

29
29



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA FUNCION DEL TRABAJO SOCIAL
EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

ROSAURA UNZUETA VAZQUEZ

ENERO 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.

I N D I C E

CAPITULO I - LA SITUACION DE SALUD EN MEXICO.

- 1.1. MARCO CONCEPTUAL.
- 1.2. DETERMINANTES DE SALUD.
- 1.3. NECESIDADES DE SALUD.
- 1.4. EL PANORAMA DE MORBI-MORTALIDAD.
- 1.5. SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD.
 - 1.5.1. PRODUCCION DE LOS SERVICIOS.
 - 1.5.2. INTERVENCION DEL ESTADO EN LA PRODUCCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
 - 1.5.3. LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.
- 1.6. FORMA DE CONSUMO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 1.7. TENDENCIAS ACTUALES DEL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO. EL PROCESO DE UNIFICACION.
- 1.8. LAS PROPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

CAPITULO II - EL TRABAJO SOCIAL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

- 2.1. DEFINICION DE TRABAJO SOCIAL.
- 2.2. DESARROLLO HISTORICO.
- 2.3. MOVIMIENTO DE RECONCEPTUALIZACION.
- 2.4. EL RECONOCIMIENTO DEL ESTADO, DE LAS INSTITUCIONES Y DE LAS POLITICAS SOCIALES Y ECONOMICAS, ULTIMO Y DEFINITIVO CAMPO DE ACCION.
- 2.5. LA INCORPORACION DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.
 - 2.5.1. LA PARTICIPACION DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD.
 - 2.5.2. FUNCIONES Y ACTIVIDADES.

**CAPITULO III - UNA PROPUESTA ALTERNATIVA EN EL DESARROLLO DE
LAS FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LAS
INSTITUCIONES DE SALUD.**

CONCLUSIONES.

SUGERENCIAS.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo surge de la necesidad de sistematizar el trabajo cotidiano en el campo de la salud para poder plantear una alternativa con un contenido ideológico y político diferente, de ahí la necesidad de hacer un análisis profundo de la situación de salud en México incursionando en el conocimiento de las funciones y actividades desempeñadas por trabajadores sociales.

El trabajo social ha incursionado frecuentemente en este campo, algunas veces con conciencia plena del terreno que pisa, las más de ellas como una necesidad circunstancial y temporal de contratarse como fuerza de trabajo; como quiera que sea, el sistema de salud se ha constituido en el campo de mayor abordaje profesional de los trabajadores sociales.

El eje central de este proceso de investigación lo constituye el sistema de prestación de los servicios de salud y el comportamiento que a su interior guarda el trabajo social, es decir, a partir de aquí ubicamos al profesional en el contexto de unas relaciones de producción a través de las cuales se producen los servicios de salud.

El desarrollo de este trabajo parte de la interpretación general

de que la situación de salud está condicionada fundamentalmente -- por la estructura económica y por su parte el sistema de presta-- ción de los servicios de salud se encuentra determinado y dirigido en forma piramidal por el Estado a través de la política de se-- lud y del aparato institucional.

El trabajador social como trabajador de la salud desempeña sus -- funciones en el contexto de este aparato como parte del funciona-- miento general de la institución; en la base de la estructura se encuentra formando parte del equipo de salud que produce los ser-- vicios recibidos por la población, es decir, se coloca en el mo-- mento preciso de contacto entre la institución y la población.

Por razones de su propio trabajo, los trabajadores sociales se li-- oan a las rutinas y hechos cotidianos del quehacer económico y so-- cial, se ubican en el seno mismo de las contradicciones de clase, manteniendo una estrecha relación con la clase proletaria, lo que en un momento determinado les abre la posibilidad de obtener una visión crítica de la realidad, que les permite presentar alterna-- tivas concretas cuando se suman a la lucha política por la trans-- formación de la sociedad.

Por esta razón la necesidad de sistematizar el trabajo cotidiano cobra una importancia fundamental, porque, además de colaborar -

en la formación profesional y política del trabajador social aporta elementos para interpretar la situación de los grupos sociales que reciben servicios de salud.

La metodología para elaborar este trabajo combina la investigación de tipo documental y la investigación de campo, para conocer las actividades de investigación desarrollados por los trabajadores sociales en las instituciones de salud, la investigación de campo se realizó en los meses de mayo y junio de 1982 en el Distrito Federal; los resultados de esta investigación deben ser interpretados dentro del marco de supuestos generales sujetos a determinada variabilidad conforme al marco de interpretación personal que la guía.

Se parte del supuesto fundamental de que los trabajadores sociales devalúan el contenido de sus acciones, de ahí que haya pues que hacer esfuerzos por sistematizarlas y utilizarlas como fuente de reflexión colectiva de la situación social del país y mucho menos del carácter político de las acciones profesionales.

La tesis se compone de tres capítulos. El primero estudia la situación de salud en México, se inicia con un marco conceptual que precisa los determinantes socioeconómicos y la satisfacción de las necesidades básicas como causa fundamental del panorama de

de salud, entendiendo que la producción de estos servicios comparte junto con los demás productos, las mismas leyes de la producción del sistema capitalista, convirtiéndose finalmente en una mercancía; aborda la intervención directiva del Estado en este proceso de producción y señala las características generales del aparato burocrático a través del cual se administra la distribución de los servicios, finalmente incorpora algunos señalamientos sobre la forma de consumo de dichos servicios. Como parte del análisis incluye algunos datos sobre las tendencias actuales del sistema, especialmente lo relacionado con el proceso de unificación, los datos únicamente se quedan hasta las últimas propuestas en el sexenio 1976-1982 del Lic. José López Portillo, y algunos de los acontecimientos a partir de enero de 1983.

El segundo capítulo aborda los planteamientos específicos del trabajo social partiendo de una definición que considera a éste, como una disciplina de las ciencias sociales que pretende conocer la problemática social e intervenir de manera sistemática en su transformación; incluye elementos para su comprensión histórica y metodológica como una forma de acercarse a la interpretación y ubicación de las funciones del trabajo social en el aparato del Estado como ejecutor de las políticas sociales y como trabajador de las instituciones de salud, incorporando al trabajador social

como miembro del equipo de salud.

Finalmente en el tercer capítulo se hace un planteamiento para dar una orientación y un contenido distinto al desempeño de las funciones consideradas como tradicionales en el campo de la salud.

CAPITULO 1 - LA SITUACION DE SALUD EN MEXICO.

- 1.1. Marco conceptual.
- 1.2. Determinantes de la salud.
 - 1.2.1. Modo de producción.
 - 1.2.2. Estructura demográfica.
 - 1.2.3. Estructura de clases.
- 1.3. Necesidades de salud.
 - 1.3.1. Condiciones generales de trabajo.
 - 1.3.2. Condiciones generales de vida.
- 1.4. Panorama de morbi-mortalidad.
- 1.5. Sistema de atención de la salud.
 - 1.5.1. Producción de los servicios de salud.
 - 1.5.2. Intervención del Estado en la dirección del Sistema de Salud.
 - 1.5.3. Las instituciones del Sector Salud.
 - 1.5.3.1. Servicios.
 - 1.5.3.2. Gastos.
 - 1.5.3.3. Cobertura.
 - 1.5.3.4. Recursos.
 - 1.5.3.5. Estructura y Organización.
 - 1.5.3.6. Programas.
- 1.6. Forma de consumo de los servicios de salud.
- 1.7. Tendencias actuales del Sistema de Salud en - México. El proceso de unificación.
- 1.8. Las proposiciones en materia de Salud en el Plan Nacional de Desarrollo.

1 - MARCO CONCEPTUAL

Hoy en día después de un largo recorrido conceptual sólo es posible entender la salud vinculada a los aspectos sociales, pero esta vinculación puede ser interpretada en dos sentidos, -- primero como una interpretación complementaria, no fundamental "La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o afección" y -- la otra, la que interpreta la causalidad social como estructural y determinante "El proceso salud-enfermedad es un fenómeno histórico y colectivo condicionado por la forma en cómo el hombre se relaciona con la naturaleza y cómo a su vez es transformado por ella, así como por las relaciones que establece --

- (1) Definición de salud propuesta por la O.M.S. desde 1945, asumida por el Plan Global de Desarrollo. LOPEZ Portillo José. "Plan Global de Desarrollo 1980-1982" México 1980. 1a. Ed. p. 350.

con otros hombres a través de las relaciones de producción". (2).

El fenómeno salud-enfermedad está estrechamente vinculado al proceso de producción en dos sentidos: primero por la conformación del proceso como un fenómeno humano en tanto participación en el proceso de trabajo y como reproducción del hombre mismo, y, se--gundo, a partir de la producción de los servicios de salud como una respuesta colectiva para enfrentar esta problemática, identificando esta respuesta colectiva como una de las funciones del - Estado.

"El hombre al participar en el proceso productivo se consume, - es decir, invierte o gasta su energía, este desgaste está condicionado por el grado de desarrollo de los instrumentos y medios de trabajo y por las características del momento reproductivo - que está determinado por la forma de consumo de los productos generados durante la producción. De esta forma repondrá de distintas maneras el desgaste energético consumido durante el mo--mento productivo" (3).

En este planteamiento se concretan los elementos de comprensión materialista del concepto de salud.

(2) QUIÑONEZ Valenzuela Alfonso "Ciencias de la Salud 1" - Colegio de Bachilleres, Sistema Enseñanza Abierta - Publicaciones Culturales, S.A. México, D.F. 1979. p. 21.

(3) MERCADO Calderón Fco. "Medicina Para Quién" Op.cit.p. 29.

- a) El hombre al participar en el proceso productivo se consume, es decir, invierte o gasta su energía; en este primer momento se identifica el acto individual y biológico de la salud en relación a la capacidad del funcionamiento del hombre para incorporarse al desempeño de las funciones socialmente necesarias y consecuentemente el desgaste físico que por este motivo sufre, este momento es denominado momento productivo en su relación con la salud.
- b) Este desgaste está condicionado por:
- 1- El grado de desarrollo de los instrumentos y medios de trabajo, lo que implica el reconocimiento del grado de desarrollo tecnológico del país.
 - 2- La forma y el lugar desempeñado en la organización social -- del trabajo, que se determina a partir de la división técnica, dentro del cual juega un papel importante la capacitación y el desarrollo cultural.
 - 3- La posición dentro de la división social, es decir, el carácter de propiedad y no propiedad sobre los medios de producción, lo que define la estructura de clases del sistema económico y a su vez los mecanismos de distribución de la producción.
 - 4- Las características del momento reproductivo del hombre que está definido por las leyes de distribución que determinan a su vez la forma de consumo de los productos generados duran-

te la producción, generándose en esta instancia la reproducción misma de la fuerza de trabajo y del hombre como ente humano y como clase social.

Todos estos elementos permiten que el análisis del concepto salud-enfermedad rebase el planteamiento biológico-individual y se incorpore al planteamiento colectivo-económico de la esfera de producción.

Este concepto se amplía aún más cuando se consideran las condiciones en las que vive ese individuo y su familia y los riesgos a los que están expuestos, en este caso, se incluye el señalamiento para accidentes.

Por otra parte, si bien es cierto que la herencia domina todos los aspectos de la vida humana y un recién nacido puede estar ya privado de su potencialidad genética para una vida sana, el programa genético es también influenciado y determinado por factores ambientales.

2 - DETERMINANTES DE SALUD.

De esta manera, caracterizar el panorama de salud implica por tanto definir la estructura de la organización social misma, es decir, el modo y la forma en la cual se establecen las relaciones de producción y bajo qué tipo de contrato social se organiza la sociedad.

2.1. MODO DE PRODUCCION.

"México es un país capitalista, industrial-agrario, con desarrollo medio y dependiente del imperialismo. Se define como capitalista porque en sus relaciones de producción, distribución e intercambio dominan las relaciones capitalistas; es decir, que sobre los medios de producción se establece la propiedad privada, y por tanto, el proceso productivo obedece a las normas que impone el carácter de esta propiedad. Esta caracterización no excluye la posibilidad de la existencia de formas no capitalistas de producción (como la pequeña propiedad campesina o artesana), sino que plantea el carácter dominante de las relaciones capitalistas y el carácter subordinado de otras formaciones socioeconómicas" (4).

A partir de 1950, la estructura productiva en México, que anteriormente apoyaba su desarrollo en el sector agrícola, manifiesta cambios sustanciales aumentando su participación la industria y el sector terciario en el producto global.

Este proceso de industrialización ha estado ligado simultáneamente a una creciente dependencia tecnológica e industrial respecto al exterior, que impidió al país desarrollar una estructura tecnológica propia.

(4) UNZUETA, Gerardo "Socialismo I" Revista de Teoría Política del Partido Comunista Mexicano. Talleres Gráficos de México. México 1975. p. 11.

En la actualidad mucha de la tecnología que se usa, es comprada al extranjero, junto con la capacidad intelectual para hacerla operar. Esta tecnología, la mayor parte de las veces, es diez años más atrasada que la que utilizan los países desarrollados en el momento de la compra.

Existen muchos indicadores que permiten identificar la dependencia de nuestro sistema al imperialismo, sobre todo norteamericano, entre los más objetivos encontramos la deuda externa que para la devaluación de 1982 presentaba un total de --- 80,000 millones de dolares -la más grande de todo el mundo.

2.2. ESTRUCTURA DEMOGRAFICA.

En el censo de 1980, México contaba con una población de --- 69'346,900 habitantes, de los cuales el 50.4 % era del sexo masculino y el 49.6 % femenino. En la distribución por grupos de edad se observó que el 45.2 % se encontraba entre 0-14 años, esta proporción caracterizó a nuestra población como predominantemente joven y potencialmente fecunda, lo que hace pensar en un ritmo importante de crecimiento demográfico. En los años de 1940 a 1970 la población experimentó una rápida aceleración y su ritmo de crecimiento ha sido en promedio de 3 % anual. Este aumento de la población ha tenido importantes consecuencias sociales y económicas, la población se ha rejuvenecido aún más, lo que aumenta las tasas de depen--

dencia, la población rural ha venido sufriendo una disminución relativa, con el consiguiente fenómeno de la gran macrocefalia urbana debido a un crecimiento anárquico y sin control. Todos estos elementos condicionan una creciente agudización de las contradicciones fundamentalmente en el proceso distributivo.

"Para el conjunto del país, la fuerza de trabajo-población entre 12 y 64 años- representa el 60% de la población, lo cual indica una carga teórica de dependencia familiar de 1.69 personas por individuo. Sin embargo, la carga de dependencia real, respecto a los ocupados resulta mucho más onerosa y, por cada mexicano ocupado hay 3.46 que dependen de él. (5).

Esta situación puede ser también vista de otra manera; ateniéndose a una operación aritmética elemental entre los dos datos de población económicamente activa y posición en el trabajo, el resultado son 5 millones de desempleados que constituyen el ejército industrial de reserva, personas que en tanto se encuentran incorporadas dentro de este amplio sector son objeto de la agresión más dramática de las incongruencias del sistema, y en lo que a salud toca, carecen de elementos suficientes para la satisfacción de sus necesidades básicas, forman parte de los solicitantes de la atención médica, de la asistencia pública o privada.

(5) ANUARIO ECONOMICO DE MEXICO 1982. Edit. Somos. p. 82

2.3. ESTRUCTURA DE CLASES.

Según el último censo, el 27.84 % de la población (es decir, 23.7 millones de habitantes) es considerada como población - económicamente activa, de este total, dentro de un análisis de la estructura de clases sociales, encontramos que "... en su conjunto, la burguesía representa menos del 3 % de la población económicamente activa, y la proporción de trabajadores asalariados es de un 75 % aproximadamente" (6).

En un estudio sobre las características del ingreso se indica que en 1979, los asalariados reciben el 36.76% del ingreso total bruto, en tanto que el 46.31% corresponde al excedente de explotación, y si tomamos en cuenta la estructura de clases entenderemos porqué "más del 70% de la población - se constituye con familias que empiezan a incorporarse a un nivel de vida que traspone apenas el umbral de la pobreza, - en tanto que la burguesía (menos del 3% de la población activa) dispone de más del 25% de ingreso global disponible; la capacidad de gasto de estas últimas en términos redondos es 50 veces más elevada que el de las primeras" (7).

En los últimos 10 años el crecimiento de salarios mínimos con los cuales el trabajador intenta satisfacer sus necesidades bá

(6) CARMONA, Fernando "El Estado: Determinante de la Sociedad Civil en el CEM" Estrategia N° 38. Publicaciones Socialistas Marzo/Abril 1981.

(8) ANUARIO ECONOMICO DE MEXICO 1982. Op.cit. p.53.

sicas, ha sido del 24.9 en 1970 al 79.4 en 1979, en tanto que el índice de la vida obrera a alcanzado un crecimiento aproximado del 538.9 en 1977" (9).

Estas cifras están determinadas dentro de un contexto general de la economía mexicana, que se caracteriza por un importante estancamiento de la producción, por un alto nivel de inflación y por un importante crecimiento del desequilibrio externo.

La distribución del ingreso, producto de la organización de la producción de la política económica en México, privilegia de manera importante a la burguesía (incluso con ganancias más elevadas que en otros países, también capitalistas), aún cuando el Plan Nacional de Desarrollo plantea el propósito del Estado, de reorientar el cuadro distributivo a través de las políticas sociales, sin embargo, la situación real de la economía manifiesta una confiscación de los beneficios de la producción a la clase trabajadora a través de la política salarial y en el índice de precios al consumidor.

Ahora entremos a la reflexión sobre el momento reproductivo del hombre como una segunda instancia de análisis del proceso salud-enfermedad, entendiendo por este, la forma a través de -

(9) Varios autores "México Hoy" Siglo XXI Edit. México 79- 4a. Ed.

la cual se consumen los productos generados durante el proceso de producción, bajo las leyes que imponen el proceso de distribución capitalista, es decir, las ganancias al patrón y el salario al trabajador.

1 - NECESIDADES DE SALUD.

"La actividad de cualquier organismo está dirigida a satisfacer las necesidades de aquello que le es indispensable para prolongar y mejorar la calidad de vida. El hombre como cualquier organismo tiene necesidades que satisfacer para poder conservar su existencia. "De estas, unas son más necesarias o elementales que otras por ejemplo la alimentación, el vestido, la vivienda. La forma de satisfacer las necesidades cambia según el momento histórico que se vive" (10). A medida que se satisfacen dichas necesidades aparecen otras nuevas, así sucede que al quedar cubiertas las necesidades básicas primarias o elementales, surgen las llamadas "necesidades superiores", caracterizadas por requerir de otro tipo de satisfactores como el arte, los conocimientos, la educación, el uso de objetos creados por el hombre, etc.; estas son de carácter social, su satisfacción no conduce directamente a suprimir una u otra necesidad biológica del organismo, son motivadas por las condiciones de vida de la sociedad.

(10) SANDOVAL, Silva Rebeca "Necesidades de Salud y Recursos para la Atención Médica en México" p. 1.

De esta manera el hombre en su doble carácter de ser biológico y social se ve requerido de dos tipos de necesidades : biológicas y sociales.

El logro de la satisfacción de las necesidades humanas proporciona al individuo una situación de bienestar, de desarrollo de sus facultades y aspiraciones.

El grado de satisfacción de todo tipo de necesidades depende de las características económicas de la sociedad, que resultan de las relaciones de producción establecidas. En una sociedad en la que existen clases sociales antagónicas, las condiciones de vida y la satisfacción de necesidades básicas es diferente.

"Si se entiende la salud como un proceso dinámico-histórico, relacionados con la estructura económica de la sociedad, en la cual el individuo mantiene sus condiciones estructurales y funcionales para el desempeño adecuado de su papel en la sociedad se desprende por tanto que la salud es por una parte el resultado de la satisfacción de las necesidades del individuo y a su vez se torna en una necesidad que hay que satisfacer" (11).

De esta manera los indicadores para valorar el estado de salud de una colectividad, serán las condiciones del medio que permi
(11) Ibid. p. 2.

ten satisfacer las necesidades esenciales del individuo, los daños a la salud y a la integridad física y las actividades sanitarias con las que se enfrentan dichos daños.

