 12.9 | 14.1 |

*Datos en porcentaje.

Fuente: Revista Economía mexicana, Núm. 5, CIDE, México, 1983.

En el período, el aumento de la tasa de ganancia empresarial fue acompañado de un incremento del grado de explotación de la fuerza de trabajo, como bien se observa en el siguiente cuadro.

JORNADA DE TRABAJO, SALARIO REAL Y COSTO DEL TRABAJO

| | 1976 | 1977 | 1978 | 1979* | TASA DE VARIACION | | |
|--|--------|--------|--------|--------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | | | | | 1976 1977 % | 1977 1978 % | 1978 1979* % |
| 1) Jornada por persona ocupada (hora/año) | 1 676 | 1 667 | 1 685 | 1 666 | -0.5 | 1.3 | 0.3 |
| 2) Salario, sueldos, prestaciones por hora de trabajo (pesos) | 49.6 | 64.8 | 74.1 | 79.0 | 30.7 | 12.9 | 12.2 |
| 3) Salario, sueldos, prestaciones por hora de trabajo (pesos 1976) | 49.6 | 50.2 | 48.9 | 47.9 | 1.2 | -2.6 | -4.8 |
| 4) Valor producción por hora de trabajo (pesos 1976) | 305.8 | 317.7 | 329.5 | 333.2 | 3.9 | 3.7 | 1.3 |
| 5) Costo real del trabajo (3/4) | 0.1622 | 0.1580 | 0.1484 | 0.1438 | -2.6 | -6.1 | -6.0 |

*Enero-junio.

Fuente: Tello, Carlos, op. cit.

El cuadro anterior nos muestra un incremento en la obtención de plusvalor absoluto de 1976 a 1979, por aumento en la intensidad de la jornada de trabajo, combinado en todo el período, con una baja en el costo real de la fuerza de trabajo.

Se observa entonces cómo el incremento de las utilidades ha tenido un ritmo muy acelerado y ha sido acompañado de una explotación creciente de la fuerza de trabajo, ha disminuido su valor real.

"De esta forma, en la segunda mitad de la presente década, en la que del estancamiento inflacionario se ha pasado a la recuperación económica acompañada de fuertes presiones inflacionarias, la evolución económica y social del país ha traído consigo:

- a) Una pérdida sistemática y creciente del poder adquisitivo de los salarios de los trabajadores.
- b) Altos índices de desocupación abierta y la persistencia de una alta proporción de trabajadores marginalmente ocupados.
- c) Crecientes utilidades en la banca, la industria y el comercio.
- d) Una tasa de crecimiento de las utilidades mayor a la tasa de crecimiento de los salarios monetarios.
- e) Un proceso de consolidación de la posición oligopólica de grupos industriales en el mercado nacional.
- f) Acentuadas tendencias hacia una mayor concentración de la propiedad y del ingreso.
- g) Renovados conflictos —inclusive verbales— entre las organizaciones obreras y empresariales"(12).

Las grandes utilidades de 1977 a 1980, al estar el peso sobrevaluado, se convirtieron en grandes masas de capital nacional dolarizado que salió del país; es decir,

(12) Tello, Carlos, op. cit., p. 6.

que la recuperación sólo benefició a unos cuantos y al final se tornó en descapitalización nacional en perjuicio de la clase trabajadora.

El Estado al financiar la reactivación con base en el petróleo, y perder fuerza en este terreno, propició la generalización de la crisis. Al mantener sobrevaluado el peso y libre de convertirse ilimitadamente en dólares, da la pauta para que algunos sectores de la clase dominante salieran como beneficiarios del proceso.

La baja del salario real se pronunció al final del sexenio; el nivel de desempleo creció, los precios llegaron a tasas de aumento del 100%; la clase obrera vio intensificada su pauperización, lo que tuvo efectos adversos sobre los perfiles epidemiológicos, y la demagogia oficial sobre la gestión en salud cobró fuerza.

Una vez analizado el funcionamiento del Estado y la estructura económica en la década de los setenta y teniendo una panorámica de cómo fue afectada la reproducción de la fuerza de trabajo, contamos con los elementos necesarios para poder evaluar la gestión estatal en salud y la conformación de perfiles epidemiológicos en el período.

4.3 ANALISIS DEL PROCESO COLECTIVO SALUD-ENFERMEDAD 1970-1982

Para comenzar el apartado referente al análisis del proceso colectivo salud-enfermedad, partiremos del estudio de los criterios que se siguen para la caracterización de los servicios de salud, ya que éstos son la base para el otorgamiento de una gestión estatal en salud diferenciada.

4.3.1 DETERMINACION Y CARACTERIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Generalmente para la determinación de los servicios de salud se siguen dos criterios:

a) El primero se refiere al objeto de intervención, distinguiendo dos tipos de servicios:

- Servicios de salud personal.- Que suponen una atención individual con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios.
- Servicios de salud de alcance colectivo.- Que consisten en acciones destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y vida (dotación de agua potable, acantarillado, saneamiento del ambiente, higiene del trabajo, etc.).

Se observa que una adecuada política de salud daría prioridad a los servicios de salud de alcance colectivo, e inmediatamente después a las prestación de servicios de salud de tipo personal. Sin embargo, se observa que en México ha predominado la gestión curativa individual so-

bre la gestión colectiva en salud.

b) Un segundo criterio divide a los servicios de salud en:

- Asistencia pública.- Dirigida a gestionar a la población abierta carente de recursos (Secretaría de Salubridad y Asistencia, Desarrollo Integral de la Familia e institutos de salud descentralizados).
- Seguridad social.- Que ampara a la población económicamente activa y familiares asegurados (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, etc.).
- Los servicios médicos privados.- Dirigidos a gestionar a la clase dominante.

Bajo estos criterios de salud se sientan las bases para una gestión en salud diferenciada; ahora pues, para poder evaluar el funcionamiento de los servicios de salud, se debe comenzar por precisar cuáles son los indicadores de salud que en México se registran.

4.3.2 INDICADORES DE SALUD

Los indicadores que nos interesan para evaluar los servicios de salud se pueden dividir en dos grandes grupos:

- a) indicadores de salud
- b) indicadores de cobertura de los servicios de salud.

En México, los indicadores de salud existentes son en su mayoría negativos, esto es aquéllos que expresan datos tales como incidencia o prevalencia de la enfermedad, invalidez y muerte. El carácter de estos indicadores es puramente cuantitativo y están centrados en los casos extremos del proceso salud-enfermedad.

La carencia de indicadores válidos y uniformes conduce a que las acciones de asistencia y seguridad social en el ámbito nacional no puedan referirse a parámetros que permitan una evaluación de sus efectos en el tiempo y en el espacio e impiden una adecuada planeación, programación y evaluación.

Actualmente existen intentos de acercamiento a lo que se denominaría epidemiología de la salud, lo cual se lograría a través de indicadores positivos; para ello Milton Terris(13) distingue tres tipos de indicadores mediante los cuales nos damos idea de la salud de una población. Estos indicadores positivos son:

- 1º La medida del desempeño de los individuos.
- 2º Los estudios para conocer la capacidad y potencialidad que tienen para su desempeño satisfactorio, que incluyen las evaluaciones de crecimiento

(13) Terris, Milton, La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI, 1981.

y desarrollo.

- 3º El estudio de sensaciones o apreciaciones subjetivas del bienestar físico, mental y social.

Existen serias dificultades para medir estos indicadores positivos, con la posible excepción de los del segundo tipo, lo que obliga a referirse, en general, a los indicadores negativos, en especial los de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida.

Ahora bien, en México aquellos indicadores no se han desarrollado, por lo que para medir la calidad de la vida se han usado otros indicadores como la mortalidad perinatal e infantil y la mortalidad materna.

Por otra parte, los indicadores de cobertura de los servicios de salud, por un lado hacen referencia a la magnitud de la cobertura de la población por los servicios de salud y, por otro lado, se expresan en tasas tales como médicos, personal auxiliar de enfermería, número de camas hospitalarias o recursos materiales per cápita o por un número significativo de la población.

4.3.2.1 PROBLEMAS EN LA INFORMACION E INDICADORES DEL SECTOR SALUD

Los problemas sobresalientes a este respecto son: indefinición y desconocimiento sobre el tipo y características de la información existente, consecuentes fallas por exceso y por defecto en el contenido de los datos, desagregación en la información y problemas en la tabulación de los datos, y defectos en la infraestructura que hace posi-

ble el proceso de información.

Es necesario resaltar la deficiencia de los sistemas de información y registro en el área de la salud en el país. En el caso de la morbilidad, el registro de esta información es bastante deficiente, no hay encuestas nacionales de salud permanentes y sólo se cuenta con incompletos boletines epidemiológicos que ni siquiera reúnen todos los casos existentes de enfermedades de notificación obligatoria. En el renglón de la mortalidad, al igual que en el de la natalidad, existe un subregistro y una extemporaneidad importantes difíciles de precisar y con grandes variedades regionales.

Otro aspecto que es necesario resaltar considera que los datos correspondientes al país se caracterizan por reflejar una situación promedio, una serie de condiciones que no evidencian las profundas diferencias que presentan los daños a la salud entre las distintas clases sociales o según regiones, urbanas o rurales. Es reconocido el fenómeno de que hay diferencias de clase en la mortalidad, morbilidad y la esperanza de vida. Hay enfermedades comunes a ciertas clases (en las clases explotadas prevalece la tuberculosis, la desnutrición, las enfermedades parasitarias, para mencionar algunas); tales diferencias clasistas han llevado a caracterizar "una patología de la pobreza y una patología de la abundancia"(14).

(14) Celis, A. y Nava, J., "Patología de la pobreza", en Revista médica del Hospital General, Vol. 33, 1970. p. 371. Citado por López Acuña, op. cit., p. 41.

Con el objeto de sistematizar el estudio del proceso colectivo salud-enfermedad, a continuación se expondrá un análisis de la gestión estatal en salud de 1970 a 1982.

4.3.3 LA GESTION ESTATAL EN SALUD

Una vez estudiado el comportamiento del Estado y la estructura económica y establecido los criterios usados para la determinación y caracterización de los sistemas de salud, tenemos los elementos para analizar cómo fue la gestión estatal en salud de 1970 a 1982.

Con el fin de establecer un orden, este apartado se subdividirá en los siguientes incisos:

4.3.3.1 Plan Nacional de Salud.

4.3.3.2 Políticas de salud y Plan Global de Desarrollo.

4.3.3.3 Reformas a la Ley del Seguro Social.

4.3.3.4 Reformas de atención primaria.

4.3.3.5 Programa de atención a marginados.

4.3.3.6 Financiamiento, gasto e inversión en el sector salud.

Se considera que a través de estos apartados se puede profundizar en las acciones, planes, programas y reformas que en torno a la salud fueron determinantes en el período.

4.3.3.1 PLAN NACIONAL DE SALUD

El Estado mexicano a principios de la década de los setenta se enfrentaba a una difícil situación en el sector salud, ya que la ausencia de un modelo nacional de salud impedía generar las bases para planear, coordinar y diseñar estrategias para el desarrollo del sector.

Lo anterior aunado a la crisis de legitimación por la que atravesaba el Estado y al descontento de la comunidad médica (expresada en el movimiento médico de 1965 y el creciente desempleo médico), obligaron al Estado a estructurar una serie de políticas de salud que permitiera rescatar en cierta medida su imagen de Estado benefactor y diera salida a las demandas que en torno al sector salud se exigían.

Una de las políticas que estructura el Estado es el Plan Nacional de Salud, mismo que comprendía dos períodos: de 1974 a 1976 y de 1977 a 1983.

El Plan Nacional de Salud estaba integrado por 20 programas y 56 subprogramas de entre los que sobresalen los siguientes aspectos:

- promover una red federal de hospitales
- ampliar la atención médica rural
- desarrollar un plan nacional de alimentación
- estructurar un programa de tratamiento de aguas
- formular un plan nacional de nutrición

En términos generales se puede decir que este plan

constituyó un documento en el cual se plasmaron planteamientos propositivos que nunca llegaron a convertirse en instrumentos normativos o definitorios de estrategias reales.

La afirmación anterior se basa en la no continuidad del plan, el que es cancelado definitivamente en 1977 no habiendo cumplido sus metas esenciales.

4.3.3.2 POLITICAS DE SALUD Y PLAN GLOBAL DE DESARROLLO

La administración de José López Portillo, ante la cancelación del Plan Nacional de Salud, trata de implementar medidas que suplan la carencia de un modelo nacional de salud y crea la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como entidad responsable del proceso de planeación de la salud pública.

En 1977 se efectúa la estructuración de los siete programas básicos del sector salud: 1) atención preventiva, 2) atención curativa, 3) capacitación a la población para la autoprotección de la salud, 4) saneamiento y mejoramiento del medio, 5) formación y desarrollo de recursos humanos, 6) investigación, ciencia y tecnología y 7) producción de bienes. Asimismo se aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar cuya meta era reducir para 1982 la tasa de crecimiento de la población al 2.5% anual. Asimismo se crea en 1978 el Gabinete del Sector

Salud, con el objeto de coordinar las decisiones en materia de servicios de salud.

No obstante se destaca que las diferentes acciones emprendidas (anteriormente enumeradas) no fueron suficientes para conformar una política integrada coherente y sólida en materia de salud, con lo que la duplicidad de funciones, anarquía y mal funcionamiento de los sistemas de salud se mantuvo y creció.

Para 1978, dentro del Plan Global de Desarrollo, se dictan las líneas de acción, estrategias, objetivos y metas para el sector salud, de entre las que destacan: 1) el programa de vacunación, 2) el programa de planificación familiar, 3) la reducción del índice de desnutrición, 4) la ampliación de los servicios de agua potable y drenaje, 5) el programa contra la contaminación ambiental, 6) la ampliación del régimen de seguridad social y 7) el programa de asistencia social.

En el Plan Global de Desarrollo se proponía la ampliación de la cobertura a través del escalonamiento de los servicios, instaurando tres niveles de atención médica con acciones definidas por nivel. Esta estrategia si bien fue planteada, no tuvo operación en la realidad, ya que la instauración efectiva de un sistema de salud escalonado debe apoyarse con una serie de medidas (económicas, educativas, normativas, legales, etc.) que no han podido oficializarse hasta la fecha.

Con el objeto de profundizar en las políticas implementadas por el Estado y de analizar las limitaciones para estructurar un sistema nacional de salud, a continuación se estudiarán: 1) reformas a la ley del seguro social, 2) programa de atención primaria, 3) programa de atención a marginados, y 4) problemas de financiamiento del sector salud.

4.3.3.3 REFORMAS A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

En el año en que se lanza el Plan Nacional de Salud se reforma la Ley del Seguro Social, con las modificaciones más importantes que se hayan hecho desde su expedición original. Se introduce el "esquema modificado de campo" a través del que se proponía incorporar a núcleos ejidales o comunales con capacidad crediticia reducida y con posibilidad de sufragar obligaciones(15).

Otra de las modificaciones importantes es la incorporación del Programa de Solidaridad Social, a través del que se protege bajo el sistema de la asistencia pública a grupos marginados que residen en zonas rurales. Con esta medida la seguridad social comienza a operar funciones propias de la asistencia pública. Esto muestra un traslape entre las instituciones de asistencia pública y seguridad social bajo el cual se esconde un subsidio de la seguridad social a la asistencia, es decir una subvención de

(15) Instituto Mexicano del Seguro Social, "Extensión de la seguridad social en el medio rural". México, IMSS, 1976. Citado por Hernández Llamas, op. cit., p. 88.

la población económicamente activa para la gestión en salud a los marginados.

4.3.3.4 PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA

Se puede decir que por su impacto la atención primaria constituye el elemento prioritario del sistema de atención médica, ya que es en este nivel en donde se resuelve 85% de las demandas de atención.

Dentro del sistema de atención médica se encuentra la siguiente distribución de las demandas de atención:

primer nivel - 85%

segundo nivel - 12%

tercer nivel - 3%

El primer nivel de atención tiene como funciones prioritarias: 1) la prevención de enfermedades por vacunación, 2) la educación para la salud, 3) la promoción de la salud, 4) la detección oportuna de padecimientos, 5) la curación y rehabilitación de padecimientos menores y 5) la canalización de pacientes a otros niveles de atención más especializados.

El primer nivel de atención constituye pues el núcleo del sistema nacional de salud y está integrado por el llamado equipo básico de salud, formado por un médico, una enfermera y un promotor de salud nativo de la comunidad, a través de los cuales se implementan las acciones

de salud encomendadas.

