

5
2. ej

**LA MODERNIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL (1980-1988).**

**Tesis que presenta
Héctor Ulises García Nieto
para obtener la Licenciatura en Economía**

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP), Acatlán.
Universidad Nacional Autónoma de México.**

1991

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

LA MODERNIZACION DE LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (1980-1988)

INDICE TEMATICO:

	PAG.
I.- INTRODUCCION.	1
II.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	4
II.1 LA REVOLUCION INDUSTRIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL.	6
II.2 LA CRISIS DEL 'ESTADO DEL BIENESTAR' Y LA SEGURIDAD SOCIAL.	10
II.3 LA POLITICA NEOLIBERAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL (EL CASO CHILENO).	12
III.- EL SECTOR SALUD EN AMERICA LATINA EN LA ULTIMA DECADA.	42
IV.- EL SECTOR SALUD EN MEXICO EN LA ULTIMA DECADA	56
VI.- LA MODERNIZACION DE LOS SERVICIOS DEL IMSS.	63
VII.- CONCLUSIONES.	75

CAPITULO I

INTRODUCCION

CARACTER DE LA INVESTIGACION E HIPOTESIS:

Es indudable que la sola valoración del sistema de Seguridad Social en México despierta un interés por sí mismo, pero ¿cuál es la función que cumple o el papel que desempeña en relación a los procesos económicos políticos y sociales; es cambiante su desempeño de acuerdo a diferentes orientaciones políticas de los gobiernos o las funciones legitimadoras se autonomizan de estas decisiones? ¿Las políticas sectoriales en materia de salud y seguridad social son el simple reflejo de las necesidades políticas y económicas de los gobiernos o existe una articulación más específica entre las formas de producción y reproducción sociales? Y, por último, ¿Los proyectos modernizadores en el sector salud y particularmente en el IMSS conducen necesariamente a una mayor calidad de los servicios y a un mejoramiento de los mismos, como se empeñan en decirlo?

JUSTIFICACION:

ESTADO DE BIENESTAR O ESTADO DE CARIDAD

Durante la década pasada, las instituciones de seguridad social (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, DDF) que integran el sector salud sufrieron un sostenido recorte presupuestal, calculado de 1983 a la fecha en un 50% en términos reales; la disminución percapita es todavía mayor debido al incremento de la cobertura en el marco de la política de "abarcarse más y gastar menos". El resultado de esta política de austeridad económica en el sector de la salud a producido un deterioro sensible en la calidad y cantidad de los servicios médico-asistenciales en detrimento de la salud de millones de mexicanos.

La profundización de la crisis capitalista mexicana se intenta resolver con la aplicación de un programa económico de corte neoliberal, que en el terreno de la salud apunta a la destrucción de las instituciones de seguridad social que daban contenido al Estado benefactor mexicano. Para el caso mexicano, las doctrinas económicas neoliberales del gobierno salinista promueven despojar al Estado mexicano de sus contenidos de justicia social, que aunque de manera diferenciada e insuficiente, respondía a largos años de luchas populares.

El salinismo promueve hoy un Estado que abandona su responsabilidad de garantizar servicios sanitarios suficientes, gratuitos y de calidad para todos los mexicanos; eximiéndose de toda responsabilidad en el financiamiento y prestación de servicios .

Otra vertiente de la estrategia neoliberal en salud consiste en abrir el campo de producción de servicios médicos al capital privado: este proceso se esta dando lentamente en México, entre otras cosa porque el encarecimiento de los servicios privados y el empobrecimiento de los sectores medios imponen restricciones serias al mercado. Incluso se ha registrado que la demanda de los servicios de seguridad social se ha incrementado a raíz de esta situación. La única manera de expandir la demanda de servicios privados sería a través de formas de prepago como son los seguros de vida colectivos contratados por grupos con ingresos estables.

Si a esto agregamos que otra piedra angular de la política neoliberal en el sector salud a escala mundial es el debilitamiento las instituciones públicas, particularmente las de Bienestar Social, mediante los procesos de privatización.

La concesión de los servicios de intendencia a compañías privadas, la concesión de los servicios de laboratorio y gabinete a laboratorios privados, la callada pero firme venta de deportivos y teatros del IMSS, estas y otras muchas formas que se están aplicando en el sector salud, constituyen la ofensiva neoliberal para acabar con las instituciones de bienestar en México.

La estrategia salinista en el sector salud se complementa con las actividades del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) y la participación de grandes empresarios en actividades filantropicas en salud, cultura y promoción social. El PRONASOL como se sabe, es un instrumento político del gobierno salinista que pretende recobrar o recomponer la legitimidad de éste, mediante la atención de añejas demandas y problemas de la población carentes de servicios sociales básicos y excluidos de los beneficios de la seguridad social. Como se ha comprobado en los procesos electorales municipales y estatales posteriores al 6 de julio de 1988, el PRONASOL y sus beneficios se otorgan justo antes de las contiendas electorales e invariablemente como refuerzo a las campañas del partido del Estado: el PRI.

De esta manera el PRONASOL se presenta como un programa clientelista al que se orientan los recursos económicas que originalmente corresponden a las instituciones sanitarias y de seguridad social. El carácter demagógico de los servicios sanitarios otorgados por el pronasol queda plenamente demostrado con la reaparición de enfermedades consideradas bajo control o incluso erradicadas. Tal es el caso del paludismo, el sarampión, la tosferina, y enfermedades de extrema pobreza como el tifo.

La estrategia neoliberal cierra la pinza, con la participación de empresarios ligados a empresas trasnacionales y personalidades ligadas al selecto grupo salinista y a la cúpula de la Iglesia Católica mexicana. Personajes como Guillermo Soberón (ex-titular de la SSA y prominente empresario de la medicina privada) o Antonio Arango (dueño del consorcio AURRERA y demás empresas), por sólo mencionar a estos dos, han decidido, ante la imposibilidad del gobierno para atender las necesidades sanitarias de la población, intervenir con sus recursos económicos apoyando campañas sanitarias, promoviendo la construcción de

hospitales, entre otras actividades, a cambio de la exención de impuestos y otro tipo de facilidades. Esta por demás señalar el carácter que las actividades filantrópicas conllevan, pero sobretodo, es necesario destacar hasta donde esta llegando la estrategia neoliberal.

Como se ve, la situación en México en materia de salud se torna cada vez más explosiva, se presenta la urgencia de que trabajadores de la salud y usuarios unitariamente se planten la defensa de la SEGURIDAD SOCIAL y sus instituciones; rechazar la privatización de los servicios médico-asistenciales; impulsar la discusión en todos los niveles de la sociedad del futuro de la seguridad social en México, de su carácter y de medidas para su defensa. En este marco cobra destacada importancia el estudio y la discusión seria sobre el futuro de la Seguridad Social.

METODOLOGIA:

Hablar de un modelo teórico metodológico para el abordaje de la situación de la seguridad social en plena etapa de redefiniciones globales se me haría bastante presuntuoso. Ello no quiere decir de ningún modo que se trate de entender a la realidad sólo a partir de los datos empíricos recogidos, habrá sin duda referencias explícitas de lo social; de lo político en relación a potencialidades de proyectos y, ubicación que tratará de ser histórica en la medida de develar el proceso de desenvolvimiento de la seguridad social. Pero, como totalidad no tengo un marco de referencia global, al contrario, el análisis y el estudio específico del tema de la seguridad social puede brindarme elementos de explicación más amplia. En ese sentido, las diferentes técnicas de investigación como son las de recopilación documental y bibliográfica así como la elaboración propia de estadísticas serán elementos constitutivos del marco general del que partire.

Así, en una primera parte explicaremos que entendemos por seguridad social y en una segunda diremos cuáles son sus antecedentes históricos, para dar entrada al capítulo tercero que trata sobre las condiciones económicas, políticas y sociales y su vinculación a los distintos procesos de la seguridad social. De la misma forma trataremos de abarcar lo concerniente al papel legitimador de determinado estado que cumple la seguridad social y su relación con los procesos de industrialización, con la política llamada de bienestar y con los nuevos procesos neoliberales en cuya parte ejemplificaremos con el caso del Sistema Nacional de Salud (SNS) de Chile. Realizaremos este recorrido en el entendido de recuperar el largo proceso histórico de desenvolvimiento de la seguridad social para analizar las condiciones de la salud y la seguridad social en la última década en América Latina cuyo contenido será el cuarto capítulo. El quinto capítulo versará sobre las condiciones objetivas sobre las cuáles se levantan las instituciones de salud y seguridad social en México, también en la última década, para analizar los procesos de modernización del IMSS en 1980-1988, con el objeto de mostrar palmariamente como la situación de la seguridad social en América Latina, guarda toda una serie de similitudes con la situación en México y como el caso del SNS chileno es el antecedente histórico en la aplicación de las políticas neoliberales en la región. Para finalizar presentaré las conclusiones que a mi juicio pueden ser más pertinentes para mejorar la situación de la seguridad social

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En el curso del siglo XIX, los países que hoy calificamos de industrializados pasaron por las diversas fases de la revolución industrial, que transformó a Europa y fue una de las principales influencias que plasmaron a los Estados Unidos, y tuvieron que hacer frente a las consecuencias sociales y económicas de ese proceso.¹ Más tarde los otros países del mundo trataron de emular, al principio con algunas vacilaciones y después cada vez con mayor determinación, los avances industriales y comerciales de los primeros. Esta evolución creó toda clase de problemas, entre los cuales ninguno era más patente que el del espectáculo de la pobreza extrema en medio de la abundancia, de la necesidad al lado de un sin número de recursos no utilizados, de la indigencia vecina de la riqueza.