En relación a las condiciones del medio se contemplan las condiciones generales de trabajo y las condiciones generales de vida como determinantes del rendimiento y la salud de los individuos. Entendemos el rendimiento vinculado, no únicamente a la esfera de la producción material y económica sino relacionado con todas las esferas de la producción humana, como son la científica, la cultural, la deportiva y la artística.

3.1. CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO.

Existen pocos estudios para determinar las formas y las facetas de incorporación del hombre, el proceso productivo y por tanto, es un aspecto que limita al estudio correlacionado salud-productividad. Sin embargo existe una clara evidencia de esta correlación; la lógica del sistema capitalista establece, mayor preferencia a la preservación de capital que a la fuerza de trabajo, y cuando se destinan recursos de apoyo a la última, finalmente se identifica que el objetivo es la preservación del capital.

"En México, la política de apoyo al capital tiene su complemento en el control del movimiento obrero desde el momento en que

se entró en una fase de industrialización acelerada era necesario garantizar la contención de las luchas reivindicativas. Este freno permite entender el nivel salarial bajo y además explica porqué las medidas de protección al trabajador en los centros de trabajo se encuentran a un nivel rudimentario, mientras que todos los mecanismos de intensificación de trabajo son impulsados" (12).

3.2. CONDICIONES GENERALES DE VIDA.

Otro elemento determinante para condicionar el rendimiento, y por tanto la salud, son las condiciones generales de vida, es decir, la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas, individuales y colectivas, este concepto de necesidad a fin de -- identificarlo con la literatura en el campo de la salud, lo uniformaremos con el nivel de vida o mínimos de bienestar, ya que a su vez permite establecer la vinculación entre economía, desarrollo social y salud.

El Plan Nacional de Desarrollo, que se constituye en el instrumento programático fundamental del gobierno en los años de 1983-1988, establece siete elementos correspondientes a las necesidades básicas fundamentales a saber, alimentación, educación y salud, seguridad social, desarrollo urbano, vivienda y medio am

(12) LAURELL A. C. citada por Crerenna Pedro en "Un Pueblo sin Salud" Seis Aspectos del México Real, Universidad Veracruzana. México 1979. p. 178.

biente.

En este trabajo únicamente nos referiremos a cuatro de las nece-
sidades básicas y su relación con la salud.

3.2.1. ALIMENTACION.

La desnutrición, que es quizá la condición más importante para determinar el rendimiento, en 1976 se clasifica dentro de las veinte primeras causas de mortalidad en las estadísticas nacionales, pero si revisamos la información presentada por el Sector Salud, encontraremos que en las dos principales causas de morbilidad, las gastroenteritis y las neumonías, la relación causal con la desnutrición es bastante clara. Mueren muchas por estos padecimientos los niños desnutridos que los bien-nutridos.

La desnutrición no es sólo una enfermedad de gran magnitud en cuanto al número de muertes que causa, sino que también es de gran trascendencia, ya que los niños que la padecen en edades tempranas, se ven limitados en su crecimiento, en su desarrollo y en su capacidad intelectual, es decir, en su rendimiento general. "Existen numerosos estudios que plantean que la mala alimentación desposee a millones de personas de la cuarta parte de su vida activa, su vitalidad, su bienestar y su libertad por exceso de fatiga" (13).

(13) TERRIS, Milion "La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social" S. XXI Edit. Trad. - México 1980.

La capacidad de rendimiento del individuo está directamente re-lacionada con la nutrición, los indicadores de crecimiento y -desarrollo y aptitud física e intelectual reflejan sensiblemente esta correlación.

"Existe una gran diferencia de peso y talla en los niños de -- países desarrollados para con los de los subdesarrollados, y -- para agregar a esto, si uno quiere medir oportu--dades por cla--se social, las diferencias son espectaculares; los niños bur--gueses mexicanos crecen como el norteamericano promedio, y las clases proletarias, crecen mucho menos" (14)!

En México la disponibilidad de alimentos promedio por habitan--te, con relación a la producción manifiesta una profunda cri--sis con relación a otros países en peores condiciones geográfi--cas y climatológicas que el nuestro; crisis que debido a la es--tructura de clases y a la reducción de la capacidad de ingreso de las clases trabajadoras afecta fundamentalmente a esta últi--ma.

La dieta del mexicano que dispone en el mejor de los casos del salario mínimo, es muy raquítica, su consumo de calorías no le permite cubrir sus requerimientos más elementales.

(14) ESCUDERO, José Carlos "La Desnutrición en América Latina" en Medicina Para Quién. op. cit. p. 131.

La desnutrición en nuestro país afecta fundamentalmente a la - clase proletaria, manifestándose en proporciones más alarmantes en el medio rural donde "la dieta es muy simple y monótona, basada en tortillas y frijoles. El consumo energético por persona y por día varía entre 1500 y 2100 calorías, dependiendo de la región y sobre todo de la época del año; o sea un régimen se mejante al descrito para la población de la India y Egipto" (15)

3.2.2. VIVIENDA:

Las condiciones de la vivienda pueden ser analizadas desde dos puntos de vista, el primero, en su nivel sanitario general, es decir, la identificación de aquellas condiciones que permiten o impiden la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas, - como son el hacinamiento y la disposición de agua y drenaje.

Según el censo de 1980 existían 11'156,229 viviendas y un défi cit de cuatro millones, el 63.5 % de las viviendas tienen uno o dos cuartos y el promedio de personas por vivienda es de 5.5 del total de estas únicamente 9'108,078 disponen de energía - eléctrica, el 84.3 % dispone de drenaje y el 41.6 % de baño. - El resto carece de tales servicios y debe considerársele como población de grandes carencias y sujeta a condiciones de agresión de medio ambiente y del sistema económico en "su derecho a la salud".

(15) LOPEZ ACUÑA, Daniel "La Salud Desigual en México" S. XXI Edit. México 1980, 1a. Ed. p.

Ante este panorama, en el Informe de Gobierno de 1982 se dice "al término de este año el 66 % de la población dispondrá de agua potable y el 36 % tendrá acceso a los servicios de alcantarillado y, para fines de 1982 se espera que el 72 % y el 38% respectivamente goce de este servicio"

El otro punto de vista que permite estudiar la correlación entre vivienda y salud, es la condición de bienestar que proporciona la posibilidad de disponer de una casa con condiciones mínimas de saneamiento y de confort, estos elementos, van desde las características de la construcción hasta las condiciones de iluminación, ventilación, etc.

El 21 % de las viviendas tiene piso de tierra, aproximadamente el 50 % está construida con material de tabique, tabicón o block en sus paredes, y, en los techos menos del 50 % dispone de losa o concreto. Estos datos reflejan que cerca de la mitad de la población no puede hablar de confort en la vivienda como elemento coadyuvante en el nivel de salud.

3.2.3. EDUCACION.

Entendemos la educación y su relación con la salud desde dos -- perspectivas, la primera como forma de acceder a los beneficios producidos como patrimonio cultural, en este sentido se considera como una forma de participación del producto social global,

cuya magnitud depende del desarrollo y la organización social del país. Y la otra, la entendemos como forma de adquirir los elementos racionales que permiten al individuo comprender los procesos que rigen el desarrollo del universo, de la naturaleza, del ser humano y por tanto, de la salud.

Por esta razón, el dato promedio de que la población mexicana no rebasa el nivel de instrucción primaria, el dato estadístico de que el 16.1 % de la población es analfabeta (predominante mente en el área rural) y la existencia de 84,341 escuelas que cuentan con 656,823 recursos para la docencia e instruyen a -- 20'539,000 alumnos en los diferentes grados, comparados con las necesidades del 45 % de la población menor de 15 años. (aproximá damente 35 millones) indican que 15 millones de habitantes en edad escolar, no pueden incorporarse al Sistema Nacional de Educación, constituyéndose en serios obstáculos para difundir conocimientos ligados a prácticas sanitarias que promuevan la salud.

4 - PANORAMA DE MORBIMORTALIDAD.

Finalmente entraremos a las consideraciones de los indicadores clásicos del nivel de salud y que según el Plan Nacional de Desarrollo constituye uno de los elementos de los mínimos de Bienestar Social.

Los indicadores para valorar los daños a la salud contemplan la morbilidad, la cronicidad, la invalidez y la mortalidad. De los dos primeros los datos de que se dispone son parciales y poco confiables, en relación a la invalidez se estima que un 7 % de la población sufre de algún tipo de ésta, lo que representa más de 5 millones de personas inválidas, de este, 60 % son menores de 14 años y 35 % se encuentra en edad productiva.

Los indicadores más precisos son la natalidad y la mortalidad, ya que concretan los efectos del aprovechamiento de los mínimos de bienestar y la efectividad del uso de los recursos de salud y reflejan la forma "natural" del crecimiento de la sociedad.

Para 1975 la esperanza de vida al nacer, en hombres era de 62.8 años y en mujeres de 66.6. Si observamos la reflexión que sobre esta cifra presenta el Plan Global de Desarrollo, en donde se compara la evolución de este indicador de 1930 a la fecha, plantea un gran avance de las condiciones generales de vida, sin embargo, al establecer comparaciones con otros países, todavía estamos muy lejos de alcanzar niveles satisfactorios de desarrollo.

Para 1978 las estadísticas de salud presentaban una tasa de natalidad de 38 nacimientos por cada mil habitantes y de mortali-

lidad, también por cada mil, de 64, lo que implica un crecimiento demográfico rápido con la consecuente incapacidad de satisfacer las necesidades de la población creciente.

Debido a la inadecuada notificación y registro de la morbilidad es difícil cuantificar la magnitud del daño, a partir de los -- veinte padecimientos transmisibles más notificados en 1977 (16) se registra que el sarampión ha disminuido notablemente en los últimos años, las enfermedades venéreas también se han visto - disminuidas y se calcula que existen 132,000 enfermos tuberculosos muchos de ellos sin control; las infecciones respiratorias agudas y las enteritis y enfermedades diarréicas se mantienen entre los padecimientos más frecuentes aunque no notificables es la caries dental, considerándose que el 33.8% de la población está gravemente afectada por esta causa.

Por otra parte se han venido incrementando los padecimientos degenerativos como la hipertensión arterial y diabetes.

La mortalidad es el indicador que mayor nivel de precisión presenta, puede ser analizado a través de las tasas, las causas, -- los grupos de edad, su evolución en distintos periodos y su distribución geográfica.

(16) SANCHEZ, Rosado Manuel "Apuntes sobre Salud Pública" Edit. Méndez Cervantes. México, D.F. 1983. p.277.

Estos indicadores pueden ser analizados desde distintas perspectivas dependiendo de la concepción a partir de la cual se interpreta, por ejemplo tenemos el estudio presentado por el IMSS COPLAMAR en 1982 sobre necesidades esenciales en México, donde a través de un método de estandarización establece un doble análisis, el de muertes evitables en una población objetivo caracterizada esta última por la no satisfacción de las necesidades esenciales y por las deficiencias de la atención del Sistema de Salud.

El cuadro Nº 1 muestra la evolución de la mortalidad por grupos de edad en la República Mexicana, manifiesta claramente una gran tendencia a disminuir, y esto obviamente refleja una mejoría relativa en las condiciones de vida y atención médica, pero hay que recordar que todas estas cifras son promedios nacionales que no muestran las diferencias existentes en los diferentes grupos sociales.

"Tal vez sea la mortalidad infantil uno de los indicadores más demostrativos de la interrelación entre ésta y las condiciones de vida de una población. Sin embargo, es necesario reconocer diferencias entre la llamada mortalidad neonatal, que se da en en primer mes de vida y que depende más de factores biológicos y cuya resolución está en relación directa con mejores posibilidades de atención médica que incluyera un diagnóstico tempr

no y un tratamiento oportuno. Por otro lado, está la mortalidad postneonatal (de 30 días a menores de un año), que depende más de la influencia de los factores económicos y sociales, como la desnutrición, enfermedades transmisibles, etc." (17).

La desagregación de las enfermedades por causas señalan que -- más del 94% ocurren por tuberculosis, bronquitis, desnutrición, diabetes y enteritis e infecciones respiratorias.

Es necesario señalar que del total de muertes, las que se pueden prevenir por vacunación a edades tempranas han disminuido -- del 4.7 % en 1950 a 1.3 % en 1975.

En 1976, la relación porcentual de la mortalidad de menores de un año con respecto a los demás grupos de edad, es de 26.98 y la tasa de mortalidad es de 51.59 por mil nacidos vivos registrados, la preescolar es de 4.8 defunciones por mil miembros -- del grupo, y en conjunto la mortalidad de menores de 5 años representa el 36.49 % de la mortalidad general, es decir, la tercera parte de todas las muertes, lo que significa un medio ambiente no favorable a este grupo de edad, aún tomando en cuenta la prioridad que se ha dado al grupo materno-infantil en la política de salud del Estado.

(17) CREVENNA, Pedro, Op.cit. p. 167-168.

DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD, POR GRUPO DE EDAD Y MATERNA (1975-1977)

CUADRO N^o 1

CONCEPTOS	1975		1976		1977	
	N ^o	TASA	N ^o	TASA	N ^o	TASA
<u>MORTALIDAD</u>						
GENERAL	435888	7.24	455660	7.31	450454	6.97
INFANTIL	118968	48.96	122973	51.89	117508	46.70
PREESCOLAR	36922	4.29	43499	4.90	40944	-
ESCOLAR	16389	9.69	17690	10.13	18739	10.39
15 a 24 AÑOS	21856	18.72	22084	18.21	24106	19.83
25 a 44 AÑOS	50000	40.17	50047	37.28	53085	38.15
45 a 64 AÑOS	64870	116.23	65514	113.04	66660	110.76
65 a + AÑOS	120948	598.49	127374	601.78	91615	423.44
MATERNA	2558	10.53	2561	10.81	-	-

FUENTE: SPP. Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas V^o. I Población. México 1979.

SPP. Dirección General de Estadística, Microfichas de mortalidad y cifras preliminares para 1977. México - 1976 y 1977.

NOTA: Tasa General por 1000 habitantes.

Tasas específicas por 10000 habitantes, excepto la infantil y materna que es por 1000 nacidos vivos registrados.

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
CUADRO Nº 2

1975 - 1976

CAUSAS DE MORTALIDAD	1975			1976		
	ORDEN DE IMPORTANCIA	DEFUNCIONES NÚMERO	TASA*	ORDEN DE IMPORTANCIA	DEFUNCIONES NÚMERO	TASA*
TODAS LAS CAUSAS		435888	724.7		455660	731.1
1. Influenza, neumonía e infecciones respiratorias agudas.	1	59037	98.2	1	67245	107.9
2. Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	2	51061	84.9	2	51235	82.2
3. Enfermedades del corazón.	3	45642	75.9	3	48296	77.5
4. Accidentes.	4	27140	45.1	4	24773	39.7
6. Ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatal.	5	21765	36.2	6	22578	36.2
7. Tumores malignos.	6	21674	36.0	5	22635	36.2
8. Enfermedades cerebrovasculares.	7	12827	21.3	8	13262	21.3
9. Cirrosis hepática.	8	12236	20.3	9	12261	19.7
10. Anemias, avitaminosis y otras deficiencias nutricionales.	9	12011	19.9	13	10034	16.1
11. Lesiones, ignorándose si son accidental o intencionalmente inflingidas.	10	11364	18.9	7	17535	28.1
12. Homicidios y lesiones intencionales con intervención legal.	11	110632	17.7	12	10314	16.5
13. Diabetes mellitus.	12	10408	17.3	10	11719	18.8
14. Bronquitis, enfisema y asma.	13	10257	17.1	11	11687	16.8
15. Tuberculosis en todas sus formas.	14	8516	14.2	14	8213	13.2
16. Anomalías congénitas.	15	4384	7.3	15	4589	7.4
17. Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares.	16	5059	6.8	17	3022	4.9
18. Nefritis y nefrosis.	17	3856	6.4	16	4462	7.2
19. Neurosis, trastornos de personalidad y otros mentales, no psicóticos.	18	2801	4.7	19	2737	4.4
20. Tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis.	19	2782	4.7			
21. Úlcera péptica.	20	2791	4.7	18	2746	4.5
22. Disentería bacilar y amebiasis.				20	2496	4.0
23. Síntomas y estados morbosos mal definidos.		34288	57.5			
LAS DEMAS CAUSAS.		66347	109.6		77395	123.9

FUENTE: Cuaderno 2.2.1. de Información Oportuna del Sector Salud. p. 56.

* Tasa por 100000 habitantes, excepto para el total, que es por 1000.

"Al comparar las tasas de mortalidad infantil con otros países de América, México presenta tasas de muerte en menores de 5 años que son cinco veces mayores que las de Cuba, Canadá y Estados Unidos. Puede verse entonces que, tanto en países capitalistas avanzados como en un país que ha experimentado una transformación socialista relativamente reciente, los patrones cualitativos de muerte son muy distintos a los mexicanos" (18)

A partir de la lectura del libro de Necesidades de Salud de IMSS-CDPLAMAR podemos hacer un análisis de las causas de mortalidad, aunque la mortalidad materna no forma parte de las 20 primeras causas de muerte, ocupa el 9º lugar entre las causas de muerte de mujeres en edad reproductiva y contribuyen con el 9.4 % en el total de estas defunciones. En 1976 la tasa de mortalidad en este grupo fue de 10.82 por diez mil nacidos vivos; no obstante, la tasa actual es elevada si se compara con la de los otros países.

A pesar del subregistro, el aborto fue en 1975 la cuarta causa de mortalidad (0.07 defunciones en madres por 1000 nacidos vivos registrados) producto de las condiciones en las que se realiza esta práctica por las restricciones penales con las que se sanciona.

(18) LOPEZ ACUÑA, Daniel. op. cit. p.

La mortalidad preescolar y escolar ha descendido considerablemente, los accidentes representan la principal causa, las diarreas, las infecciones y las neumonías continúan ocupando los primeros lugares dentro de la mortalidad y la tuberculosis se coloca como novena, las avitaminosis y otras deficiencias nutricionales constituyen la cuarta causa de muerte para los -- preescolares y la sexta para los escolares.

De estas causas, según el procedimiento de estandarización se seguido por IMSS-COPLAMAR la mortalidad podría reducirse hasta un 80 % de la actual, lo que muestra la deficiente cobertura de los servicios de salud.

El grupo de 15 a 64 años reúne a la población que se encuentra en la etapa mas dinámica de la vida desde el punto de vista -- productivo y reproductivo, algunos autores señalan una subdivisión al interior del grupo, especificando al de 15 a 24 y al - de 25 a 44 años; proporcionalmente en esta edad las enfermedades transmisibles disminuyen en importancia como causa de mortalidad, las muertes violentas ascienden a los primeros lugares como causas de defunción, se presentan también las enfermedades del corazón entre otras, las cardiopatías isquémicas, las infecciones respiratorias y neumonías, la tuberculosis, la cirrósis hepática, la diabetes, las enterítis y otras enfermedades dia-

rréicas. El porcentaje de muertes con relación al total nacional en 1976 representa el 28.9 %.

Debido a su inserción en el proceso productivo cobra fundamental importancia dentro de este grupo la mortalidad y la morbilidad laborales. La Jefatura de Medicina del Trabajo del IMSS señala entre sus asegurados una tasa promedio de accidentes de 917 por 1000 trabajadores y una tasa de mortalidad por causas laborales de 10.28 por 1000 trabajadores.

La mortalidad y morbilidad en población mayor de 65 años ha -- aumentado con respecto al total de defunciones, este aumento -- es explicable por el aumento en la esperanza de vida; las enfermedades degenerativas adquieren mayor trascendencia debido a que comprende la última etapa de la vida. En el perfil epidemiológico de este grupo de edad influye la concepción para -- enfrentar y comprender la vejez, no como un proceso natural si no como un proceso patológico.

El cuadro Nº 2 presenta la clasificación estadística de las -- veinte primeras causas de mortalidad, estas cifras son ordenadas en forma creciente a partir de la primera causa, este tipo de presentación de la información sólo nos permite analizar la composición de este panorama en su relación con el de otros -- países y de ahí sacar deducciones respecto de la posición guar

dada en nuestro país en relación a otro y de ahí buscar las -
condicionantes.

A través de un ordenamiento de esta clasificación, es posible
presentar una agrupación que permita un análisis general de -
las condiciones de vida y la problemática de salud.