Se puede afirmar que del buen funcionamiento de la atención primaria depende el éxito de una gestión en salud.

La afirmación anterior se basa en el supuesto de que es el primer nivel de atención médica el eslabón más amplio y de mayor radio de acción, a través del que se concretan las acciones y programas elementales de salud pública.

Dentro del Programa de Atención Primaria tenemos los siguientes "programas" y subprogramas:

1) Atención al hombre

- a) Capacitación de la población en lo que respecta al desarrollo socio-económico, nutrición, prevención de enfermedades, inmunizaciones, atención médica y control de enfermedades.
- b) Atención de padecimientos frecuentes y de importancia local.
- c) Detección oportuna de enfermedades.
- d) Adiestramiento voluntario de la comunidad.
- e) Aplicación de vacunas.
- f) Alimentación complementaria a grupos específicos.
- g) Cirugía menor y curaciones.
- h) Control del niño sano.
- i) Control de la mujer en edad fértil, el embarazo y canalización del parto.

- j) Salud bucal.
 - k) Referencias de pacientes
- 2) Atención del medio ambiente
- a) Información a la población sobre saneamiento básico (agua, excretas, basura, etc.).
 - b) Detección y referencia de problemas de contaminación del ambiente.
 - c) Organización de la comunidad para programas de saneamiento.
 - d) Promoción de talleres de saneamiento básico.

En México en administraciones pasadas se vio descuidado el primer nivel de atención, desarrollándose en cambio el segundo nivel (hospital de especialización media), ya que era en esta instancia en la que se rehabilitaba y curaba al trabajador activo. Actualmente dado el desarrollo social, el Estado se compromete a velar por la reproducción del obrero colectivo y en general por toda la sociedad, por lo que es inaplazable el desarrollo del primer nivel de atención para lograr el objetivo "la salud para todos en el año 2000".

4.3.3.5 PROGRAMA DE ATENCION A MARGINADOS

Para estudiar el programa de atención a marginados, hay que partir de la definición del concepto de marginalidad. En términos generales se entiende por marginali-

dad al estadio social que implica la no integración a los procesos económicos, políticos, culturales y sociales. La marginalidad entonces trae como consecuencia un aislamiento y una pauperización, que repercute adversamente sobre el nivel de salud de la población marginada. El problema de la marginación en México se torna crítico para el sector rural en el que el aislamiento y dispersión se han traducido en una nula o muy precaria gestión en salud.

Cabe destacar que la población rural dispersa está formada por comunidades de menos de 2 500 habitantes, los cuales dada la formación irregular de la República Mexicana se encuentran físicamente aislados de los centros urbanos o semiurbanos, y por ende marginados de servicios.

Pero la marginalidad también incluye a la urbana, la cual está integrada por los cinturones de miseria que se forman básicamente en la periferia de las grandes urbes. Si analizamos estadísticamente el programa, observamos que en el Distrito Federal, 26.09% de la población en 1970 habitaba en viviendas de un solo cuarto, llegando a un número de 2 136 453 personas; esta población radicaba en un ambiente de hacinamiento y promiscuidad con repercusiones serias para la salud.

En el Distrito Federal 41.03% de las viviendas carece de cuarto de baño y 17.79% de cocina. Otro fenómeno que cabe destacar es el del analfabetismo, condición

siempre presente en los grupos marginados. El índice mayor de analfabetismo se concentra en la población de 30 a 39 años y es de 11.5%, siendo los estados con mayor índice de analfabetismo Michoacán, México, Puebla y Guanajuato.

Si analizamos las condiciones de empleo para los grupos marginados observamos que, sólo en el Distrito Federal en 1976, unas 150 000 personas en edad de trabajar carecían de empleo y 400 000 eran subempleadas(16).

La migración del campo a la ciudad se torna crítica para las personas mayores de 20 años (75% del total de inmigrantes), ya que persisten en ellas patrones culturales del campo que dificultan su ocupación y aún más su adaptación a la vida urbana.

Las condiciones de reproducción de los grupos marginados son infrahumanas, consumiendo en promedio 20% menos de las calorías necesarias para una dieta media. Acerca de la ingesta de proteínas sólo 21% era de origen animal, estando constituida su dieta por leguminosas, hortalizas, pastas, tortillas y alimentos chatarra.

Las deficiencias nutricionales son la principal causa de morbi-mortalidad, ya que están directamente vinculadas con la influenza, diarrea y avitaminosis.

De la situación descrita, se puede inferir la forma en que se reproduce una gran parte de la población. Podemos afirmar que la existencia y mantención de grupos mar-

(16)Secretaría de Salubridad y Asistencia, Plan de atención primaria en áreas marginadas en el Distrito Federal. Resumen. México, SSA, 1979.

ginados no sólo afecta a éstos, sino que también se ve perjudicada la clase trabajadora con empleo regular, ya que su poder adquisitivo, organización y lucha por mejorar niveles de vida se ven afectados adversamente por la existencia de un gran ejército industrial de reserva, que lucha por lograr un empleo y ser explotado.

La marginalidad es el resultado de la crisis agraria e industrial, que no ha tenido una solución ni en términos económicos ni en términos políticos.

Dentro del Programa de Atención a Marginados, se destaca lo siguiente:

- a) El "equipo de salud", como ya se dijo estaría integrado por un médico pasante, una enfermera y un promotor de la comunidad, encargados de promover, cuidar y reestablecer la salud individual y colectiva de la comunidad.
- b) Cada equipo de salud funcionaría en un centro de salud comunitario, el cual tendría bajo su responsabilidad la gestión en salud de 3 000 personas residentes en una área geográfica determinada.
- c) Cada centro de salud estaría integrado a un sistema de atención a población abierta, hacia el cual se canalizarían los casos de atención individual que requirieran de una mayor especialización médica.

Con el objeto de dar salud a los 14 millones* de marginados rurales carentes de atención, el Estado implementó los siguientes programas:

- El Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural (PEC).
- El Programa Comunitario Rural (PCR).

Programas que, al poco tiempo de iniciados y sin dar frutos, fueron suspendidos por su fracaso, duplicación y descoordinación.

Por su impacto, cabe destacar la creación en 1974 del Programa de Solidaridad Social (antecedente inmediato del Convenio IMSS-COPLAMAR). Este programa administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, proporcionaba servicios de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria para los grupos marginados. El Instituto Mexicano del Seguro Social sólo cubría entre 25 y 40% del costo del mismo, asumiendo el Gobierno Federal el resto.

El Programa de Solidaridad Social no podía dar cobertura a toda la población marginada del país (estimada en un 30% del total poblacional), ya que de hacerlo pondría en peligro el equilibrio financiero del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En mayo de 1979 se crea el convenio IMSS-COPLAMAR con el propósito de ampliar el ámbito de cobertura de los servicios de solidaridad social y consolidar un sistema

*Esta cifra fue confirmada para 1984 por autoridades del sector salud (Carlos McGregor Sánchez Navarro del ISSSTE, Armando Valle del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología del DIF y Rodolfo Díaz Perches del Hospital General), en la ceremonia con motivo del Día del Médico. Véase Excelsior, 24 de octubre de 1984.

de cooperación comunitaria. El convenio tenía por meta la ampliación de cobertura a 10 millones de habitantes e instauraba el trabajo comunitario como contraprestación de los servicios médicos asistenciales recibidos. Este trabajo comunitario consistía en 10 jornadas de trabajo anual por cada jefe de familia y otras actividades que pudieran elevar directa o indirectamente el nivel sanitario y social de las comunidades; en caso de incumplimiento, el servicio podía interrumpirse.

Los programas prioritarios del convenio IMSS-COPLAMAR fueron tres: 1) atención preventiva, 2) atención curativa y 3) capacitación de la población.

Los problemas más generalizados que se encontraron en la implementación del Programa fueron los siguientes: dispersión de población, deficientes medios de comunicación, bajo nivel de vida, ausencia o funcionamiento rudimentario de los servicios públicos, dificultades en la construcción y en la contratación de personal médico y paramédico y costos de operación elevados. Hasta 1982, el Programa empleaba 16 834 personas. El presupuesto del Programa en ese mismo año era de \$1,349,110,000.00; y en cuanto a la cobertura, en enero de 1983, el IMSS-COPLAMAR cubría cerca de 25 millones de personas(17).

Otra carencia ha sido la de personal dispuesto y capacitado para la operación de las unidades. Existe resis-

(17) Moreno, P. y Redorta, G. E., Notas para el análisis de la política del sector salud: el caso del IMSS-COPLAMAR (1979-1984). Material de uso didáctico. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 1984.

tencia de los pasantes de medicina y de los médicos ya en ejercicio a ir al campo, por un lado, y, por el otro, en relación al nivel educativo y cultural se hace difícil su adaptación a las exigencias del servicio(18).

El 20 de abril de 1983, por orden presidencial desaparece COPLAMAR y los programas regresan a las instituciones con las que se habían acordado con el propósito de evitar duplicidades y lograr una optimización de los recursos y se inicia la llamada Estrategia Global de Apoyo, cuyos logros están aún por verse.

Una vez analizados los principales planes y programas del período podemos pasar al estudio del gasto e inversión del sector salud.

4.3.3.6 FINANCIAMIENTO, GASTO E INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD

Como primera característica del financiamiento del sector salud tenemos que existe un gasto público insuficiente en el área de bienestar social.

El modelo de desarrollo mexicano en las últimas décadas se ha caracterizado por una considerable inversión pública y una baja inversión social. En 1970, el Estado "gastaba sólo el 2.7% del producto interno bruto en salud y seguridad social y el 2.5% en educación. En el período echeverrista hay una ampliación del gasto público total que implicó un crecimiento absoluto y relativo de los re-

(18) Ibid.

cursos destinados a los diferentes capítulos de bienestar social. Cuando se inició el régimen de López Portillo hubo una contracción en los recursos"(19).

Un análisis superficial de las cifras del gasto público en el sector desarrollo social entre 1971-1979 aparentaría que éste tuvo un gran crecimiento, ya que había aumentado ocho veces en un período de 8 años. La apariencia de expansión oculta las contradicciones que el gasto realmente ha sufrido. Esto se debe a dos factores: el primero es la reforma en la administración pública federal que modificó los renglones incluidos en el sector desarrollo social. Así de 1971 a 1976 éste incluía educación, salud, seguridad social y el sector laboral; en 1977 se excluyó a este último que tenía un peso económico mínimo en el gasto del sector público y se incorpora el sector asentamientos humanos y obras públicas, el cual se consideraba anteriormente por separado y tiene una gran magnitud de gasto. El segundo factor, quizá el más importante, es el hecho de que la inflación enmascara un estancamiento real.

Así pues, si se ajusta el gasto en este sector a precios constantes, se observaría un crecimiento, en esos ocho años, de 2 a 2.5 veces, al mismo tiempo que la población ha aumentado casi 20 millones. Ahora bien, si se descontara el gasto en asentamientos humanos y obras públicas, los recursos para educación, salud y seguridad so-

(19)López Acuña, Daniel, op. cit., pp. 170-172.

cial serían casi los mismos que los de principios de la década del setenta.

En 1970 el gasto de la SSA por persona era de 50 pesos, mientras que para el IMSS era de 1 000 pesos y para ISSSTE 3 000 pesos por derechohabiente*, profundizándose la gestión en salud diferenciada.

También para 1970, tenemos que:

- El 25% de la población en México, la que está amparada por IMSS, ISSSTE y otras instituciones de seguridad social, es protegida con 90% del presupuesto del sector salud, mientras que más de dos terceras partes de la población depende de la SSA con apenas 10% de éste(20).
- El presupuesto de la SSA sigue siendo reducido; en 1970, era 3% del presupuesto del Gobierno Federal; en 1975, era 2.4%; en 1976, descende aún más (1.9%); para 1978, el gasto presupuestado era alrededor de 2% del total(21).

A partir de los programas de ampliación de cobertura del Convenio IMSS-COPLAMAR y el Programa de Solidaridad Social, a principios de la década de los ochenta nos encontramos con una estructura diferenciada de gestión en salud tal que: a) 19% de la población se atiende en servicios médicos privados, b) 43% de la misma es nominalmente gestionada a través de las instituciones de seguridad social, y c) 38% en principio tiene atención por la asistencia pública (18%) y Privada (20%)(22). Sin embargo, es ampliamente reconocido que casi la mitad de la población nominalmente cubierta por la asistencia no tiene en realidad cobertura de salud.

Veamos ahora cuál es el origen de los recursos que manejan las instituciones de salud.

*Incluye préstamos.

(20)Correa Vázquez, op. cit., p. 72.

(21)Ibid, p. 73.

(22)Secretaría de Programación y Presupuesto, Plan Global de Desarrollo, 1980-1982. México, SSP, 1979.

El IMSS, desde el comienzo de sus operaciones, se sostiene principalmente de cuotas obrero-patronales; en 1970, 68% de sus recursos provienen de cuotas, 9% de aportaciones del Gobierno Federal y 17% de financiamiento interno recibido. En 1975, 70% de sus ingresos provienen de cuotas, 12% de aportaciones del Gobierno Federal y 8% de financiamiento interno recibido(23).

El ISSSTE se financia también crecientemente de las cuotas que recibe de sus derechohabientes. En 1970, el 26% son aportaciones del Gobierno Federal, 38% erogaciones recuperables y más del 30% de sus ingresos provienen de cuotas. En 1975, el 28% son aportaciones del Gobierno Federal, 25% erogaciones recuperables y alrededor de 45% de sus ingresos totales provienen de cuotas.

La SSA se financia fundamentalmente con el presupuesto asignado por el Gobierno Federal, cuyo origen es finalmente la imposición fiscal sobre los "causantes cautivos" (la gran masa de asalariados), y con recursos que provienen de las cuotas de recuperación, que en 1970 significaban alrededor de 19% de su ingreso total(24).

De tal manera, los recursos que manejan estas instituciones provienen del conjunto de los asalariados que componen las filas de sus derechohabientes. Los subsidios y las aportaciones del Gobierno Federal representan en 1970 alrededor de 23% de los ingresos del sector, y en

(23) Ibid, p. 80.

(24) Ibid, p. 81.

1976 fueron el 24% de los ingresos totales del IMSS, ISSSTE y SSA. De esta forma, los trabajadores son los que principalmente pagan los servicios de salud que reciben.

La inversión pública federal (IPF) destinada en 1970 a centros medicoasistenciales fue superior que la de 1965; sin embargo, este rubro, de acuerdo con cifras del Banco de México, es tan sólo 3% del destino de la inversión. Mientras que la inversión pública federal en agricultura, comunicaciones e industria es más de 70% del total.

Si se analiza la inversión por instituciones de salud, se percibe la concentración de recursos en el IMSS e ISSSTE, a diferencia de la casi nula de los mismos en la SSA. Para 1977, el IMSS participa con el 10% de inversión en bienestar social y con el 49% de la inversión en hospitales y centros asistenciales; en total se invierte casi diez veces más en esta institución que en la SSA(25).

La inversión en hospitales y centros asistenciales muestra rasgos de estancamiento. A precios corrientes ha aumentado en 8 años más de cinco veces, mientras que a precios constantes no creció. Así, en 1977 y 1978, la inversión en esta área fue alrededor de 50% de lo invertido en 1973, esto significa, el estancamiento de la expansión de las instituciones públicas de salud y el creci-

(25) "Instituciones de Salud", en Mínimos de bienestar, Núm. 4. México, 1979. pp. 65-67.

miento de los sectores de población desprotegidos.

4.3.3.7 PRINCIPALES PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Algunos de los problemas por los cuales atraviesa el sector salud en México son:

- Fallas y vicios de los procesos administrativos, en especial en etapas de dirección, coordinación, normalización, supervisión y evaluación, que llevan a vacíos en actividades, coberturas geográficas y poblacionales.
- Carencia de un sistema de información adecuado.
- Falta de coordinación dentro de las mismas instituciones, en las relaciones de éstas con el resto del sector y en la articulación de éste con los demás sectores. No hay vinculación entre los órganos centrales y regionales.
- Limitación de la evaluación del sector al cumplimiento de los programas en cuanto a actividades ejecutadas, dificultándose la corrección a desvíos en el tiempo apropiado.
- No existencia de una política clara y definida previamente para el sector. Son notorias las contradicciones de la política contenida en los documentos con la política real.
- Las dependencias e instituciones de salud existen-

tes no forman parte de un sistema que posibilite la coordinación de sus recursos humanos, materiales y financieros. Esto origina su mala distribución en cantidad, calidad y lugar. Es causante además de duplicaciones, subutilización y despido de los mismos.