Mucho antes de que se admitiera explícitamente que era indispensable una acción de la comunidad, el alivio de la pobreza se consideraba ya como una obligación de los particulares: fundaciones religiosas proporcionaban a los pobres algún refugio provisional y cierto sustento, y los gremios medievales ayudaban a sus miembros en la diversidad y a sus familias.² A partir de estos modestos comienzos en algunos países se fue elaborando una legislación de beneficencia cuyo objeto era aliviar los sufrimientos de los pobres y proporcionarles algún alojamiento, legislación que tuvo el mérito de reconocer la responsabilidad del Estado en este campo, sentar el principio de sufragar la acción en él con fondos públicos y ser de aplicación universal. No obstante, esta legislación, a causa -en opinión de algunos- de que su verdadera finalidad era reducir al mínimo la probabilidad de que las privaciones desembocaran en agitación social, no fue más que un paliativo. Ninguna ayuda se concedía a un pobre que no había agotado aún totalmente sus recursos personales o que era socorrido por sus parientes. Por lo demás, muy pocos se resignaban a la humillación de aceptar la ayuda prevista en las leyes de beneficencia -aceptación que a veces suponía la pérdida de los derechos civiles y el traslado obligatorio de los cónyuges a asilos distintos -si tenía alguna manera de evitarlo³. En las economías no monetarias, la defensa tradicional contra la pobreza había sido siempre la solidaridad de la familia, del clan o de la tribu, pues cada generación aceptaba el deber de cuidar a los ancianos y a los débiles, pero la industrialización acarreó el abandono gradual de la economía pastoral y de la agricultura de subsistencia, esa forma de protección sancionada por la tradición no se adaptaba a la nueva situación.

OTROS REMEDIOS

La industrialización dio origen a una nueva y numerosa categoría de trabajadores: los obreros de las fábricas que dependían que por completo para su sustento del cobro regular de sus salarios y que, si dejaban de percibirlos al quedar desempleados, o caer enfermos, o sufrir un accidente del trabajo, o no alcanzar una edad demasiado avanzada para trabajar podían muy bien verse reducidos a la indigencia. Los intentos de proteger contra ésta a las masas laboriosas de las ciudades adoptaron diversas formas: cajas o bancos de ahorro patrocinados

por el Estado, disposiciones que imponían a los empleadores la obligación de mantener a los trabajadores enfermos o heridos, difusión de las asociaciones de ayuda mutua que proporcionaban una modesta ayuda pecuniaria en la enfermedad y la vejez, y pólizas de seguro de vida y para costear los gastos de funerales ofrecidas por compañías de seguros privadas.⁴

Todo esto era útil, pero sólo hasta cierto punto, para resolver el problema. Uno de los principales errores del pensamiento social de la época fue la persistencia de la optimista idea de que, si se permitía a los trabajadores solucionar por sí mismos sus dificultades, demostrarían disposición, capacidad y suficiente imaginación para cubrir sus riesgos, sea cada uno por su lado, sea merced a algún régimen colectivo voluntario. Habría debido saltar a la vista que se trataba de un error, los trabajadores estaban totalmente enfrascados en su lucha por sobrevivir hasta el día siguiente y apenas si tenía tiempo para pensar en riesgos relativamente alejados en el tiempo; hacer frente a los gastos que con seguridad deberían hacer hoy era más importante para ellos que ahorrar para protegerse contra lo que tal vez podía reservarles el futuro, y de todos modos, poco o nada podían ahorrar para defenderse incluso de peligros tan reales e inmediatos como la enfermedad y el desempleo. Pero al mismo tiempo la difusión de la instrucción y la extensión del derecho de voto hacían nacer esperanzas, y se creía que todo mejoraría para las generaciones futuras si no para la presente. Paulatinamente, ciertos grupos políticos y sociales dejaron sentir su influencia en las políticas que se aplicaban; en algunos países la reacción fue más rápida que en otros, y esta evolución recibió un fuerte impulso de las grandes crisis que sacudieron al mundo, en particular durante los períodos de reconstrucción que siguieron a las dos grandes contiendas mundiales y en el curso de la lucha contra la gran depresión económica de los primeros años del decenio de 1930. Poco a poco, como van apareciendo figuras de un rompecabezas a medida que cada pieza se pone en su lugar, se organizaron diversos regímenes de prestaciones, hasta que en los países industrializados su cobertura llegó a ser prácticamente total tanto por lo que se refiere a los grupos de población como a las distintas contingencias que amenazan los salarios e ingresos, y por lo tanto el nivel y la calidad de la vida, de los hombres y mujeres que trabajan. Y la expresión que se escogió para describir esta nueva situación fue la de "Seguridad Social".⁵

CAPITULO II.1

LA REVOLUCION INDUSTRIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL

LA REVOLUCION INDUSTRIAL Y EL NACIMIENTO DE LOS SEGUROS SOCIALES

Uno de los acontecimientos más importantes de la historia de la humanidad lo constituyó sin duda alguna la Revolución Industrial. Ya qué, una transformación sustancial en todos los órdenes de la vida económica, política y social se experimentó con este proceso. La utilización de las máquinas modificó, en lo fundamental, la técnica industrial, los medios de comunicación y de transporte, la organización comercial, los usos, las costumbres y las condiciones generales de la existencia diaria en la sociedad europea en los siglos XVIII y XIX.

Todo el proceso de desarrollo mercantil y una amplia acumulación lograda con el saqueo de importantes colonias había creado las condiciones para que desde la mitad del siglo XVIII y en el curso de setenta u ochenta años, Inglaterra se transformara de un país agricultor a un país industrial y con ello, en el centro articulador del naciente capitalismo.⁶

En Inglaterra desde los siglos XIV y XV se había desarrollado una importante fabricación artesanal de telas, favorecida por el clima húmedo de la isla. Esta actividad, más el comercio, la piratería y la explotación de las colonias, había producido un volumen de capital suficiente para emprender la industrialización.⁷ La expansión mercantil y la correspondiente acumulación de capitales no sólo hizo posible grandes inversiones en la industria, sino que estimuló el gusto por esta clase de negocios. La expulsión de los campesinos de sus tierras y el consiguiente acaparamiento de ellas por un reducido grupo, aceleró la desocupación y proveyó de mano de obra a las nuevas fábricas. Y por último, los grandes recursos naturales de Inglaterra que le permitieron disponer de abundante fuerza hidráulica, grandes reservas de carbón y de mineral de hierro aceleraron su proceso de industrialización y por lo tanto su condición dominante.

Convertida Gran Bretaña en la potencia mercantil e industrial más importante del mundo, construyó una extensa marina mercante que buscaba controlar los mercados internacionales. Sobre todo para garantizar la industria de los tejidos de algodón que florecía en Inglaterra, siendo esta industria una rama punta en aquella época, no tardaron en aparecer innovaciones técnicas que desarrollaron las primeras maquinas de hilar, para tejer y desmontar el algodón.

De la misma manera, se sucedían en cascada innovaciones tras innovaciones, ahora independizando la fuerza industrial de la energía directa de las corrientes de agua, con el descubrimiento de la electricidad y con su aplicación como fuerza motriz, o; con los mejoramientos del transporte.

Uno de los cambios de fondo que provocó la Revolución Industrial fue el trasladar la industria de los hogares a las fábricas. La aparición de las fábricas con la consiguiente centralidad de los procesos de producción y con el control directo sobre el trabajo

transformaba de tajo las relaciones sociales anteriores y creaba las dos clases fundamentales del capitalismo: los obreros y los capitalistas.

La revolución Industrial no significó simplemente un cambio de técnica en la manufactura y el transporte o un nuevo tipo de organización. Provocó también profundas y extensas reacciones económicas, sociales y culturales. La técnica mecánica, como fué aplicada en el sistema fabril, determinó un enorme incremento en el volumen de las mercancías producidas, estimuló el comercio, exigió la aplicación de capitales mucho mayores; redujo el trabajo a la condición de una dependencia general de las clases capitalistas, produjo mayores y mejores instituciones bancarias y crediticias, creó las sociedades anónimas, los trusts, las compañías controladoras y otras formas de organización industrial en gran escala. Estimulando además, la formación de grandes combinaciones de negocios con tendencias al monopolio.

Asismo, el aumento de la riqueza estimuló el aumento de la población del mundo. Europa pasó en el curso del siglo XIX de 175 millones de habitantes a más de 400 millones, concentrándose en las ciudades y transformando su base rural a otra urbana.

El aumento en la población y el consecuente desempleo, así como nuevos mercados en el continente americano, vigorizaron una poderosa corriente migratoria que se canalizó especialmente de Europa a América.

El desarrollo de las fuerzas productivas impulsadas por la revolución industrial abarco desde mediados del siglo XIX a Francia y a Alemania y hacia fines del siglo a Rusia a los Estados Unidos y a otras naciones. La concentración industrial el predominio de la gran industria, los monopolios, etc., desplazaron a la libre competencia hicieron que las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, casi todo el Mundo quedara repartido entre las grandes potencias.

Esta sed innagotable de ganancias por parte del naciente capitalismo cambio radicalmente las condiciones de vida, de cultura, de trabajo y sociales del conjunto de las sociedades pero en particular, modificó las características del antiguo productor manual o artesano que con la aparición de la fábrica como unidad de producción, perdió su relativa libertad y se convirtió en un simple apéndice humano de las máquinas. Con ello sus condiciones de vida cambiaron por completo.

En las nuevas ciudades industriales, no existían las mínimas condiciones para morar adecuadamente y las grandes factorías construidas rápidamente no tenían los menores elementos de seguridad e higiene.