Esta agrupación formaría tres grandes bloques de padecimientos
el primero que incluye a las enfermedades agudas e infecto-con-
tagiosas como son las gastroenteritis y las neumonías, las en-
fermedades perinatales, las anemias, la tuberculosis, la tifoí-
dea y la disentería, incluida también la cirrosis, que aún cuan-
do es considerada un padecimiento crónico, su mortalidad está -
asociada a grados importantes de desnutrición.

En el segundo bloque se incluyen los padecimientos crónicos y -
degenerativos como las enfermedades del corazón, los tumores ma-
lignos, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, úlcera,
nefritis y nefrosis, enfisema y asma.

El último bloque estaría conformado con la mortalidad por violen-
cias, como son accidentes, lesiones y homicidios.

Las causas agrupadas en el primer rubro ocupan más del 35 % de
la mortalidad total en el país, las dos primeras causas por sí
mismas ocupan el 25% de la mortalidad general.

La historia natural de estos padecimientos indica que su presencia y su desenlace mortal se encuentra asociada a condiciones inadecuadas de saneamiento del medio, a deficiencias de la nutrición y a la ignorancia, por tanto el comportamiento de estas dos causas de mortalidad refleja las condiciones sanitarias en que vive la mayoría de la población, es decir, las tasas de mortalidad por estas causas pueden ser prevenibles o cuando menos reductibles a través de las intervenciones sanitario-asistenciales.

La magnitud de estos padecimientos en las diferentes clases sociales ya han sido comentados cuando se hacía referencia a las condiciones de vivienda y a los niveles de nutrición, este panorama termina por ser el reflejo final de una cadena circular -- interminable, que se vuelve a iniciar cuando el individuo con posibilidad de incorporarse a un trabajo remunerado participa -- vendiendo su fuerza de trabajo y se incorpora al proceso con mayor o menor capacidad de rendimiento, según haya sido su posibilidad de participación dentro del proceso distributivo.

El siguiente bloque incluye los padecimientos crónicos y degenerativos, que ocupan el 24 % de la mortalidad general. Estos padecimientos se encuentran asociados a la prolongación de la esperanza de vida y a grados de desarrollo industrial avanzado -- (lo que conlleva además un deterioro importante del desequilibrio

brio ecológico); este dato podría hacer pensar que en México el proceso de industrialización ha crecido de manera importante, lo que parece ser sinónimo de un acelerado proceso de desarrollo, sin embargo un estudio realizado por López Acuña sobre la evolución de la mortalidad por estas causas establece que "los padecimientos crónicos y degenerativos no han experimentado un crecimiento espectacular, que correspondiera a un avance sanitario satisfactorio, en el que el aumento de la esperanza de vida y la erradicación y control de algunos padecimientos infecciosos hubiera dado paso a la explosión de enfermedades propias de la edad madura y la vejez" (19).

Finalmente, resulta interesante comentar que la mortalidad clasificada por muertes violentas ha venido progresivamente ocupando porcentajes elevados dentro de la mortalidad general, manifestando con esto una organización social y humana que no sólo agrede estructural y legalmente a la sociedad sino que condiciona grandes espacios que lesionan la integridad física y mental de los individuos.

Antes de intentar una conclusión general sobre la situación de morbimortalidad conviene señalar que un elemento que caracteriza y orienta este panorama es el inadecuado sistema de registro de morbimortalidad que priva en el país ya que en algunas áreas

(19) op. cit. p.

rurales, la notificación y el registro es tan bajo, que pareciera que su nivel de salud se encuentra por encima de otras áreas con mejores condiciones en el nivel de vida.

Concluimos el planteamiento sobre los daños a la salud con base al autor antes señalado, quien después de una amplia argumentación dice: "la mortalidad en México ocurre con una frecuencia muy elevada en edades tempranas; muestra un patrón cualitativo mixto en el que coexisten los padecimientos infectocontagiosos y la desnutrición, los accidentes y los tumores malignos, junto con las enfermedades crónico degenerativas... El panorama general, es un estado de insalubridad, desnutrición y altas tasas de enfermedad y muerte que asemejan en ocasiones la situación de salud en los países europeos en las fases iniciales de la Revolución Industrial" (20).

Dentro del análisis del panorama de morbimortalidad resulta útil comparar las estadísticas de morbimortalidad con otros países que tienen un sistema de producción diferente del mexicano; Cuba, país socialista reciente, Estados Unidos, país capitalista desarrollado.

México en 1965 presenta las gastroenteritis y las neumonías como las dos primeras causas de mortalidad; en tanto Cuba presenta estos mismos padecimientos en quinto y sexto, y para los Es-

(20) Ibid.

En los Estados Unidos las gastroenteritis desaparecen como causa de mortalidad. Podría considerarse que 16 años después y según declaraciones oficiales sobre la elevación en el estandar de vida y mejores condiciones sanitarias, este panorama debió haber cambiado, sin embargo las estadísticas oficiales muestran que en el último año dicho panorama sigue siendo el mismo.

En términos generales los otros rubros de padecimientos infecciosos y transmisibles refieren un comportamiento similar, la diferencia se presenta en cuanto que para estos países pareciera que las 10 principales causas de mortalidad se invirtieran con respecto al esquema que presenta nuestro país.

Tanto en el planteamiento de los niveles de vida al interior de los indicadores del país como en su comparación con las causas de morbimortalidad en otros países, se identifican las relaciones de producción como determinantes de la situación de salud, y por tanto, como elemento que de no tocarse en sus raíces, impedirá que el panorama presentado hasta ahora se modifique sustancialmente.

5 - SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD.

"Desde el principio de la historia, el hombre ha identificado como valor fundamental su existencia. En las primeras épocas de la vida humana la necesidad de sobrevivir se convierte no sólo en valor de tipo individual sino de un bien de tipo colecti-

vo y la lesión a la salud y a la existencia de cualquiera de los miembros se convierte en una amenaza para la integridad de la comunidad" (21).

Históricamente el hombre ha buscado resolver sus problemas de salud en la forma en que la concibe, pero esta concepción no puede desprenderse de los elementos sociales que la determinan, por esto a través de las diversas épocas, los mecanismos para atenderla varían sustancialmente. Estos servicios en sí mismos tienen su propia historia y sus propias categorías que los condicionan, son producto y reflejan a su vez la estructura social.

Cuando estudiamos el complejo concepto de salud, lo entendemos en primera instancia vinculado a la esfera de la producción como una forma de consumo y reproducción de la fuerza de trabajo y por otra parte, como un proceso de producción cuyo resultado es la producción de los servicios de salud, que se convierten en un instrumento vinculado a la superestructura y un proceso de reproducción ideológica a través del cual el Estado asegura su legitimación.

5.1. PRODUCCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La producción de los servicios de salud comparte junto con los demás productos, las mismas leyes de producción y distribución

(21) MORALES, Anduaga Maria Elena "El Concepto de Salud" Apuntes sobre charla de trabajadores sociales. Ofna. I.S. Jefatura -- de Servicios de Medicina Preventiva. ISSSTE.

del sistema capitalista convirtiéndose finalmente en una mercancía.

"La medicina oficial puede ser definida como la organización de las fuerzas productivas en el campo de la salud, cuyo destino es satisfacer necesidades biológicas de la población, que son valoradas socialmente, en un concepto de enfermedad en el cual los individuos serán considerados enfermos cuando sus características funcionales y estructurales no le permitan incorporarse directa o indirectamente al proceso de producción".

(22)

En este proceso de producción rigen las mismas características de la producción económica, o sea, la estratificación, la subdivisión del trabajo, la disociación del trabajo mental del manual, la producción de un estrato social determinado, como es enfermos y médicos.

El acto de salud es una cadena de actuaciones individuales que se sirve de una tecnología y que utiliza un método racional para producir finalmente los servicios de salud.

Estos servicios se concretan en acciones de tipo preventivo, curativo, de rehabilitación, de capacitación a la población, -

(22) TRONCOSO, Muñoz Ramón "Medicina, Capitalismo y Trabajadores de la Salud en Medicina Para Quién" Op.cit. p.38.

vigilancia de los niveles de contaminación del ambiente e investigación biomédica.

5.2. INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE -- PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Para comprender la función de intervención del Estado resulta útil reconocer dos fases de evolución de nuestros servicios de salud. La primera que es el período anterior a que se acepten las responsabilidades públicas y la segunda, en la que estas se desarrollan.

La política de salud se constituye en una de las líneas de acción de las políticas sociales del Estado y se encuentran vinculadas orgánicamente a la esfera económica en función de su relación directa con la productividad.

Desde el momento en que la salud trasciende los marcos estrechamente individuales a través de los cuales se responsabiliza a cada individuo de su atención y se incorpora en el ámbito de lo que es la responsabilidad colectiva, la intervención del Estado como regulador de las relaciones entre los hombres y las instituciones se torna determinante, puesto que es a partir de él como se dirigen y precisan las políticas de operación del sistema de salud.

Una de las primeras áreas donde veremos al Estado capitalista asumir funciones planificadoras y directivas será la de la sa--

lud, con el establecimiento de reformas sanitarias y laborales. Estas reformas tienen que ser relacionadas con la entrada de la fase imperialista por una parte y con el desarrollo del Taylorismo por otra, es decir, con las nuevas posibilidades de redistribución de una parte de los beneficios obtenidos a través de una nueva expansión colonial y con la emergencia de una nueva ideología aplicada al desarrollo de las fuerzas productivas basada en la superexplotación de la capacidad y resistencia física y psicológica de los trabajadores" (23) Esto no sólo señala un temprano proceso de intervención estatal, sino sobre todo las razones de esta intervención, las cuales están basadas directamente en objetivos de productividad.

"En el área de salud, vemos que una vez superada la fase del capitalismo de libre empresa, se da un giro a las formas de práctica de la medicina al pasar al capitalismo monopolista de Estado, una de las manifestaciones específicas es la declinación de la medicina liberal o privada correspondiente al período anterior, y surgen entonces poco a poco las formas de la medicina institucionalizada, sobre todo a través de la Seguridad Social" (24)

En México con la Constitución de 1917 se define ya al Estado con el carácter de policía sanitario de puertos, costas y fron

teras y se le responsabilice para que evite la propagación de enfermedades infecciosas. Con esto se dan los primeros pasos para la centralización del problema de salud en manos del Estado. En el período Cardenista se sientan las bases para la reglamentación de la Seguridad Social con la incorporación dentro de la misma, de los servicios de salud y junto con la asistencia pública se dibuja lo que llegaría a ser la forma definitiva de los servicios de salud, que se consolidan con el proceso de industrialización y que se conservan en la actualidad.

El comportamiento del Estado en materia de salud, asume sus formas concretas en tres grandes bloques de intervención: Jurídica, Económica e Ideológica.

5.2.1. INTERVENCION JURIDICA

"El fundamento constitucional que hace referencia a la salud se manifiesta en el párrafo tercero del artículo 4º Constitucional, que dice "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 74 de esta Constitución.

Y el párrafo 6º dice: Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la

salud física y mental. La Ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas" - (25).

La segunda precisión legal de la intervención del Estado se especifica en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y que dice "corresponde al Congreso de la Unión, al Ejecutivo Federal, al Consejo de Salubridad y a la Secretaría del mismo ramo dentro de sus respectivas competencias la expedición de normas generales en materia de salubridad general del país" (26).

El Código Sanitario que es el instrumento general en materia de salud del Gobierno Federal, dicta normas desde los niveles de promoción hasta la rehabilitación, incluyendo controles sobre el ejercicio de las disciplinas de la salud y sobre el desarrollo de las investigaciones científicas con el método clínico. Aún cuando la Secretaría de Salubridad y Asistencia está facultada para impartir cursos de adiestramiento, no tiene autoridad directa sobre la formación de los profesionales de la salud; sus facultades se limitan a niveles de promoción, coordinación y apoyo para las instituciones formadoras. (27).

(25) CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Enero 1982.

(26) Ibid.

(27) CODIGO SANITARIO MEXICANO. Edic. Porrúa. México 1983, 8a. Ed.

Otro momento de intervención jurídica del Estado se encuentra en el artículo 123 Constitucional, donde se institucionalizan las relaciones obrero-patronales con fundamento en la apropiación - privada de los medios de producción. Este artículo establece - el derecho incuestionable del Estado a intervenir como fuerza - reguladora en las relaciones de producción, dictándose normas - sobre las condiciones generales de trabajo.

La Ley Federal del Trabajo, que se deriva del artículo 123 Constitucional, señala la preocupación legislativa en materia de sa lud, en la reglamentación del trabajo para las mujeres y los me nores, así como en las especificaciones hechas para los riesgos y enfermedades de trabajo, incluyendo las prestaciones que por este motivo deben proporcionarse.

Las leyes de Seguridad Social con base en el artículo 487 de la Ley Federal del Trabajo establecen prestaciones para los trabajadores en materia de salud en tres capítulos:

- a) Del seguro de riesgos de trabajo y enfermedades profesionales.
- b) Del seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.
- c) De los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

Los beneficios de estos seguros cubren al trabajador contribu-- yente y a sus familias, incluye prestaciones en especie (donde

se consideran los servicios de salud) y en dinero, que implica el compromiso de la institución de proporcionar al trabajador, en tanto no pueda incorporarse al trabajo por motivo de riesgos y enfermedades profesionales una pensión reglamentada, y - en caso de muerte se proporciona ayuda a los beneficiarios.

5.2.2. INTERVENCION ECONOMICA.

En las relaciones sociales que se generan dentro la rama de producción de los servicios de salud, la participación del Estado se manifiesta por la relación de "propiedad" sobre los medios de producción y por su relación directa en el contrato de la fuerza de trabajo; a través del manejo del producto social global puede asumir el carácter de "propietario" o "copropietario".

En el caso de la Asistencia Social, el Estado asume la responsabilidad absoluta en el financiamiento de los recursos para la atención de la salud. En la Seguridad Social la aportación económica se da por fórmula tripartita Estado-Patrón-Trabajador (en el sistema capitalista esta fórmula de participación estatal tiene por objeto descargar a la burguesía de la parte del costo de la producción de la fuerza de trabajo).

Dentro del ejercicio libre de la medicina la intervención se limita a establecer controles -impuestos fiscales- sobre el productor del servicio.

Tanto el carácter jurídico como la intervención económica definen la estructura institucional con la cual operan los servicios de salud a través de tres grandes sectores de acción.

a) - La Asistencia Pública.

Proporciona prestaciones asistenciales y servicios médicos para aquellos grupos desprotegidos de la seguridad social y que no disponen de los recursos necesarios para la compra de estos servicios a través de la libre empresa, su financiamiento es de -- competencia absoluta del Estado.

b) - La Seguridad Social.

Reglamentada por las leyes de Seguridad Social presta servicio de salud a los trabajadores sindicalizados. El régimen incluye servicios de salud en todo los niveles para el trabajador y sus familiares, como parte de sus derechos gremiales. La intervención del Estado en este sector se presenta con tutelaje político, es decir, como mediador y regulador de las relaciones sociales de producción entre obreros y patrones, donde los segundos se obligan a prestar servicios sociales a los primeros. La intervención financiera es por fórmula tripartita para el caso del IMSS y como patrón y Estado para el del ISSSTE.

Las prestaciones por concepto de riesgos de trabajo son cubiertas integralmente con las cuotas a cargo de las entidades y organismos públicos para el caso de trabajadores al servicio del

Estado y para los patrones y demás sujetos obligados para el caso del Seguro Social. La cuota del seguro de enfermedades no profesionales y la de maternidad se cubrirá en forma tripartita.

En el caso del ISSSTE el trabajador aporta al Instituto una cuota obligatoria del 8 % del sueldo básico y en el caso del Seguro Social se establece una cotización de acuerdo al salario.

Dentro de la Seguridad Social existe también la modalidad -- del seguro voluntario que contratan los particulares en forma aislada a través de cotizaciones directas.

c) - Servicios de Carácter Privado.

Debido al carácter capitalista del sistema se sostiene la -- existencia de estos servicios, donde se ejerce el carácter -- de libre comercio y dentro del cual la intervención del Estado se plantea en términos de proponer controles y reglamentación a la práctica médica. En un país "democrático" como el nuestro no podía suprimirse la libertad individual en la compra-venta de los servicios de salud.

d) La medicina tradicional y popular.

Que incluye los remedios caseros y la automedicación donde -- las personas o la familia sustituyen a la institución médica.

Esta forma de medicina no se incorpora a los esquemas institucionales de prestación de los servicios de salud pero se constituye en un recurso para la producción (no propiamente mercantil) de estos servicios.

Con esto concretamos la intervención jurídica y económica del Estado, que regula y dirige las actividades de salud a nivel de la práctica asistencial como responsable absoluto programática y financieramente; en materia de seguridad social como tutor de las relaciones obrero-patronales y como regulador del ejercicio libre de la práctica médica y de la producción de medicamentos.

5.2.3. INTERVENCION IDEOLOGICA.

A través de la difusión de la ideología de la clase dominante - el Estado garantiza la reproducción del sistema social. Con la difusión de su concepto biologicista de salud el Estado incorpora una de las herramientas más importantes del sometimiento ideológico de la población, puesto que su aplicación se relaciona con la vida misma del individuo.

La institucionalización de la prestación de estos servicios a la población, institucionaliza a su vez la concepción del Estado respecto de la salud. "Distorsionando el hecho de que el fenómeno es un proceso global que obedece históricamente al mo

do de producción. Se oscurece el que las causas de la enfermedad sean sociales y obedezcan a la contradicción del sistema y a la lucha de clases, garantizando en mayor medida el bloqueo de una toma de conciencia en la lucha por la transformación de la sociedad capitalista" (28)

Por otra parte, las actividades jurídicas y económicas que realiza el Estado en torno al campo de la salud, si bien es cierto que tienen una función económica también evidencian en la práctica la preocupación por la atención de la salud de los mexicanos, aumentando con esta la legitimación y el consenso de las instituciones y en el Estado mismo... "La medicina juega un papel muy importante para mantener la paz social como componente de la ideología dominante, en la medida en que trata de resolver en términos médicos las contradicciones del sistema, la tendencia a sustituir mediante vitaminas y aminoácidos una alimentación más racional; la tendencia a sustituir con días de incapacidad concedidos por el médico la lucha de los trabajadores por la disminución de horas de trabajo" (29).

"La medicina tiende a revestirse de un carácter de neutralidad en función de las determinaciones específicas que tiende a adquirir en una sociedad de clases. El considerable desarrollo

(28) ALVAREZ, Larrauri María Selene "Institucionalización del Sector Salud como parte del Proceso de Legitimación del Estado Mexicano (1910-1946) Tesis para obtener Título de Maestra en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM. México 1980. p. 146.

(29) CREVENNA, Pedro. op. cit. p. 110.

del aporte científico de la medicina y su inmediata función social -el objeto de curar- constituye una de las vías por las cuales se introduce la concepción de neutralidad de la medicina" (30).

Por su parte el desarrollo de la teoría bacteriológica producirá grandes avances en el campo de la medicina, abriéndose necesidades que son llenadas por la industria químico-farmacéutica y de producción de material y equipo médico; industria que incorporada al proceso de racionalidad capitalista convertirá -- los mecanismos de atención de la salud en mercancía, en donde el aparato de publicidad y los medios de comunicación conformarán de una manera masiva el concepto de salud de la población y el consumismo farmacológico. Se puede decir que el desarrollo de las ciencias médicas aunado al de la tecnología en salud, ha colaborado a condicionar una práctica de la medicina cada vez más tecnificada y sofisticada, que se aleja --- constantemente de una concepción global de la relación salud-enfermedad y de su papel en la sociedad.

El monopolio del conocimiento médico se constituye en uno de los fundamentos del concepto de salud hegemónico. Este saber es centralizado en un aparato institucional desde el cual se administran las manifestaciones de salud y la enfermedad en la

(30) *ibid.*

población. Esta institucionalización del saber se constituye en un instrumento de opresión al confiscar a los individuos su capacidad para atender y enfrentar racionalmente los fenómenos del dolor y del sufrimiento motivados por la enfermedad. "El hombre pierde así el control de su cuerpo y de su vida, dependiendo de manera creciente de las instituciones de salud; nacimiento, muerte, matrimonio, ..., todo va convirtiéndose en una actividad que debe ser supervisada y aprobada por la medicina oficial; a lo largo de este proceso de medicalización de su existencia, el individuo queda enajenado". (31).