Por lo tanto, se puede concluir, que todo esto limita la capacidad operativa del sector y ha producido un funcionamiento costoso e ineficaz de los servicios.

Pero además de los problemas anteriormente expuestos, se observa que la calidad de los servicios de salud se ve afectada por las limitaciones en cuanto a recursos materiales, humanos y financieros.

Limitaciones en los recursos materiales

En el área específica de la salud, encontramos que hay diferencias significativas entre el campo y la ciudad. Un ejemplo lo tenemos en el número de localidades con servicios de salud profesionales, ya que de las 97 653 comunidades del país sólo 2 600 cuentan con éstos. La Secretaría de Salubridad y Asistencia cuenta con 1 593 centros de salud tipo "C" (clínicas rurales) y 1 217 casas de salud en operación para atender a la población. El conjunto de las demás instituciones no tiene más de 500 unidades, las cuales se ubican a veces en las mismas localidades donde se encuentran las de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esto quiere decir que hay más de 90 000 localida-

des rurales sin servicios públicos de salud.

Por otro lado, se observa un rezago en las unidades de primer nivel, ya que en 1971 existía casi el mismo número de hospitales generales que de centros de salud, cuando lo ideal sería que hubiera 10 o 20 veces más centros de salud que hospitales.

Para concluir, se puede decir que los recursos materiales no sólo son escasos, sino que están mal distribuidos por región y nivel de atención, motivo por el cual no se cuenta con una infraestructura física para optimizar los sistemas de salud.

Limitaciones en los recursos humanos

Para precisar las limitaciones en cuanto a los recursos humanos, se debe partir de un somero análisis de la problemática de la enseñanza de la medicina.

La enseñanza de las ciencias de la salud se ha visto obstaculizada por los siguientes factores:

- Programas de estudio anacrónicos basados en la superespecialización.
- Relación anónima entre estudiante-maestro y médico-paciente.
- Discriminación de aspectos relacionados con prevención y promoción de la salud, salud pública y saneamiento básico.
- Improvisación del personal docente.
- Falta de metodología en la enseñanza.

- Falta de práctica encaminada a desarrollar el "ojo clínico".
- Tecnificación carente de creatividad, autocrítica y análisis.
- Ausencia de trabajo en equipo interdisciplinario.
- Enfoque parcial y atomizado del proceso colectivo salud-enfermedad.
- Explosión irracional de estudiantes de medicina.

Estos factores definen y dan los rasgos básicos de la formación médico profesional.

Dentro de los principales vicios en la práctica médica tenemos:

- La mistificación del médico como el único recurso docto en procesos relacionados con la salud.
- El menosprecio de los otros profesionales de la salud.

Estos vicios han derivado en una baja remuneración y reconocimiento de los otros miembros del "equipo de salud", con lo que se ha estancado y desacreditado la formación de técnicos y enfermeras.

Para terminar este apartado, podemos decir que, una vez estudiados los principales planes y programas del período y analizado cual fue el comportamiento financiero del sector salud y sus principales problemas de funcionamiento, contamos con los elementos para estructurar un diagnóstico de la salud, a través del que obtendremos una

panorámica de la situación de salud del mexicano.

4.3.4 DIAGNOSTICO DE LA SALUD

El diagnóstico de salud que a continuación se expone comprende un estudio del período 1970-1980, mismo que se elaboró con los datos oficiales de los censos de 1970 y 1980.

A través del diagnóstico de salud podemos detectar cual es la situación imperante en la sociedad mexicana y como ha sido modificado su nivel de vida en este aspecto.

4.3.4.1 ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Población general

En 1970 la población total del país era de 48 238 millones de habitantes; para 1980 la población se había incrementado a 67.4 millones de personas: 33.5 millones de hombres y 33.9 millones de mujeres.

El crecimiento demográfico intercensal promedio fue de 3.3% anual.

Movimientos migratorios

Uno de los efectos de la centralización del capital es la centralización territorial manifestada en la macrocefalia de pocas urbes y la dispersión de comunidades rurales.

El proceso de centralización se manifiesta en los movimientos migratorios internos del país en donde se destaca por su importancia el desplazamiento de las zonas rurales a las urbanas. Con respecto a la población inmigrante en 1980 los estados más significativos son: Quintana Roo (41.6%), Baja California (31.0%) y Distrito Federal (21.4%).

Densidad de población

La densidad de población en la República Mexicana en 1970 era de 24.5 habitantes por kilómetro cuadrado; en 1980, aumentó a 35.3 por kilómetro cuadrado.

En el Distrito Federal, la densidad se presenta muy elevada: 6 132 habitantes por kilómetro cuadrado, lo cual dificulta la mejora de servicios y aumenta el hacinamiento y contaminación.

Es importante destacar que paralelamente a la concentración de la población existe una concentración de los servicios de atención médica, ubicándose el tercer nivel de atención (hospital de especialidad) en las grandes urbes.

Distribución de la población por grupo de edad

Según los datos censales de 1970, 46.22% de la población estaba constituido por menores de 15 años mientras que sólo 13.58% eran mayores de 45 años; si se compara con los datos de 1921 se observa que entonces los

menores de 15 años conformaban 38% de la población y el mismo porcentaje que en 1970 rebasaba los 45 años. Para 1980 los menores de 15 años representaron 43% de la población total. Esto implica un rejuvenecimiento en la población, esto es "una pirámida de población con una base amplia y una cúspide estrecha, altos índices de natalidad y escasos porcentajes de población que alcanza edades avanzadas"(26).

Cabe destacar que las mujeres en edad fértil constituyen el 20% del total de la población; si tomamos en cuenta que el promedio de hijos a lo largo de su período fértil es de 6.0, tendremos un patrón evolutivo elevado.

En relación a la comparación por sexos se observa que en 1980 se mantuvo la misma proporción entre hombres y mujeres.

Tasa de dependencia

Esta tasa es la razón de niños menores de 15 años y de adultos mayores de 65 años, con respecto a la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años). Este es un indicador bruto de la carga que pesa sobre la población activa. Para México la tasa de dependencia se encuentra entre las más altas de América Latina, siendo aproximadamente de 97.8% mientras que en Estados Unidos es 52.4%, en Venezuela es de 83% y en Argentina es de 58.2%.

(26) López Acuña, op. cit., pp. 29-30.

En conclusión diríamos que los factores demográficos de la población nos dan como resultado una alarmante explosión demográfica combinada con una elevada migración hacia las ciudades en donde se han formado cinturones de miseria carentes de todo tipo de servicios.

4.3.4.2 ESPERANZA DE VIDA

Este indicador que presentaba en 1930 un valor de 36.8 años para los hombres y de 38.2 para mujeres, alcanza en 1975 a 62.8 y 66.6 años respectivamente, siendo la esperanza de vida promedio de la población de 65 años; es decir que, en un período de 45 años, el indicador se había casi duplicado. Sin embargo, la esperanza de vida en México es inferior a la de países tales como Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Argentina y Costa Rica. La esperanza de vida es un cálculo que se hace en las tasas de natalidad y mortalidad específica por edad, por lo que puede considerarse como un dato de la mortalidad.

4.3.4.3 NATALIDAD Y FECUNDIDAD

La tasa de natalidad en México registró un descenso sostenido desde 1973, para 1978 el número de nacimientos resulta inferior al de 1972.

Cabe destacar que es mejor utilizar la tasa de fe-

cundidad que relaciona número de nacimientos en relación al número de mujeres en edad fértil; se observa que para 1973 México tenía el segundo lugar en tasa de fecundidad de América Latina, es decir que una de cada cuatro mujeres mexicanas en edad fértil tuvo un nacido vivo.

4.3.4.4 MORTALIDAD GENERAL

Esta tasa se redujo de 26.6 por mil habitantes en 1930 a 11.1 en 1960, a 9.4 en 1965, y a 7.2 en 1975.

Este gran avance no debe ocultar, sin embargo, que:

- Hay un altísimo componente de defunciones en edad temprana (el 39.6% en 1975 de las muertes eran niños menores de 15 años).
- Existe una elevada mortalidad materna (una de cada 1 000 mujeres embarazadas que da a luz muere en trance); persiste la mortalidad por enfermedades infecciosas.
- Hay grandes tasas de mortalidad masculina debida a accidentes y violencia.

Por otra parte, si se ajusta la tasa bruta de mortalidad con la estructura de edades del país se constata que las tasas de países como Canadá, Estados Unidos y Cuba son 40% más reducidas que las de México.

Finalmente, se observan fallas en el registro de de-

funciones, ya que el 18% de las defunciones de menores de un año y el 21% de las defunciones generales no fueron certificadas por médicos.

4.3.4.5 MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS

En 1975 las cinco principales causas de mortalidad eran:

- influenza y neumonías
- enteritis y otras enfermedades diarreicas
- enfermedades del corazón
- accidentes
- causas de la morbilidad perinatal

El estancamiento de las condiciones sanitarias explica la evolución lenta de los resultados de la lucha contra las enfermedades infecciosas; no presentando la mortalidad por padecimientos crónicos y degenerativos un crecimiento como el que correspondería si hubiera un avance sanitario satisfactorio.

Se revela un atraso en el patrón cualitativo de la muerte respecto al actual grado de desarrollo de México.

4.3.4.6 MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES

La tasa (por mil habitantes) de este tipo de mortalidad ha descendido de 177.6 en 1930 a 48.9 en 1975; sin embargo, se cuestiona la última cifra pues se aduce que la mortalidad infantil ha sido subestimada, pues, si se excluyen los registros extemporáneos de nacimientos, la tasa de mortalidad infantil sería en 1975 de 73.3 muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos.

Los principales factores de riesgo de muerte son la prematuridad (bajo peso al nacer-desnutrición) y las edades tempranas de las madres gestantes.

En la mortalidad infantil se observa que:

- Las defunciones ocurridas durante el primer mes de vida se deben fundamentalmente a factores congénitos y otras causas que tienen relación con el momento del parto; de ahí la importancia de la atención clínica a parturientas.
- En los tres primeros años de vida la mortalidad se debe a enfermedades infecciosas, complicaciones del parto, avitaminosis, desnutrición y accidentes.
- En los escolares como primera causa de muerte se registró a la enteritis y otras enfermedades diarreicas seguidas de la influenza, desnutrición y accidentes.

Mortalidad por grupos de edades

- En el grupo de 5 a 14 años de edad, los accidentes

constituyen la principal causa de muerte.

- En el grupo de 15 a 24 años, de edad los homicidios, accidentes y lesiones constituyen las tres principales causas de defunción y representan el 43.5% del total de muertes para ese grupo de edad.
- En el grupo de 25 a 44 años, a los accidentes, homicidios y lesiones (primera causa de muerte) se les anexa las enfermedades cardíacas y crónico-degenerativas y la cirrosis hepática.
- En el grupo de 45 a 64 años, de edad las enfermedades cardíacas y crónico-degenerativas tienen el primer lugar como causa de muerte seguidas de las enfermedades cerebro-vasculares y la diabetes mellitus. La cirrosis hepática, accidentes, influenza, enfermedades diarreicas y homicidios siguen presentes en este grupo.
- En los mayores de 65 años, resurgen las enfermedades infecciosas, a las que se suman los accidentes y padecimientos crónico-degenerativos.

Finalmente cabe destacar que, para todos los grupos de edades, están presentes entre las principales causas de muerte las siguientes enfermedades:

Enteritis, diarreas, influenza, neumonía y tuberculosis, así como los accidentes y causas violentas.

4.3.4.7 MORBILIDAD

En términos generales se puede decir que en los países subdesarrollados reciben prioridad los padecimientos transmisibles. En México, para el año de 1975 las principales causas reportadas son consecuencia de la contaminación y hacinamiento.

Morbilidad infantil y preescolar

En el grupo de edad 0 a 5 años, la neumonía representa la principal causa de morbilidad, representando el 80% del total de casos, seguido de la enteritis, avitaminosis y otras enfermedades relacionadas con la desnutrición, a éstas se suman las malformaciones congénitas.

Morbilidad por grupos de edad

- En el grupo de edad escolar las cinco causas principales de enfermedades transmisibles fueron en 1978 amibiasis, con una tasa de 23.07 por mil, influenza (20.97), sarampión (11.8), parotiditis endémica (7.4) y tosferina (3.8).
- De los 15 a 64 años las enfermedades más frecuentes fueron complicaciones del embarazo-parto y puerperio, seguidas por las fracturas, traumatismos y accidentes.

Cabe destacar la importancia en la morbilidad que tienen los accidentes de trabajo en la población económicamente activa.

En México se combina un patrón de morbilidad comple-

jo, ya que por un lado se cuenta con la patología propia de países subdesarrollados (caracterizada por enfermedades infecciosas) y, por el otro lado, el tipo de explotación de la fuerza de trabajo da lugar a la formación de una patología propia de países desarrollados en donde se aumentan las enfermedades crónico-degenerativas, es decir, se conjuga la patología de la abundancia con la patología de la pobreza enmarcadas ambas en un régimen de gestión en salud poco efectivo.

4.3.4.8 POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

La población económicamente activa para 1970 fue casi 27%, estando constituida por 77.2% de hombres y 22.8% de mujeres; para 1980 la población económicamente activa ascendió a 33.0% donde debe de destacarse el porcentaje de mujeres que aumentó de forma importante a 28%.

Dada la estructura poblacional de México (caracterizada por una amplia base infantil) se tiene la tendencia de incrementar la población inactiva por no poder aumentar la tasa de generación de empleos al ritmo necesario.

4.3.4.9 VIVIENDA

En México la crisis de vivienda alcanza proporciones muy amplias. En la década de 1960-1970, el crecimiento de la población fue de 3.4% anual, en tanto que el de vivienda fue de 2.3%, lo cual arroja un déficit de 750 000 viviendas en ese período tan sólo por el crecimiento demográfico.

El promedio de habitantes por vivienda en 1970 era de 5.82 personas.

El número de viviendas se incrementa de 8.3 millones en 1970 a 12.8 millones en 1980 (según datos del censo de 1980).

Respecto al material predominante en los pisos de las viviendas se observa una disminución de las viviendas con piso de tierra de 41.2% en 1970 a 27.2% en 1980; en relación al material predominante en los techos, las viviendas con losas de concreto o ladrillo pasan de 33.7% en 1970 a 40.5% en 1980; con teja de 21.7% a 12.9%; con palma de 15.7 a 12.1%.

Se observa un déficit en el programa de alcantarillado y agua potable a nivel nacional. La insuficiencia de agua potable urbana llega a 41% siendo este déficit irregular en el país (hay estados con un déficit de 71%).

4.3.4.10 EDUCACION

Educación preescolar

En 1970 se contaba con 3 077 escuelas para 400 138 alumnos, incrementándose para 1978 a 4 445 escuelas para 669 023 alumnos de educación preescolar, aún así es muy escaso el número de niños que cursa este nivel.

Educación primaria

Para 1970 se tenía un total de 45 074 escuelas primarias con un promedio de 205.18 alumnos por escuela, para el año de 1978 se incrementó el número de escuelas a 60 940, manteniendo el número promedio de alumnos.

El promedio de alumnos por maestro para 1978 era de 45.4, existiendo 12 560 035 alumnos inscritos.

Educación secundaria

Del total de niños que ingresaron en primer grado de primaria en 1971 sólo 20% alcanza a cursar el ciclo secundario.

Con lo anterior observamos la escasa posibilidad de continuar estudios que sufre la mayor parte de la población mexicana.

4.3.4.11 NUTRICION

Se observa que la mayor parte de la población mexicana tiene una dieta deficiente, siendo los alimentos consumidos de bajo valor nutritivo. Esta situación se agudiza

al incorporarse al consumo los llamados alimentos chatarra que han desplazado las formas tradicionales de alimentación de la sociedad mexicana.

En este período como se observa, se ha vivido una mayor pauperización de la clase trabajadora lo que ha repercutido en una baja en el nivel nutricional social.

En 1970, 20% de la población no consumía huevos ni carne, 23% pan de trigo, 38% leche y 70% pescado.