El trabajo de las mujeres y de los niños se hizo una constante debido sobre todo al poco salario que en relación a los hombres se les asignaba y al número excesivo de horas que laboraban. La jornada diaria se había establecido en alrededor de 16 a 18 horas diarias. Las leyes higiénicas más elementales eran ignoradas y los dispositivos de seguridad prácticamente desconocidos.

Así, los trabajadores industriales quedaron a merced de la clase patronal, hasta que sus organizaciones estuvieron en condiciones de defenderlos y servirles de instrumento para contratar colectivamente las condiciones de su trabajo. Habría de pasar sin embargo, un fuerte

periodo de lucha y organización de los trabajadores hasta vencer las resistencias de los patrones.

El desarrollo del movimiento obrero organizado, así como las grandes revoluciones europeas contra la monarquía y el absolutismo hicieron posible la primera acción internacional en el campo de la protección social. En 1889, en París tuvo lugar un Congreso Internacional de Asistencia Pública cuyas resoluciones establecieron que: "La asistencia social obligatoria debería de ser promulgada en favor de personas que temporal o permanentemente se encuentren físicamente imposibilitadas para asegurarse los medios necesarios de existencia. En ausencia de la familia la atención médica debería ser dada por la unidad administrativa más pequeña, (la comuna o la parroquia), a todos los enfermos domiciliados dentro de su periferia. Esto debería hacerse de manera que las comunas más ricas, distritos o provincias ayudasen a las más pobres, con el apoyo financiero y control efectivo del Estado."⁸

Pero aún cuando involucra al Estado como apoyador directo en este proceso de asistencia social, todavía quedan remanentes del siglo XVI con su Institución: la Parroquia o la comuna. En efecto, desde los dominios de Carlomagno, el socorro del pobre fué declarado responsabilidad de la Parroquia. Cada Parroquia debía mantener a sus propios pobres -viejos, enfermos, parados y huérfanos - cuando no tenían ayuda familiar.

La ley inglesa para pobres de 1601 estableció por primera vez una tasa obligatoria de pobres para financiar la asistencia parroquial, la que se definía en términos que traducían más simplemente los preceptos de Vives: la Parroquia debía contratar niños pobres, proporcionar trabajo al cesante sano, manteniendo para este propósito un stock de materias primas y conceder el socorro necesario a las personas incapaces de trabajar.

Pronto las Parroquias fueron unidades muy pequeñas para tomar a su cargo los riesgos y responsabilidades en el socorro, aunado a las desigualdades propias entre comunas ricas o pobres y aún en los métodos de asistencia. Sólo hubo un remedio: agrupar a las comunas para los fines de asistencia, entregar ciertas responsabilidades a las regiones y asociar el gobierno central en la administración de la asistencia pública. Es decir, se extiende la participación estatal en la asistencia social, pero no será sino hasta el siglo XX cuando se generalice.

Así, Alemania fué el iniciador del sistema del Seguro Social. Ante el enorme desarrollo industrial de Alemania y la miseria del proletariado creada a su entorno, Bismarck el llamado Canciller de Hierro concibió una política social que al mismo tiempo que propiciaba bienestar a los trabajadores, los atraería hacia la protección del Estado. La institución del Seguro Social opinaba, debía ser naturalmente obligatoria y como tal, dependería del Estado y recibiría de él ayuda económica: "Que del trabajador importa no solamente su presente, sino también y acaso más aún su futuro; y que era así, porque en el presente le salva su esfuerzo, en tanto que el futuro es lo imprevisto y lo desconocido, y por ello debe asegurarse"

El desarrollo del Seguro Social en Alemania modificó de forma radical las relaciones entre el Estado y los trabajadores y se estableció de forma progresiva; en 1883 el seguro de enfermedades generales, posteriormente el de accidentes de trabajo y el de vejez e invalidez. La recopilación de estas disposiciones en el año de 1911 formó el primer Código General de

Seguros Sociales.⁹

En Alemania se aplicó por primera vez el principio de "riesgo profesional", acción que fué emulada por otros países ante la gran cantidad de siniestros ocasionados por las condiciones salvajes de producción y por la técnica industrial, dando lugar al apareamiento de las primeras leyes relativas a los accidentes de trabajo.

Así, podemos ver que la creación de los seguros sociales en Europa fué una respuesta de los trabajadores ante los cambios que en el modo de vida originó la revolución industrial, y tuvo como objetivo el aliviar la inseguridad de que eran objeto. Siendo la clase obrera la más pobre y la más desprotegida, tuvo que organizarse para que la producción adoptara las mínimas condiciones de seguridad hacia el trabajo y se establecieran las consiguientes responsabilidades de los patrones y el Estado en materia de asistencia social.¹⁰

CAPITULO II.2

LA CRISIS DEL "ESTADO DEL BIENESTAR" Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Después de la crisis de 1929-33 en las economías capitalistas y sobre todo en la época de las posguerra, floreció la doctrina y la ideología keynesianas como políticas de los Estados para contrarrestar los efectos destructores que estas habían causado a la sociedad. La explicación de la prosperidad de los veinte años posteriores a la guerra, y el crecimiento de las economías es inexplicable sin ubicar los cambios que se gestaron en las relaciones entre el Estado y la sociedad para dar lugar a la aparición del llamado "Estado del Bienestar", "Estado Providencia", o "Estado Social" cuyos fundamentos se asociaron a la integración de las necesidades de amplios sectores de la población a la maquinaria estatal y con la consecuente recomposición hacia afuera como un proceso que centralizaba y regulaba a la sociedad.

El "Estado de Bienestar" se caracteriza por la participación directa del estado en la gestión y reproducción de la fuerza de trabajo. La relación original entre salario y obrero ya no puede reducirse a la esfera privada del mercado sino que ha de estar mediada, desde ahora, por las relaciones entre la fuerza de trabajo y el estado. De aquí el surgimiento del "salario social". Este salario social, las relaciones que condensa y la forma institucionalizada que adquiere en este periodo, facilita la reproducción de la fuerza de trabajo y apoya de manera sustancial el proceso de acumulación de capitales.

Pero también, la actividad del estado de Bienestar apoya por medio de políticas fiscales y monetarias, como partes de su política de Gasto Público, las acciones de los capitales privados logrando con ello una articulación por este medio, con toda la sociedad.¹¹ El llamado Estado de Bienestar interviene en la reproducción de la fuerza de trabajo por medio de mecanismos que garantizan desde el aprovisionamiento estatal de bienes y servicios para los trabajadores hasta el poder de compra de los sectores más desprotegidos por medio de las transferencias que efectúa. Por ello podemos convenir junto con Pier Salama que la reproducción de la fuerza de trabajo pasa directamente por los salarios e indirectamente por los mecanismos de su socialización.¹² La misma reproducción de la fuerza de trabajo se ve mediada por la actividad familiar, por el mercado y por la gestión del Estado. Dentro de esta relación de la fuerza de trabajo con sus mecanismos institucionales y el estado, sobresalen las de la Seguridad Social por su importancia en la articulación de un determinado papel cohesionador, consensual y legitimador que cumplen.

En este sentido, "La función del sistema de salud y seguridad social no es la acoplar directamente el ciclo vital de los trabajadores al ciclo productivo, más bien trata de un proceso organizado por el estado en vista del carácter social y abstracto del trabajo".¹³ El sistema de seguridad social (seguro de desempleo, prestaciones económicas y en especie) cumple varias tareas además de reproducir a los sectores que han sido expulsados de la producción. "En primer lugar, un determinado nivel de beneficios de seguridad social ejerce una gran presión sobre el precio de trabajo, al establecer un mínimo oficial de condiciones de vida por debajo

del resto de la clase trabajadora: como resultado, el sistema de seguridad social mantiene una presión desfavorable sobre la mano de obra ocupada y estimula a los desocupados a ofrecer su fuerza de trabajo como mercancía. En segundo lugar, el sistema preserva la fuerza de trabajo como mercancía vendible para el momento en que el desempeño pueda ser absorbido de nuevo por el proceso productivo. En tercer lugar, el sistema asume la carga de aquellos que no están listos para trabajar debido a circunstancias como la edad, el grado de calificación o la inestabilidad del empleo, pero que todos ellos, están sujetos a ser incorporados a la relación de salario. Por último el sistema impone disciplina y autorrestricción sobre la fuerza de trabajo en general, al establecer condiciones y límites para la obtención de beneficios.¹⁴ El mantenimiento de determinadas condiciones de salud a que debe someterse la fuerza de trabajo adquiere características directamente sociales, impulsadas por el estado como condición de partida y llegada del llamado estado de bienestar. Y si a esto agregamos el determinado Modelo de atención Médico, veremos como la lógica del bienestar en su conjunto expresa la necesidad de mantener la capacidad física de la fuerza de trabajo en las mejores condiciones para lograr la mayor eficacia en el trabajo. Además porque garantizan tanto la reproducción de la fuerza de trabajo a nivel ideológico como al nivel de la existencia de las nuevas generaciones. ..."actuando como una poderosa agencia de control social que legitima el sistema al exaltar la "cientificidad" del ejercicio de la medicina; que legitima la división social del trabajo al afirmar el papel subordinado del trabajo a través de la relación doctor-paciente; que fetichiza el Estado al mostrarlo como una institución benevolente y preocupada por la salud del ciudadano"¹⁵. El estado de bienestar creó toda una estructura administrativa que estableció una relación específica entre el Estado y las distintas necesidades de los trabajadores, relación que por un lado abarcó el aprovisionamiento de los bienes y servicios, pero que por otro; logró un mayor control del trabajo al quedar el estado a cargo de una parte importante de las condiciones materiales de subsistencia y reproducción de la fuerza de trabajo. Aunque existieron diferencias en torno a la aplicación de estas políticas en los distintos países, en general se le consideraba a las instituciones del Estado de bienestar con efectos redistributivos y como un arma que trataba de lograr la igualdad, al dar cumplimiento a los derechos sociales ciudadanos e impulsar su carácter universal. Con ello, el Estado de bienestar daba cumplimiento a lo que las constituciones respectivas de los diferentes países establecían, y se condensaban en proyectos como los de la seguridad social, que desde la posguerra adquirieron un desarrollo inusitado y fueron impulsados a otras naciones.¹⁶