El proceso de la atención médica convierte al individuo, es decir, al paciente, en un sujeto pasivo, incapaz de ejercer una práctica democrática (individual y colectiva) en la lucha por ascender a una prestación diferente de los servicios de salud para él y los demás miembros de su clase.

Y es aquí donde la medicina crea su propia contradicción al desposeer al individuo de su derecho a participar dentro del saber médico, se generan a su vez obstáculos para el desarrollo de la ciencia médica. "El individuo va perdiendo toda posibilidad de desarrollar en sí mismo la capacidad de resistencia ante la enfermedad y desde luego la de contribuir con su propia experiencia al desarrollo del conocimiento médico" (32).

(31) GOMEZJARA, Francisco. op. cit. p. 240.

(32) Ibid.

5.3. LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.

Las instituciones son los mecanismos administrativos que operativizan las políticas del Estado, es decir, son las "formas -- históricas de organización y regulación de la vida social" por lo tanto van a encarnar los intereses de la clase dominante cumpliendo dos funciones elementales: la de satisfacer las necesidades a nivel social y la de mantener las condiciones de existencia de la sociedad.

Las instituciones de salud son los organismos creados para llevar a cabo determinadas tareas sanitarias de carácter público; son los organismos encargados de ejecutar la política de salud determinada por el Estado.

El desarrollo de las actividades de estas instituciones obedece al marco general que les ha sido impuesto desde el ámbito -- jurídico e ideológico por el Estado, destinado a satisfacer -- las necesidades de salud de la población desde la perspectiva económica de la reproducción de clase.

5.3.1. SERVICIOS QUE PROPORCIONAN.

Los servicios que proporcionan las instituciones de salud incluyen las siguientes acciones:

- ATENCION PREVENTIVA: Vacunación, rociamiento de casas, consulta a sanos (salud mental y planeación familiar), aplicación tópica de flúor.

- ATENCION CURATIVA: Consulta externa, diagnóstico, tratamiento médico-quirúrgico, incluyendo urgencias, hospitalización y rehabilitación, en el caso de la Seguridad Social se incluyen además servicios de farmacia y aparatos de prótesis y ortopedia.
- CAPACITACION DE LA POBLACION: A través de pláticas y organización de grupos en la comunidad.
- VIGILANCIA de los niveles de contaminación en agua, aire, -- suelo y alimentos.
- INVESTIGACION BIOMÉDICA y producción de biológicos, reactivos y prótesis.

Las acciones están dirigidas a toda la población, según se especifica en el artículo 4º y 73 de la Constitución y en el Código Sanitario Mexicano bajo la forma de Asistencia Pública y a trabajadores asegurados bajo la forma de Seguridad Social.

5.3.2. GASTO EN SALUD.*

En 1980 el gasto total en salud y seguridad social fue de ---- 178,371 millones de pesos, lo que representa el 5.16 % con relación al producto interno bruto, este porcentaje representa un decremento con respecto al año anterior, donde la cifra registrada es de 7.81 %.

(*) Cifras tomadas del Informe de Gobierno 1982 y del Cuaderno de Información Oportuna del Sector Salud.

Del presupuesto total de la federación, el destinado al Sector Salud y Seguridad Social representa el 9.6 % correspondiente - el 51.2 % al IMSS, el 35.8 % al ISSSTE, el 10.9 a la SSA y el 2.1 % al SVDIF, esto da un total de 87.0 % del presupuesto des- tinado a las instituciones de seguridad social, lo que propor- cionalmente significa una menor atención al presupuesto del - Sector de Asistencia Pública, que atiende a una proporción -- muy alta de la población y que presenta mayores problemas de salud con mayores limitaciones para satisfacer sus necesida- des elementales.

De esta forma vemos como se margina de la atención a aquellos grupos que, precisamente por su posición marginal respecto al proceso productivo no son redituables, aunque a veces se les den servicios, más ello ocurre en momentos que constituyen -- una fuerza política importante.

En todas las instituciones el porcentaje destinado a los pro- gramas de atención preventiva ocupan la menor proporción del presupuesto y va desde 1.7 % en el ISSSTE, al 1.16 % en el -- IMSS y hasta el 8.5 % en la SSA.

No se contabilizan dentro del rubro de medicina preventiva -- gastos destinados a servicios no personales de salud que rea- lizan otras dependencias y que influyen directamente en la pre- vención y promoción de la salud como es el abastecimiento de -

agua potable, el control sanitario de la vivienda y el control de desechos, entre otras, ya que si bien es cierto que la instalación de esta estructura corresponde a otras instituciones, éstas no basan sus acciones bajo criterios epidemiológicos, ni se coordinan con las instituciones de salud.

Los programas de atención curativa ocupan las siguientes proporciones y los programas de apoyo toman los más altos porcentajes.

En términos generales el gasto destinado al Sector Salud es bajo en relación al destinado a otros sectores de la economía. - La inversión en salud en México es insuficiente, aún cuando se considera que en números reales las cifras actuales son mayores que en el pasado, no significa lo anterior que se cuente con los servicios necesarios para atender a la población, sino que los costos de los servicios médicos resultan muy altos en la actualidad.

En cuanto a presupuesto por paciente, este varía demasiado; en 1973 el IMSS tenía una proporción de \$ 1,047.00 por derechohabiente, el ISSSTE disponía de \$ 4,600.00 por afiliado y la SSA disponía de \$ 82.15 por persona; el destino actual del presupuesto hace pensar que de ninguna manera esta desigualdad se ha reducido, por el contrario, todo hace pensar que se ha acrecentado.

5.3.3. COBERTURA DEL SISTEMA

Según la información presentada por el Plan Nacional de Desarrollo, la población amparada por la Seguridad Social y la Asistencia Pública para 1979 correspondía al 80% de la población total, quedando 14 millones de personas sin integrarse a los servicios médicos asistenciales.

La cobertura de las instituciones de Seguridad Social se estima en un 43 % de la población, las de asistencia proporcionaron -- servicio a un 18 % y el 20 % fue atendido por instituciones privadas.

En el país existe una proporción de 1,414 habitantes por médico y de 71 médicos por cada cien mil habitantes.

Esta proporción refleja un nivel de atraso del país con respecto a otros, se ve influida por otro factor que es la concentración de este recurso preferentemente en las áreas urbanas y el consecuente abandono en el medio rural; es así que para --- 1970, mientras en el Distrito Federal había 474 habitantes por médico en Chiapas había 4,601.

Con objeto de atender a la población marginada se creó en el anterior período de gobierno el convenio IMSS-COPLAMAR y el Programa de Atención de Zonas Marginadas de la SSA, que trataban de -- ser una simplificación del modelo de alta especialización urba-

RECURSOS, INSTALACIONES Y SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

MEXICO 1979

CUADRO Nº 3

		SEGURIDAD SOCIAL		ASISTENCIA PUBLICA	
		Nº	%	Nº	%
RECURSOS MATERIALES HUMANOS	POBLACION DERECHOHABIENTE	27948	73.08	15619	26/92
	MEDICOS	42414	73.08	15619	26.92
	ODONTOLOGOS	2289	66.00	1179	34.00
	ENFERMERAS	55380	49.84	21329	50.16
	TRABAJADORAS SOCIALES*	1810	58.00	1261	42.00
RECURSOS MATERIALES	UNIDAD MEDICA DE CONSULTA EXTERNA,	1746	23.86	2428	76.14
	CONSULTORIOS.	11968	57.47	8856	42.53
	UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA	166	23.86	533	76.14
	CAMAS	38037	61.67	27753	38.83
INSTALACIONES	LABORATORIOS	580	50.61	566	49.39
	GABINETE RAYOS X	1100	77.85	313	22.15
	QUIROFANOS	836	65.11		
	SALA DE EXPULSION	619	54.59	515	45.51
	BANCO DE SANGRE	66	55.46	53	44.54
	AREA DE URGENCIAS	602	53.70	519	46.30
	CUNAS	7025	70.58	2928	29.42
INCUBADORAS	1908	71.62	756	28.38	
SERVICIOS	CONSULTAS (TOTAL)	74148528	81.82	17052069	18.18
	CONSULTAS DE URGENCIA	9966016	95.64	457893	4.36
	PARTOS	590934	69.13	264169	30.87
	INTERVENCIONES QUIRURGICAS	814643	78.15	227832	21.86
PRESUPUESTO		155179		3706	
	millones		87.00	millones	13.00

FUENTE: Cuaderno Nº 2. Información Oportuna del Sector Salud.

- * Esta cifra es aproximada, ya que para cuando se tomó la información (D. F. Mayo 1982) no habían sido contabilizados las trabajadoras sociales de los Servicios Médicos de la S.H.C.P. incorporadas al ISSSTE, los de Asistencia Médica, Salud Mental y Materno-Infantil de la SSA, ni los programas en las áreas marginadas.

na, con el mismo enfoque básico.

Aunque la medicina institucional ha desarrollado un incremento considerable en la cobertura, lo cierto es que todavía sus acciones son insuficientes y existen proporciones importantes de población sin atención médica.

5.3.4. RECURSOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD.

El cuadro Nº 3 sobre recursos humanos, materiales e instalaciones indica una mayor proporción en cuanto a recursos humanos para el sector de la seguridad social con porcentajes superiores al 60 % en el caso de médicos y odontólogos, no así el caso del personal de enfermería, donde la proporción es -- muy semejante. En el caso de los recursos materiales la proporción es similar.

Con respecto a servicios proporcionados, el sector seguridad social refleja mayor proporción en todos los casos, con porcentajes superiores al 70 %.

En relación a personal de trabajo social, de la muestra tomada se expresa que el 58 % de estos se incorpora a instituciones de seguridad social, en general, se encuentran ubicados - en los servicios médicos de tercer nivel de atención.

Estos datos presentan una gran contradicción respecto a las - necesidades de cobertura de la asistencia pública que aparen-

temente debe cubrir el 56 % de población; sin embargo, esta - aparente contradicción se entiende cuando vemos que el sistema orienta su atención preferentemente a grupos de acuerdo a su inserción dentro del proceso productivo, es decir, atiende preferentemente a aquellos que le dan vitalidad y que tienen mayores condiciones organizativas para obtener mejor calidad del servicio.

5.3.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

La puesta en marcha del sistema de producción de los servicios de salud implica la participación del conjunto de los trabajadores de la salud, que establecen su vinculación definidos por el papel que cada uno juega dentro de la organización social del trabajo.

Para poder llevar a cabo dicha actividad se requiere del esfuerzo de un número variado de trabajadores con diferentes aptitudes para realizar una serie de funciones y actividades, organizándolas a fin de aprovechar la capacidad y los esfuerzos, dirigidas racionalmente hacia el logro de los objetivos "comunes" de producción de los servicios de salud.

La división social del trabajo dentro de las instituciones es bastante compleja, ya que existen dentro de ellas varios niveles jerárquicos, cada uno de los cuales desarrolla los dife-

rentes aspectos de las políticas, según la responsabilidad y - el control que ejercen durante cierto tiempo.

La función de dirección en la cual se diseñan planes compatibles con los objetivos de la política general definida por el Estado corresponde, en el caso del IMSS a la Asamblea General y en el del ISSSTE a la Junta Directiva, cuerpo directivo que se coloca a la cabeza de toda la estructura organizativa, la línea de mando es vertical sin que medien procesos democráticos en su realización, aun cuando en el IMSS la Comisión de Vigilancia se constituya en una instancia a través de la cual es posible impulsar nuevas formas de participación; en la SSA corresponde a la Secretaría General.

El nivel operativo está constituido por los ejecutantes de -- los proyectos, en este ámbito, se colocan los trabajadores directos en la producción de los servicios de salud. La Unidad organizativa mínima de producción la constituye el equipo de salud que establece la relación directa con el usuario del - servicio, entre ellos se puede citar al médico (general o especialista), el personal de enfermería, los técnicos especializados, los sanitaristas, los promotores en el trabajo de campo y se incluye también a los trabajadores sociales cuyas funciones están determinadas por el nivel de atención en el

cual conciernen, ya sea en el primero o Medicina de Primer Con
tacto (preventiva, general y planificación familiar); en el se
gundo donde se prestan servicios más complejos o en el tercero
donde se dan servicios de alta especialidad que en caso dado -
requieren atención a nivel hospitalario.

La estructura operacional de este nivel comparte los mecanismos
verticales señalados para los anteriores niveles, es decir, el
Director de Operación (clínicas, centros de salud, hospitales)
y el equipo de salud. Los programas de acción que aquí se eje
cutan se derivan de los señalados en el nivel anterior, la ade
cuación de ellos depende del universo de trabajo al cual están
dirigidos y de los recursos de que cada unidad dispone, el ni
vel de organización se establece en los marcos generales de --
operación del sistema, de donde cada trabajador tiene ya defi-
nida su función concreta, en el contexto del equipo de salud.

En virtud de que el modelo de producción de los servicios es -
de predominancia conceptual biologista, la estructura jerárqui-
ca más elevada (dentro de este nivel) es ocupada por los profe
sionales que representan esta concepción, tal es el caso de -
los profesionales de la medicina.

La ubicación administrativa de trabajo social dentro de la es
tructura institucional presenta dos variantes, la primera en
la cual no hay coordinación de trabajo social a nivel central y,

la segunda, cuando sí existe. La primera orientación corresponde al tipo de organización representado por el IMSS y el SNDIF, en donde en cada centro hospitalario existe un Departamento o Servicio de Trabajo Social, en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel la dependencia se deriva del Director de la Unidad.

La segunda variante corresponde al tipo de organización dado -- por la SSA, el DDF y el ISSSTE. En la SSA, con el proceso de -- unificación entre Salud Pública y Asistencia Médica se reorganizó todo el sistema administrativo, el personal de trabajo so-- cial se encuentra en el Departamento de Desarrollo de Comunidad y Promoción de la Salud (siendo responsable de la Jefatura un - trabajador social) incorporando a los promotores de salud. Este Departamento se encuentra al sexto nivel jerárquico.

En el ISSSTE existen 4 coordinaciones generales de trabajadores sociales, 3 de orden operativo; la coordinación del área metropolitana, la del área foránea y la de medicina preventiva y, la técnica normativa.

En este contexto resulta interesante destacar una de las defi-- ciencias más marcadas del aparato burocrático-institucional. - Los mecanismos operacionales de prestación del servicio se han organizado de tal forma que la serie de trámites que el paciente debe resolver para conseguir el servicio son tan largos, --

que en ocasiones pueden llegar a durar más que el desenlace de la evolución natural de la enfermedad. La despersonalización es uno de los factores más importantes de la deshumanización del ejercicio institucional de la medicina.

En este nivel se incorporan también los programas de proyección a la comunidad; en México hay una larga tradición debido más a necesidades de cobertura que a fundamentos de tipo conceptual o ideológico, de proyección de las instituciones de salud a la comunidad, que van desde la preparación de técnicos de trabajo comunitario hasta la constitución de comités de salud, sin embargo, debido a la utilización de la comunidad como recurso, que no como sujeto conciente, esta proyección no ha tenido los resultados esperados, ya que este proceso lo que ha hecho finalmente es incorporar a estos recursos como trabajadores mismos de la institución y con ello, limitando la integración real y orgánica entre población e institución, es decir, la sociedad política de la cual las instituciones de salud son un representante, en lugar de coordinarse con las instancias de la sociedad civil las absorbe, con el fin de restarles autoridad en el contexto de toda la estructura social.

5.3.6. LOS PROGRAMAS DE SALUD.

"Para que las acciones de salud se lleven a cabo mediante las estructuras institucionales es necesario aplicar una metodolo-

gia especial que permita un ordenamiento lógico de las actividades, con el fin de conseguir el objetivo que se proponen, - el cual comprende desde el momento en que se plantea hasta -- cuando se lleva a cabo" (33).

La orientación de los programas depende de la política de salud definida por el Estado en el contexto del sistema económico en el cual se produce.

El marco general que dirige las acciones institucionales de salud a partir de la reforma administrativa y de la programación por presupuesto se encuentra en siete programas básicos:

- 01 - Atención preventiva que incluye el control de enfermedades transmisibles, de salud bucal, actividades de nutrición, actividades dirigidas a la población en general como la consulta médica y los exámenes masivos, así como el programa de planificación familiar.
- 02 - Atención curativa que incluye consulta médica, atención de urgencias, hospitalización y terapia especializada.
- 03 - Capacitación de la población para la autoprotección de la salud.
- 04 - Saneamiento del medio.
- 05 - Formación y desarrollo de recursos humanos.

(33) SANDOVAL, Silva Rebeca "Ciencias de la Salud 5" Colegio de Bachilleres S.E.A. Publicaciones Culturales, S.A. México 1980. p. 41.

06 - Investigación, ciencia y tecnología.

07 - Producción de bienes.

La ejecución de estos programas se desarrolla a través de tres niveles de atención y es la forma por la cual se organizan las instituciones para la prestación de los servicios, existen algunas variantes en las denominaciones de cada nivel, sin embargo el proceso organizativo-operativo de atención es muy similar. El primer nivel se orienta a atacar problemas de salud frecuentes que requieren de una tecnología simple; el segundo comprende servicios de especialidad que requieren tecnología más compleja, y el tercero que es considerado como alta especialidad.

En los programas 01, 03 y 04 se observa una orientación preferente hacia la medicina preventiva, sin embargo, tanto la estructura operativa como la distributiva del presupuesto evidencian una mayor orientación hacia la medicina curativa.

En este sexenio, las declaraciones oficiales en torno al método de trabajo de los programas de salud se orienta preferentemente al apoyo de los programas de medicina preventiva. La medicina preventiva ocupa un primer plano en la atención de la salud. Es ahí donde deben canalizarse los recursos que evidentemente rinden más, ya que cuesta menos prever que curar.

6 - FORMAS DE CONSUMO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Aquí vincularemos dialécticamente dos momentos del proceso de - producción:

- La producción de los servicios de salud y el momento reproductivo del hombre a través del consumo de dichos servicios.

En este proceso de producción, el objeto de trabajo es a la vez sujeto de la acción y sujeto de consumo de los servicios de salud. En este sentido dentro de un mismo proceso de producción coexisten dos sujetos, el uno produciendo un servicio (que sería el que producen los trabajadores de la salud) y el otro recebiéndolo y a la vez permitiéndose como objeto, ya que sin - su presencia la realización del producto no se cristaliza.

De tal suerte que dentro de este proceso de producción ha sido intrínsecamente desaparecido uno de los elementos que enajenan el producto que es el objeto de trabajo, sin embargo dentro -- del sistema capitalista, la salud, de la cual únicamente es possible expropiar los medios de producción, se expende y se consume como una mercancía, sujeta a las leyes de la racionalidad capitalista, ya que debido a las características del sujeto de trabajo, la enajenación no se produce a través de los mecanismos clásicos sino que se hace a través de formas ideológicas - encubiertas con la prestación del servicio y la concepción de

salud.

"El pago de la atención médica, ya sea en forma directa por la población o mediante el pago cautivo de la seguridad social y de la atención médica estatal, se realiza mediante la transferencia del valor desde la producción económica hasta los dadores del servicio, tanto estatales como privados. Esto se traduce en una disminución real del salario y el ingreso con que el trabajador repone su fuerza de trabajo, mantiene a su familia e intenta elevar su nivel de vida.

La forma determinante de consumo de los servicios de salud está dada en función de los patrones de financiamiento con los que cada institución se maneja, es decir, con la capacidad de compra de cada individuo, la que está determinada a su vez por la ubicación dentro de la estructura de clase. Con este concepto se conforma la estructura del sistema de prestación de los servicios de salud de la siguiente forma:

- Asistencia Pública, que es financiada totalmente por el Estado; es aquí donde recurre la población que no tiene derecho a la seguridad social, ni capacidad de compra para la medicina privada. Se incluyen los servicios prestados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (SSA), el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF). Es

el sistema dominante en México, ya que en teoría debe cubrir - al 56 % de la población que no está amparada por la seguridad social.