Por otra parte se observa que la elevada mortalidad infantil es debida en un 90% directa o indirectamente a problemas de desnutrición. La desnutrición deteriora el crecimiento y el desarrollo físico y mental de los individuos, mostrando los sectores marginados una tendencia al estancamiento o disminución de su peso al nacer y de la estatura a la que alcanzan.

La disponibilidad promedio de alimentos se ha elevado de 478.9 kilogramos anualmente per cápita en 1965 a 536.8 kilogramos anuales en 1978, es decir, se ha registrado un aumento del 12.1%, pero este aumento no reduce significativamente la magnitud del problema alimenticio, ya que la distribución de alimentos se ha polarizado, manteniéndose la dieta tradicional indígena en grandes sectores (maíz, frijol y chile) y la dieta urbana integrada por alimentos chatarra y productos envasados en otros.

4.3.4.12 INDICADORES DE COBERTURA

Cobertura de las instituciones de salud

En 1970 las diversas instituciones de seguridad social cubrían alrededor del 25% de la población total; el resto quedaba a cargo de las restantes dos instancias:

- a) los servicios privados de atención médica, a los que tienen acceso solamente la burguesía y algunos sectores de la clase media y
- b) por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a cargo de más de dos tercios de la población.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cubría para esta fecha 10 millones de personas, con un gasto de 10,000 millones, es decir, con alrededor de 1,000 pesos pro derechohabiente (3,200 pesos de 1978). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado atendía a 2.7% de la población, con más de 4 mil millones de pesos de gasto y con más de 3,000 pesos por derechohabiente (más de 10,000 pesos de 1978)*. Otras instituciones que también imparten servicios médico-asistenciales (como PEMEX, FFCC, Defensa Nacional y Marina) amparaban a 951 mil personas, con un gasto de 2,000 millones de pesos, es decir, 2,103 pesos per cápita (7,300 pesos de 1978)(27).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, disponiendo de una parte muy pequeña del presupuesto e incluso menor que otras

*Incluye préstamos.

(27)Correa Vázquez, M. E., op. cit., p. 71.

instituciones, en 1972 amplía sus funciones a áreas como el mejoramiento del ambiente(28).

Recursos humanos

Estos recursos presentan serios problemas:

- a) Su estructura interna es desequilibrada, existiendo 8.0 médicos, 4.6 enfermeras y 8.2 auxiliares de enfermería por cada diez mil habitantes, en 1976, lo cual revela una relación médicos/enfermeras y personal auxiliar de enfermería inversa a la deseable.
- b) La distribución inter-institucional es desequilibrada, reuniendo las instituciones privadas y de seguridad social el 80% de los recursos médicos, cuando depende de ellas sólo 60% de la población; a la inversa las instituciones asistenciales, que protegen a la población pobre, sólo cuentan con el 20% de los recursos médicos para atender al 40% de la población.
- c) Hay concentración de recursos en áreas metropolitanas, en detrimento de las áreas rurales (siendo la media del país, un médico por cada 1 063 habitantes; en la población rural, la realidad es de un médico por cada 6 500 habitantes).
- d) Existe un alto grado de especialización en detrimento de la medicina general, debido a la imitación de prácticas médicas extranjeras no adecua-

(28) Ibid, p. 73.

das a la realidad del país. El nivel medio de conocimiento de los médicos es bajo debido a la educación médica estructurada sobre la alta especialidad y a que el médico graduado no cuenta con "ojo clínico", basando su diagnóstico sólo en aparatos o pruebas de laboratorio, con lo cual la atención médica se encarece.

Recursos materiales

Hay una gran desproporción de unidades de atención secundaria y terciaria respecto a las de primer nivel de atención. En 1971, había el mismo número de hospitales generales (1 412) que el de centros de salud (1 460), cuando la relación ideal sería de 10 o 20 de éstos por cada uno de aquéllos. Hay una fuerte concentración de recursos en las instituciones privadas y de seguridad social urbanas, en detrimento de la asistencia pública y de las rurales. En 1976, había 1.2 camas por millar de habitantes, siendo más de cuatro veces superior el número de las mismas en países como Argentina y Uruguay.

Cobertura general a principios de los ochentas

El 43% de la población está nominalmente protegida por algún servicio de seguridad social; alrededor de 19% depende de los servicios privados de salud y el resto de la población depende de los servicios asistenciales privados y del Estado, pero, como ya se vio, la mitad de este último sector (cerca de 20% del total poblacional) no está integrada a ningún

servicio de salud, lo que significa que alrededor de 14 millones de personas no reciben servicios de salud.

Otros indicadores de cobertura

El índice de cobertura de atención profesional al parto era de 36% para 1971, lo cual es muy bajo. La cobertura de inmunización por vacunación es del orden del 65% de la población, siendo, en 1977, la aplicación de vacunas de 21 millones de dosis y, en 1979, de 44 millones de las mismas. Por otra parte, ocurre un aborto provocado por cada cinco embarazos, lo que significa un total de un millón de abortos al año, de los que sólo 5% son legales y sólo 34% son atendidos por un médico. La elevada cifra de abortos se debe vincular al hecho de que sólo 15% de las mujeres en edad fértil utilizan algún método anticonceptivo.

4.3.4.13 CONSIDERACIONES FINALES EN TORNO A LOS INDICADORES DE SALUD

A partir de los indicadores de salud se puede constatar un gran progreso en la situación mexicana, en los últimos 50 años; sin embargo, la mortalidad, en México, ocurre con gran frecuencia en edades tempranas, mostrando un patrón cualitativo mixto en el que coexisten los padecimientos degenerativos, los accidentes y los tumores malignos con las enfermedades transmisibles, y se compone de un gran número de muertes debido a padecimientos preveni-

bles o, al menos, reductibles a través de intervenciones médico-sanitarias.

Se observa que en 1974 las dos principales causas de mortalidad eran las mismas que las registradas en 1922: la enteritis y las diarreas, y las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio.

Pese a las innegables mejoras en la situación de salud, en el panorama general aún persisten la insalubridad, la desnutrición y una alta tasa de enfermedad.

En lo referente a los servicios de salud, hay un gran avance de la cobertura de las instituciones de seguridad social; sin embargo, aún dominan los servicios personales y curativos y son escasos los colectivos de salud pública.

La red de atención primaria es muy limitada, existiendo 14 millones de personas marginadas de los servicios de salud; los servicios de atención materno-infantil son insuficientes y los recursos humanos no tienen una capacitación ni una composición adecuada a las necesidades de salud del país.

Las causas de los rezagos señalados se pueden vincular a la falta de un modelo nacional de salud y de una planificación de la misma, la que origina duplicación de esfuerzos, falta de coordinación, insuficiencia operativa y una mala asignación de recursos a nivel de instituciones, regiones y profesiones.

4.4 RESUMEN Y CONCLUSIONES

Para finalizar la tesis, a continuación se presentará una síntesis de la misma, recapitulación de las principales conclusiones a que la investigación llegó, las que fueron objeto de ratificación a lo largo del trabajo.

Con el objeto de sistematizar la exposición de las conclusiones finales, éstas serán agrupadas de la siguiente manera:

- 4.4.1 Conclusiones de carácter conceptual sobre la reproducción de la fuerza de trabajo, el Estado y la salud.
- 4.4.2 Conclusiones sobre la evolución de la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud en México de 1920 a 1982.
- 4.4.3 Conclusiones sobre el funcionamiento de los sistemas de salud en México.
- 4.4.4 Conclusiones sobre el diagnóstico de salud 1970-1982.

Cabe destacar que en la exposición de conclusiones no se pretende ofrecer de un modo simplista soluciones al problema, ya que la solución de éste rebazaría los marcos planteados por la investigación. Lo que se busca en este apartado es la ratificación de algunas conclusiones de otros autores y el planteamiento de otras nuevas que sirvan como puntos de reflexión en el análisis del Estado,

la reproducción de la fuerza de trabajo y la salud en México.

4.4.1 CONCLUSIONES DE CARACTER CONCEPTUAL SOBRE LA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO, EL ESTADO Y LA SALUD

4.4.1.1 El proceso de salud-enfermedad no es individual sino colectivo y está determinado por el contexto histórico-social o, más concretamente, por la evolución del proceso de trabajo.

4.4.1.2 El proceso colectivo salud-enfermedad es un proceso histórico y, por lo tanto, está en constante transformación y es resultado de la evolución y desgaste de las clases sociales.

4.4.1.3 El análisis de la problemática de la salud debe hacerse superando los criterios biologicistas o descriptivos, ya que éstos atomizan el problema y lo contemplan en forma aislada.

El análisis debe efectuarse ubicando al proceso salud-enfermedad dentro de un contexto económico concreto y bajo relaciones sociales de producción específicas.

4.4.1.4 La fuerza de trabajo, al ser la única forma generadora de valor, debe mantenerse en condiciones "aptas" para su explotación, por lo que es una ne-

cesidad intrínseca del modo de producción capitalista dotar de salud y condiciones sanitarias a la fuerza de trabajo, para asegurar con esto la reproducción ampliada del modelo.

4.4.1.5 En el proceso de trabajo es donde se gestan los perfiles epidemiológicos de una sociedad.

4.4.1.6 La política de salud, es decir la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud, está determinada por los procesos operados en el modelo de acumulación (incluyendo aquí los cambios operados en el proceso de trabajo) y por la lucha de clases.

4.4.1.7 La evolución del proceso de trabajo genera modificaciones en la forma de reproducción de la fuerza de trabajo, con lo que se ven alterados los perfiles epidemiológicos de una sociedad.

4.4.1.8 La reproducción de la fuerza de trabajo es la precondición para asegurar el proceso de valorización, y su valor se reduce al tiempo de trabajo socialmente necesario para producir los medios de vida. La salud es uno de los elementos que integran esos "medios de vida" y, al estar socialmente determinada su gestión, la lucha por mejorar el nivel de salud es parte fundamental de la lucha de clases.

4.4.1.9 El nivel de salud es uno de los parámetros básicos para medir las condiciones en que se reproduce una

sociedad.

4.4.1.10 La fuerza de trabajo sólo existe como una capacidad del hombre y su producción y reproducción presuponen la conservación y reproducción de aquél, por lo tanto la gestión estatal en salud debe incluir tanto a la fuerza de trabajo activa como a la fuerza de trabajo potencial (niños, desempleados, etc.), para asegurar con esto el desarrollo del proceso de acumulación.

4.4.1.11 La duración e intensidad de la jornada de trabajo determinan el desgaste de la fuerza de trabajo y, por lo tanto, el tipo específico de gestión en salud correspondiente.

A mayor intensidad o duración de la jornada, mayor desgaste y, por lo tanto, mayor necesidad de una gestión en salud.

4.4.1.12 El valor de la fuerza de trabajo está determinado por la suma de todos los medios de vida socialmente necesarios para su producción y reproducción. La salud es parte de estos medios de vida; por lo que, al ser uno de los factores que determinan el valor de la fuerza de trabajo, puede ser factor para desvalorizarla.

4.4.1.13 En la subsunción formal del proceso de trabajo al capital, el modelo de acumulación se basaba en la extracción de plusvalor absoluto, es decir, la fuerza de trabajo estaba sometida a largas jorna-

das y el desgaste de dicha fuerza fue incrementado. Al no proveerse al asalariado de una mayor gestión en salud ni de condiciones sanitarias mínimas, la reproducción de la fuerza de trabajo se efectuó, en dicha fase del capitalismo, de un modo raquíptico.

4.4.1.14 La organización obrera y el desarrollo de las fuerzas productivas obstaculizaron la permanencia de este ciclo de reproducción raquíptico, iniciando la lucha contra la extensión de la jornada laboral, la lucha por mejorar las condiciones de trabajo y la formación de sindicatos; con lo que da comienzo la lucha por el acceso a la salud.

4.4.1.15 En la subsunción real del proceso de trabajo al capital, al estar impuesto el control y ritmo de trabajo por una máquina, la jornada se intensifica, aumenta el desgaste del trabajador y aumentan las necesidades de su gestión en salud.

4.4.1.16 Con la irrupción de la maquinaria en la producción, se hace inútil la fuerza muscular y cobran vigencia factores tales como la flexibilidad y la rapidez, lo que condiciona la proletarización del niño y la mujer, ampliándose a este sector social la posibilidad de contraer "enfermedades profesionales", incrementándose así las necesidades de una gestión en salud.

- 4.4.1.17 La proletarización de la mujer implica una reducción de las condiciones sanitarias del hogar, con lo que se ve alterado adversamente el proceso colectivo salud-enfermedad.
- 4.4.1.18 La proletarización de la mujer se efectúa como "salario de complemento", por lo que en adelante la familia obrera contará con dos fuentes de ingreso para reproducirse y no una, siendo en este sentido dicha proletarización un factor de desvalorización de la fuerza de trabajo.
- 4.4.1.19 La irrupción de la máquina da lugar a la formación del ejército industrial de reserva, el cual se encuentra bajo condiciones sanitario-asistenciales muy precarias o nulas, y se sientan las bases para una gestión en salud diferenciada, surgiendo por un lado la asistencia pública como un acto de legitimación y, por el otro, la seguridad social como un derecho.
- 4.4.1.20 El capital a través del régimen de gran industria da lugar a la formación del obrero colectivo, el cual al tener una contratación colectiva, cuenta con una agrupación de sus intereses de clase e inicia la lucha por una gestión colectiva; misma que en términos de salud se traduce en una lucha por atención médica garantizada y mejores condiciones sanitarias tanto en el trabajo como en el

hogar.

- 4.4.1.21 La existencia del obrero colectivo implica una gestión colectiva, función que asume inevitablemente el Estado, dentro de la que está comprendida la gestión estatal en salud, a través de la cual se logra garantizar un nivel medio de salud de la clase trabajadora, con el fin de dar factibilidad al obrero colectivo de ser explotado.
- 4.4.1.22 La socialización de las fuerzas productivas (obrero colectivo) ocasiona una concentración de la producción, que genera una concentración urbana y por ende una concentración de la atención médica, en donde surge el hospital moderno como órgano encargado de la rehabilitación y curación de la fuerza de trabajo deteriorada.
- 4.4.1.23 La urbanización conduce a una mayor gestión colectiva que se traduce en obras de saneamiento básico (alcantarillado, agua potable, etc.), a través de las cuales se logra un mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- 4.4.1.24 En el taylorismo se separa la ejecución del trabajo de su concepción (para lograr un mayor rendimiento) con lo que se fragmenta y deshumaniza el proceso de trabajo, esto hace que el obrero se vea más presionado, creciendo los accidentes de trabajo y aumentando las enfermedades de origen

nervioso, resultado del sometimiento a mayores tensiones en la jornada laboral.

- 4.4.1.25 El taylorismo se traduce en una intensificación de la jornada de trabajo, con lo que aumenta el desgaste físico del obrero y sus demandas de atención médica.
- 4.4.1.26 El taylorismo, al tener como precondition la existencia de una fuerza de trabajo "programadamente eficiente", demanda del Estado una gestión en salud, para poder contar con una clase obrera cuyo nivel medio de salud permita implementar un proceso de explotación intensivo.
- 4.4.1.27 El fordismo modifica la base técnica del proceso de trabajo (generando la cadena de producción), con lo que incrementa el grado de explotación de la fuerza de trabajo, lo que trae como resultado dos aspectos fundamentales:
- a) El Estado debe aumentar su gestión en salud para resolver las crecientes demandas de atención del trabajador.
 - b) El Estado debe reforzar los programas sanitarios para mejorar el nivel de reproducción de la fuerza de trabajo.
- 4.4.1.28 El fordismo articula el proceso de producción y el modo de consumo, generando una norma social de consumo con los siguientes efectos sobre la salud:

- a) Crea un padrón nutricional que modifica los hábitos tradicionales de consumo, imponiendo otros que, en ocasiones al responder a intereses pragmáticos, no suplen el nivel nutritivo de los anteriores desplazados.
- b) El Estado se vuelve el responsable formal del nivel nutricional de la población por lo que reglamenta y normaliza el valor nutritivo de los bienes salarios, implementando los "sellos de garantía".
- c) La atención médica pasa a ser parte integrante de la norma social de consumo, por lo que se sufre una "capitalización de la atención", en la que, al ser ésta un renglón más de obtención de ganancia, comienza a responder en más al enriquecimiento de los médicos y en menos a la generación de una mayor salud.
- d) La norma social de consumo "estabiliza" al hogar obrero "modernizándolo" (incorporando bienes de consumo duradero), esto en primera instancia permite mejorar las condiciones sanitarias, pero, al no corresponder a este cambio en la distribución del gasto un aumento del salario real, lo que sucede es una reducción drástica en los conceptos tradicionales (casa, vestido y sustento) por causa del aumento del

gasto en los bienes de consumo duradero.