CAPITULO II.3

LA POLITICA NEOLIBERAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL (EL CASO CHILENO)

Desde fines de la década de los sesenta y principios de los años setenta se viene dando un complejo proceso de reestructuración y desmantelamiento de la morfología que se dió por llamar del Estado de Bienestar.¹⁷ Se trata de un proceso que comenzó en lo fundamental en los países capitalistas más desarrollados y que pronto se extendió, a tenor de las ideas neoliberales, a las otras regiones donde reinaba cierto tipo de regulación institucionalizada por el Estado y por su creciente participación en el aprovisionamiento de condiciones para la reproducción de la fuerza de trabajo. En los países llamados subdesarrollados si bien las características que asumió el Estado no pueden ser equiparados a las características que tuvo en los países altamente desarrollados, es innegable que los determinados procesos populares obligaron a éste a intervenir directamente en las condiciones de producción y reproducción capitalista y originarios ciertas peculiaridades del llamado Estado de Bienestar.¹⁸ En Chile y en México, una amplia participación del Estado posibilitaron la creación de Instituciones de Seguridad Social que durante la década del sesenta se consolidaron dando origen a lo que llamamos "Estado del Bienestar", particularmente el Gobierno popular de Salvador Allende avanzó a la consolidación del Sistema Nacional de Salud en Chile. Pero la puesta en marcha del proyecto neoliberal, que adquiere características sangrientas y violentas en ese país, anticipa lo que durante la década de los ochenta, se hará en América Latina en materia de Seguridad Social sin mediar hechos violentos, de ahí su importancia del presente análisis histórico.

PRACTICA MÉDICA, POLITICA SANITARIA DE LA JUNTA MILITAR CHILENA 1973-1980

INTRODUCCION.

La política sanitaria es la expresión condensada a nivel estatal de la lucha de clase que se desarrollo en la sociedad chilena en torno a las formas de organización social requeridas para enfrentar los problemas de salud.¹⁹ Las políticas son la expresión del proceso político a través del cual el Estado va configurando la organización y orientación de la práctica médica de acuerdo a las correlaciones de fuerzas y al desarrollo de la lucha de clases dentro del sistema político imperante.

Estas políticas van registrando puntual y sistemáticamente las formas de resolución política en la sociedad de las contradicciones y antagonismos de clase en torno a los problemas sanitarios. Su apariencia es fragmentaria, su movimiento zigzagueante, lo que hace compleja su lectura.²⁰ Este abigarramiento de la apariencia da cuenta de un proceso lineal cuyo

significado más profundo debe buscarse en el sentido del movimiento que asumen las transformaciones de toda la sociedad.

Los instrumentos utilizados para la implementación de estas medidas de política cubren un amplio espectro: desde la ideologización y mistificación de la realidad a través del discurso y la propaganda, atravesando por las reformas legales y administrativas, hasta la represión brutal.²¹

La diversidad de medidas y la multiplicidad de instrumentos dan cuenta de la posibilidades que tiene el Estado en cada coyuntura de provocar las modificaciones de la práctica médica requeridas, dadas las correlaciones de fuerzas dentro de la sociedad civil y las características del sistema político imperante.

Estas medidas e instrumentos se articulan entre sí en una apretada gama de interrelaciones cuya funcionalidad respecto de los lineamientos centrales de la política, sólo puede ser descompuesta a nivel analítico, aunque no formal. En la realidad este conjunto de medidas e instrumentos sirven a los fines de la política como totalidad indivisible.²²

Este ensayo tiene por objeto analizar el proceso a través del cual el Estado busca modificar la práctica médica a fin de lograr una mejor y más eficiente articulación entre dicha práctica y las transformaciones económicas, políticas y sociales ocurridas en Chile después del golpe militar de 1973.

Para ello se analizan las transformaciones globales de la sociedad chilena en términos de su estructura económica, social y política, enfatizando el papel del Estado en dichos cambios.

Este análisis posibilitará comprender y dimensionar el sentido que adquieren las transformaciones en el campo de la práctica médica y la política sanitaria. Situación por demás importante porque el Modelo de atención chileno inaugura una etapa vertiginosa en el continente de políticas privatizadoras y neoliberales que configurarán, en su versión temprana, los nuevos derroteros de los gobiernos para mediados de la década de los ochenta y principios de los noventa. El análisis de las políticas tomará en consideración el modelo de práctica médica preexistente al golpe y examinará las principales medidas tomadas por el Estado para ir conformando una nueva alternativa de organización y orientación de la práctica médica.

Dadas las consideraciones anteriores señaladas, el análisis de la política sanitaria incluirá, además del examen de las medidas estatales dirigidas a transformar la práctica médica estatal, el estudio de aquellas medidas estatales que buscan plasmar transformaciones en la sociedad civil con miras a articular un nuevo modelo de práctica. Poniendo de manifiesto la articulación que existe entre la forma como se organiza la producción, su forma dominante de gestión y el papel legitimador y específico que cumple la política sanitaria.

1973. GOLPE MILITAR.

El golpe de Estado que derroca al gobierno popular de Salvador Allende en 1973, constituye un hecho político de gran trascendencia para la historia del país. Marca un hito de ruptura con el desarrollo capitalista chileno previo, a partir del cual se redefine la base económica, la estructura y composición de las clases, la forma de gestión y participación política de la población y, por ende, la forma misma del Estado.²³

Estas profundas transformaciones internas están vinculadas dialécticamente con un nuevo dimensionamiento de las articulaciones económicas del país con el mercado mundial y el establecimiento de nuevas alianzas políticas a nivel nacional e internacional.

Este quiebre del desarrollo social chileno sólo pudo implementarse mediante formas de ejercicio del poder hasta entonces inéditas no sólo para Chile sino para el continente. El golpe militar chileno constituyó una acción a través de la cual se sojuzgó la voluntad del pueblo mediante una brutal represión física, la cancelación de todos los derechos políticos y civiles y el sometimiento de grandes sectores de población a misérrimas condiciones de existencia.

El imperio de la violencia, del terror político, de la arbitrariedad en las detenciones, los miles de torturados y muertos concitó un masivo y justificado repudio internacional. Sin embargo, la brutalidad de las formas no debe ocultar aquellas contradicciones y antagonismos fundamentales que constituyeron las causas de la situación. El golpe de Estado y la represión consiguiente constituyeron el medio -quizás el único medio a través del cual se pudieron dirimir en Chile los intereses antagónicos del proletariado y de los sectores populares; hechos que ponían en jaque la sobrevivencia de la burguesía como clase. Crisis de hegemonía que expresaba la disputa cada vez más consciente entre las clases fundamentales de la sociedad por la propiedad y control de los medios de producción y la apropiación de la plusvalía.²⁴

El golpe militar de 1973 y la instauración del Estado de Excepción constituye la forma política en que se resuelven coyunturalmente las contradicciones estructurales de la sociedad chilena.

La alternativa adoptada como modelo de desarrollo económico-social por la Junta Militar es la respuesta contrarrevolucionaria al proyecto de transición al socialismo que comenzaba a recorrer un país capitalista dependiente, sometido a la dominación del imperialismo norteamericano. Dicha respuesta no significó una vuelta al pasado. Fue un intento de transformar a Chile en un país capitalista dependiente para articularse eficientemente con el capital monopólico internacional en una nueva fase de desarrollo del capitalismo a nivel mundial.

Para lograr dicho objetivo no era suficiente con restablecer las condiciones previas al gobierno de la Unidad Popular. La devolución de tierras y empresas expropiadas al sector privado, la desaparición del área social de la economía, la desnacionalización de las riquezas básicas, no constituían en sí mismas medidas que pudieran asegurar las metas pretendidas por las fracciones burguesas hegemónicas. Se requerían profundos cambios que permitieran un

crecimiento económico más acelerado, y una vinculación con el mercado mundial más eficiente, que asegurara a corto plazo una extracción mayor de plusvalía.

MODELO DE DESARROLLO: LA PROPUESTA IDEOLÓGICA.²⁵

Una vez obtenido el gobierno, la Junta Militar, amparada en el control militar y policial irrestricto que tiene sobre la población, comienza a implementar un modelo de desarrollo que se inscribe en torno a la ideología de la Economía Social de Mercado. Imbuído el nivel técnico que lo asesora por el pensamiento neoclásico pretende liberar alas fuerzas del mercado -oferta y demanda- la regulación de la economía. Bajo dicha óptica se asume que la libre competencia es el medio a través del cual se logrará elevar los niveles de productividad, la participación estatal directa en la producción es considerada perniciosa. Se le atribuye a ésta la responsabilidad del bajo crecimiento económico, de la ineficacia del sector empresarial, de la inflación. Se considera a el Gasto Público como el principal culpable de las distorsiones económicas.²⁶

Bajo esta misma óptica, se consideran perjudiciales las medidas de protección de la industria nacional y del mercado interno. La economía chilena debe entrar a competir eficientemente y con ventajas comparativas en el mercado internacional.