- Seguros de Salud, su financiamiento está dado en forma tripartita (Patrón-Trabajador-Estado), a él recurre la clase trabajadora como parte de un derecho gremial, el pago del servicio es cautivo y por anticipado. Las instituciones que en México cubren esta forma de servicio son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales (ISSSTE), los servicios médicos de Petroleos Mexicanos, -- los servicios médicos del Ejército y la Armada.
- La práctica privada que consume la burguesía y algunos sectores de la clase media que tienen capacidad de compra, de ninguna manera se constituye en una forma dominante de prestación de los servicios de salud.
- Prácticas marginales de la población que no se ha podido incorporar a ninguno de los esquemas de la práctica oficial.

Las características expuestas hasta aquí definen una situación es tructural de agresión al nivel de salud de la población tanto en la forma de organización de la estructura social, fundamentalmente en el proceso productivo, como en el sistema de producción de los servicios médicos.

Estos elementos generan altas tasas de desnutrición y de enfermedades transmisibles (afectando en forma prioritaria a la población infantil) y una mayor dificultad para que el sistema de organización de los servicios de salud puedan proporcionar atención adecuada y suficiente a toda la población, por una parte; y por la otra, no puede olvidarse que en los últimos meses, hemos soportado una feroz ofensiva al salario y a la clase obrera, se le ha agredido en su derecho a la salud, porque en realidad a través de la inflación se logró una recuperación importante para la ganancia de las empresas, en contra de los trabajadores, agrediendo por tanto, en primera y última instancia, su salud.

7 - TENDENCIAS ACTUALES DEL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO. EL PRO CESO DE UNIFICACION

Finalmente podemos converger en dos grandes planteamientos que definen la situación actual del sistema de salud en México, el primero, que manifiesta una gran crisis del sistema de producción, una enorme agresión al nivel de vida del proletariado, y por tanto a la salud; y, el segundo, una inadecuada dirección del sistema de salud, ya que, aún existiendo un esquema conceptual hegemónico y una política general de salud, persisten situaciones de incoordinación en las instituciones que implican duplicidad y derroche de esfuerzos y recursos en el terreno de la práctica.

Debido a esta crisis, el Estado se ve en la necesidad de impulsar una reestructuración modernizante del sistema. Este no es un planteamiento novedoso; ya desde la época Cardenista se planteaba la demanda por construir un sistema nacional que atendiera la salud como un derecho asimismo se encuentran antecedentes en el sexenio antepasado con la formulación del Plan Nacional de Salud.

No es sino hasta ahora cuando los movimientos integracionistas empiezan a tomar forma real, este movimiento es provocado en parte por necesidades técnicas, pero fundamentalmente es un movimiento político a través del cual el Estado pretende cambiar el panorama distributivo, no por el fortalecimiento del salario sino por el de la reorientación de las políticas sociales.

El acuerdo presidencial del 25 de octubre de 1981, por medio del cual se crea la Coordinación Nacional de Salud especifica: La Coordinación propondrá al Ejecutivo Federal las bases que permitan establecer el Sistema Nacional de Salud... determinando los elementos normativos, financieros y técnicos necesarios para la integración eficiente de las funciones y servicios públicos de salud.

El programa de acción de esta Coordinadora (34) refleja su interpretación, del funcionamiento de las instituciones de salud,

(34) Programa de Acción de la Coordinadora Nacional de los Servicios de Salud, México, diciembre de 1981.

lo cual determina las pautas para la integración del sistema.

Estos principios de interpretación establecen, que las diferencias en la prestación de los servicios ^{de} de los niveles de atención están dadas en función de la capacidad de los recursos -- institucionales. Evidentemente este planteamiento no profundiza en su análisis puesto que no es el criterio de organización funcional (aquí se dice naturaleza) lo que determina la prestación del servicio, sino su carácter intrínseco de financiamiento.

Distinguen las prestaciones de asistencia y seguridad social con lo cual en el fondo y a pesar del planteamiento del esquema de análisis organizacional se reconoce el financiamiento -- como elemento determinante para la prestación de los servicios de salud.

El carácter de la integración se refiere a los servicios de -- atención médica, no se consideran en el proceso de las funciones de asistencia social las de seguridad social.

El análisis y propuesta que la Coordinación hace del Sistema Mexicano establece tres ámbitos de organización: el público y social; el programático y el administrativo.

"La estrategia de la integración es la de transitar del ámbito

público y social al programático mediante la integración orgánica de los servicios a los organismos que por su naturaleza - deben abarcarlos; por otra parte se plantea la integración programática y funcional con el establecimiento de normas comunes" (35). La integración orgánica consiste en fusionar servicios públicos de salud y sus recursos bajo una sola autoridad y lo programático o funcional establece normas comunes y un -- compromiso institucional para cumplir los objetivos de los programas.

Hasta ahora se han efectuado tres convenios con la modalidad de integración orgánica, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y los trabajadores de FFCCNM al ISSSTE, los servicios de primer nivel del DIF a la SSA, y el convenio de subrogación entre el IMSS y el ISSSTE por la modalidad de integración programática y funcional.

La tendencia de estas acciones es conformar dos grandes bloques:

- A - La atención médica a población abierta; es decir, la asistencia bajo una dirección.
- B - La atención médica a población derecho-habiente; es decir, asistencia médica por la fórmula de la seguridad social, - sin integración orgánica.

(35) Ibid.

De esta forma el Estado dirige un proceso de unificación del sistema con criterios de operación administrativa, con lo que pretende modernizar los servicios y sostiene las diferencias esenciales de prestación de los servicios médicos a partir de la capacidad de compra de los individuos.

Y se entiende que esta unificación sea así, ya que dada la organización de la estructura social mexicana, a menos que el Estado asuma por un lado la dirección económica total de la sociedad o que se desprevea al proceso de producción de los servicios de salud de su carácter mercantilista, no es posible plantear una integración esencial de los servicios de salud, ya que la asistencia pública atiende a sectores no incorporados en forma organizada a la estructura productiva y por tanto no pueden semejarse a los que sí lo están, y por otro lado, en la seguridad social el carácter de los dos patrones (burguesía y Estado) no les permite integrarse.

La esencia y la orientación de la práctica médica se mantienen intocadas, como puede observarse en la determinación de actividades de la función de atención médica.

Las acciones desarrolladas hasta ahora para la construcción -- del Sistema Nacional de los Servicios de Salud proponen como eje central la unificación de los servicios de atención médica,

promoción y prevención, programa materno-infantil y planificación familiar, diagnóstico clínico, tratamiento médico-quirúrgico, urgencias y rehabilitación, no presentan la forma de recepción de servicios de farmacia y aparatos de prótesis y ortopedia.

Específica su participación en el desarrollo de recursos humanos, lo que actualmente realiza en niveles de especialización, y otro tipo de capacitación a la que podría denominarse capacitación operativa. No se plantean los esquemas de coordinación entre la formación de recursos para la salud desde el nivel básico con este sistema.

Se incluyen asimismo las acciones de investigación biomédica, resultando interesante esta denominación, porque como en todo el proceso de salud prevaeciente, aquí se descubre también el predominio de los contenidos biologicistas y la exclusión de su carácter social.

En cuanto a los niveles de atención, en términos generales se mantiene el mismo esquema de operación que se ha desarrollado hasta ahora en las diferentes instituciones basadas en los niveles de prevención, según este planteamiento se pretende llegar al desarrollo de las acciones de primer nivel, incluso a nivel domiciliario, el desarrollo de las acciones se encuentra ligado al proceso de regionalización.

Resulta interesante la separación hecha en este programa, de las funciones de atención médica y salubridad, sobre todo cuando se plantea que la unificación se enfoca a integrar los servicios de atención médica. Entre las acciones de la función de Salubridad se encuentran las que corresponden a control y erradicación de enfermedades transmisibles, vigilancia e investigación epidemiológica y, fundamentalmente, la educación para la salud, elementos constitutivos importantes del acto de salud integral sobre todo en cuanto que corresponden a la promoción y a la prevención.

Conviene recalcar la importancia de la no integración de la educación para la salud como uno de los componentes de la función de asistencia médica, ya que involucra y manifiesta a su vez, toda una orientación ideológica sobre todo en la forma de relación que las instituciones de salud establecen con la población.

En todo este movimiento integracionista se mantienen dos contradicciones esenciales, una es la subsistencia de la práctica privada y la otra el mantenimiento de la esencia misma de la práctica médica, como puede verse en la determinación de las actividades de la función atención médica.

Es importante hacer notar que todas estas acciones corresponden

a la implementación de una política dictada a nivel de "cúpula" que aunque necesaria para el mejor funcionamiento del sistema, no considera a los elementos involucrados como es el caso de los trabajadores de las instituciones y los derechohabientes del servicio.

Este proceso de unificación ha tenido opositores importantes en los propios trabajadores organizados, que se niegan a formar parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, como un reflejo del control ideológico que hasta ahora ha ejercido el Estado en materia de salud.

Esta actitud refleja el nivel de conciencia en torno a la salud sin contenidos de clase, por parte de los trabajadores, y hace suponer que la ruptura de los núcleos esenciales con los que funcionan las instituciones de salud habrán de permanecer por largo tiempo intocados, ya que no es el Estado, por muy modernizante que sea su política, quien intentará romperlos, porque como por ahora se vé, la tendencia es formar dos grandes grupos de instituciones, las de asistencia pública y las de seguridad social, que plantean una solución técnica pero no una esencial.

Sin embargo, no se descarta la posibilidad de conseguir la construcción del Sistema Nacional de Salud ya que existen

países capitalistas como Inglaterra, donde hace muchos años funciona como tal.

Pero la forma y participación del proceso de unificación depende de las fuerzas que jueguen en el proceso; muy diferente será el carácter de una institución cuando este se arranque a la burguesía y al Estado como producto de la lucha de clases, a cuando sólo es entregado en virtud de una necesidad modernizante.

Dentro de este contexto resulta también importante el papel jugado por los trabajadores de la salud, porque de ello depende no sólo la forma que asuma la unificación del sistema, sino también la forma misma que asuma el motor de los servicios que es el carácter de la práctica médica.

De esta manera y si este argumento se reconoce como válido, los trabajadores de la salud habrán de constituirse en un elemento de contención para dicha integración durante el ejercicio de la práctica médica, por su ausencia en la comprensión de los núcleos sociales dentro del proceso salud-enfermedad; por supuesto esta actividad va de acuerdo y apoya la política del Estado y el programa de acción de la Coordinación Nacional de los Servicios de Salud. Habrá que esperar que los elementos de pensamiento más avanzados al interior de este grupo de trabajadores promuevan e impulsen el contenido real de la unificación, para no ser útil exclusivamente a las orientaciones del Estado sino a la población que debe recibir el servicio.

5.4. LAS PROPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

El Plan Nacional de Desarrollo en sus planteamientos en materia de salud señala "En una sociedad que tiene como principio la -- justicia social y persigue ser más igualitaria, la protección - de la salud es un derecho social".

Entre los elementos considerados en el diagnóstico se plantea que los esfuerzos desarrollados por disminuir los daños y --- riesgos que afectan a la salud de la población se han visto - limitados particularmente por la ausencia de una autoridad -- rectora que coordine las acciones de las instituciones públi- cas asistenciales y de seguridad social, así como las que rea- lizan los sectores privado y social.

La acción del Sector Salud está orientada al logro de la am- pliación de cobertura a través del escalonamiento del servi- cio, con especial énfasis en las actividades de carácter pre- ventivo, sin descuidar el orden curativo. El otorgamiento de servicios mínimos de salud considera prioritaria a la pobla- ción de las áreas marginadas; rurales y urbanas, especialmen- te al grupo "materno-infantil".

Dentro de los lineamientos estratégicos se señalan 5 grandes áreas de política: las acciones preventivas para contrarres-

tar la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles, la organización y modernización de los servicios a través de los tres niveles de atención, con los que se ha manejado hasta ahora el sector. La consolidación del sistema a través de su integración por la vía programática y la orgánica y la descentralización a la Entidades Federativas del primer y segundo nivel de atención de los servicios proporcionados a población abierta; la cuarta área de la política es la asistencia social y la última lo referente a la formación, capacitación e investigación.

El plan propone reforzar las acciones y mecanismos de otras áreas de la política social que inciden en la prevención de enfermedades y en el saneamiento del medio ambiente, entre los que destacan EN EL AREA EDUCATIVA, los programas de salud e higiene, los de mejoramiento de niveles alimenticios y nutricionales y los de construcción de vivienda y dotación de servicios urbanos, agua potable y alcantarillado entre otros..., estos últimos ocupan un lugar prioritario al reconocer su efecto directo sobre las condiciones de higiene y por tanto en la salud de la población.

En el Plan Global de Desarrollo se señala que: PARA COMPLE--
TAR LA ESTRATEGIA PLANEADA SE CAPACITARA A LA POBLACION PARA

QUE PARTICIPE EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS, DE SANEAMIENTO DEL AMBIENTE Y CURATIVAS. Y aunque evidentemente esta proposición de participación de la población no se constituye en un planteamiento para la búsqueda de la participación autogestionaria de la comunidad, sino más bien es una forma a través de la cual el sistema de salud incorpora a la población en el proceso de las acciones de salud, con lo que únicamente persigue abaratar el costo de dicha producción, el actual Plan Nacional de Desarrollo sólo se refiere a la reducida participación comunitaria como un elemento adicional del diagnóstico, y por lo tanto, ni siquiera hace referencia a su forma de participación.

CAPITULO II .- EL TRABAJO SOCIAL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

2.1. Definición de Trabajo Social.

2.2. Desarrollo histórico del Trabajo Social.

2.3. Movimiento de Reconceptualización.

2.4. El reconocimiento del Estado, de las Insti
tuciones y de las políticas sociales y eco
nómicas, último y definitivo campo de ac--
ción.

2.5. La incorporación de los trabajadores socia
les en las instituciones de salud.

2.5.1. La participación dentro del Equipo de Sa
lud.

2.5.2. Funciones y actividades.

2.1. DEFINICION DEL TRABAJO SOCIAL.

Aunque a través del tiempo han existido distintas formas de definir al Trabajo Social, cualquiera de las definiciones que aquí se asumieran no está exenta de cuestionamientos, ya que la vinculación inmediata de nuestra profesión con la realidad social en el sentido no únicamente de conocerla sino de actuar directamente sobre ella complejiza cualquier interpretación que pudiera hacerse.

Esta dualidad rebasa el objeto y objetivo de cualquier disciplina de las ciencias sociales que sólo pretende conocer y que se enfrenta a distintas orientaciones filosóficas que orientan este conocimiento y que reflejan al asumir cualquiera de estas orientaciones, una posición política de quien la ejerce; esta situación adquiere una mayor dimensión cuando se establece el compromiso del profesional de actuar directamente sobre la realidad como es el caso del trabajador social que señala "que a través de procedimientos científicos promueve la organización consciente de los miembros de la colectividad en las transformaciones sociales a fin de contribuir al desarrollo integral de la población"

(1) Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM. Organización Académica 1980.

Los planteamientos considerados en esta definición confieren -- una responsabilidad de grandes dimensiones para los profesionales que se desarrollan en este campo ya que de principio se enfrentan al compromiso de buscar, conocer, entender y aplicar -- "procedimientos científicos" con los cuales promover la organización y participación "conciente" de la colectividad en la --- transformación social; si el primer planteamiento del conocimiento de la realidad es verdaderamente complejo, este último es ti tánico ya que esta transformación social a la que se hace referencia conlleva la idea de una transformación completa de la so ciedad, sobre todo si se asocia con el siguiente planteamiento que habla del desarrollo integral de la población.

Y esta labor no corresponde en sentido literal a ninguna de las profesiones de la ciencia o de la técnica, sino a la clase pro letaria en su conjunto, quien habrá de construir un proyecto -- nuevo para la dirección de la sociedad.

2.2. COMPRENSION DE LA HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL.

La ayuda a los individuos se constituye en el eje central de - la historia del trabajo social; su filosofía, su metodología y su campo de acción se conforman a través del tiempo en la bús-- queda de la operativización del concepto de ayuda.

De esta manera podemos identificar dos líneas de análisis histó

rico de la profesión.

- La primera sería constituida con las diferentes formas asumidas por los individuos para prestar ayuda a los demás cuando se encuentran en situación problema y,
- El estudio del desarrollo teórico-metodológico para prestar dicha ayuda.

La institucionalización del trabajo social se encuentra asociada a la gestión del modo de producción capitalista, período en el que la organización social para la producción genera enormes masas de seres humanos "libres" (de la opresión feudal) con --- enormes carencias sociales. La filosofía liberal que proclama la libertad de los hombres, sienta las bases racionales para -- promover y mantener este orden de cosas.

La creciente opresión de las masas desposeídas comienza a provocar situaciones conflictivas para la propia organización social, lo que hace que el Estado burgués abandone su práctica liberal e impulse medidas intervencionistas en torno a la regulación de la política económica y social. De esta manera se produce una actitud sistemática OFICIAL y organizada de ayuda al necesitado. En este contexto se genera un grupo de profesionales capacitados para prestar ayuda desde un nivel oficial; la formación de estos nace por tanto muy ligada a las acciones asistenciales dirigidas por el Estado.

Dos acontecimientos histórico-sociales violentan y condicionan la orientación del Estado de principio la crisis del 29 y la Segunda Guerra Mundial a través de lo cual las grandes potencias deciden un nuevo reparto del mercado mundial. Ambas situaciones cobran su cuota de resquebrajamiento del sistema en su agresión más violenta hacia la clase trabajadora que presenta nuevas manifestaciones de oposición al sistema opresor; a nivel mundial el capitalismo estaba entrando ya en la fase monopolista, proceso que va desde comienzos del siglo hasta la crisis del 29, donde termina de consolidarse, concretándose a nivel político un Estado planificador e intervencionista. Es aquí precisamente donde puede ubicarse el surgimiento del Bienestar Social y de la teoría económica que lo sustenta, la llamada Economía del Bienestar.

A fines de la década de los 30's y ante la grave crisis mundial que no da visis de recuperación y la ineficacia de las orientaciones del Estado, se empiezan a aplicar directrices de la política económica apoyada por la teoría Keynesiana (aumento de la productividad sobre las bases de explotación cada vez más eficiente) que explica el fenómeno de la crisis y que busca reducir el efecto perturbador de esta. Si en etapas anteriores a la intervención del Estado se sugiere como necesaria, en esta época constituye una condición sin la cual

el sistema podrá dejar de sostenerse (2).

La estrategia para enfrentar la crisis consistió en mantener en permanente desarrollo a la economía, de tal manera que pudiera desviar parte del crecimiento para beneficio de las clases trabajadoras.

Se acepta por tanto como factible, reformas a la política social que no alteren las relaciones sociales de producción, ni lesionen de manera fundamental el control de los grupos de dominación. Los programas de desarrollo de comunidad se constituyen en uno de los instrumentos que le da forma a esta idea.

En la aplicación de los programas que ejecutan las políticas desarrollistas, juegan un papel muy importante los profesionales del trabajo social que entre otras cosas extrañamente curiosas, reciben su preparación para incorporarse en dichos proyectos, en centros de estudios y universidades norteamericanas, o colaboran en forma cercana con asesores extranjeros que desarrollan programas de Desarrollo de Comunidad en América Latina.

(2) Grupo de profesores de la Escuela de Trabajo Social, Colegio Mayor de Cundinamarca y Facultad de T.S. Universidad de Colombia "El Bienestar Social, las Políticas Sociales y la Profesión de T. S. - Trabajo presentado para el V Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Bogotá, Octubre 1976.

Es evidente la intervención del Estado en la introducción de -- programas de desarrollo comunitario. En países donde el proceso de modernización administrativa es muy avanzado, estos programas se incorporan a un proyecto nacional de desarrollo por -- la vía del impulso de la política económica y de la identificación de la política social como soporte e infraestructura de la anterior.

En el caso de México, pueden verse en diferentes períodos sexenales el impulso de proyectos de trabajo comunitario vía introducción infraestructura material para sostener necesidades de -- modernización del capitalismo, a través de diferentes Secretarías de Estado.

Este carácter intervencionista del Estado, que se coloca ropaje de "Estado benefactor" adquiere sus matices no exclusivamente -- en función del proyecto de dominación internacional, sino en -- función de sus propias características y condiciones internas.