4.4.1.29 El desarrollo del modo de producción capitalista, se traduce en una "capitalización" de todos los renglones de la sociedad, misma que en la medicina se expresa en un crecimiento del capital fijo, en el que crece y se desarrolla el equipo auxiliar de diagnóstico y tratamiento, con lo que el costo de atención aumenta en perjuicio de una gestión en salud socializada.

Otro de los efectos de la "capitalización de la medicina" es el surgimiento de la industria químico-farmacéutica, con intereses pragmáticos que aumentan considerablemente los costos de atención vía diferenciación del producto.

4.4.1.30 El desarrollo del modo de producción capitalista ha originado una diferenciación en la reproducción técnica de la fuerza de trabajo, la que supone una estratificación del trabajo productivo, que en términos de una gestión en salud se traduce en una estratificación de los servicios de atención médica y sanitaria.

4.4.1.31 El desarrollo del modo de producción capitalista exige que la reproducción de la fuerza de trabajo se efectúe bien adquiriendo mercancías directamente a través de un salario directo bien consumiendo mercancías proporcionadas por el Estado a tra-

vés del salario social.

Dentro del salario social se deben considerar las siguientes características:

- a) Reduce costos como medida anticrisis por ser mercancías o servicios
 - consumidos colectivamente,
 - proporcionados por instituciones sin fines lucrativos ,
 - prorratableables entre el conjunto del obrero colectivo usuario o no del servicio.
- b) Es un elemento de desvalorización de la fuerza de trabajo, ya que incide sobre el costo de reproducción de ésta (disminuyendo el tiempo necesario), siendo en este sentido una modalidad en la extracción de plusvalor relativo.
- c) Es un factor que contrarresta la caída de la tasa de ganancia al socializar y reducir costos.

4.4.1.32 La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud, en la medida que al socializar los costos los reduce (reduciendo el tiempo necesario y ampliando por ende el tiempo excedente), constituye una nueva modalidad de extracción de plusvalor relativo.

4.4.1.33 El Estado, al ser responsable formal del nivel medio de salud social, asume inevitablemente la

gestión en salud como una función permanente y de carácter estructural.

4.4.1.34 Dentro de las dos funciones básicas del Estado (acumulación y legitimación), se encuentran las dos instancias fundamentales para la gestión en salud, de modo que la seguridad social se enmarca dentro de la función de acumulación estatal y la asistencia pública dentro de la función de legitimación.

4.4.1.35 La asistencia pública se diferencia de la seguridad social en que en ella se dan mayores arbitrariedades y el usuario encuentra mayores obstáculos, mientras que la segunda, al ser un derecho más sólido y cotizar directa o indirectamente el derechohabiente, tiene mayor cantidad y calidad de prestaciones.

4.4.1.36 Siguiendo la dialéctica del esquema de O'Connor tenemos que la seguridad social y la asistencia pública son complementarias para la operatividad de la gestión estatal en salud, observando la siguiente dinámica:

a) La seguridad social se integra dentro del gasto estatal denominado consumo social, ya que a través de éste se reduce el costo y se aumentan las utilidades, por lo que son gastos indirectamente productivos requeridos para una pro-

ducción rentable y una reproducción de la fuerza de trabajo adecuada.

b) La asistencia social se integra dentro del gasto estatal denominado gasto social y no es ni indirectamente productiva, siendo más bien proyectos y servicios necesarios para mantener la armonía social y lograr la legitimación del Estado.

d) En el desarrollo del capitalismo se observa la tendencia al aumento del consumo social en detrimento del gasto social, lo que en el sector salud se traduce en un crecimiento de la seguridad social y un estancamiento de la asistencia pública.

4.4.1.37 En épocas de crisis el Estado amplía la brecha entre la seguridad y la asistencia pública, ya que para apoyar el proceso de valorización aumenta su gasto en consumo social y reduce su gasto social.

4.4.1.38 En períodos de crisis se sufre una caída del salario real que se traduce en una pauperización de la clase trabajadora, con lo que se alteran los perfiles epidemiológicos de una sociedad.

4.4.1.39 El sector salud, por su condición altamente dependiente del exterior en cuanto a sus recursos materiales, se ve fuertemente afectado en situaciones

devaluatorias.

- 4.4.1.40 La seguridad social, al tener por objetivo la conservación de la fuerza de trabajo y reducir el despilfarro por enfermedad, accidente o muerte, es un instrumento a través del que se eleva la productividad social.
- 4.4.1.41 La seguridad social obligatoria, en la medida que impone un gasto adicional al empresario, puede significar un alto desembolso para la pequeña y mediana empresa, por lo que en este sentido se beneficia al monopolio, pues las ganancias de este último son muy altas y puede pagar más fácilmente las cuotas del seguro social.
- 4.4.1.42 La seguridad social en México, por un lado fortalece la hegemonía del monopolio, pero por el otro es uno de los logros de la clase trabajadora; más aún si se observa que ésta no sólo gestiona al trabajador sino a sus familiares directos, con lo que se amplían los objetivos de la institución, coadyuvando a la reproducción de la fuerza de trabajo más allá de su sólo mantenimiento y recuperación como lo pretendían los intereses patronales.
- 4.4.1.43 La seguridad social surge en última instancia por la incapacidad del capital privado para asumir en su totalidad las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo necesarias para la valoriza-

ción del capital.

4.4.1.44 En épocas de crisis, se sufre una reestructuración económica, política y social que ocasiona una redefinición en la relación trabajo asalariado-capital; esta situación modifica tanto la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud como a la conformación de perfiles epidemiológicos.

4.4.1.45 Las políticas de salud responden a la interrelación existente entre el Estado, el desarrollo de la fuerzas productivas (encarnado en la estructura económica) y las relaciones sociales de producción; es decir, la política de salud responde a la interrelación Estado, estructura económica y lucha de clases.

4.4.2 CONCLUSIONES SOBRE LA EVOLUCION DE LA GESTION ESTATAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD EN MEXICO DE 1920 A 1982

4.4.2.1 El primer nivel de atención médica es el núcleo y parte medular del sistema de atención y en él se resuelven el 85% de las demandas, por lo que del buen funcionamiento de este nivel depende el éxito de la gestión estatal de la fuerza de trabajo.

4.4.2.2 En el primer nivel de atención se concretan las acciones y programas elementales de salud pública.

4.4.2.3 El sector salud presenta un gasto insuficiente para dar salida a las demandas y necesidades de toda la población.

Período postrevolucionario

4.4.2.4 En términos generales en el período postrevolucionario (de 1920 a 1934), la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud respondía a un modelo de crecimiento primario exportador y se reducía a obras de saneamiento en puertos y fronteras y campañas contra enfermedades epidémicas. Sin embargo, cabe destacar que es en este período en el que se sientan las bases y dan los primeros pasos para la organización de la sanidad y salud pública mexicana a nivel institucional.

4.4.2.5 Antes de la Revolución Mexicana los servicios de salud eran materia de beneficencia o caridad, siendo tan sólo "funciones menores" del Ministerio del Interior; sólo con la Revolución, se hace vigente la concepción de los problemas de salud como asunto concerniente del aparato estatal.

4.4.2.6 Se observa en este período la necesidad de organizar institucionalmente al país para el despegue capitalista, esto implica el inicio de la organización institucional de la gestión en salud entre otras cosas.

4.4.2.7 El enfrentar de manera sistematizada a nivel esta-

tal el problema de la salud bajo el sistema capitalista significó para el Estado postrevolucionario la modernización de sus acciones de salud, institucionalizándolas y sistematizándolas.

- 4.4.2.8 En la gestión estatal en salud se adoptan los conceptos de salud pública y atención hospitalaria y se desechan los de beneficencia y caridad, con lo que comienza el cambio en la gestión en salud, pasando a ser ésta un acto cuya responsabilidad asume el Estado.
- 4.4.2.9 Las acciones de sanidad se implementan con la finalidad de apoyar el modelo primario-exportador y se centran en dos puntos:
- a) Introducción limitada de drenaje y agua potable.
 - b) Acciones sanitarias en fronteras y puertos (desratización y control de plagas en bodegas, etc.).
- 4.4.2.10 Las acciones de asistencia pública estaban encaminadas a combatir en forma muy elemental las epidemias que diezmaban la población y obstaculizaban el proceso de acumulación y se reducían a la aplicación de vacunas contra el tifo, la fiebre amarilla y la tuberculosis.
- 4.4.2.11 El capital extranjero, a través de la Oficina Internacional de Sanidad, financiaba muchos de los proyectos de saneamiento básico, ya que el modelo

primario-exportador estaba integrado en parte por este capital, que velaba por sus intereses.

4.4.2.12 Se inicia la reglamentación del proceso de trabajo capitalista a través del artículo 123 constitucional, el que establece la jornada laboral de ocho horas, instauro los seguros sociales voluntarios y reglamenta distintos aspectos del trabajo con la finalidad de instrumentar medidas orientadas hacia la conservación de la fuerza de trabajo.

4.4.2.13 En el período se mantiene la superexplotación de la fuerza de trabajo, por lo que se conserva una alta propensión a contraer enfermedades, situación que se combina con una gestión en salud muy elemental; por eso las condiciones generales de vida de la población se mantienen sumergidas en la insalubridad y en la enfermedad.

4.4.2.14 El sector rural tuvo una gestión en salud muy precaria, la cual se reducía a campañas contra epidemias, por lo que estuvo permanentemente al margen de los servicios médicos a pesar del programa federalizado de asistencia pública.

4.4.2.15 La crisis de los treinta propició una reestructuración económica, política y social que permitió al Estado la generación de un proceso de industrialización ligera, el cual originó, entre otras

cosas, un cambio en la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud, en la cual la atención médica adquiere relevancia.

Período cardenista

- 4.4.2.16 El programa de gobierno cardenista era de corte populista, en el que se reconquista el papel de las masas como motor del progreso; masas que debían ser encausadas, organizadas e institucionalizadas bajo la tutela del Estado, convirtiéndolas en sujetos con derechos propios, dentro de los cuales el derecho a la salud se comenzaba a vislumbrar.
- 4.4.2.17 Se impulsa un nuevo tipo de política intervencionista, a través de la que aspira al desarrollo de una burguesía nacional que "irradie" progreso y eleve el ingreso de los otros sectores.
- 4.4.2.18 Se consolida la atención médica como modalidad hegemónica de intervención del Estado en el ámbito de la salud, es decir que a partir de este período se profundizan las acciones encaminadas a dar salud al individuo, en detrimento de las acciones para dar salud a la sociedad (atención médica versus salud pública).
- 4.4.2.19 Al mismo tiempo se utiliza la atención médica como uno de los factores coadyuvantes para modificar las formas y relaciones de producción, creando la

Secretaría de Salubridad Pública, los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos, etc., a través de los que se instauraba nuevas formas para consolidar su gestión.

4.4.2.20 La gestión en salud adquiere relevancia aumentando la acción estatal en la prestación de servicios médico-asistenciales (el gasto público en salud se triplica en el período 1934-40 y pasa de 0.3% a 0.5% del producto interno bruto).

4.4.2.21 Se utiliza a la gestión en salud como uno de los elementos para lograr el control ideológico de las masas institucionalizadas.

4.4.2.22 La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud en este período estuvo caracterizada por tres acciones fundamentales:

- a) acciones promovidas para consolidar la institucionalización de los servicios de salud,
- b) acciones promovidas para el establecimiento de servicios médicos en zonas rurales, y
- c) acciones encaminadas hacia la conservación de la fuerza de trabajo y la seguridad social,

Estas acciones posibilitaron la legitimación del Estado y la consolidación de la infraestructura organizada a nivel institucional, con lo que se sentaron las bases, en torno a la salud, para el despegue del proceso de industrialización en México.

- 4.4.2.23 El sector rural vio incrementada su gestión en salud como pocas veces en el desarrollo del capitalismo en México. Esta gestión, al integrarse a la reforma agraria, permitió elevar el nivel de vida de las masas campesinas y reforzó el consenso popular frente al Estado.
- 4.4.2.24 En 1934 se elabora un proyecto de Ley de Seguridad Social, en donde se fijan las bases en que descansaría la Ley del Seguro Social de 1943. En 1938 se aprueba una ley avanzada que reflejaba la preocupación del Estado por la conservación de la fuerza de trabajo. Esta ley no fue implementada y fue modificada por la mencionada ley de 1943.
- 4.4.2.25 Se comprueba históricamente en este período cómo la gestión en salud es un logro de la lucha de clases, ya que es en esta época cuando las masas presionan fuertemente al Estado y éste vuelca hacia ellas una gestión en salud acorde con el desgaste a que eran sometidas.
- 4.4.2.26 El análisis del cambio en la modalidad de acumulación del modelo primario-exportador al modelo de industrialización ligera nos muestra en el cardenismo un cambio en la gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud, en donde las acciones sanitario-asistenciales cobran relevancia para dar salida a las demandas de las masas institucionalizadas.

4.4.2.27 Por un lado, se detecta la necesidad de gestionar una atención en salud diferenciada a nivel institucional y se crea la Secretaría de Asistencia Pública; por el otro, se sientan las bases para el funcionamiento institucional de la seguridad social.

La década de los 40

4.4.2.28 En la década de los cuarenta, en México, se consolida la hegemonía del capital monopólico en la base material del proceso productivo que se traduce en un mayor desgaste de la fuerza de trabajo (vía intensificación de la jornada), por lo que en esta época crecen las necesidades y demandas en torno a una gestión en salud.

4.4.2.29 Se acentúa la explotación intensiva de la fuerza de trabajo en el sector industrial, por lo que crece el desgaste de la fuerza de trabajo y, por lo tanto, sus necesidades sanitario-asistenciales.

4.4.2.30 El período 1941-1954 derivó en una baja del salario real que significó un aumento en la pauperización de la clase trabajadora con sus adversos efectos sobre el proceso colectivo salud-enfermedad.

4.4.2.31 La política estatal en materia de salud cambia de orientación; recobran importancia las acciones diferenciadoras y los servicios se ofrecen sólo a

ciertos grupos sociales, los directamente vinculados al proceso productivo.

- 4.4.2.32 Se inicia la especialización médica como criterio organizativo dominante y como tendencia para producir los servicios médicos; se desarrolla el tercer nivel de atención (con la creación de los principales institutos de salud descentralizados) y se estanca la atención de primer nivel.
- 4.4.2.33 Se inicia la relación entre atomización de la lucha de clases —atomización biológica, ya que en adelante se negará la existencia de una patología colectiva y se percibirá al paciente como un individuo enfermo, el cual deberá aspirar a una atención curativa individual.
- 4.4.2.34 Se abandona el criterio social en la gestión en salud y se adopta el esquema norteamericano de atención basado en la alta especialidad que atomiza y fragmenta el cuerpo humano. Este esquema se basa en acciones diferenciadoras y se torna excluyente.
- 4.4.2.35 Dado el incremento en el desgaste que sufre el trabajador, se exige una mayor racionalización y optimización en el otorgamiento de servicios médicos por lo que surge el seguro social, como instrumento para gestionar en salud al trabajador activo.

- 4.4.2.36 El desarrollo del capitalismo en los cuarenta, originó una diferenciación en la fuerza de trabajo, la cual se reproducirá en adelante como fracción de clase (diferenciándose el trabajador manual del especializado, etc.), por lo que en términos de salud cobran fuerza las acciones diferenciadoras y algunas fracciones de la aristocracia obrera obtienen sus propios servicios de seguridad social (PEMEX, FFCC, etc.), mientras que otros quedan desprovistos de gestión en salud.
- 4.4.2.37 La crisis operada en la economía en el período 1941-1954 (inflación-devaluación) se expresó presupuestariamente en el sector salud en una reducción del gasto público en materia de salubridad y asistencia.
- 4.4.2.38 Se consolida orgánicamente el sistema de atención en salud diferenciada existiendo:
- La asistencia pública, encabezada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encargada de gestionar a la "población abierta" (desempleados, subempleados, campesinos, trabajadores de pequeña y mediana industria no asegurados, etc.).
 - La seguridad social, encabezada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, encargado de gestionar a la población económicamente activa y familiares asegurados.