Chile debe transformarse en una economía abierta que estimule la inversión de capitales extranjeros, elemento considerado pivote fundamental en la dinamización del país.

En suma, la responsabilidad del desarrollo económico y social del país debe recaer en el capital privado. El Estado debe reducir sus funciones permaneciendo como instancia subsidiaria de dicho capital. Teóricamente, debe asumir sólo aquellas tareas necesarias para permitir que las fuerzas del mercado nacional e internacional actúen libremente.

En palabras de sus propios voceros "su labor será subsidiaria en la economía y estará al servicio de la empresa privada para traspasar a ésta tecnología nacional y extranjera, favorecerla con apoyo financiero y apoyarla en proyectos específicos".²⁷

Como se ve cualquier semejanza con las políticas actuales no deja de ser "mera coincidencia", o ¿no es cierto?

Junto a la ideologización en el campo económico, ariete fundamental del proyecto de hegemonía de las fracciones de clases en el bloque en el poder, se intenta difundir la ideología de la Seguridad Nacional. A través de ella se pretende hacer concebir al conjunto de la población que el país está en guerra. El enemigo, a diferencia de los enfrentamientos bélicos convencionales, está adentro: el marxismo (aunque actualmente la muerte de las utopías y entre ella la del "marxismo" les hubiera ayudado, no cabe duda que sigue siendo un enemigo fundamental). Dicha concepción pretende justificar frente a la población la violación constante de los derechos políticos y civiles y el imperio constante del terror.

IDEOLOGIZACIÓN Y REALIDAD.

La puesta en marcha del modelo propugnado por la Junta Militar, en contra de todas sus predicciones generó una veloz concentración de la propiedad y del ingreso. La libre competencia y la regulación natural de la economía por las fuerzas del mercado, sólo representó un discurso vacío de contenido. La experiencia histórica del predominio de las políticas neoliberales ha demostrado hasta la saciedad que son palancas excelentes para la acumulación y la concentración de capitales que favorecen a los principales monopolios tanto nacionales como transnacionales en detrimento del mercado interno y por medio de la ruina de la mayoría de la población.

Las empresas pequeñas y medianas no pudieron competir eficientemente en un mercado fuertemente monopolizado. Un número importante de ellas quebró o cerró sus puertas (De las 2000 compañías textiles que existían en 1974, 400 cerraron y el resto se endeudó fuertemente), otras bajaron enormemente su producción.²⁸ La industria ensambladora nacional de automóviles cayó un 50% entre 1973 y 1976 y mucho más en 1977, logrando apenas subsistir. Gran cantidad de empresas estatales han sido vendidas al sector privado. (El vicepresidente de la corporación de fomento de la producción (CORFO) informó a fines de junio de este año que había finalizado la privatización de las empresas... Al asumir el Gobierno Militar en septiembre de 1973, CORFO poseía o controlaba más de 600 empresas). Los grupos monopólicos a través de una serie de maniobras financieras incorporaron a su patrimonio el grueso de las antiguas empresas estatales. Junto a ello, las políticas estatales implementadas en torno al empleo y al salario han contribuyeron sustantivamente a la concentración de la riqueza. Grandes sectores de la población económicamente activa pasaron a ser desempleados o subocupados. Oficialmente durante los primeros meses de 1976 se reconoció una tasa de 19.8%. Cayó en diciembre de ese año a 13.6% manteniéndose dichas cifras en 1978, y la política salarial cayó desde 52.22% en 1972 a 30.1% en 1973 y 28.5% en 1974, que unida a la inflación galopante de los primeros años del régimen militar reforzó el proceso de centralización y monopolización.

A tono con esta política se dió un debilitamiento del sector industrial como producto de la apertura de la economía chilena a la economía mundial. Se observa una disminución importante de la producción industrial, una inundación del mercado interno por manufacturas importadas que reemplazan la producción nacional. Chile con la llegada de los militares al poder, renunció así a un proceso de desarrollo autónomo y tendió a transformarse en una factoría articulada al capital internacional.

La concepción antiestatizante preconizada como condición necesaria del modelo socio-económico contrastó enormemente con la realidad. El Estado no se mantuvo fuera del proceso económico social y político. Se transformó para poder cumplir mejor sus funciones de favorecer la reproducción del modo de producción imperante. Si bien su presencia aparece diluida en términos de inversión y propiedad, no es menos cierto que su accionar se agiganta y multiplica al convertirse en el eje fundamental de concepción y ejecución de políticas que han permitido la puesta en marcha del modelo económico neoliberal. Sólo a través de su

accionar legal han podido implementarse las transformaciones fundamentales tendientes a la monopolización y concentración. Más aún, el Estado se convirtió en el principal órgano de difusión de la ideología de las fracciones de clase en el poder. A través de sus funcionarios y técnicos, únicas voces permitidas, además de aquellas de las Fuerzas Armadas, buscó el consenso de la población a través del control y uso masivo de los medios de comunicación

No hay por lo tanto una disminución de la presencia estatal en la sociedad; hay una transformación del Estado y sus aparatos y un redimensionamiento de sus funciones y actividades. La autonomía relativa frente a las clases se ha perdido. La vinculación estrecha entre el Estado y los intereses de la burguesía monopolista, especialmente financiera, es evidente y el accionar del Estado busca imponer y preservar un nuevo patrón de acumulación y el dominio de la fracción de clase que hegemoniza el bloque en el poder. No hay desestatización de la economía; hay transformación de la participación estatal en ella.²⁹

En síntesis, a pesar de los intentos de encubrir la realidad mediante un discurso de corte liberal y antiestatizante propugnador de la libre competencia de la libre competencia como medio para alcanzar el desarrollo, después de siete años de gobierno los hechos hablan por sí mismos. La implementación del modelo ha significado la desnacionalización de las riquezas básicas, aguda centralización y monopolización del ingreso y de la propiedad en manos privadas, destrucción de la industria nacional y una exclusión creciente del ingreso, del empleo y de la participación política a grandes sectores de la población.

POLITICA SANITARIA BAJO PINOCHET.

La política sanitaria de la Junta Militar chilena respondió, con sus especificidades, a los lineamientos generales del modelo de desarrollo impuesto al conjunto del país. Es decir, responde a las exigencias de la acumulación de capital que tenían las fracciones monopolísticas nacionales vinculadas al capital extranjero que hegemonizan el bloque en el poder.

Dichas exigencias implican profundos cambios de la práctica médica y de la ideología sanitaria hasta entonces imperante que significaron una ruptura del modelo de atención médica previo. Esta ruptura expresa a nivel particular, las transformaciones de las correlaciones de fuerza de los grupos sociales en Chile, producto del golpe militar.

Dadas las peculiaridades de la conformación de la práctica médica en Chile, se hace necesario esbozar, aún cuando sucintamente, sus principales características a fin de comprender la magnitud de las reformas planteadas y el conjunto de contradicciones que generó la nueva propuesta.

CARACTERSTICAS DE LA PRACTICA MÉDICA ANTES DE 1973.

La práctica médica chilena hasta 1973 tenía un fuerte componente estatal que se materializaba en la existencia del Servicio Nacional de Salud (SNS). Dicha institución estatal,

creada en 1952 como producto de la lucha de clases, cubría aquel 70% de la población con atención médica ambulatoria, al 90% con hospitalización y prácticamente al 100% con actividades de prevención.

La existencia de este servicio durante un cuarto de siglo permitió por su amplia cobertura un acceso relativamente democrático de la población a los servicios médicos. El SNS constituyó una de las bases materiales más importantes para la elaboración de una ideología sanitaria en la cual destaca la concepción de la salud como derecho adquirido por la población frente al Estado. Este se convierte en la instancia responsable de la realización de este derecho a través de su participación directa en la organización, ejecución y financiamiento de parte importante de las acciones de salud.³⁰

La concepción de la salud como derecho se fortalece aún más durante el gobierno de la Unidad Popular. Ya en su programa de gobierno se sostiene "...La salud es un derecho inalienable del hombre y un deber del Estado su plena realización" (Mensaje Anual de la Nación. Dr. Salvador Allende, 1971). Se busca la materialización de dicho postulado a través de la ampliación de la cobertura del SNS y la gratuidad de la atención médica y de otras presentaciones sociales.

Junto con ello, los intentos de democratizar la estructura del SNS y de impulsar la participación popular en salud, contribuyen de manera decisiva a afirmar en la población el concepto de derecho a la salud y la obligatoriedad del Estado para hacer realidad este derecho.

La existencia de un amplio sector estatizado de la práctica médica tuvo además otras implicaciones. Permitted, dado los interés que se conjugaron en el momento de su creación, la permanencia de la práctica médica privada de tipo liberal que se complementaba y articulaba complementariamente con el SNS. Por la amplitud de sus servicios, posibilitó el pleno empleo de los profesionales, condiciones de existencia relativamente elevadas para este grupo profesional y la homogenización de sus intereses laborales, los que encontraban formas de expresión gremial a través del Colegio Médico.

A nivel de la ideología, la presencia de un amplio sector estatizado promueve la elaboración de un conocimiento médico y una ética profesional cuyo motivo es el servicio al paciente y a la sociedad.

PROPUESTA DE REORGANIZACION DE LA PRACTICA MÉDICA.