Así, la forma de los proyectos de desarrollo comunitario, su -- orientación y vinculación con la clase proletaria y fundamentalmente con el ejército industrial de reserva en el caso de las -- políticas de asistencia social, obedece a las líneas de juego -- de fuerzas políticas que operan en el seno de la estructura del estado. Aún cuando el Estado burgués está dirigido por el pro-

yecto de dominación de la clase burguesa, no puede, a riesgo - de perder el consenso que lo sostiene, desarrollar proyectos - de dominación abierta y claramente contrarios a la clase proletaria, a quien también dice representar.

2.3. EL MOVIMIENTO DE RECONCEPTUALIZACION.

La década de los 60's es testigo de numerosos acontecimientos de confrontación con el sistema capitalista, entre ellos se -- puede citar el movimiento estudiantil con manifestaciones en - varios países del mundo, y la guerra imperialista contra Viet- nam, ambos acontecimientos provocaron un importante cuestiona- miento ideológico del sistema. La ideología marxista empieza a penetrar con mayor intensidad en los países dependientes co- mo un nuevo instrumento para la interpretación de su realidad, por este motivo se abren espacios de orden democrático al inte- rior de las políticas del Estado, que se ve en la necesidad de proponer una serie de proyectos que le permitan un margen más amplio de aceptación y de consenso de las clases populares.

El trabajo social entra en esta década, con todo un bagaje teó- rico y una experiencia que le permite efectuar un cuestiona--- miento de la realidad y de un quehacer en el que está inmerso. Los trabajadores sociales de los países sudamericanos inician todo un proceso de cuestionamiento de las ciencias sociales, - generando toda una producción bibliográfica en donde las con--

tradiciones entre teoría y realidad son los núcleos centrales de reflexión. Este proceso de cuestionamiento es denominado Movimiento de Reconceptualización.

Este movimiento ocupa un largo espacio histórico dentro del desarrollo del trabajo social, en donde el estudio y el trabajo conjunto generaron nuevas condiciones para el quehacer profesional.

Quizá el aporte principal del movimiento de reconceptualización ha sido la toma de conciencia acerca de las realidades nacionales y latinoamericanas y la profundización del conocimiento de las condiciones estructurales de América Latina, ya que se amplió la posibilidad de reconocimiento de teorías interpretativas de la realidad social, diferentes a aquellas propias del estructural-funcionalismo, esto significó un acercamiento a la teoría marxista a través de la cual se pretendió crear una teoría y un método de acción del trabajo social latinoamericano y con esto se inicia el camino hacia la práctica científica, básicamente por haberse cuestionado un principio epistemológico de las ciencias metafísicas, aplicado a las ciencias sociales. "... pensar en un desarrollo del conocimiento social objetivo por encima de los intereses de clase"(3).

(3) LIMA, Leila y Rodríguez Roberto "Metodologismo: estallido de una época" Acción Crítica Nº 3. CIA. T.S. p. 16-17.

A partir de este momento se genera todo un movimiento cuestigador, ligado a la incorporación de los trabajadores sociales en la operativización de las políticas del Estado, que lleva a estos a que se descubran a sí mismos, a negar irracionalmente el uso de técnicas llamadas "tradicionales" y a lanzarse a la búsqueda -compulsiva- por la construcción y uso de técnicas y procedimientos nuevos, que les permitiera reivindicarse ante sí mismos, del ejercicio de su antigua práctica, la que calificaron de "mediatizadora".

La producción de una ciencia propia para el trabajo social se realiza fundamentalmente a través del recurso de la sistematización de la práctica de campo que presenta dos errores básicos, uno el que se elabora desde los centros de estudio y la otra - que lo aísla del resto de las ciencias sociales.

No son pocos los profesionales que se dedican a recorrer este camino, entre ellos Germán Zavala, que en un documento para la preparación del posgrado de la profesión dicen: "Como se puede ver, el trabajo social engloba una cantidad de actividades prácticas cuya acción debe ser analizada teóricamente, al margen de las otras disciplinas sociales, ya que su naturaleza lo excluye de un enfoque científico en sí mismo, aunque debe manejar sus métodos y disciplinas" (4)

(4) ZAVALA, C. Germán "Posgrado de Trabajo Social" p. 20.

Una rápida revisión de la bibliografía del trabajo social permite detectar una intensa búsqueda del método de acción sobre todo en trabajo comunitario, que permita a los trabajadores sociales incidir efectivamente sobre la realidad (5).

Sin embargo, el camino de la ciencia y la transformación social es compleja. Un repaso a la literatura del trabajo social en el período de la reconceptualización y una revisión de sus experiencias de investigación "muestran un análisis de la realidad un tanto superficial, centrado más bien en la sistematización de su acción concreta y una constante y rutinaria repetición de un trabajo social liberador, transformador y revolucionario" (6)

La terminología utilizada aparentemente marxista es camuflada por otros términos que la sustituyen, como un medio para justificar la falta de compromiso político en el desarrollo de la práctica.

(5) Las referencias importantes para el estudio de este movimiento metodológico pueden encontrarse en "Cuestiones Operativas del Servicio Social, de German Krusse y Metodologismo: Estado llido de una época de Leila Lima y Roberto Rodríguez".

(6) LIMA, Leyla y RODRIGUEZ, Roberto. Op.cit.

La gran aportación metodológica de todo este proceso consiste - en haber delimitado que en trabajo social no puede hablarse de diferentes métodos de acción, cuando se hace referencia al trabajo social de casos, grupos y comunidad, sino que todos ellos forman parte de un método común de intervención sobre la realidad.

La mayoría de las propuestas alternativas consideradas como producto del movimiento de reconceptualización incluyen de una u - otra forma, conceptos de la filosofía marxista, sobre todo cuando se refiere a la línea de trabajo por la construcción de un - método básico.

Este planteamiento marxista lo podemos ver entre otros, en la - publicación de La Práxis del Trabajo Social en una Dirección -- Científica, en donde se dice: "Esta metodología buscó su basa-- mento en el Materialismo Dialéctico e Histórico" y como método de acción se introduce la concientización.

A través de esa definición se delimita claramente una posición política: La opción revolucionaria propuesta por la filosofía - marxista para cambiar las condiciones de vida de la población - explotada.

Esta delimitación presenta dos líneas:

- El conocimiento de la sociedad a través del uso y manejo del

materialismo dialéctico como forma de comprensión del universo, y el materialismo histórico como forma de comprensión de la sociedad.

- El uso del método de la concientización como forma de acción.

Como se ve, la línea de acción presenta una ruptura con la filosofía marxista en tanto que derivada del conocimiento dialéctico debiera presentarse una forma de acción consecuente que daría como resultado la participación en la lucha revolucionaria. Sin embargo, atendiendo a sus propias contradicciones de origen -en el sentido de su vinculación con el estado burgués- el trabajo social como profesión, no puede optar por una práctica partidaria, es decir, no puede reconocer como su intelectual orgánico a un partido político que busca transformar la sociedad -- (aún cuando se encuentre en la práctica, ligado a un partido/estado, que institucionaliza las relaciones capitalistas de producción) y por tal motivo, adopta como su método de acción fundamental la concientización y las técnicas de investigación-acción.

"Desde el punto de vista político, la acción concientizadora parece ingenua, tanto porque su punto de partida se centra en la mayoría de los casos en acciones educativas y muy poco sobre la realidad económica de la población, como en el carácter populis

ista de que grupos aislados del pueblo, conscientes de la opresión, iniciarán acciones de reivindicación y conducirán los procesos más amplios que objetivamente tienen ante sí. No parece existir en esta perspectiva la necesidad de articular con organizaciones y partidos políticos nacionales que le den coherencia y orientación, ni se hace clara la idea de una acción más permanente de la vanguardia, para trascender lo focalizado en la lucha y entender la estructuralidad de las situaciones (7).

De esta manera se delinea claramente la contradicción entre el cuerpo teórico asumido por el trabajo social al aclarar como su basamento, el método dialéctico, que es totalizador y los métodos de trabajo social que parcializan la realidad.

2.4. EL RECONOCIMIENTO DEL ESTADO, DE LAS INSTITUCIONES Y DE LAS POLITICAS SOCIALES Y ECONOMICAS, ULTIMO Y DEFINITIVO CAMPO DE ACCION.

El movimiento de reconceptualización colocó como su centro de operación, escuelas y universidades, generándose desde ahí los planteamientos ideológicos y alternativos para el quehacer de la profesión, desplazando y olvidando dentro de todo ese proceso a las instituciones que son el marco operativo y funcional en que se desarrolla la profesión y de hecho la mayoría de trabajadores sociales; y por tanto, existe una desubicación especial que obs-

(7) ALGARA, C. Jaime. Ibid. p. 46.

taculiza una reflexión-acción coherente. (8).

En el marco del trabajo social institucional pueden distinguirse dos grandes etapas:

- El desarrollo de las acciones correspondientes a lo que se podría denominar etapa tradicional.
- Las concepciones durante el movimiento de reconceptualización, que puede considerarse como momento de transición.
- Y, la nueva orientación, que pretende abrir nuevas perspectivas de intervención.

Durante todo su proceso de desarrollo, hasta antes del movimiento de reconceptualización, el trabajo social se mantiene incorporado a las instituciones de la iglesia y del Estado para distribuir servicios de carácter asistencial o promocional a través de la ejecución de programas en la población. Las técnicas utilizadas durante la primera fase tienen carácter eminentemente asistencial, posteriormente y con la incorporación del trabajo social de grupos, la visión asistencial cambia hacia una posición promocional de los programas; finalmente dentro de este contexto se incorpora la metodología del trabajo comunitario como un planteamiento que rebasa a los dos anteriores, con la metodología del desarrollo.

(8) Lima, Leila y Rodríguez Roberto. op. cit.p. 21.

Podría considerarse que dentro de todas estas etapas, la práctica profesional estuvo vinculada a lo que un conocido autor define "aséptico-tecnocrática" en el sentido de que el quehacer de los trabajadores sociales se orienta al desarrollo eficiente de sus actividades, las cuales ponía al servicio de otros profesionales sin conocer el destino final de sus acciones.

En el decorrer del movimiento reconceptualizador se comenzó -- por condenar el carácter positivo y neutral de la práctica profesional clásica, posición que siendo en sí misma correcta, despertó el conocido rechazo al trabajo institucional, dado que -- éstas como vínculos reproductores del sistema, cristalizan los intereses de la clase dominante.

La fuga de las instituciones generó a su vez el trabajo de base de comunidades abiertas desde una perspectiva supuestamente resguardada del contagio de la ideología dominante. Por tanto, durante esta etapa, el rechazo a las instituciones se asumió como posición política consecuente con una pretendida comprensión -- científica de las mismas.

Estos planteamientos en el movimiento reconceptualizador proponen por la vía de la definición teórica e ideológica un abandono del campo institucional (por su vinculación con el Estado), lo que constituye un rechazo a la génesis misma del trabajo social, y lo incorpora a un campo puramente ideológico que envuelve la -

construcción teórica en un nudo equivocado de proposiciones que se despegan de la realidad y que oscurecen por largo tiempo las perspectivas reales de acción de los trabajadores sociales. La concepción de la práctica profesional dentro de las instituciones asume un carácter meramente ideológico en tanto se da un -- cuestionamiento en bloque sin ninguna proposición de alternativas concretas.

Los argumentos en base a los que se asume esta posición, a nuestro juicio -se fundamentan en una rígida interpretación del Estado y sus instituciones- y en la relación que al interior de -- ellas juega el trabajador social.

Una etapa que podríamos considerar cualitativamente diferente, surgida del seno mismo del proceso de reconceptualización, es -- la nueva orientación para el estudio y trabajo dentro de las -- instituciones.

Esta aparente nueva forma de atención trajo consigo la necesidad de involucrar otros conceptos dentro de la teoría usada -- por los trabajadores sociales, relacionados con la teoría de -- la superestructura, que pretende a partir del marco teórico -- "reconceptualizado" abrir nuevas perspectivas de intervención desde las estructuras mismas de las instituciones.

Las condiciones para crear nuevas alternativas de trabajo insti

tucional parten de la idea de que "Si bien es cierto que las - instituciones mantienen toda una serie de normas, valores, sis- temas y procedimientos de acción dirigidos a apuntalar la re- producción del sistema, también lo es que este planteamiento - no puede ser propuesto en términos absolutos y estáticos ... - los organismos estatales o privados no son inexpugnables forta- lezas de la ideología dominante, y ... por otra parte, son una instancia del enfrentamiento concreto de los intereses de cla- se por encima de las instituciones y organizaciones sociales. La concretización de dichos intereses se expresa en los progra- mas de desarrollo, pero sin eficacia, su limitada cobertura, - sus enfoques reducidos, etc. así como constituyen formas de de- bilitamiento político de la clase en el poder, también se con- vierten en factores materiales determinantes en la crítica y - la organización de los sectores populares" (9).

Dentro de esta nueva línea de trabajo institucional existen mu- chos y variados planteamientos que van desde los mas ortodoxos marxistas hasta los clásicos funcionalistas.

El trabajo que aquí se presenta interpreta al trabajo social - institucional como operativizador de las políticas sociales; - ya que el ejercicio del trabajo social se da en el escenario -

(9) LIMA, Rodríguez. op. cit. p. 21

mismo en el que se concretizan las políticas sociales, es decir, se coloca en el cruce entre proyectos institucionales y la población misma.

El trabajo social define su campo de acción a partir de la incorporación de la política social dentro de las instituciones, por lo que se define como trabajador al servicio del Estado; y a través de sus funciones desarrolla formas de penetración y reproducción en la población, de las directrices del gobierno.

Dentro de las instituciones se realizan las más variadas actividades, que van desde el orden puramente administrativo hasta la ejecución de trabajo con grupos y desarrollo de programas específicos para la comunidad. La prioridad que se dé a una u otra área depende de la orientación de los programas de la institución por una parte, y por la otra del desarrollo y la orientación profesional de los trabajadores sociales. Las acciones del trabajador social se han encuadrado dentro de la distribución de servicios, y también en la racionalización para hacerle llegar a la población la prestación del servicio institucional, y paralelamente cumple la tarea de informador y transmisor ideológico, ya que trasmite las ideas y valores que sustentan las instituciones; pero también cumple esta tarea a la inversa, puesto que a su vez informa a la institución de las características, necesidades y conflictos de la población.

2.5. LA INCORPORACION DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

"El trabajo social en el área de la salud es el conjunto de técnicas y procedimientos encaminados a investigar los factores sociales que afectan la salud de la colectividad con el fin de -- proponer, coordinar y ejecutar alternativas viables, que modifiquen dichos factores" (10).

La incorporación del Trabajo Social en el campo de la salud tiene antecedentes desde el origen mismo de la profesión, ya que -- las primeras formas de asistencia social se vinculan a la prestación de cierto tipo de servicios de salud a través de hospitales financiados por la iglesia o el Estado.

Las especificaciones del desarrollo histórico en este campo se encuentran vinculadas y determinadas por las características de la evolución de la práctica médica, observándose mayores niveles de participación en aquellos momentos donde la medicina interpreta de manera más objetiva sus componentes sociales.

2.5.1. LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD.

El quehacer del trabajador social dentro de las instituciones de salud se inscribe en el contexto de un equipo de trabajo. La postura y el reconocimiento que estos tengan dentro del mismo,

(10) CASAS, Torres Graciela "Propuesta de un Curso Monográfico para Licenciados en Trabajo Social" Tesis para obtener título de Lic. en T.S. ENTS-UNAM 1981. p. 15.

depende en principio del concepto salud-enfermedad con el que opera todo el equipo. Así pues, dentro de un grupo donde la corriente ecologicista y biológica es predominante y los aspectos sociales tienen poca o ninguna importancia, los trabajadores sociales vienen a ser simple y sencillamente elementos de apoyo para el grupo hegemónico, para el caso, los profesionales de la medicina, convirtiéndose en trabajadores paramédicos y no en trabajadores de la salud.

La forma de intervención profesional en el contexto de las instituciones de salud está directamente vinculada a la estructura organizativo-operativa del sistema de atención especificado a través de los niveles de prevención.

2.5.2. FUNCIONES Y ACTIVIDADES.

Las funciones de los trabajadores sociales dentro de las instituciones de salud en el nivel operativo se pueden dividir en funciones de tipo aplicativo (investigación, atención individual, promoción, educación, capacitación y movilización) y de apoyo (programación, información y evaluación). Entre ambas clasificaciones se ubica la coordinación que comparte simultáneamente el criterio operativo-aplicativo, ya que si bien es cierto que al establecer la coordinación con el equipo de salud para el desempeño de los programas, está apoyando administrativamente el proceso de su trabajo, también es cierto que a través del desempeño -

de esta función está entregando al resto del equipo el contenido conceptual de orden social que debe tener en la comprensión del proceso salud-enfermedad.

Dentro de la especificación de las funciones en el contrato de trabajo de los profesionales del trabajo social se señala la - función de investigación, a la que se destina la mayor parte - del tiempo contratado.

Al interior de las instituciones, estas actividades de investigación presentan distintas formas y cumplen diferentes objetivos:

- Estudios sociales para fines de clasificación económica.
- Estudios sociales para apoyar el estudio de caso.
- Investigación específica para el apoyo del programa de educación para la salud.
- Investigación social para apoyar los programas de proyección a la comunidad y extensión de cobertura.
- Investigación social en algunos proyectos específicos de la - institución.

Una de las formas de investigación mas claramente identificada es el trabajo de caso, que es influido con la concepción de la práctica médica individualizada, cuando el médico y la unidad - para la que labora el trabajador social pretende conocer las ne

cesidades y circunstancias que rodean al individuo y su repercusión sobre la enfermedad. Es ampliamente utilizado durante todas las etapas históricas del trabajo social e independientemente del objetivo persiguido al realizarlo, ya que podemos encontrarlo ejecutado para fines de asistencia social (como la determinación de la capacidad de pago de servicio) y para fines de complementación del diagnóstico integral. La utilidad que se da a este trabajo dentro de las instituciones depende en gran medida de las necesidades concretas del equipo de salud y en menor, de la importancia misma que le brindan los trabajadores sociales.

Existen distintos niveles de elaboración y desarrollo de los instrumentos y procedimientos de investigación, conservándose en términos generales las pautas del trabajo individualizado; únicamente en el SNDIF y en el IMSS se dispone de una guía de estudio social profundo, destacándose la diferencia entre clasificación socioeconómica y diagnóstico social, producto de un estudio profundo, ya que en tanto el primero se utiliza para aplicar una clasificación socioeconómica, el diagnóstico social del estudio profundo se elabora con el objeto de prestar atención médica integral al paciente, es decir, se involucra en lo que ha dado en llamarse el acto médico en sí, cuando el paciente ha rebasado la etapa de compra-venta del servicio y ha entrado a -

la fase del consumo; dependiendo del padecimiento, el caso habrá de distinguir la causa de los efectos, así por ejemplo, los padecimientos infecto-contagiosos priorizan las causas y los -- crónico-degenerativos los efectos. Se señalan las distintas - áreas de intervención profesional: por problemática administrativa, por desconocimiento del padecimiento y algunas formas concretas de asistencia.

Dentro de las instituciones de asistencia social, unicamente el DIF conserva la clasificación económica como mecanismo intermedio para proporcionar el servicio, utilizando técnicas de clasificación económica en base al ingreso per capita, es decir, un criterio aparentemente objetivo, ya que incluso se somete a control contable a través de auditorías periódicas.

Las actividades de investigación que se realizan cotidianamente a través de la aplicación de estudios socioeconómicos y de caso, sólo se sistematiza con fines de presentación de sus trabajos en Congresos y Foros de las Instituciones de Salud o de la profesión en particular.

Todo parece indicar que a mayor ordenamiento en el instrumento de captación de los datos se presenta un mayor nivel de sistematización. La orientación de esta sistematización no es determinada por el criterio de incorporación de los trabajadores sociales a

una institución de régimen de seguridad social o de asistencia pública, puesto que estos procesos se dan en forma similar en el ISSSTE y en el DIF.