- Los servicios médicos privados, encargados de gestionar a la clase dominante y capas medias. Con este sistema de atención diferenciado orgánica e institucionalmente se crea la infraestructura para implantar diferentes niveles en calidad y cantidad de servicios de salud.

- 4.4.2.39 En la década cobra preponderancia la atención médica sobre la salubridad, en términos de la participación del Estado en la producción de servicios de salud.
- 4.4.2.40 En la organización del seguro social mexicano se observa cómo, desde un principio, éste es un órgano que no refleja los intereses de la clase trabajadora, ya que la representación ponderada (empresa-trabajador-Estado) tiene como base un movimiento obrero corporativizado, a través del cual se controlan, manipulan y mediatizan los intereses de dicha clase social.
- 4.4.2.41 Desde el nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1943, se observa una mayor gestión en la atención médica de segundo y tercer nivel, ya que es en estos niveles en donde se rehabilita a la fuerza de trabajo enferma, pero se descuida el primer nivel de atención, instancia en la cual cobran fuerza las acciones de prevención, promoción de la salud y saneamiento básico.

4.4.2.42 La seguridad social en México es financiada fundamentalmente directa e indirectamente por el trabajador y el Estado, ya que las cuotas que paga el empresario tienen un carácter fiscal.

4.4.2.43 Se observa una reducción del gasto asignado a asistencia pública, ya que las devaluaciones y la inflación afectan las fuentes de financiamiento al no ser éste un sector prioritario; además los fondos del patrimonio de la beneficencia pública (Lotería Nacional) eran mermados por la administración de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

4.4.2.44 La seguridad social en México constituye un sistema de salud de mejor calidad que el proporcionado por la asistencia pública; para 1945, el Instituto Mexicano del Seguro Social tenía un gasto per cápita catorce veces mayor que el de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

4.4.2.45 La seguridad social surge en México debido a la lucha por esta prestación y al cambio operado en la modalidad de acumulación, a través del que se vuelve "rentable" la conservación de la fuerza de trabajo.

4.4.2.46 Se potencializa la diferenciación en la gestión estatal en salud, a través de la seguridad social y la asistencia pública, ya que la relación sala-

rial ha sido generalizada y los medios de consumo (incluyendo aquí a la atención médica) deben ser adquiridos como mercancías capitalistas a través del salario directo o ser proporcionados por el Estado a través del salario social.

- 4.4.2.47 Con el surgimiento de la seguridad social obligatoria, la lucha de clases inicia un nuevo capítulo en su historia, en el que la fuerza de trabajo activa se enfrenta directamente al Estado para ampliar y mejorar las condiciones de otorgamiento de esta prestación.

La década de los 50

- 4.4.2.48 En el período de 1955 a 1961, se consolida la monopolización de la economía mexicana, generalizándose la implantación de regímenes fordistas en el eje dinámico de la economía; esto trajo como resultado un mayor desgaste de la fuerza de trabajo, incidiendo adversamente sobre la conformación de perfiles epidemiológicos, por lo que crecieron las demandas de salud de la población.

- 4.4.2.49 Con la irrupción generalizada de la máquina se instaura la cadena de producción en el proceso de trabajo, acelerándose los ritmos, con lo que crece la tensión durante la jornada, por lo que se tienen que implementar más acciones encaminadas a reducir los accidentes de trabajo y atender las

enfermedades profesionales dentro de la seguridad social.

- 4.4.2.50 Crecen las enfermedades nerviosas y psíquicas y los accidentes de trabajo debido a la implantación de regímenes fordistas en el proceso de trabajo.
- 4.4.2.51 Durante el período de 1955 a 1961, debido al ritmo de liberación de mano de obra rural mayor que el ritmo de absorción, crece el número de desempleados que verán "resueltas" sus necesidades de atención médica a través de la asistencia pública, la cual, para 1960, contaba con un gasto de atención per cápita catorce veces menor que el registrado en la seguridad social, observándose entonces una profundización en los sistemas de salud diferenciados.
- 4.4.2.52 Se observa como va aparejada a la concentración de capital una concentración de la atención médica, desarrollándose el tercer nivel de atención médica en el Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara.
- 4.4.2.53 Se inicia el cambio en la norma social de consumo, incorporándose bienes de consumo duradero (radio, línea blanca, etc.) y los llamados productos chatarra dentro del esquema de alimentación básica; estos cambios son resultado de la consoli-

ción de la estructura monopólica y afectaron de diversos modos los perfiles epidemiológicos de la sociedad.

- 4.4.2.54 Se abre la gestión en salud a través de la seguridad social para los trabajadores agroindustriales de Sonora, Sinaloa y Baja California, iniciándose la diferenciación interna de la gestión en salud del trabajador rural.
- 4.4.2.55 Las acciones diferenciadoras cobran fuerza al instaurarse la seguridad social a los burócratas en un instituto aparte; se observa que con esta medida el Estado trata de legitimarse ante sus servidores directos.
- 4.4.2.56 Con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en 1960, el Estado centraliza en un órgano las acciones dirigidas hacia los burócratas, centralizando el control y la corrupción; desde entonces está sujeto el otorgamiento de prestaciones a los burócratas al control de funcionarios menores corruptos.
- 4.4.2.57 Una de las características del período 1955-1961 es la profundización en la gestión en salud diferenciada, tanto en las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, S.S. PEMEX, S. S. Hacienda,

etc.), como en las instituciones de asistencia pública (SSA, INPI, etc.) y en las instituciones de especialidad (Nutrición, Cardiología, Neurología, etc.); esto tuvo como consecuencia una diferenciación en la calidad de los sistemas de salud y la profundización de la sofisticación médica, dejándose en segundo término la atención médica primaria y las acciones de saneamiento básico.

4.4.2.58 En 1955-1961, con el desarrollo en la formación del obrero colectivo y la contratación colectiva, se da la lucha por una atención médica garantizada, razón por la que el Instituto Mexicano del Seguro Social duplica su cobertura en dicho período.

4.4.2.59 En la segunda mitad de la década de los cincuenta, la capitalización de la medicina se expresa claramente en México en dos fenómenos:

- a) El desarrollo sin precedente de la alta especialidad médica (todo médico debe ser especialista para ser bueno).
- b) El incremento en el costo de atención médica por el pago a especialistas, utilización de equipo auxiliar de diagnóstico y encarecimiento de las medicinas vía diferenciación del producto.

Bajo esta situación el acceso a la atención médica se torna imposible para los más pobres.

El desarrollo estabilizador

- 4.4.2.60 Se aumentó la concentración del ingreso y se amplió la desigualdad social, esto ocasionó efectos adversos sobre el nivel de salud de la población, ya que para un sector social mayoritario la atención médica se torna inaccesible pese a los esfuerzos por ampliar la cobertura registrados en el período.
- 4.4.2.61 Se continúa la política de dar prioridad a las acciones curativas de segundo nivel, en detrimento de las acciones de promoción, prevención y saneamiento básico de primer nivel; esta política estaba encaminada a rehabilitar a la fuerza de trabajo afectada para reincorporarla a un régimen de explotación intensiva (en este período se inauguran varios hospitales, incluso el Centro Médico Nacional, para instrumentar dichas acciones).
- 4.4.2.62 Como resultado del aumento en la intensidad de la jornada, crecen los accidentes de trabajo, las enfermedades psíquicas y cardiovasculares y las enfermedades profesionales (en el período crecieron en 164% las pensiones concedidas por riesgos profesionales).
- 4.4.2.63 Pese al aumento de la cobertura de los servicios de salud, se observa que fue insuficiente ya que el gasto en este sector representó tan sólo un 2% del producto interno bruto.

- 4.4.2.64 Se mantiene y amplía la crisis del sector agrario, misma que se expresa en una pauperización del campesinado, el cual está marginado en su mayoría de una gestión en salud sistematizada, por lo que en esas fechas más de 14 millones de personas carecían permanentemente de servicios de salud en el campo.
- 4.4.2.65 En el año de 1964 estalla el movimiento médico, siendo un hecho que pone al descubierto el descontento en cuanto a las condiciones generales de trabajo de este grupo de profesionistas. Es además un suceso importante pues crea el precedente para la agrupación de otros profesionistas en la lucha por la defensa de sus intereses como sector.

Período 1970-1976

- 4.4.2.66 Se vivió una fuerte crisis económica, política y social que se expresó en una baja absoluta y relativa del nivel de vida de la clase más pobre; esto ocasionó una mayor propensión a contraer enfermedades.
- 4.4.2.67 En la década de los setenta, la consolidación del monopolio se manifiesta en un incremento de la cobertura de la seguridad social extendiéndose además las funciones de la misma. Sin embargo, este factor se conjuga con un mayor incremento de marginados y subempleados carentes de gestión en sa-

lud.

4.4.2.68 El Estado mexicano desde los inicios de la década se enfrenta a una tendencia al estancamiento económico y un deterioro del sistema político. Esto desencadenó una política contradictoria ya que, por un lado, el Estado debía generar una imagen de apertura, apoyando el salario real y difundiendo un discurso demagógico avanzado y, por el otro lado, la crisis obligaba a adoptar una política económica adversa a los intereses de la clase trabajadora. Esto en términos de gestión en salud se tradujo en un aumento del discurso demagógico de salud y una baja del apoyo oficial a este sector.

4.4.2.69 El estancamiento productivo sufrido en estos años ocasionó un aumento del desempleo y de la inflación, con lo cual se vio incrementado el grado de pauperización de la clase trabajadora.

4.4.2.70 La crisis del sector agrícola desencadenó los siguientes efectos que incidieron adversamente sobre la gestión estatal en salud y sobre el nivel medio de salud poblacional:

- incremento del desempleo y marginación;
- descenso del nivel de divisas (con lo que se reduce la capacidad de financiamiento del Estado);

- descapitalización del campo (que origina estancamiento, escasez, desempleo, inflación, especulación);
- divorcio entre los precios de garantía y los precios reales del ejido y minifundio, disminuyendo su peso económico y por lo tanto el apoyo del Estado hacia éstos;
- la sincronización de estas situaciones desencadenó un aumento en la marginalidad, adquiriendo la condición de inhumanas las características de reproducción del campo.

4.4.2.71 La crisis del sector agrícola aumentó el nivel de desempleo y el asalariado agrícola fue sometido a una contratación todavía más irregular, lo que unido a la debilidad combativa de sus organizaciones derivó en un pago permanente del salario rural por debajo del salario mínimo legal.

4.4.2.72 Se observa un crecimiento de la inversión en los sectores estratégicos para reactivar la economía, caso contrario sucedió con los sectores "no estratégicos" (en donde se ubica el sector salud) en los cuales más bien se dio, sino un rezago, un estancamiento.

4.4.2.73 La inflación fue una de las razones que ocasionó la baja de nivel de vida de la clase trabajadora.

4.4.2.74 La inflación contribuyó a aumentar costos, y por

lo tanto precios, en la atención médica, la cual se torna cada vez más inaccesible y excluyente.

4.4.2.75 El Estado trata de dar solución al empobrecimiento de la clase trabajadora a través de subsidios y prestaciones (INFONAVIT, FONACOT, CONASUPO), pero estas medidas fueron débiles ante la crisis y la pauperización se conservó y amplió.

4.4.2.76 El Estado, presionado por las masas, trató de mantener el salario real en épocas de crisis, pero se observa que para 1976 (fecha en que el salario llega a su punto más alto en el período tan sólo era 33% mayor que el de 1939 en términos reales; por lo que se concluye que el avance en el nivel de vida es mínimo. Esta situación se agrava aún más si se observa que después de 1977, debido a la inflación (resultado de la devaluación), los salarios reales caen.

4.4.2.77 La administración denominada "desarrollo compartido" (1970-1976), dio por resultado una política contradictoria que culminó en el agravamiento de la crisis y la no solución de los problemas ni en términos económicos ni políticos; con lo que el grado de pauperización y marginación de amplios sectores creció.

4.4.2.78 El Plan Nacional de Salud estructurado en 1973 estableció una serie de planteamientos propositivos

(promover una red federal de hospitales, ampliar la atención médica rural, etc.), que nunca llegaron a convertirse en instrumentos normativos o definitorios de estrategias reales.

4.4.2.79 Se trata de aumentar la eficacia y eficiencia del sector salud a través de la implementación de un modelo nacional de salud planeado; tales esfuerzos se plasman en el Plan Nacional de Salud y en la creación de la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1976; pero estas acciones no fueron suficientes para conformar una política integrada coherente y sólida en materia de salud, con lo que la duplicidad de funciones, anarquía y mal funcionamiento de los sistemas de salud se mantuvo y creció.

4.4.2.80 Se amplía la cobertura de los sistemas de salud en base a acciones de carácter administrativo (escalonamiento del sistema en niveles de atención), pero esta estrategia no tuvo una adecuada operación en la realidad, pues no fue acompañada de modificaciones legales normativas ni apoyada económicamente como lo exigía el proceso.

4.4.2.81 Se presenta la necesidad inaplazable de gestionar en salud al campesino y grupos marginados, esto se traduce en un subsidio de la seguridad social a la asistencia pública, en el que la seguridad social

comienza a operar funciones de la asistencia pública; tal es el caso de los programas: Esquema Modificado de Campo, Solidaridad Social e IMSS-COPLAMAR.

4.4.2.82 El Estado estructura el Plan Nacional de Salud con el objeto de generar bases para poder planear, coordinar y evaluar las acciones en salud; a través de esta política trata de rescatar su imagen de Estado benefactor y dar salida a las demandas que en torno al sector salud se exigían.

4.4.2.83 Desde 1970 el Estado inicia el cambio en su gestión en salud dando prioridad al primer nivel de atención.

4.4.2.84 El desarrollo del capitalismo en México ha dado lugar a la formación creciente de grupos marginados sobre los cuales el Estado trata de estructurar inevitablemente una política reconciliadora dentro de la que las acciones de salud forman parte cardinal.

4.4.2.85 Las acciones diferenciadoras cobran fuerza y se observa, en 1970, que la seguridad social gestiona al 25% de la población con el 90% del presupuesto del sector, mientras que la asistencia pública "debe" gestionar a más de dos terceras partes de la población con sólo 10% de presupuesto.

Período 1976-1982

- 4.4.2.86 En el inicio de la administración de José López Portillo la economía mexicana se tuvo que someter a los lineamientos del Fondo Monetario Internacional, los cuales, si bien perseguían la reactivación de la economía, en esencia se traducían en una política extremadamente antipopular en donde los trabajadores pagarían el precio para salir de la crisis.
- 4.4.2.87 La gestión estatal de la fuerza de trabajo en salud y la reproducción de la fuerza de trabajo se vieron adversamente afectados en el período básicamente por los siguientes procesos:
- a) restricción del crédito,
 - b) imposición de tope salariales, e
 - c) inflación.
- 4.4.2.88 La reproducción de la fuerza de trabajo se vio afectada por el paquete de medidas dictado en el período, ya que se combinó tope salarial, liberalización de precios e inflación, y esto incidió en un aumento en la pauperización de la clase trabajadora, deteriorándose aún más el perfil epidemiológico de la sociedad mexicana.
- 4.4.2.89 Dentro del Plan Global de Desarrollo se contempló una política de ampliar el nivel de empleo, mejorar el nivel de vida y reducir la margina-

ción; pero se observa que dichos propósitos no fueron cumplidos en la medida que el mismo plan señalaba.

4.4.2.90 Dentro de las dos reformas importantes implementadas por el Estado en el período se observa que:

- La reforma política posibilita y da legalidad a las demandas de los sectores no corporatizados, factor que, en términos de salud, se traduce en la posibilidad de luchar en la Cámara por una mejor gestión en salud.
- La reforma fiscal se tradujo en una baja del salario real por la imposición del impuesto al valor agregado.

4.4.2.91 Se observa una petrolización de la economía, a través de la que se trató de reactivar la economía; desde 1978 el gasto público creció, pero en el sector salud la situación de "auge" no tuvo el impacto que en otros sectores.

4.4.2.92 Se crea el Sistema Alimentario Mexicano con el objetivo de lograr la autosuficiencia alimentaria y salir de la crisis agraria; este plan, si bien trató de matizar el problema, no dio solución al problema estructural pues:

- se mantuvo el rezago de los precios de los productos agrícolas;

- creció la condición marginal del ejido y la pequeña propiedad;
- se amplió el diferencial de los precios internos y externos;
- se mantuvo el nivel de desempleo;
- se mantuvo la transferencia de excedente del campo a la ciudad.