Al asumir el gobierno después del golpe de Estado, la Junta Militar no tenía elaborado un modelo coherente y bien articulado de práctica médica que constituyera una alternativa viable frente al modelo existente. Sin embargo, los lineamientos fundamentales estaban bien perfilados y eran expuestos sin tapujos por los diferentes personeros de turno. En 1973, el Ministro de Salud expresa en uno de sus documentos "la meta es alcanzar el desarrollo de la medicina privada y semiprivada, de modo tal que cada año más gente pueda incorporarse en alguno de estos sistemas".³¹

El secretario del Colegio médico declara "queremos incorporar al sistema de salud ciertos aspectos del sistema de mercado; no mercantilismo ni obsesión por grandes ganancias, pero sí el espíritu de eficiencia a través de la competencia leal honesta. Debemos darnos cuenta que en el mundo actual nada es gratis y que la competencia permitirá ganar más al médico que de mejor atención".³²

El Presidente del Colegio Médico afirma "la enfermedad es un riesgo que debe ser cubierto con algún tipo de pago. La salud no es un bien que se otorga sino que debe adquirirse por la población".³³

La convocatoria a la privatización de la asistencia médica constituye el elemento sustancial de la propuesta. La transformación de esta práctica social en espacio de concentración de plusvalía, es la razón fundamental que ordena el resto de los planteamientos de orden ideológico y material.

La práctica médica estatal debe desaparecer para permitir la expansión de la práctica médica privada. Los servicios médicos deben transformarse en empresas rentables que deben competir en el mercado sin otros condicionamientos que las leyes de oferta y demanda.

Dicha propuesta implica la reorganización del aparato estatal de salud, disminuyendo la responsabilidad directa del Estado en la prestación de atención médica. Su función debe ser subsidiaria de la actividad médica privada, ocupando sólo aquellos espacios que dicha actividad no pueda cubrir, dada su escasa rentabilidad.

La respuesta de transformar la práctica médica en espacio de concentración de capital constituye una ruptura trascendental con el modelo de atención médica previamente existente, con la ideología sanitaria que lo legitimaba y con las fuerzas sociales que habían hecho posible su existencia y se beneficiaban con sus prestaciones.

La propuesta de privatización lesiona los intereses de amplios sectores de población, convirtiendo las prestaciones sanitarias en bienes inalcanzables para ellos dado el alto costo de dichas prestaciones y a la disminución del poder adquisitivo real, productos de la política económica de la junta.

Asimismo, dicha propuesta implicó la reorganización de la práctica médica, del proceso de trabajo médico, la reorganización de los servicios y del mercado de trabajo profesional. Todos estos elementos conjugados con la presencia aún viva de la institucionalidad previa crea severas contradicciones que impiden que la propuesta estatal se materialice automáticamente en una transformación de la práctica médica existente. Se requiere conformar una alternativa políticamente viable y económicamente factible para que dicha propuesta logre plasmarse en la realidad.

Es necesario destacar que la configuración de esta alternativa requirió de siete años. Este largo período y el fracaso de las diversas alternativas que se fueron construyendo en el transcurso de todos estos años expresan la importancia de la lucha de clases que se generó en

la sociedad chilena en torno a los problemas sanitarios y la dificultad que ha experimentado el Estado para superar estas contradicciones.

Este hecho resulta de la mayor importancia dadas las condiciones de brutal represión política, social y económica a la cual están sometidas las clases subalternas durante este mismo período, lo que dificulta la posibilidad de expresión de los intereses de dichos grupos.

Este largo tiempo de latencia y las vicisitudes de la puesta en marcha de un modelo alternativo de práctica médica en condiciones de aparente poder omnímodo del Estado, da cuenta de una sociedad civil estructurada sólidamente a la cual es imprescindible modificar para lograr algún apoyo a la gestión estatal.

ESTADO Y PROCESO DE CONFORMACION DE UN MODELO ALTERNATIVO DE PRACTICA MÉDICA³⁴

La transformación de la práctica médica en ámbito de concentración de plusvalía constituyó el propósito fundamental de la política sanitaria de la Junta Militar Chilena. El papel del Estado ha sido fundamental en la materialización de estos objetivos. Para ello ha debido redefinir su papel respecto de la práctica médica, transformando la organización, estructura y función de sus aparatos. Dicha rearticulación ha sido realizada simultáneamente con acciones múltiples estatales sobre la sociedad civil tendientes a crear condiciones que posibiliten la implementación del proyecto privatizante.

Las acciones del Estado al interior de su propio aparato y sobre la sociedad civil están articuladas dialécticamente entre sí. Su exposición por separado obedece sólo a requerimientos analíticos.³⁵

I. Transformación del papel del Estado y sus aparatos.

Hasta 1973, como se ha anotado previamente, la intervención directa del Estado en la producción y financiamiento de los servicios sanitarios era muy amplia. Los requerimientos de privatización de esta área de servicios ha significado una redefinición del papel del Estado. Al igual que en otras áreas de la economía ha disminuido su participación como productor directo desplazando su acción hacia la creación de las condiciones más favorables para la implementación de un modelo de práctica médica privada. Esto ha significado la contracción de los servicios médicos estatales y la rearticulación administrativa de éstos para posibilitar un mejor control político en cada una de estas instancias.

A. Medidas tendientes a restringir las responsabilidades directas del Estado en la atención médica de la población.

1) Disminución del Gasto Público en Salud.

Invocando la necesaria austeridad fiscal estimada por el Fondo Monetario Internacional

como medida fundamental para superar, la Junta Militar Chilena reduce drásticamente el gasto fiscal. Esta reducción es especialmente importante en aquellos sectores denominados convencionalmente sectores sociales (salud, vivienda, educación) por considerarlos como improductivos.

Los gastos sociales se habían incrementando sustancialmente durante el gobierno de la Unidad Popular, hasta constituir un 37% del Gasto Fiscal. Para 1974 cae a 10% del Gasto Fiscal. Información sobre Gastos Sociales en términos absolutos (ver cuadro No.1) muestra una persistencia de esta tendencia, observándose incluso valores absolutos menores a los gastos realizados en 1970.

Analizando más específicamente el Gasto en Salud se observa que éste cae brutalmente, pasando de 43.04 dólares per cápita en 1972, a sólo 22.85 en 1976. Es decir, los recursos financieros destinados a salud se reducen a la mitad respecto de lo que se asignaba para dichos fines durante el gobierno de la UP.³⁶

La disminución del financiamiento para las actividades de salud repercutió gravemente en la disponibilidad de recursos humanos, materiales y físicos requeridos para implementar las actividades de atención médica estatal.

2) Disminución de la Cantidad y Calidad de los Recursos Humanos de los Servicios Médicos Estatales.

El Servicio Nacional de Salud, dada su magnitud era hasta antes del Golpe Militar el principal empleador de los recursos humanos del sector justo a ello, constituía una pieza fundamental en la formación universitaria aportando para dichos fines sus instalaciones, equipos y recursos humanos. Asimismo constituía el principal formador de auxiliares de enfermería y de otros técnicos en salud.

La disminución del gasto público en salud se tradujo en despidos masivos y jubilaciones forzosas. Durante el primer año del Golpe se produjeron 14,300 despidos. No pareciendo esta medida suficiente, a fines de 1974, el Ministro de Salud, General de Brigada Aérea, Francisco Herrera Latoja, manifestó que el personal del SNS debe ser reducido en un 20% más.³⁷

Los despidos masivos son acompañados de una política de restricción en las contrataciones (cuadro No. 3) de las nuevas promociones de profesionales que hasta 1973 tenían pleno empleo dentro del SNS.

La restricción financiera incluso impidió que las propias metas de la política de contratación del SNS sean cumplidas.

Esta situación, obviamente, repercutió sobre el mercado de trabajo creando un gran desempleo de profesionales, lo que indirectamente se convierte en un estímulo para el ejercicio privado de la profesión.

Junto a la grave restricción en las contrataciones se buscó disminuir los costos de atención

mediante la utilización de personal menos calificado o no calificado en absoluto. Analizando la estructura del personal del SNS según su calificación técnica, se observó que desde 1973 en adelante disminuye constantemente la cantidad de personal profesional, siendo sustituido éste por recursos de menor calificación (auxiliares de enfermería, por ejemplo). Este hecho, va unido a la utilización de personas contratadas a través del Empleo Mínimo como auxiliares de enfermería a los cuales no se les dió capacitación previa. En el caso específico de las matronas, cuyo número aumentó, éstas reemplazaron al médico obstetra incluso en la atención de la patología ginecológica y obstétrica. La disminución de personal provocada por las inmensas restricciones presupuestarias llevo a un aumento de la intensidad del trabajo de aquellos trabajadores que estuvieron empleados y a un aumento de la duración de la jornada de trabajo. Esta situación se agrava por los bajos sueldos y la inestabilidad laboral.

3) Disminución de Recursos Materiales y Físicos.

Durante el gobierno de la Junta Militar no sólo no hubo ampliación del número de unidades de servicio, sino que se observó una disminución de lugares de atención ambulatoria y de urgencia (cuadro No.6).

Los hospitales en construcción fueron abandonados aduciendo que eran cosa del pasado no sabiendo que hacer con ellos, las nuevas inversiones fueron destinadas básicamente a refaccionar las instalaciones

El número de camas en relación a la población también fué disminuido. A la insuficiencia de camas se agregó la larga tramitación de casos crónicos sin lograr hospitalización lo mismo intervenciones quirúrgicas menores o no urgentes el progresivo desplazamiento hacia la subrogación de servicios de pensionados acentuó la situación de la población con menores recursos.

Fuó así la situación de deterioro de las condiciones de hospitalización que médicos de la V Región plantearon así sus inquietudes. Las prestaciones médicas en los establecimientos del SNS de la V región se efectuaron en condiciones inaceptables de higiene, confort y seguridad para los pacientes que reciben.