Existen variadas experiencias de trabajo con grupos, ligadas fundamentalmente a las acciones de educación para la salud que se orientan a promover el conocimiento sobre los servicios de salud, así como para llevar a los individuos en conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad que les permita manejar racionalmente sus padecimientos, sobre todo en casos de enfermedades crónico-degenerativas y en algunas ocasiones en enfermedades infecto-contagiosas, la fase del trabajo social de grupos desarrollada en este campo corresponde a la función educativa y terapéutico-recreativa y muy probablemente podríamos incluir también el nivel de capacitación, ya que en muchos casos los grupos de educación se forman para capacitar promotores de la salud, quienes habrán de incorporarse posteriormente al desarrollo y ejecución de los programas de medicina comunitaria.

Debido a la definición política del quehacer de las instituciones de salud, no se distingue ninguna experiencia de un verdadero trabajo promocional, ya que no se establece vinculación alguna entre los actores del trabajo grupal y el cuestionamiento de la realidad inmediata que los circunda, que es la estructura ad

ministrativa de prestación de los servicios.

Hablar de la incorporación en las acciones de proyección a la comunidad implica inmediatamente identificar la connotación - que traen consigo los trabajos de proyección a la comunidad o medicina comunitaria que realizan las instituciones de salud.

La medicina comunitaria -de nivel primario, de primer contacto o de técnicas simplificadas- es aquella que comprende acciones de bajo costo, destinadas principalmente al servicio de los no asalariados que se agrupan en áreas geográficas antiguamente - llamadas "comunidades". El enfoque de los problemas de salud pretende no ser meramente biológico, tratando de incorporar -- los componentes culturales y políticos, sus acciones no se reducen al tratamiento específico de casos agudos -esporádicos- sino que intenta atender la patología elemental y desarrollar los aspectos preventivos y administrativos". (11)

El juicio político de algunos de los trabajadores de la salud considera este tipo de programas como un instrumento político con el cual se pretende controlar comunidades potencialmente conflictivas, sobre todo cuando la opresión del proceso distri

(11) MERCADO, Calderón Francisco "Medicina Comunitaria Estrategia imperialista y coyuntura política" en Medicina para - quién. p. 11.

butivo los agrede en mayores proporciones.

Los programas de medicina comunitaria no se realizan de manera exclusiva en países cuyo sistema favorece la proliferación de áreas marginadas, sino que también es instrumento utilizado -- en países con sistema unificado de salud- como forma racional de administrar los servicios.

En países capitalistas este tipo de programas se utiliza como mecanismo de dominación ideológica, en cuanto que la medicina comunitaria postula que los cambios para superar nuestro estado de salud no tienen que ser necesariamente en la estructura social global, sino modificaciones de la conducta individual (educación sanitaria, participación de la comunidad en salud) o cuanto más de las instituciones de salud (funcionalización, planificación, trabajo de equipo).

Este tipo de programas se constituye en una de las respuestas más actuales del Estado a los graves problemas de salud de las enormes masas desposeídas, es un instrumento de control en tanto que hace "aceptable", funcional y bondadoso el sistema so--cial vigente; calma la desesperación y enmascara la explotación.

"Legítima al Estado en cuanto que lo hace aparecer como interesado en resolver los problemas de salud, adormeciendo los potenciales revolucionarios de los sectores oprimidos" (12).

(12) Ibid.

En México existen múltiples y variadas experiencias en esta orientación de la medicina comunitaria, dentro de ellas puede ubicarse el Programa de Extensión de Cobertura de la SSA, el de Medicina Familiar Comunitaria, el de Salud Rural y últimamente el de áreas Marginadas y el de IMSS-INI-COPLAMAR. Estas experiencias se han constituido en esfuerzos aislados de comprobación de modelos y no en intentos serios por desarrollar sistemáticamente la medicina de primer nivel o de primer contacto, como ocurre en caso de países que cuentan con un sistema unificado de salud.

Los procesos de operación de este tipo de programas los constituye primeramente la elaboración de un diagnóstico de salud del área y la incorporación de la participación organizada de la comunidad. Este segundo proceso de operación asume formas concretas a través de dos instancias principales, la primera que es la capacitación de recursos comunitarios para la atención de la salud y la segunda que es la constitución de equipos de apoyo en el seno de la comunidad, al interior de estos equipos de apoyo se busca incorporar de manera decisiva la participación de líderes de la localidad.

El recurso para la salud que desempeña este trabajo, lo representa el equipo de salud conformado con la participación de médicos generales o pasantes, enfermeras y promotores de la salud.

El desarrollo de estos programas no pretende lograr la participación conciente de la comunidad, sino que la orientación está delimitada por una función única que es -en ocasiones- la entrega domiciliaria de un servicio mínimo: el diagnóstico clínico y la consulta periódica.

Dado el contenido y orientación de estos programas, los trabajadores sociales se limitan a realizar acciones de promoción y -- educación para la salud, participando en acciones iniciales de investigación.

A pesar de este tipo de orientación, los programas de medicina comunitaria se constituyen en una de las alternativas potencialmente más rica para el desempeño del trabajo social, siempre y cuando se encuentren los mecanismos para reorientar el proceso operativo con el cual se ejecutan, ya que "aunque podemos admitir que estas actividades tienden al control, la función que -- realmente realicen dependerá de las fuerzas que se muevan en -- la acción social... estos procesos implican la posibilidad de oposición, de desestructuración, de contradicción, en la propia producción social de los procesos, es decir, la medicina -- comunitaria puede transformarse en medicina liberadora en la -- medida que vaya utilizando el contacto que propicia con las -- clases explotadas y marginadas para promover su organización -

clasista" (13).

Dentro de las funciones de apoyo de trabajo social, en las --- áreas operativas se incluye aquellas actividades administrativas que facilitan el seguimiento y control de las actividades de los profesionales en el equipo de los programas de salud, - se encuentran determinados por los lineamientos generales de - la programación y planificación institucional, en algunos ca-- sos se utilizan instrumentos de control interno para los traba-- jadores sociales.

En relación a la evaluación existen variadas formas de llevarla a cabo. En el DIF los trabajadores sociales participan cada - semana en sesiones clínicas interdisciplinarias, exponiendo ante el equipo de salud un estudio de caso, aportando el resultado de la investigación de los componentes sociales y familiares y la forma como estos influyen en el padecimiento; cada año se realizan sesiones de trabajo donde se exponen los resultados de la sistematización de los estudios socioeconómicos que descri-- ben las características generales de la población usuaria.

Mención especial merecen el Instituto Nacional de Perinatología, donde se ha tenido una participación importante desde el diseño de las políticas, formando en su origen parte del Consejo Con--

(13) Eibenschutz, Catalina. op. cit.

sultivo de la institución. La posibilidad de este tipo de participación estuvo dada en función de la orientación social en el concepto de salud-enfermedad de las autoridades del instituto, actualmente y con el cambio de autoridades dicha situación se modifica radicalmente sintiéndose un proceso gradual de agresión a las funciones de la profesión.

Como mecanismo de organización interna de los equipos de trabajo social se realizan reuniones periódicas que sirven como instrumento de control administrativo y de evaluación de las actividades, en ocasiones el contenido de estas reuniones incluye la discusión de algún caso (usuario o paciente), en general no se realiza un análisis global de las características de la población, ya que se carece de estudios sistematizados de ésta.

Con todo esto, consideramos que los trabajadores sociales dentro de las instituciones de salud, no utilizan su quehacer cotidiano como fuente de reflexión colectiva de la situación del país. Cuando en este caso decimos colectiva nos referimos a dos vertientes de este concepto, de principio a la interpretación que el conjunto de trabajadores sociales da a los resultados de su participación profesional, y la otra en el sentido de aportar con su práctica la interpretación de una fracción de la realidad que paulatinamente pudiera ir integrándose al todo, interpretando de principio el carácter de la institución y su

perspectiva dentro de la realidad nacional.

Consideramos que los niveles de percepción política del trabajador social no se derivan en primera instancia de la identificación de las funciones que juega dentro de su contexto inmediato, es decir, su centro de trabajo, sino a partir de núcleos externos de análisis político.

Estos planteamientos argumentan en favor de interpretar la posición y actuación de los trabajadores sociales como burocrática y de interiorización mecánica a los requerimientos de la institución y por tanto en determinado momento en contra de la población. En el menor de los casos se identifica un objetivo específico de trabajo social a través de la promoción para la autogestión de la población, a fin de que esta pueda utilizar adecuadamente los recursos institucionales.

Sin embargo por sobre esta absorción ideológica que de los trabajadores sociales ha hecho la institución se encuentran los hechos concretos:

- La función que desempeña el trabajador social en su relación con la población lo coloca en el seno mismo de las contradicciones de clase porque mantiene una estrecha relación con la clase proletaria, lo que en determinado momento le abre la posibilidad de obtener una visión crítica de la realidad que le permite presentar alternativas concretas cuando se suma a la

lucha política por la transformación de la sociedad.

A partir de este planteamiento se desprende nuestra proposi---
ción para generar una práctica alternativa que intentaremos de
sarrollar en el siguiente capítulo.

**CAPITULO III - UNA PROPUESTA ALTERNATIVA EN EL DESARROLLO -
DE LAS FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL DENTRO -
DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.**

Las nuevas orientaciones de la política de salud abren una gran perspectiva para el desarrollo profesional de los trabajadores sociales, ya que colocado en algunos de los niveles de dirección (Federal), y a partir de su formación, está en posibilidades de aportar elementos de conocimiento concreto de la realidad social para la elaboración de normas generales de los programas de la institución tanto en materia de investigación sociomédica, de promoción, de prevención, de atención y de rehabilitación; y prioritariamente en la orientación de los programas de proyección a la comunidad, de la misma manera como puede orientar y proponer nuevas formas de acción para su --- área específica. Es decir de funcionar dentro de las instituciones un Consejo Técnico Normador (Programador) y evaluador de las acciones debería incorporar a los trabajadores sociales desarrollando funciones de planeación y dirección, asesoría y supervisión, coordinación intra e interinstitucional, investigación y evaluación de las actividades y de la trascendencia de estas en el mejoramiento de la salud.

El desarrollo de todas estas funciones posibilita al trabajador social incluso para la intervención en los niveles de política general y de legislación en salud..

Es indiscutible que esta participación que aquí se señala como posible está limitada por la orientación de la política y la concepción de la salud ya que hasta hoy los profesionales de la medicina han mantenido la hegemonía en la dirección de los servicios de salud, en los programas y en los equipos de trabajo limitando la participación de otros profesionales que desarrollan actividades consideradas como menores.

Lo anterior se comprueba cuando señalamos en el Capítulo anterior que únicamente en el Instituto Nacional de Perinatología ha sido posible la intervención del trabajador social en el diseño de los objetivos y las políticas de la institución, sin embargo esta posibilidad de participación se limitó en el momento en que las autoridades decidieron no incorporar más a los trabajadores sociales en este Consejo Técnico.

Por otra parte la participación de los trabajadores sociales en estos niveles se encuentra determinada por la orientación de la formación profesional.

Por las características de su objeto de acción no se considera al trabajo social como sustantivo en el sector salud, más bien

podemos entender que en el momento en que la interpretación de las causas generadoras de la patología de la salud se amplían - al marco del contexto social, la participación del trabajador social se concibe como importante para integrarse al sector salud, es decir, el equipo de salud se nutre con "la formación de aquellos profesionales capaces de investigar los factores sociales que afectan la salud de la comunidad a fin de proponer y -- coordinar alternativas viables que modifiquen dichos factores" (1).

Los contenidos curriculares específicos de este campo, en la actualidad se constituyen dentro del plan de estudios en una área complementaria, tanto en el nivel de formación técnica como en el de licenciatura.

Pero si somos exactos en la interpretación esencial de las causas que originan los problemas de salud; la interpretación básica de la dinámica de la sociedad, que forma parte de los contenidos académicos que recibe el profesional del trabajo social - se constituye en herramienta conceptual que lo capacita para incorporarse como trabajador de la salud, sin embargo la ausencia de una práctica concreta en este campo y la de una sólida prepa

(1) CASAS Torres Graciela "Propuesta de un Curso Monográfico para Lic. en T.S. Tesis para obtener título de Lic. en Trabajo Social ENTS-UNAM 1981. p. 15.

ración técnica, dificulta la real incorporación del trabajador social como científico social dentro del equipo de salud.

Dada la organización administrativa de los servicios de salud, el nivel intermedio está destinado al desarrollo de actividades de supervisión y control, se considera que los trabajadores sociales pueden formar parte del equipo supervisor que vigila el desarrollo de las actividades del equipo de salud, concebido este como unidad integral productiva de los servicios de salud. Hasta ahora la participación en la supervisión se ha visto limitada únicamente a los profesionales del mismo ramo.

El último nivel lo constituye el operativo, el nivel de aplicación propiamente dicho en donde se producen los servicios de salud que consume finalmente el usuario; los programas se orientan e instrumentan a partir de los lineamientos centrales tomando en cuenta la disponibilidad de recursos y las características específicas del universo de trabajo.

En este nivel más que en ninguno, se delinea claramente la orientación de las políticas y características concretas de las instituciones de salud. Recordando los planteamientos que se hicieron en el primer capítulo sobre la orientación de los programas y la estructura institucional se entiende el papel que juegan en el contexto de la sociedad ya que reproducen las relaciones de -

dominación del sistema político al cual pertenecen, y por tanto los trabajadores de la salud son reproductores y transmisores - de esas mismas relaciones, en este sentido el trabajador social debe ser consciente del papel que desempeña ya que aún cuando se señale que su función es la de ser un catalizador de la movilización comunal promoviendo la organización e incorporación de - sus recursos para atender las necesidades de salud, promoviendo el cambio de actitudes y conductas desfavorables para la salud, la orientación de esta movilización y cambios de conducta se es tablece en los marcos que la misma institución demanda sin que haya una modificación sustancial en la relación con, los -- usuarios y por tanto las expectativas que se generan en la población reproducen el proyecto de dominación y organización -- promovido por el Estado.

De aquí se desprende que la función clásica de los trabajadores sociales deberá buscar articularse a un proyecto con contenido distinto donde las necesidades, los problemas de las masas populares, sean el eje de la acción revirtiendo los procesos organizativos administrativos y operativos de las instituciones a favor de un auténtico servicio para la población, ya que hoy a pesar de lo que se diga se colocan frente a ella.

Como ya veíamos las funciones clásicas son investigación, progra

mación, promoción, educación y capacitación, coordinación, información y evaluación.

La nueva propuesta impulsa al interior de cada una de las funciones los siguientes elementos:

INVESTIGACION:

En esta función existe una gama muy amplia de posibilidades de intervención.

- Identificación de factores socioculturales y económicos que intervienen en los problemas de salud.
- Identificación de factores limitantes para el uso de los -- servicios de salud.
- Identificar la trascendencia de los servicios sanitarios en el mejoramiento de las condiciones de salud.
- Conocimiento de recursos comunitarios para efectos de atención de la salud.
- Conocer las condiciones internas de la institución y de su vinculación con otras instituciones.
- Realizar investigaciones específicas.
- Colaborar en investigaciones propuestas por otros miembros del equipo de salud.

Parece que esta potencialidad de la función de investigación - es olvidada por los trabajadores sociales, quienes inmersos en el contexto único y limitado de su relación con los usuarios - no perciben sus posibilidades de trascendencia.

La falta de sistematización en el desarrollo de estas actividades y la orientación de estas en la construcción de proyectos de investigación más amplios son elementos que determinan estas condiciones.

De principio como una tarea impostergable los trabajadores sociales deberíamos de impulsar dentro de nuestras instituciones el interés por desarrollar actividades de investigación sociomédica que hoy en día se encuentran tan limitadas y de ahí constituir a la unidad aplicativa en un banco de información en salud que permitiera a las unidades directivas planear y reorientar sus programas, así como tener la posibilidad de informar y transmitir a la población los resultados de la sistematización de la información, de tal suerte que ésta sirva de instrumento para el desarrollo de acciones que fortalezcan la organización y se constituyan en apoyo de la lucha por las reivindicaciones populares aportando elementos para dar contenido concreto a sus demandas.

Existen diferentes procedimientos para llevar a cabo esta participación al interior del área de investigación, de principio el

considerar que incorporada y analizada desde una perspectiva colectiva y a través del uso de procedimientos científicos - que permita interpretar de una manera más global el contenido de las actividades, aquí la sistematización del trabajo - cotidiano viene a ser fuente inagotable de la elaboración y orientación de distintos proyectos de investigación.

Planeación y Programación

Esta actividad tan aparentemente administrativa derivada de las orientaciones del nivel superior puede ser asumida de manera distinta ya que a partir de ella pueden realizarse y coordinarse adecuadamente los recursos de la institución, por una parte, y por la otra deberá promoverse la incorporación de los organismos de la comunidad a todos los niveles; podríamos decir que nuestra responsabilidad es desarrollar -- los elementos y las condiciones reales para dar entrada a - la participación de la población en actividades concretas - que les permitan conocer y proponer la orientación de las - instituciones.

Tanto en el nivel operativo propiamente dicho, donde se producen todas las acciones de salud, en el nivel intermedio donde se controlan y en el nivel directivo donde se diseñan las políticas generales de la institución, es decir, ocupar posiciones que den la posibilidad de participar en la conducción real de

los programas.

Esta orientación debe iniciarse a partir del desarrollo mismo - de las acciones de trabajo social, donde los niveles directivos ejerzan la administración racionalmente ubicando a los recursos de acuerdo a las necesidades, y a sus capacidades, utilizando - un sistema de control que partiendo del convencimiento de los - trabajadores dentro de sus campos, desarrollen las acciones de autoridad necesarias para dirigir el trabajo de manera centralizada, creando los canales necesarios para una retroalimentación del convencimiento, una reformulación del marco teórico en que se basan las acciones y un cuestionamiento de la dirección ad- ministrativa.

Promoción.

Desde el punto de vista tradicional el desarrollo de esta fun- ción se asocia a mecanismos de difusión y convencimiento a la - población de los programas de salud, utilizando para ello dis- tintos mecanismos y técnicas de operación, aquí se considera im- portante el desarrollo de actividades de capacitación a los tra bajadores de la salud con el objeto de constituir en cada uno de ellos un promotor permanente, motivando para esto las activida- des de coordinación intra e interinstitucional. De la misma ma nera debería actuarse con toda la población del área de influen- cia a fin de multiplicar en la comunidad los recursos para la - promoción de la salud.

Coordinación.

Una función específica de particular interés en la que el trabajo social debe jugar un papel importante es la coordinación de recursos, lo que redunde de inmediato en un mayor rendimiento de los esfuerzos, acorde con los recursos que se orienten; el trabajador social debe ser un promotor del trabajo en equipo, debe interesarse en que la comunidad tenga una imagen correcta de la institución, teniendo en este campo una amplia labor que realizar en el marco de las relaciones públicas.

Al trabajador social corresponde en su mayor parte propiciar y fomentar la organización que fortalezca una relación más estrecha entre los servicios de salud y la comunidad, procurando que el contenido de esta relación no tome a las organizaciones de la comunidad como receptoras pasivas de las orientaciones de la institución.

Educación y Capacitación.

En este sentido consideramos que si bien es necesario compartir con la población aquellos elementos del conocimiento concreto de distinto tipo de padecimientos para su manejo más adecuado en la conservación de la salud, hoy es conveniente llevar a la población a través de pos programas de educación para la salud hacia una reflexión constante en relación a la interacción que esta guarda con la estructura económica, social y

política del país, analizando el contenido de la legislación de la protección a la salud a fin de que el Derecho constitucionalizado sea demandado y utilizado verdaderamente por la población; esto significa además trascender a través de la educación para la salud los marcos tradicionales y convertir a esta en instrumento de formación de la conciencia política de la población entendida en este caso no de manera aislada e independiente sino agrupada y organizada en distintas organizaciones, tanto institucionales como independientes.

Por otra parte cuando se habla de capacitación, esta puede ser manejada desde dos perspectivas, una que ya ha sido señalada --- cuando se habló de los programas de proyección a la comunidad, --- en el sentido de multiplicar y extender los recursos humanos para desarrollar acciones organizadas de promoción y prevención para la salud y la otra, en el sentido de capacitación, para la participación democrática en la dirección, control y evaluación de los programas de salud.