Para 1982 el Sistema Alimentario Mexicano sufría signos de agotamiento que se reflejaron en un déficit en casi todos los productos agrícolas.

4.4.2.93 El deterioro del salario mínimo de 1977 a 1981 fue del 8.4%, pero esta situación se hace crítica si se considera que en México los salarios mínimos funcionan como "salario máximo" (en 1977 el 40% de la población ocupada recibía menos del salario mínimo y el 52% recibía como máximo un salario mínimo mensual); con lo que concluimos que en la crisis se vio sensiblemente afectada cuantitativa y cualitativamente la forma de reproducción de la fuerza de trabajo.

4.4.2.94 Se observa un aumento en la intensidad de explotación de la fuerza de trabajo, con lo que creció el desgaste de la misma, pero éste no fue acompañado ni de un aumento en el salario real ni de un aumento en la gestión en salud; de don-

de se infiere que en esta época bajaron las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo.

- 4.4.2.95 Las utilidades de 1977 a 1981 crecieron fuertemente (en la banca, industria y comercio), y, al estar el peso sobrevaluado, el excedente se dolarizó y salió del país; teniendo el "auge", al final, un efecto de descapitalización de la economía que desencadenó la profundización y agudización de la crisis.
- 4.4.2.96 Las acciones de salud sobre marginados, si bien restablecen la salud individual temporalmente en el mejor de los casos, no contribuyen a reducir el problema de la marginalidad en términos reales, pues el desempleo, el subempleo, el aislamiento y la falta de acceso a servicios básicos determinan la forma de reproducción y conservación de dicho sector.
- 4.4.2.97 La marginalidad es resultado de la crisis agraria e industrial que es estructural y no ha tenido una solución ni en términos económicos ni en términos políticos; por lo que la gestión estatal en salud sobre los marginados sólo atenúa individual y temporalmente el problema de salud.
- 4.4.2.98 La gestión estatal en salud sobre marginados rebaza los marcos del intercambio mercantil capitalista, al instaurar el trabajo comunitario co-

mo pago del servicio (en lugar de dinero).

4.4.2.99 Se observa que el gasto para el sector salud se estancó en términos reales, mientras que la población aumentó en casi 20 millones, de lo que se deduce que en la década de los setenta hubo un deterioro en la gestión estatal en salud.

4.4.2.100 En 1980-82, los sistemas de salud han llegado a estructura diferenciada en la que:

- El 43% de la población se gestiona nominalmente a través de los regímenes de seguridad social.
- El 19% de la población se gestiona a través de los servicios médicos privados.
- El 38% de la población se gestiona en teoría a través de la asistencia pública y privada (de este universo la mitad carece de servicios de salud -14 millones de personas).

Esta gestión en salud diferenciada se torna crítica si se relaciona con el indicador gasto por usuario, en el que se observa un rezago muy grande de la asistencia con respecto a la seguridad social.

4.4.2.101 La estructura del financiamiento de la seguridad social nos muestra que los trabajadores son los que principalmente paga: los servicios que reciben.

4.4.2.102 Se observa una tendencia descendente de la inversión pública en el sector salud.

4.4.3 CONCLUSIONES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MEXICO

4.4.3.1 En México los indicadores de salud que existen son negativos y se ubican por lo tanto en el extremo del proceso salud-enfermedad, por lo que no pueden generarse parámetros que valoren efectivamente las acciones de asistencia y seguridad social; esta situación impide una adecuada planeación, programación y evaluación de los servicios.

4.4.3.2 Una adecuada política de salud daría prioridad a los servicios de salud de alcance colectivo e inmediatamente después a la prestación de servicios de salud de tipo personal; sin embargo, se observa que en México ha predominado la gestión curativa individual sobre la gestión colectiva en salud.

4.4.3.3 En México la gestión de la fuerza de trabajo en salud responde a un sistema diferenciado, integrado por tres instancias fundamentales: la seguridad social, la asistencia pública y los servicios médicos privados.

- 4.4.3.4 La concentración de capital ha tenido efectos sobre la gestión en salud concentrándola en las grandes urbes; esta situación obstaculiza la estructuración de un sistema de salud desconcentrado, ya que ni los recursos humanos están dispuestos a integrarse en zonas alejadas de las capitales ni el Estado da estímulos económicos y sociales para la descentralización.
- 4.4.3.5 La estructura interna de los recursos humanos de los sistemas de salud es desequilibrada, existiendo 8.0 médicos, 4.6 enfermeras y 8.2 auxiliares de enfermería por cada mil habitantes, lo que revela una relación médico-enfermera inversa a la deseable.
- 4.4.3.6 La distribución inter-institucional de los recursos humanos es altamente desequilibrada, concentrándose el 80% de los recursos médicos en la seguridad social y servicios privados y el 20% en la asistencia pública.
- 4.4.3.7 La distribución regional de los recursos humanos es altamente desequilibrada, concentrándose éstos en las grandes urbes y dejando desprovisto el campo de dichos recursos.
- 4.4.3.8 En los sistemas de salud existe un alto grado de especialización en detrimento de la medicina general y salud pública, existiendo un divorcio en-

tre la formación de recursos humanos para la salud y las necesidades de gestión en salud de la población.

- 4.4.3.9 Los sistemas de salud no tienen un adecuado escalonamiento de niveles de atención, existiendo una desproporción entre el número de las unidades de atención secundaria y terciaria respecto al de las de primer nivel de atención.
- 4.4.3.10 La asistencia pública encargada de gestionar en salud a la población abierta, debido a la falta de apoyo estatal, tiene marginados a 14 millones de personas de los servicios de atención médica.
- 4.4.3.11 El índice de atención profesional a las mujeres en el parto es bajo: 36% en 1971.
- 4.4.3.12 El índice de cobertura de inmunización por vacunación era bajo (65%) en 1971; sin embargo, la cobertura creció en términos absolutos de 21 millones de dosis en 1977 a 44 millones en 1979.
- 4.4.3.13 El índice de abortos es elevadísimo, existiendo un aborto provocado por cada cuatro embarazos, lo que significa un millón de abortos al año de los que sólo 5% son legales y 34% son atendidos por médicos. Eso obliga a replantear el problema de la legalización del aborto y cuestionar la eficacia del programa de planificación familiar, ya que sólo 15% de las mujeres en edad fértil utilizan algún método anticonceptivo.
- 4.4.3.14 La evaluación de los sistemas de salud indica en términos generales que la red de atención primaria es muy limitada, los servicios de atención materno-infantil son insuficientes, las acciones de promoción, prevención, rehabilitación, salud pú-

blica y saneamiento básico son débiles y los recursos humanos no tienen una capacitación ni una composición adecuada a las necesidades de salud del país.

- 4.4.3.15 Los sistemas de salud carecen de un modelo nacional de salud y de una planeación articulada de los sistemas, por lo que duplicación, anarquía, descoordinación e ineficiencia operativa son las constantes que definen el funcionamiento de dicho sistema.

4.4.4. CONCLUSIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DE SALUD 1970-1982

- 4.4.4.1 La tasa de crecimiento demográfico intercensal promedio fue de 3.3% anual, por lo que el programa de planificación familiar debe ser prioritario para reducir dicho indicador.
- 4.4.4.2 El análisis de los movimientos migratorios nos indica un crecimiento de la migración campo-ciudad, resultado de la crisis agraria; esta concentración urbana se ha traducido en la formación de vastos cinturones de miseria que, de seguir creciendo, pondrían en peligro la estabilidad económica y política del país. Por lo tanto es primordial la solución de la crisis agraria y se debe frenar la

superexplotación campesina y transferencia de excedente de este sector a otros para dar solución al problema.

4.4.4.3 La desproporción en la densidad de población se traduce en un aumento del hacinamiento, promiscuidad y contaminación; por lo que se deben apoyar con medidas reales los programas de desconcentración y descentralización y se deben aumentar las acciones de saneamiento básico en las grandes urbes.

4.4.4.4 La pirámide de población en México, al mantener y ampliar su estructura (base amplia-cúspide estrecha), obliga a priorizar los programas de planificación familiar, salud materno-infantil y educación para la salud; para, a través de éstos, incidir en la modificación de esa estructura.

4.4.4.5 El análisis de la estructura poblacional y comportamiento de las mujeres en edad fértil nos muestra un elevado promedio de hijos por mujer fértil (6 hijos), lo que conlleva un patrón evolutivo elevado.

4.4.4.6 La tasa de dependencia (razón entre personas en edad de trabajar y el total de población) es elevada, encontrándose entre las más altas de América Latina, siendo del 97.8%.

4.4.4.7 La esperanza de vida (65 años) se duplicó en un

lapso de 45 años, con lo que se muestra un progreso en la evolución del proceso salud-enfermedad; sin embargo, si se compara el indicador con otros países resulta insuficiente.

4.4.4.8 A pesar del programa de planificación familiar, se observa en México una elevada tasa de fecundidad, teniendo en 1973 el segundo lugar de fecundidad en América, pues una de cada cuatro mexicanas en edad fértil tuvo un nacido vivo.

4.4.4.9 La tasa de mortalidad general observa una tendencia decreciente siendo en 1975 de 7.2 por mil habitantes; sin embargo, existe un alto porcentaje de defunciones en edad temprana y una elevada mortalidad materna; por lo que se debe replantear el funcionamiento del programa de atención materno-infantil.

4.4.4.10 Existe una alta tasa de mortalidad por violencia y accidentes, debido en parte a la intensificación de la jornada, que ocasiona un aumento en los accidentes de trabajo y, en parte, a la reducción del poder adquisitivo y a la marginación que se expresan en un aumento del descontento y la violencia.

4.4.4.11 A pesar de la reducción de la tasa de mortalidad, ésta es más elevada en un 40% con respecto a las registradas en Cuba, Canadá y Estados Unidos.

4.4.4.12 En los setenta se mantienen como principales cau-

sas de muerte: influenza, neumonía, enteritis y diarrea; expresando así un estancamiento en la lucha contra las enfermedades infecciosas en donde se revela un atraso en el patrón cualitativo de la muerte respecto al actual grado de desarrollo.

4.4.4.13 El registro de la tasa de mortalidad infantil ha sido subestimado debido a la inclusión extemporánea de casos; luego de ajuste dicha tasa aumenta de 48.9 a 73.3 muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos; esta tasa es muy alta y está íntimamente ligada al aumento de la pauperización que ocasiona un incremento en la desnutrición, insalubridad y hacinamiento.

4.4.4.14 Los cambios ocurridos en el proceso de trabajo se expresan en un incremento en los accidentes de trabajo de la población en edad de trabajar (15 a 64 años) y en un aumento de las enfermedades cardíacas y crónico-degenerativas, siendo ambos tipos de enfermedad las principales causas de muerte en el grupo de 45 a 64 años.

4.4.4.15 En México los padecimientos transmisibles son la primera prioridad dentro del esquema de morbilidad, esto es resultado del bajo nivel en el que se reproduce la fuerza de trabajo y del rezago de la salud pública y el saneamiento básico.

4.4.4.16 El análisis del esquema de morbilidad de México

nos muestra una dualidad en la que se conjuga una patología propia de países subdesarrollados (representada por la difusión de enfermedades transmisibles) y una patología propia de países desarrollados (integrada por enfermedades crónico-degenerativas), ambas inmersas dentro de un régimen de salud poco efectivo.

4.4.4.17 El análisis de las condiciones de vivienda nos muestra cómo 30% de los mexicanos viven y se reproducen en condiciones de hacinamiento y promiscuidad, con una tendencia al alza en el déficit de vivienda.

Lo anterior se agudiza si se tiene en cuenta un déficit de agua potable de 41%.

4.4.4.18 El análisis de las estadísticas de educación nos muestra una tendencia a ampliar el sistema educativo, pero esto se conjuga con una estructura piramidal que obstaculiza y "filtra" el acceso a niveles superiores.

4.4.4.19 En relación a la nutrición, se observó una dieta deficiente en promedio, misma que debido al incremento en la pauperización de la sociedad tiende a empeorar.

4.4.4.20 La desnutrición y las carencias nutricionales ocasionan 90% de las muertes en edad temprana.

4.4.4.21 La desnutrición, presente permanentemente en la

clase trabajadora y grupos marginados, deteriora el crecimiento y el desarrollo físico y mental de los individuos, mostrando éstos una tendencia al estancamiento o disminución de su peso al nacer y de la estatura que alcanzan.

4.4.4.22 La norma social de consumo ha generado un desplazamiento de las formas tradicionales de consumo y una incorporación de los llamados alimentos chatarra, modificación que se ha traducido en una baja en el nivel nutricional de la dieta social.

4.4.4.23 A pesar del avance en la gestión en salud en los últimos 50 años, México en 1974 observaba las mismas causas de mortalidad que en 1922 (neumonías, enteritis y diarrea), lo que conduce a la necesidad de incrementar las acciones de salud pública y saneamiento básico para reducir la insalubridad y la difusión de enfermedades transmisibles.

APENDICE

CRONOLOGIA DE LAS PRINCIPALES ACCIONES Y
POLITICAS DE SALUD DEL PERIODO 1920-1982

- 1917 Salud pública, bienestar y asistencia eran "funciones menores" del Ministerio del Interior.
- 1917 Creación del Departamento de Salud Pública.
- 1917 Creación del Consejo de Salubridad General.
- 1920 Creación del Departamento de Salubridad Pública.
- 1920 Primer Congreso Mexicano del Niño.
- 1921 Inauguración del Instituto de Bacterología Nacional.
- 1921 Proyecto de Ley del Seguro Social Voluntario.
- 1922 Primera Convención Sanitaria Nacional.
- 1922 Fundación del Primer Dispensario Antituberculoso.
- 1922 Campaña de Saneamiento Malárico.
- 1922 Campaña Contra la Fiebre Amarilla.
- 1922 Desratización de los principales puertos y ciudades fronterizas.
- 1922 Organización de la beneficencia pública en el Distrito Federal
- 1922 Creación del Servicio Autónomo de Higiene Infantil.
- 1925 Fundación de la Escuela de Salubridad e Higiene.
- 1925 Promulgación de un nuevo reglamento de salubridad e higiene.

- 1925 Creación de la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro.
- 1926 Modificación del Código Sanitario.
- 1926 Realización del 1er Censo de Lepra en México.
- 1927 Inauguración del Instituto de Higiene.
- 1927 Decreto del Código Sanitario.
- 1927 Inauguración del Laboratorio Central.
- 1928 Inauguración del Pabellón Central.
- 1928 Inauguración de los Laboratorios del Departamento de Salubridad.
- 1928 Inauguración de tres delegaciones sanitarias y aproximadamente mil unidades de atención médica.
- 1929 Creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.
- 1932 Decreto para expedir la Ley del Seguro Social Obligatorio —no llevada a cabo.
- 1932 Integración de una sociedad nacional de seguros contra accidentes de trabajo.
- 1932 Creación del Departamento del Trabajo, para resolver los problemas sobre seguridad e higiene industrial (entre otras funciones).
- 1935 Se promulga la Ley Federal del Trabajo.
- 1936 Se crean los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos.
- 1936 Se organizaron los servicios sanitario-ejidales.
- 1936 Se incrementó el programa de dotación de agua potable.

- 1936 Se organizaron los Servicios Coordinados de los Estados y Territorios.
- 1936 Se crean los servicios de higiene industrial para proteger la salud de los trabajadores.
- 1936 Se establece la Comisión Investigadora de la Situación de la Mujer y de los Niños Trabajadores.
- 1936 Se instauro el Servicio Social Obligatorio para los Pasantes de Medicina.
- 1937 Se elabora el proyecto de Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado.
- 1937 Se crea el Departamento de Asistencia Social Infantil.
- 1937 Se crea la Secretaría de Asistencia Pública.
- 1938 Se crea la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal.
- 1938 Se reorganiza el sistema de Servicios Coordinados en Salud Pública y se amplía su acción a todas las entidades federativas.
- 1938 Se celebra el Segundo Congreso Nacional de Higiene Rural.
- 1938 Se celebra el Congreso de Medicina del Trabajo y de Habitación Obrera.
- 1938 Entra en vigor el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado.
- 1938 Se elabora un anteproyecto de ley sobre protección al trabajador.
- 1938 Se crea la Escuela de Medicina Rural.