Los déficits presupuestarios terminaron por deteriorar las condiciones mínimas de hospedaje en los establecimientos hospitalarios.

La alimentación, material de curación medicamentos y de aseo fueron insuficientes.

Si los inspectores sanitarios hubieran supervisado los servicios higiénicos de los Hospitales, habrían sido clausurados.

No existía en los hospitales una política coherente de mantenimiento y reposición de equipo, lo que ocasionó un desuso originando un mal funcionamiento.

Esta situación originó un fuerte impacto sobre la eficiencia y calidad en la atención médica, lo que se transformó en una atención de menor nivel.

4) Disminución en la cantidad de prestaciones.

La restricción presupuestaria, la disminución de recursos humanos y materiales el cierre de atención ambulatoria y médica de urgencias provocó no sólo una disminución de la calidad en la atención médica, sino también se expresó en disminución de prestaciones.

Las consultas totales así como las pediátricas, de adultos y maternas aumentaron progresivamente llegando a su mayor nivel entre los años 1971 y 1973. todas estas prestaciones cayeron significativamente en los años posteriores en circunstancias del crecimiento de la población del país en 639,700 personas entre 1971 y 1976 (cuadro No.7).

Como resultado de la disminución del número de consultas, aumento el rechazo en la consulta: la así llamada "atención diferida". Su magnitud fué tal que un Ministro de Salud reconoció frente a una prestigiada revista "Ercilla" que los rechazos alcanzaron un 40% de la demanda de los establecimientos estatales.

Parte de la población no atendida buscó solución a sus problemas de salud recurriendo a otros tipos de prácticas médicas; boticarios, yerberos, etc.; o bien acudiendo a los servicios de urgencia donde recibieron tratamientos sintomáticos. De allí el incremento constante que registró dicho tipo de consultas. (cuadro No.9).

Las medidas señaladas asfixiaron al SNS, restringiendo la participación estatal directa en la práctica médica. Las restricciones financieras, de recursos humanos y materiales se tradujo en una disminución obvia de la cantidad y calidad de las prestaciones, lo que indirectamente se convirtió en estímulo al crecimiento de la práctica médica privada ámbito que ofreció mejores posibilidades de ingreso para los profesionales y atención más adecuada al usuario que pudo pagar ese tipo de servicios.

MEDIDAS TENDIENTES A TRANSFORMAR Y REARTICULAR LOS APARATOS DEL ESTADO.

Las transformaciones del aparato estatal no concluyen en la disminución. Se pretendió transformarlo cualitativamente, a fin de hacerlo más compatible con los requerimientos del modelo de acumulación. Para ello se utilizaron diferentes medidas.

1) VENTA O TRASPASO AL SECTOR PRIVADO DE DEPENDENCIAS E INSTALACIONES DEL SNS.

El Estado puso en venta diversas dependencias del SNS como Farmacias de Urgencias, Lavandería y Talleres Sanitarios. a título de experimento se licita al sector privado la administración de dos áreas de consultorios del SNS en Santiago con la finalidad de demostrar la mayor eficiencia de la iniciativa privada en la administración de los servicios de salud. La Cooperación de Desarrollo Privado, recibió los fondos y se hizo cargo de la administración del Area de Salud de Maipú y del nuevo Hospital Paula Jaraquemada.³⁸

2) INCLUSION DENTRO DEL SNS DE ELEMENTOS MERCANTILES.

El SNS, que durante el período de Unidad Popular implemento medidas para ofrecer de manera gratuita sus servicios a aquellas personas no aseguradas, vuelve a imponer el pago de la atención médica y de otras prestaciones. Sólo pueden pretender atención gratuita aquellos individuos que luego de una investigación demuestran su calidad de indigentes. Se revivió además dentro de los mismos hospitales del SNS una práctica suprimida durante el Gobierno anterior: La existencia de pensionados eran sectores del hospital público donde los médicos funcionarios del SNS atendían la hospitalización de pacientes privados los cuales pagaban al SNS los gastos de estancia. Asimismo se permitía, a los médicos funcionarios atender su consulta privada dentro de las instituciones estatales.

Estas primeras medidas a través de las cuales se pretendió convertir la práctica médica estatal en ámbito de ganancias concretas en el modelo alternativo.

Cabe señalar que estas medidas implicaban la inclusión de la desigualdad de atención al interior de la Institución Estatal dependiendo la calidad de éstas de la capacidad de pago del usuario. Asimismo estos fueron los primeros elementos que se utilizaron para esfumar la separación entre lo estatal, como lo ligado al bien público y lo privado, vinculado a la ganancia.

3) TRANSFORMACION DE LA ORIENTACION DE LAS PRESTACIONES.

Inculcado por la visión social de los problemas de salud el SNS implementó desde el período de Eduardo Frei (1964-1970) programas de salud comunitarios, lo que pretendió por una parte, aumentar la extensión de la cobertura y, por otra abordar los problemas prioritarios de salud de la población de manera temprana a fin de realizar una vigilancia epidemiológica y un control precoz de la patología. Estos programas incluyeron, entre otros, el abordaje de la patología materno-infantil, programas de salud mental para la población infantil, adolescente y adulta y programas de control de patologías específicas.³⁹

Dichos programas son eliminados en el primer año de gobierno de la Junta Militar, aduciendo la peligrosidad política. Con esto las acciones de prevención quedarán restringidas a vacunación, control de embarazo y niño sano, enfatizándose aún más la actividad curativa.

4) TRANSFORMACIONES EN LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL SNS

En función de un pretendido mejoramiento de la eficiencia administrativa del SNS, la dirección general perdió la autonomía para supeditarse a la jerarquía del Ministerio de Salud. Esto significó un mayor control político de las estructuras prestadoras de servicios de salud. Ello contribuye la jerarquización de las funciones dentro del mismo SNS a través de la cual las tareas de dirección son de confianza política y fueron sustantivamente mejor remuneradas que las tareas técnicas. Esto contraviene la larga tradición funcionaria, a través de la cual el ascenso escalafonario de los profesionales se efectuó por antigüedad y por méritos académicos

y de servicios.

A través de estas medidas se buscó transformar el aparato de Estado en una estructura monolítica en la cual los intelectuales tradicionales fueron desplazados de sus antiguas posiciones de poder por un cuerpo técnico de absoluta confianza del grupo gobernante.

5) REPRESION DE TODA FORMA DE PARTICIPACION Y EXPRESION POLITICA DENTRO DEL SNS.

El SNS incluyó dentro de su estructura a instancias representativas de los diversos grupos interesados. El Consejo Nacional de Salud estuvo compuesto y represento a los usuarios y proveedores de servicios, especialmente al gremio médico. Además de esta instancia orgánica, el proceso político-social de la Unidad Popular se expresó en el ámbito sanitario a través de los Consejos Locales de Salud, instancia de participación popular en salud. Eran los que controlaban las actividades, del SNS con diferentes matices y actividades los cuales participaban en la decisión y ejecución de algunas tareas sanitarias. Los trabajadores del SNS una organización sindical (FENATS) importante, con aproximadamente 60,000 afiliados.

Todas estas instancias de expresión y negociación política fueron eliminadas desde el comienzo por la Junta Militar bajo la excusa del peligro que significó incluir la política en las tareas de producción.

Estas medidas fueron acompañadas de despidos masivos, persecución, encarcelamiento, exilio y muerte de un número importante de trabajadores de salud por considerarlos peligrosos por el régimen político.

Todas estas medidas contribuyeron a la transformación del papel de Estado y sus funciones para hacerlo más coherente con el modelo de privatización de la atención médica y marcó su papel subsidiario en la producción de servicios de salud.

II. ACCIONES DEL ESTADO SOBRE LA SOCIEDAD CIVIL.

El Estado actuó directa e indirectamente sobre la sociedad civil, a fin de lograr dentro de ella condiciones que permitieron imponer un modelo de práctica médica compatible con los requerimientos del capital monopólico. Para ello utilizó diversas medidas e instrumentos.

A. IDEOLOGÍAS.

A través del discurso oficial, las condiciones de salud dejaron de ser el núcleo central. Este eje apareció desplazado, centrándose la problemática sanitaria en la eficiencia y rentabilidad

de los servicios médicos. Bajo un lenguaje retórico, tecnocrático y economicista los voceros del régimen buscaron consenso en la población para la restructuración de la asistencia médica estatal y la configuración de un amplio sector privado. Se anunciaron las ventajas comparativas de la libre competencia, por una parte la eficiencia en el manejo racional de los recursos y por otra la garantía de la libre elección del médico por parte del paciente.⁴⁰

La difusión de este pensamiento se hizo a través del uso de los medios de comunicación de masas, absolutamente controladas por el Estado que no permitió la expresión de voces disidentes.

Junto con esta concepción de salud sobre la población, la junta Militar implementó importantes transformaciones en las Universidades, Centro preferencial de formación ideológica de los futuros profesionales.

Las Facultades de Medicina Están bajo la intervención o control militar. Al interior de ellas hubo profundos cambios esto con la finalidad de eliminar el pensamiento médico social y cualquier cuestionamiento al sistema imperante.

Por ello hubo persecución y eliminación del personal académico y de estudiantes con pensamiento crítico, quitaron las disciplinas médico-sociales, las que ocupaban desde la Reforma Universitaria (1968), un lugar importante en la formación de los alumnos. Con ello se buscó centrar el interés de éstos en la manipulación diagnóstica y en el uso de técnicas altamente sofisticadas lo que contribuyó al elogio de la medicina curativa y de corte biologicista como alternativa sanitaria.