En el desarrollo de esta función como en la anterior, cobra fundamental importancia el compromiso y la posición política guardada por el trabajador social, los procedimientos y técnicas para el desarrollo de la misma son inmensos y pueden utilizarse dependiendo de la versatilidad de la situación y de los recursos humanos de que dispone la institución.

Es necesario hacer notar que en el desarrollo de esta función - el trabajador social no es el único profesional responsable, -- más bien consideramos que su participación deberá ser la de promover la integración del equipo de salud, para el desarrollo de estas acciones, convirtiendo a la unidad médica además en un -- centro permanente de educación para la salud, tanto intra como extrainstitucional.

Asistencia.

Derivado del planteamiento hecho en relación a la participación en la coordinación en el sentido de la capacidad del trabajador social para desarrollar las relaciones públicas consideramos que estos no pueden limitarse únicamente a la relación sino que a - partir de ellas y en coordinación con el equipo de la institu-- ción y los recursos de otras instituciones se prestan servicios de asistencia verdadera a la población en caso de necesidad; es to daría contenido real a las propuestas de atención humana de parte de la institución.

En este caso la gama de posibilidades y alternativas impide precisar procedimientos, sin embargo la disposición personal del - trabajador social es el elemento indispensable para desarrollar la.

Evaluación y Retroalimentación.

El desarrollo de esta actividad se encuentra vinculado a la pro

gramación a través de ella y por medio de distintos procedimientos técnicamente probados se mide cuantitativa y cualitativamente la efectividad de la participación de cada uno de los recursos, las acciones y el cumplimiento de los objetivos y las medidas; esto desde el punto de vista tradicional no varía, lo que cambia son los procedimientos para efectuarlo ya que pudiera emplearse como la fase terminal del proceso administrativo o ser parte integral de un nuevo ciclo de programación a través del cual se reorientan y redefinen las acciones y realizarse de manera autocrática y vertical o de manera democrática, en este sentido los trabajadores sociales debemos impulsar el desarrollo de una evaluación democrática que incorpore a los niveles directivos donde se toman las medidas de corrección pertinentes, también a los trabajadores de la salud vinculados directamente a la producción del servicio y la población de quien desde un principio se encomendaron tareas de supervisión y vigilancia.

Al interior de sus propias y particulares acciones los trabajadores sociales deberán ensayar diferentes mecanismos de evaluación para sus actividades con el objeto de construir y desarrollar nuevas técnicas de intervención profesional integrados a una concepción que entiende a las instituciones de salud como "organismos de la comunidad engranados en forma dinámica con los recursos que contribuyen al bienestar social general de la

población, no sólo a proporcionar servicios, sino de promover, coordinar y orientar la participación de la colectividad para el mejoramiento de la salud.

Si la salud es producto de la organización socioeconómica del país, la prestación de servicios de salud por sí misma no lleva en forma autónoma a la mejoría de las condiciones de salud, aún cuando es necesario lograr el máximo rendimiento de estos servicios, nunca serán suficientes para alcanzar mejores niveles de salud si no se dan cambios por una parte en la estructura fundamental de la prestación de los servicios que aún -- ahora y después de la redacción del Artículo IV quedan orientadas por la capacidad de pago de los usuarios, sea esta por anticipado como en la seguridad social, o en forma directa -- por la vía de la asistencia pública. Y por otra parte si quedan sin tocarse las relaciones sociales de producción que determinan los niveles de vida de los individuos conforme a su posición dentro de la estructura de clases.

Las funciones del trabajador social clásicamente concebidas no cambian, la variante se encuentra en el contenido y orientación con que se realizan, de aquí la importancia de fortalecer el marco teórico que reciben los estudiantes durante su formación profesional y el enriquecimiento de este a través de la práctica cotidiana.

CONCLUSIONES

Dada la estructura de este trabajo, las conclusiones pueden ser agrupadas en tres grandes apartados:

1º Los relacionados con la situación de salud en México y con el sistema de producción de los servicios sanitarios, en este apartado se concluye que:

1 - México es un país capitalista, industrial-agrario, con desarrollo medio y dependiente del imperialismo, que presenta una estructura demográfica de población, predominantemente joven y con altos índices de crecimiento.

2 - Los niveles de vida reflejan enormes desproporciones y necesidades de grandes grupos de población no satisfechos y sin posibilidades próximas de resolución que condicionan un panorama de morbimortalidad con una enorme incidencia de enfermedades transmisibles, siendo el grupo infantil el mayormente afectado.

3 - El sistema de prestación de los servicios de salud presenta a su vez las siguientes características específicas.

3.1. Una hegemonía conceptual que atiende a principios ecologistas y biologicistas que no toma en cuenta los aspectos sociales, lo que da lugar al desarrollo de programas con un enfoque eminentemente curativo.

3.2. - Una clara orientación a la producción mercantilista de los servicios de salud, lo que genera un sistema de atención en base a tres fórmulas de financiamiento.

- Asistencia pública.

-Seguridad social.

- Práctica privada.

3.3. - Una marcada intervención del Estado, aunque no absoluta.

3.4. - Bajos niveles de inversión económica en el sector sa lud.

3.5.- Cobertura preferencial de la población en base a su - inserción en el aparato productivo.

3.6. - Una organización sanitaria en base a tres niveles de atención; preventiva, curativa y de rehabilitación, que pr iv ilegia con recursos e instituciones la medicina curativa.

3.7. - Una estructura organizacional con marcado carácter - antidemocrático y bajo un sistema de mando vertical, en -- donde no existe participación de la población en las deci siones referentes a la salud pública.

3.8. - Estas características definen una situación estructu ral de agresión al nivel de salud de la población, tanto en

su nivel de vida como en el sistema de prestación de los -- servicios de salud.

3.9. - La orientación política actual manifiesta una tenden-
cia hacia la unificación del sistema de salud, sin embargo
consideramos que dada la organización de la estructura so-
cial mexicana, a menos que el Estado asuma por un lado la -
dirección económica total de la sociedad, o se desprovea al
proceso de producción de los servicios de salud, de su ca-
rácter mercantilista, no es posible plantear una integra-
ción esencial de los servicios.

29 Las relaciones con el trabajo social, en el que se llega
a las siguientes conclusiones:

1 - Se ubica al trabajo social en el contexto de las Cien-
cias Sociales.

2 - Se entiende su proceso histórico vinculado a las formas
de asistencia a los individuos, desarrollados como mecanis-
mos de intervención del Estado a través del cual asume su -
forma benefactora.

3 - Se caracteriza al movimiento de reconceptualización co-

mo un período crítico que aporta al trabajo social elementos fundamentales para un cambio en su desarrollo. Los aportes se dan en el campo de la metodología y en el de la ideología.

4 - Se señala el reconocimiento del Estado, de las instituciones y de las políticas sociales como campo de acción del trabajo social.

5 - Se especifica el carácter de la práctica profesional en las instituciones de salud en donde el trabajador social se incorpora dentro del equipo de salud planteándose en el último capítulo la necesidad de analizar y dar contenido distinto al desarrollo de las acciones que redunden en un auténtico beneficio a la población.

6 - Las funciones que realizan los trabajadores sociales son elementales, más bien corresponderían a un nivel auxiliar o subprofesional debido en ocasiones a la falta de preparación de los mismos trabajadores sociales y en otras a la organización de la propia institución de salud.

7 - Se propone una reorientación de las funciones, ubicando la participación del profesional del trabajo social desde el nivel directivo y se señala para el aplicativo, la necesidad de fortalecer técnicamente el desarrollo de cada una de las

acciones, lo cual permitirá diversificar los usos y los objetivos que hasta ahora les han sido conferidas, tal es el caso de la función de investigación que puede ser utilizado como elemento propulsor de la investigación socio-médica, - la planeación y programación que abre la posibilidad de promover la utilización racional de los recursos y de crear -- las condiciones para dar entrada a la participación de la población en actividades concretas, y de utilizarla además como un instrumento de unificación de las acciones de los trabajadores sociales. Se señala también que la función de -- promoción debe superar los esquemas tradicionales, de donde un equipo responsable ejecuta las acciones, para pasar a --- constituir a todos los trabajadores de la salud y a la población misma en promotores y difusores de los programas; destaca de manera importante la función de coordinación, donde el trabajador social juega un papel fundamental tanto al interior de las instituciones como en la relación que estas deben guardar con otras instituciones y con las organizaciones de la comunidad. Se considera que el papel prioritario se encuentra en la función de educación y capacitación, la cual se propone utilizar además como un instrumento de formación de la conciencia política de la población a través de la movilización de sus recursos y sus organizaciones que la vincule de manera directa al aparato institucional, no sólo para apoyar

su funcionamiento sino para cuestionarlo e impulsar su verdadero desarrollo.

En todos los casos se hace referencia que esta opción metodológica estará definida por la opción política asumida por el trabajador social.

A PROPOSITO DE LAS SUGERENCIAS.

Una propuesta que supere la situación que actualmente vive el país, en este campo, significa que la elevación de la salud al rango de Derecho Constitucional se concretice en un auténtico derecho a la salud para toda la población, no sólo para una clase social a través de las instituciones de seguridad social.

Esto requiere de la creación de un sistema único de salud y seguridad social que incluya la prestación de todos los servicios, de una infraestructura sanitaria nacional que permita la cobertura total de la población y el incrementar sustancialmente el gasto en salud redefiniendo la orientación de los programas desde una perspectiva médico-preventiva.

Esta propuesta de un sistema único de salud y seguridad social se contrapone a la concepción del Estado, de unificar los servicios, ya que este planteamiento sólo contempla una coordinación administrativa que mantiene la división entre asistencia y seguridad social.

La lucha por conseguir una dirección científico-democrática del Sistema Nacional de Salud, se basa predominantemente en la alianza del proletariado con los trabajadores de la salud, hecho que implica la inclusión de esta problemática en los programas de los Sindicatos, esto conllevaría a su participación directa en

la planeación, organización, dirección, control y evaluación del sistema; esta participación requiere además que las propias instituciones de salud incorporen como una de sus tareas y objetivos fundamentales, la educación para la salud como una medida a través de la cual se reintegra a la población su capacidad pensante y el dominio sobre los procesos de su cuerpo y de su salud, sino que se le capacite verdaderamente para ejercer con democracia su derecho a la protección de la salud.

Dentro de esta propuesta cabe de manera importante la participación de los trabajadores sociales desde diferentes perspectivas de trabajo, la primera a partir de su identificación como miembro de la clase proletaria y por tanto, a través de su incorporación a la lucha por las demandas salariales y por la restitución y mejoría del nivel de vida de los asalariados y los ciudadanos; por otra parte, a través de un ejercicio científico en cuanto a la materia de su trabajo, definiendo su posición al servicio de la población que recibe las prestaciones de salud y no en colaboración de su empleador; esto implica para el trabajador social constituido aquí como trabajador de la salud, el reconocimiento esencial de las contradicciones de clase como generadoras de la patología de la sociedad, implica a su vez la lucha por alcanzar reconocimiento igualitario con los demás trabajadores de la salud, en cuanto a su participación en el equi-

po de trabajo, y requiere además un esfuerzo conjunto con todos los trabajadores de la salud, por definir la orientación de las políticas y los programas de trabajo.

Finalmente, todo este esfuerzo y esta concepción política requiere de un esfuerzo técnico metodológico para lograr que la actividad profesional rebase la práctica empírica y se incorpore en el contexto del trabajo científico, que no deje al azar ni a la buena voluntad, los resultados de los programas.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de buscar que la formación recibida en las escuelas de trabajo social proporcione una sólida preparación científica que capacite a los trabajadores sociales para integrarse al aparato del Estado como un técnico que asume una posición política de búsqueda de la transformación y no sólo de incorporación mecánica, esto implica que la actual orientación -todavía como reducto ideológico de la reconceptualización- del abandono de las instituciones de la sociedad política por las de la sociedad civil, se sustituya con una comprensión científica y una capacitación tecnológica en el quehacer institucional, sin excluir tampoco el fortalecimiento del trabajo en las organizaciones populares, con todo el conocimiento adquirido dentro del aparato político.

Esta propuesta pretende promover la búsqueda del perfeccionamiento técnico de las funciones, lo que habría de desembocar en el reconocimiento del papel político jugado en las instituciones de salud.

Se trata de ensayar una vía diferente en la formación de la conciencia política de los trabajadores sociales, es decir, pasar de la información constante de una serie de aspectos teórico-político-ideológicos, por el reconocimiento de tales aspectos en el ejercicio práctico.

Uno de los mecanismos para desarrollar esta vía de conformación política se inicia con el análisis entre el desempeño de las funciones, sobre todo cuando están directamente vinculadas a las necesidades de la población, como en el caso de la investigación, la promoción y la educación, y los resultados que a través de ella se obtienen, esto nos permitirá valorar en qué medida estos resultados dependen de nosotros como profesionales o dependen del carácter de la institución, es decir, a partir de aquí puede iniciarse una identificación-cuestionamiento de las estructuras institucionales como parte de la estructura social del país, así como del carácter de la relación que estas establecen con la población y la parte que en ello corresponde al trabajador social.

Con esto queremos decir que la posibilidad de contacto que el trabajador social tiene con la población a través de las instituciones es la circunstancia potencialmente más rica para transformar los mensajes de sometimiento en armas del descubrimiento de la realidad.

Pero este descubrimiento no puede darse mecánicamente con la so la sistematización y orientación técnica de las actividades, si no que requiere de todo un apoyo teórico, político e ideológico que permita paralelamente ir descubriendo las contradicciones sociales que cada una de las actividades y el servicio que consecuentemente proporcionan contienen en sí mismas.

Todo el esfuerzo sistematizador-investigador realizado por el trabajador social podría ampliar su visión crítica de la realidad tanto más crítica cuanto que se encuentra vinculada a si--tuaciones de carencia y de deficiencia de la estructura social y por lo tanto al momento de asumir una posición consecuente con su clase, está en mayor posibilidad de presentar alternativas concretas cuando se suma a la lucha política por la trans-formación de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA Y HEMEROGRAFIA

LIBROS:

- 1.- ALVAREZ, Larrauri Ma.Selene "Institucionalización del Sector Salud Como Parte del Proceso de Legitimación del Estado Mexicano (1910-1946)" Tesis Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM. México 1980.
- 2.- BARTRA, Roger "Estructura Agraria y Clases Sociales en México" Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Edic. Era. México 1980.
- 3.- BASAGLIA, Franco "La Salud de los Trabajadores" Edic. Nueva Imagen.Trad.del Italiano. México 1978.
- 4.- CASAS, Torres Graciela "Propuesta de un Curso Monográfico Para Licenciados en Trabajo Social" Tesis ENTS.UNAM. 1981.
- 5.- CONTRERAS, D W.Yolanda "La Perspectiva del Trabajo Social - en la Medicina Social Contemporánea" Tesis ENTS-UNAM. 1974
- 6.- CREVENNA.Pedro "Seis Aspectos del México Real" Universidad Veracruzana. México 1979.
- 7.- GALLARDO,Clarck Ma.Angélica "La Perspectiva del Trabajo Social en una Dirección Científica." Edit.Ecro.Bs.As.
- 8.- GOMEZJARA,Francisco "Medicina para Quién" Edit.Nueva Sociología. México. 1980.
- 9.- KRUSE,C.Germán "Cuestiones Operativas del Servicio Social" Edit.Humanitas. Bs.As. 1976.
- 10.- LOPEZ,Acuña Daniel "La Salud Desigual en México" Siglo XXI Edit. México. 1980
- 11.- MC.KEOWN,Thomas "Introducción a la Medicina Social" Siglo XXI Edit. México. 1981.

- 12.- QUINONEZ,Valenzuela Alfonso "Ciencia de la Salud" Nº 1. Colegio de Bachilleres.Sistema de Enseñanza Abierta.Publicaciones Culturales S.A. México 1979.
- 13.- SANDOVAL, Silva Rebeca "Ciencias de la Salud" Nº 3.Colegio de Bachilleres.Sistema de Enseñanza Abierta.Publicaciones Culturales S. A. México 1979.
- 14 "Ciencias de la Salud" Nº5.Colegio Bachilleres.Sistema de Enseñanza - Abierta.Publicaciones Culturales S. A. México, 1979.
- 15.- TERRIS,Milton "La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social". Siglo XXI Edit. México. 1980.

REVISTAS:

- 16.- CARMONA,Fernando "El Estado, Determinante de la Sociedad Civil en el CEM" Estrategia Nº 38 Publicaciones Socialistas Mexicanas Marzo-Abril 1981.
- 17.- EIBENSCHUTZ,Catalina "La Medicina Comunitaria" Medicina y Sociedad. Círculo de Estudios Ismael Cosío Villegas A.C. Fascículo 1. Julio --- 1978. México.
- 18.- FRUM, Luis María "Aproximaciones al Tema Trabajo Social Institucional" Hoy en el Trabajo Social Nº 31, Edit. Ecro, Bs.As. 1976.
- 19.- SALAZAR, Ma.Cristina "Ciencias Sociales, Trabajo Social y Modelos de Intervención" Hoy en el Trabajo Social 32/33, Edit.Ecro Bs.As. Mayo 1972.
- 20.- UNZUETA,Gerardo "Socialismo 1". Revista de Teoría Política - Partido Comunista Mexicano. Talleres Gráficos de México, México 1975.

PLANES, LEYES Y DOCUMENTOS OFICIALES:

- 21.- CONSTITUCION POLITICA MEXICANA. Edic. de la Gaceta Informativa de la Comisión Federal --- Electoral.
- 22.- CODIGO SANITARIO MEXICANO. Edit. Porrúa 1970 y 1980.
- 23.- LEY FEDERAL DEL TRABAJO. Edic. Sría. del Trabajo y Previsión Social 1982.
- 24.- LEY DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
- 25.- LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.
- 26.- QUINTO INFORME DE GOBIERNO. Sector Salud y Seguridad Social. José López Portillo 1981.
- 27.- PLAN GLOBAL DE DESARROLLO 1980-1982. José López Portillo.
- 28.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988. Miguel de la Madrid - Hurtado.
- 29.- CUADERNO Nº 1 y 2 de Información Oportuna del Sector Salud. Gabinete de la Secretaría de Programación y Presupuesto.
- 30.- PROGRAMA DE ACCION DE LA COORDINADORA NACIONAL DE SALUD 1981.

OTROS DOCUMENTOS:

- 31.- ALGARA, C. Jaime "El Concepto y la Práctica de la Promoción Social en México" Mimeografiado UAM Atzacapotzalco 1981.
- 32.- COLEGIO MAYOR CUNDINAMARCA Y FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL. Universidad de Colombia. Trabajo presentado para el V Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Bogotá Colombia. Octubre 1976.
- 33.- ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, Organización Académica - 1980-1981, UNAM. Secretaría de Rectoría. Dirección General - de Orientación Vocacional.
- 34.- GAMBOA, Miriam "Investigación sobre Política del Estado y el Trabajo Social" Mimeografiado.

- 35.- MORALES, Anduaga Ma.Elena "El Concepto de Salud" Apuntes sobre la charla de Trabajadores Sociales. ISSSTE 1980.
- 36.- PROGRAMA GENERAL DE LA REUNION DE DIRECTORES DE UNIDADES MEDICAS DEL AREA METROPOLITANA. Subdirección Médica. ISSSTE. México 1979.
- 37.- RIVERA, Lidia "Análisis del Plan Global de Desarrollo como Marco de Referencia para la Investigación del Trabajador Social en el Area de la Salud" Ponencia Magistral. Primer Foro Nacional de Trabajo Social. ENTS-UNAM, 1981.
- 38.- SANDOVAL, Silva Rebeca "Necesidades de Salud y Recursos para la Atención Médica en México"
- 39.- ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS "Formación para el Trabajo Social III" Estudio - Internacional 1960.
- 40.- UNION CATOLICA INTERNACIONAL DE SERVICIO SOCIAL ICISS.XI Congreso Mundial de Servicio Social Edit.Humanitas.Bs.As. 1967.
- 41.- UNZUETA, Vázquez Rosaura "Trabajo Social: Profesional Paramédico y Trabajador de la Salud" Ponencia. Primer Foro Nacional de Trabajo Social ENTS-UNAM 1981.
- 42.- ZAVALA, Germán Apuntes sobre el Postgrado en Trabajo Social.