- 1939 Se crea el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.
- 1939 Se apoya el funcionamiento del Laboratorio de la Industria Farmacéutica Nacional.
- 1942 Se instaura el Primer Programa de Internado de Postgrado en el Hospital General de México.
- 1943 Se elabora y pone en marcha un Plan Nacional de Hospitales.
- 1943 Se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad y forman la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- 1943 Se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 1943 Creación de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.
- 1943 Creación del Hospital Infantil de México.
- 1944 Creación del Instituto Nacional de Cardiología.
- 1946 Creación del Hospital de Enfermedades de la Nutrición.
- 1946 Creación del Hospital de Neumología "Manuel Gea González".
- 1954 Se instaura el Seguro Social Obligatorio para las agroindustrias de Sonora, Sinaloa y Baja California.
- 1955 La ampliación de la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social crece a un ritmo continuo.
- 1956 Se adopta la tecnología de radioterapia por bomba de cobalto.

- 1959 Se adopta la tecnología médica de amniocentésis.
- 1960 Se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- 1960 Se adopta la tecnología médica de centellograffa.
- 1961 Se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia.
- 1961 Se inauguraron tres hospitales del Centro Médico Nacional.
- 1963 Se inauguraron cuatro hospitales del Centro Médico Nacional.
- 1963 Se adoptó la tecnología médica de cateterización cardiaca.
- 1964 Se abrió el Centro Médico La Raza con tres hospitales.
- 1964 Se adoptó la tecnología médica de unidad de cuidados intensivos.
- 1964 Se adoptó la tecnología médica de unidad coronaria.
- 1965 Los hospitales llegaron a representar un poco más del 50% de los establecimientos con camas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 1965 Se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública.
- 1965 Se adoptó la tecnología médica en microcirugía.
- 1966 Se adoptó la tecnología médica en hemodiálisis.
- 1967 Se adoptó la tecnología médica en transplante de órganos.

1967-1971 Se incrementa el Sistema de Educación Médica.

La escuelas de medicina experimentaron un aumento de más de 20 mil alumnos. Todo lo contrario sucede con la construcción, se frena la construcción de nuevas unidades hospitalarias.

1968 Se creó el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez.

1968 Se adoptó la tecnología médica de endoscopia con fibroscopio.

1969 Se incorporan los trabajadores mineros al régimen del Seguro Social.

1970 Se adopta la tecnología médica de laboratorio clínico automatizado.

1970-1976 En el ISSSTE el número de derechohabientes se elevó considerablemente en este período, en función del aumento de empleados federales.

1973 Se realiza la Primera Convención Nacional Médica.

1973 Se impulsa el Plan Nacional de Salud.

1974 Se reforma a la Ley del Seguro Social, donde se introduce el Esquema Modificado del Campo y el Programa de Solidaridad Social.

1975 El Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia que se convierte, en 1978, en el Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental.

1976 Se decreta el nuevo código sanitario.

1976 Se establece por decreto el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

- 1977 Revitalización del Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano.
- 1977 Se aprueba el Plan Nacional de Planificación Familiar.
- 1977 Se incorporan siete programas del sector salud a la estructura programática oficial.
- 1977 Se fusionan el INPI y el IMAN en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- 1977 Se crea una Subsecretaría de Planeación dependiente de la SSA que desapareció en 1980.
- 1978 Se creó Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública.
- 1978 Se crea el Gabinete del Sector Salud.
- 1978 Se establece con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación.
- 1979 Se establece el convenio IMSS-COPLAMAR.
- 1979 Se funda el Instituto de Psiquiatría.
- 1979 Se crea el Instituto de la Senectud.
- 1980 Se establecen metas para el sector salud 1980-1982, en el Plan Global de Desarrollo.
- 1981 Se creó el Comité Mixto Consultivo de Publicidad de Alimentos, Bebidas y Medicamentos.
- 1981 Se creó el Consejo Nacional Antialcohólico.
- 1981 Se crea el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

1981 Se decreta la fluoruración de la sal.

1981 Se expide la Ley de Protección al Ambiente.

1981 Se creó la Coordinación Nacional de Planificación Familiar.

EVOLUCION DE LA ECONOMIA MEXICANA. PRINCIPALES INDICADORES 1977-1981

| CONCEPTO Y UNIDAD | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| PRODUCTO INTERNO BRUTO | | | | | |
| Porcentaje de incremento anual real | 3.4 | 8.2 | 9.2 | 8.3 | 7.9 |
| Porcentaje de incremento anual nominal | 34.9 | 26.4 | 31.2 | 39.4 | 37.0 |
| INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR | | | | | |
| Porcentaje de incremento anual promedio | 28.9 | 17.5 | 18.2 | 26.3 | 28.0 |
| Porcentaje de incremento (diciembre a diciembre) | 20.7 | 16.2 | 20.0 | 29.8 | 28.7 |
| BALANZA DE PAGOS (en millones de dólares) | | | | | |
| Cuenta corriente | -1,596 | -2,693 | -4,871 | -7,273 | -12,544 |
| Balanza comercial | -1,054 | -1,854 | -3,162 | -3,747 | -4,510 |
| Exportaciones | 4,650 | 6,063 | 8,818 | 15,109 | 19,420 |
| Petroleras | 1,263 | 2,109 | 3,974 | 10,422 | 14,573 |
| Otras | 3,387 | 3,954 | 4,844 | 4,687 | 4,847 |
| Importaciones | 5,704 | 7,917 | 11,980 | 18,856 | 23,930 |
| Balanza de servicios | -542 | -839 | -1,709 | -3,526 | -8,034 |
| Ingresos | 4,527 | 5,590 | 7,446 | 9,815 | 11,390 |
| Egresos | 5,069 | 6,429 | 9,154 | 13,341 | 19,424 |
| Cuenta de capital | 2,276 | 3,254 | 4,533 | 11,948 | 21,860 |
| Errores y omisiones | -22 | -127 | 686 | -3,598 | -8,373 |
| Variación de la reserva del Banco de México | 657 | 434 | 419 | 1,151 | 1,012 |
| DEFICIT FINANCIERO DEL SECTOR PUBLICO (miles de millones de pesos) | 126 | 156 | 224 | 322 | 853 |
| RELACIONES CON RESPECTO AL PIB (porcentajes) | | | | | |
| Del déficit financiero del sector público | 6.8 | 6.7 | 7.3 | 7.5 | 14.5 |
| Del déficit en cuenta corriente de la balanza de pagos | 2.0 | 2.6 | 3.6 | 3.9 | 5.2 |

Fuente: Banco de México, "La actividad económica en 1982", en Comercio exterior, Vol. 33, Núm. 5, mayo de 1983. p. 463.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- AGLIETTA, Michael, Regulación y crisis del capitalismo. México, Siglo XXI, 1979.
- 2.- ALCOCER, Jorge, La política económica reciente. Tesis de licenciatura, Facultad de Economía, UNAM, 1980.
- 3.- ALVAREZ AMEZQUITA, José, et al., Historia de la salubridad y la asistencia pública en México. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
- 4.- BALIBAR, Etienne, Sobre la dictadura del proletariado. México, Siglo XXI, 1977.
- 5.- BANCO DE MEXICO, "La actividad económica en 1982", en Comercio exterior, Vol. 33, Núm. 5, mayo de 1983.
- 6.- BORTZ, Jeff, "El salario obrero en el Distrito Federal 1939-1975", en Revista Coyoacán, Núm. 2, enero-marzo, 1978. México.
- 7.- BRAVERMAN, Harry, Trabajo y capital monopolista. México, Nuestro tiempo, 1980.

- 8.- BRUNHOFF, Suzanne de, Estado y capital. Madrid, Villar, 1978.
- 9.- CEUTES, La disponibilidad de recursos tecnológicos en la medicina mexicana. México, Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud. 1983. Mimeo.
- 10.- CIDE, Revista de Economía Mexicana, Núm. 5. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 1983.
- 11.- COPLAMAR, Necesidades esenciales en México: salud, situación y perspectivas al año 2000. México, Siglo XXI, 1982.
- 12.- CORDERA CAMPOS, Rolando, "Estado en el capitalismo tardío y subordinado. Síntesis de un caso pionero. México 1920-1970". México, Fondo de Investigación Económica, Núm. 123, Escuela Nacional de Economía, UNAM, 1972.
- 13.- CORDOVA, Arnaldo, La política de masas del cardenismo. México, Era, 1974.
- 14.- CORREA VAZQUEZ, M. E., "Capital monopolista, Estado e instituciones de salud, en México 1940-1978". en Investigación económica, Núm. 158, Vol. XL, octubre-diciembre de 1981, UNAM, México.
- 15.- DESFE, 1979: ¿la crisis quedó atrás?. México, Taller de Coyuntura de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Economía, UNAM, 1979.

- 16.- DIERCKSENS, Wim, "La reproducción de la fuerza de trabajo y la salud", en Revista centroamericana de ciencias de la salud, Núm. 13, mayo-agosto, 1979, San José, Costa Rica.
- 17.- DOBB, Maurice, Economía política y capitalismo. México, FCE, 1974.
- 18.- ENGELS, Friedrich, Anti-Duhring: la subversión de la ciencia por el señor Eugen Duhring. México, Grijalbo, 1962.
- 19.- EVOLUCION HISTORICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. México, IMSS, 1980.
- 20.- GARCIA CRUZ, M., La seguridad social en México. México, Costa Amic, 1973.
- 21.- GIL CORRALES, M., El papel del desarrollo económico y social en la atención de la salud. México, Reunión Anual de la Salud Pública, 1976.
- 22.- GILLY, Adolfo, La revolución interrumpida. México, El caballito, 1975.
- 23.- _____, "Curva de salarios y conciencia obrera", en Revista Coyoacán, Núm. 2, ene-mar, 1978. México.
- 24.- GONZALEZ CASANOVA, Pablo, México hoy. México, Siglo XXI, 1978.
- 25.- GONZALEZ, Francisco y DIAZ LOMBARDO, J., El derecho social y la seguridad social integral. México, Textos universitarios, UNAM, 1973.

- 26.- GONZALEZ GARZA, G., Seguro social y asistencia pública, ponencia presentada al Primer Congreso Nacional de Asistencia, IMSS, México, s/f.
- 27.- GRAMSCI, Antonio, Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre estado moderno. México, Juan Pablos, 1975.
- 28.- GRIBOMONT, C. y RIMEZ, M., "La política económica del gobierno de Luis Echeverría (1971-1976): un primer ensayo de interpretación", en El trimestre económico, Vol. XLIV(4), Núm. 176, oct-dic, 1977. México.
- 29.- IMSS, El seguro social: su origen, concepto y evolución hacia la seguridad social. México, IMSS, 1980.
- 30.- ISSSTE, Programa de acción 1980-1982 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México, ISSSTE, 1979.
- 31.- INFORME DEL PRESIDENTE PLUTARCO ELIAS CALLES, 1927-1928. México. Fotocopia.
- 32.- "INSTITUCIONES DE SALUD", en Mínimos de bienestar, Núm. 4, Salud, México, 1979.
- 33.- KAPLAN, Marcos, Estado y sociedad. México, UNAM, 1978.
- 34.- LAURELL, Asa Cristina, "Crisis y salud en América Latina", en Cuadernos políticos, Núm. 33, 1982. México, Era.

- 35.- LAUTIER, R. y TORTAJADA, L., La fuerza de trabajo como mercancía particular. Bruselas, Asociación para la Crítica de las Ciencias Económicas y Sociales, 1977.
- 36.- LABARCA, Guillermo, Para una teoría de la acumulación capitalista en América Latina. México, Nueva imagen, 1979.
- 37.- LOPEZ ACUÑA, D., La salud desigual en México. México, Siglo XXI, 1980.
- 38.- MANDEL, Ernest, La crisis (1974-1980). México, Era, 1979.
- 39.- MANUAL DE ORGANIZACION DEL PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD EN AREAS MARGINADAS. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1981.
- 40.- MARX, Carlos, La sagrada familia y otros escritos filosóficos de la primera época. México, Grijalbo, 1962.
- 41.- _____, El Capital. Crítica de la economía política. 7a. reimpresión. México, FCE, 1975. Tomos I, II y III.
- 42.- "MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL", en Colección de Manuales IMSS-COPLAMAR, Núm. 1, México, 1979.

- 43.- MORENO, P. y REDORTA, G. E., Notas para el análisis de la política del sector salud: el caso del IMSS-COPLAMAR (1979-1984). Material docente, CIDE, México, 1984.
- 44.- NETTER, F., La seguridad social y sus principios. México, IMSS, 1982.
- 45.- NUEVO CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. México, Editores unidos mexicanos, 1976.
- 46.- NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL. Diario Oficial 30 de diciembre de 1971. México, 1972.
- 47.- O'CONNOR, J. M., Estado y capitalismo en la sociedad norteamericana. Buenos Aires, Periferia, 1974.
- 48.- ORTIZ QUEZADA, F. (comp.), Vida y muerte del mexicano. México, Folios, 1982.
- 49.- OMS, Procesos de administración, planificación e información de salud. Propositiones de cambio y estrategias de salud para la década 1971-1980. Washington, D. C., OMS, Reunión de Ministros de Salud de las Américas, Chile, 1972.
- 50.- PEREYRA, Carlos, Los límites del reformismo, en Cuadernos políticos, Núm. 1, México, Era, 1971.
- 51.- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, Decreto constitucional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, Presidencia de la República, 1977.

- 52.- PRIMER PLAN SEXENAL DE GOBIERNO DEL PNR (1934-1940).
México, 1976. Fotocopia.
- 53.- RAJCHENBERG, Enrique, El Estado y la reproducción de la fuerza de trabajo. Tesis doctoral, División de Estudios Superiores, Facultad de Economía, UNAM, 1982.
- 54.- SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA, México a través de sus informes presidenciales. Tomos: salud y salubridad pública. México, Secretaría de la Presidencia, 1976.
- 55.- SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO, Convenio IMSS-COPLAMAR, para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, solidaridad social por cooperación comunitaria, Plan Global de Desarrollo 1980-1982. México, 1979.
- 56.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Resumen de la Conferencia en Alma-Ata, URSS, septiembre de 1979, en Salud pública en México, Núm. 6, Vol. XX, 1978. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- 57.- _____, Plan de atención primaria en áreas marginadas en el Distrito Federal. Resumen. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1979.
- 58.- _____, Primera Convención Nacional del Sector Salud. Memoria, Tomo I. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1974.

- 59.- _____, Programa de Atención a la Salud de la Población Marginada de las Grandes Urbes. Programación de actividades. México, Secretaría de Salud y Asistencia, 1981.
- 60.- SONNTANG, H. R. y VALECILLOS, H. (comps.), El Estado en el capitalismo contemporáneo. México, Siglo XXI, 1979.
- 61.- TELLO, Carlos, "La disputa por la Nación", en Nexos, Núm. 24. México, 1979.
- 62.- TERRIS, Milton, La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI, 1981.
- 63.- TIMIO, Mario, Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferenciada. México, Nueva imagen, 1981.
- 64.- VALENZUELA, José, Estado y reproducción de la fuerza de trabajo. México, s/f. Mimeo.
- 65.- VINCENT, J. M., et al., El Estado contemporáneo y el marxismo. México, Departamento de Difusión de la Facultad de Economía, UNAM, s/f.
- 66.- VUSKOVIC, Pedro, "América Latina ante los nuevos términos de la División Internacional del Trabajo", en Económica de América Latina, Núm. 2, marzo de 1979. México, CIDE.
- 67.- WILKIE, J. M., La Revolución Mexicana 1910-1976: gasto federal y cambio social. México, FCE, 1978.

INFORMACION ESTADISTICA BASICA

- 68.- BANCO DE MEXICO, S. A., Informes anuales, varios años
- 69.- _____, Indicadores económicos (varios números, 1972 a 1978).
- 70.- _____, Información económica. Producto interno bruto y gasto. Cuaderno 1960-1977.
- 71.- DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, Censos agrícolas, industriales, de población y de servicios.
- 72.- NACIONAL FINANCIERA, S. A., Statistics on the Mexican economy. México, NAFINSA, 1977.
- 73.- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, Estadísticas socio-demográficas del sector salud. México, Presidencia de la República, 1974.
- 74.- SECRETARIA DE PATRIMONIO Y FOMENTO INDUSTRIAL, La estructura de la oferta y demanda en México, 1975. Matrices de relaciones intersectoriales. Estudios sobre programación industrial I. México, SPFI, 1978.
- 75.- SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO, Plan Global de Desarrollo, 1980-1982. México, SPP, 1979.