La elevación de costos y la reducción de matrícula para las carreras de medicina contribuyeron al reclutamiento elitista del estudiantado, lo que corta desde su inicio la posibilidad de creación de un pensamiento crítico.

B. POLITICAS.

El Gobierno de la Junta Militar elimina toda participación de la población en la discusión de los problemas de salud a través de la cancelación de las organizaciones representativas de los intereses populares.

Esta acción represiva alcanzo también al Colegio Médico, esta institución agrupaba a todos los médicos y actuaba simultáneamente como asociación académica y gremial. Su papel reaccionario durante el gobierno de la Unidad Popular fue de singular importancia convirtiéndose en un ariete fundamental de las fuerzas contrarrevolucionarias. Inicialmente, su adhesión al régimen militar fue incondicional.⁴¹ El mito de la actividad privada como fuente inagotable de riqueza constituía el señuelo que unido a sus intereses de clase transformaba al grupo médico en aliado de la junta. Sin embargo, las leyes del desarrollo capitalista son enexorables y no respetan aliados coyunturales. Debido al proceso de centralización y monopolización que ha experimentado la economía chilena, la posición de los médicos dentro de la estructura de clases se ha ido modificando rápidamente, ingresando una amplia

proporción de los profesionales a las filas de los asalariados mal remunerados.

La contracción del gasto fiscal creó como consecuencia bajos salarios e incapacidad para absorber la fuerza de trabajo profesional observándose una importante cesantía médica. Los médicos, salvo una pequeña minoría convertida en empresarios, al enfrentarse a la realidad. Aquellos Médicos que aplaudían las medidas privatizadoras de la Junta militar, defendieron la práctica médica estatal considerándola como la única alternativa viable para dar salud a la población, sin lugar a dudas, el SNS y lo que aún persistía de su estructura y organización permitía tener un empleo seguro, limitaba las arbitrariedades del poder político que podían ejercer sobre los médicos y de alguna manera significaba una barrera a la explotación. Explotación que fue que se convirtieron en asalariados de empresas médicas regidas por la necesidad de competir ventajosamente en el mercado.

La transformación del mercado de trabajo, los cambios sustantivos en la capacidad adquisitiva y las restricciones de la participación política convirtió al Colegio Médico en un opositor de la política sanitaria en la junta.

Con esa medida, el Estado buscó neutralizar esa institución a través de coartación de sus funciones. Durante 1979 se dictó un decreto con fuerza de ley que eliminó la obligatoriedad preexistente de pertenecer y ser autorizado por los Colegios profesionales para optar cargos en la administración pública o en los organismos universitarios. Asimismo, se ha disminuido el poder económico del Colegio Médico. La administración y el control de los fondos del Sistema de medicina Curativa (sermena) deja de estar bajo tutela. A través de estas medidas el Estado busca fragmentar el Colegio Médico, y disminuyendo la representatividad del Colegio.

MODELO ALTERNATIVO.

La transformación y funciones del Estado hasta aquí señalados fueron algunos elementos que permitieron la configuración de un modelo alternativo de práctica médica.

Las primeras medidas de contracción y reducción del aparato estatal se agregaron en 1976 una proposición más coherente constituida por el así llamado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) cuyas funciones fueron coordinar los diversos servicios estatales y privados.

Para que el SNSS funcionara y fuera eficaz se propuso la creación de Cooperativas Médicas que dieran sus servicios a empresas, compañías de seguros o cualquier particular interesado. Para su inicio se requirió un capital importante para financiar las inversiones iniciales. Este proyecto no logró consolidarse en la medida que estos capitales no existían en cantidad suficiente, así como tampoco hay clientes que puedan costear por sí mismos el alto costo de la atención médica.

El fracaso no hizo retroceder a la junta, sino que se afinaron a mecanismos de financiamiento que permitieron darle factibilidad al proyecto. En agosto de 1979 se dicta el decreto con fuerza de ley número 2763 a través del cual se materializa la destrucción del SNS.

El SNS desapareció como entidad jurídica y es reemplazado en sus funciones por tres instancias: Ministerio de Salud, Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud.

El Ministerio fija las políticas. Planifica, Presupuesta y norma las acciones estatales a nivel nacional.

Los Servicios de Salud Son organismos estatales, descentralizados cuya función es ejecutar las tareas de acción médica, de fomento y rehabilitación. Estos organismos (27 en el país), con patrimonio propio, administración autónoma con autofinanciamiento para competir eficazmente en el mercado. Estos servicios estuvieron a cargo de un Director que es funcionario de confianza del Presidente de la República que contaba con amplias atribuciones. Una de ella, ejecutar todo tipo de convenios y contratos con entidades públicas o privadas para realizar acciones de salud. Asimismo, tiene facultades para vender, permutar, etc. los bienes sometidos a su administración, teniendo amplias atribuciones sobre el personal a su cargo pudiendo designar funcionarios, o poner término a sus servicios.

El fondo nacional de salud está constituido con los recursos destinados al financiamiento del SNS y del SERMENA.

Estas tres instancias: Ministerio, Servicios de Salud y Fondo, conformaron un nuevo sistema al cual recurren libremente instituciones públicas o privadas.

El fondo otorga recursos a las instituciones prestadoras de servicios (públicas o privadas) incorporadas al sistema, teniendo relación directa con el número de prestaciones efectuadas.

TENDENCIA Y PERSPECTIVAS DE LA PRACTICA MÉDICA CHILENA.

Este modelo es mas correcto en su forma de financiamiento que las propuestas anteriores.

Un alto representante oficial planteó " la distribución está al servicio de una política de salud y la política de salud ha cambiado, pero ya había cumplido su objetivo: velar por la salud de todos los chilenos. Esa era una política meramente paternalista".

El Estado, es el pivote central del nuevo modelo y pone a disposición de las empresas privadas de salud, el capital, recursos humanos, materiales y la capacidad que ejerce sobre el conjunto de la sociedad.

La creación del Fondo Nacional de Salud constituyo una instancia altamente centralizada y monopólica del manejo de los fondos sectoriales. La articulación con el capital financiero privado a través del traspaso de fondos a seguros privados y a la banca, constituyeron un paso necesario, dada la hegemonía del capital financiero y de las fracciones de clase que sobre él se sustentan. En este sentido, aparecen organizaciones financieras monopólicas interesadas en el campo de la salud. Se crean los seguros de salud, aparece la actividad monopólica en la administración de servicios sanitarios y en la explotación de los servicios médicos y afines.

La transformación de la práctica médica en ámbito de concentración de plusvalía y su

integración a los mecanismos financieros que imperaban en la sociedad chilena, tendrían un fuerte impacto a nivel de la configuración del sector y al tipo y calidad de la prestación. Esta reforma tuvo sus repercusiones sobre el trabajo médico y el mercado de dichos profesionales.

La práctica médica dominante será la empresarial (estatal o privada), hegemonizada por los sectores de práctica médica monopólica. La conformación del sector acentuó aún más las desigualdades de acceso a la atención médica y sanitarias de la población. La accesibilidad se definió por la capacidad adquisitiva de los usuarios y por la importancia que estos tenían, en tanto fuerza de trabajo dentro del modo de producción capitalista.

La diferencia en la atención médica significó la atomización de la población según su capacidad adquisitiva lo que se expresó en demandas fragmentarias ya que los Servicios de Salud se muestran diversificados. Este elemento contribuyó a dividir las demandas de salud del proletariado, tornándolas puntuales y reivindicativas.

Junto con ello se intensificó la reducción de lo sanitario al problema de la atención médica. El acto curativo se convirtió cada vez más en el centro de la actividad sectorial teniendo privilegios lo individualizado y reprimiendo la acción colectiva y de tipo preventivo. El pago por médico, la mayor concentración de plusvalía que implica la actividad curativa son algunos elementos que coadyuvarán a legitimar ese tipo de práctica médica, como la esencial. Esta reorientación de la práctica médica tuvo diversos impactos. Uno de ellos el incremento en la atención en función de la sofisticación tecnológica y de la manipulación de precios por los sectores monopólicos. Junto a ello, y dadas las condiciones generales de existencia de la población, se observó un empeoramiento de las condiciones de salud en los sectores más explotados.

Con las tendencias señaladas, existió la transformación del proceso de trabajo médico con un asalariamiento masivo en condiciones políticas que dificultarán su organización gremial. Sin duda aumentó la explotación de la mayor parte de los médicos, salvo aquellos constituidos en empresarios de la salud. El trabajo médico liberal, incluso para aquellos profesionales de alto prestigio en su desempeño tendió a disminuir debido a la competitiva del sector monopólico.

El mercado de trabajo médico se modificó enormemente. La restricción del gasto público, la disminución de contrataciones, la restructuración de la planta funcionaria producto de la destrucción del SNS, significó la cesantía. Este hecho jugó un papel importante en la disminución de los salarios y en la imposición de condiciones intensivas de trabajo.

Las transformaciones de la acumulación capitalista en Chile, producto de la transformación de las correlaciones de fuerza entre las clases involucro su racionalidad a la práctica médica.

El nuevo modelo de práctica médica se logró imponer a través de un accionar estatal extraordinariamente importante que logró crear las condiciones técnicas, políticas y financieras que posibilitaron su implementación.

La coherencia interna del modelo cada vez más eficiente con los sectores monopólicos son elementos que permitieron la profundización de las tendencias anteriormente señaladas. Sin

embargo este hecho señalo las contradicciones generadoras de su propia destrucción.

La jerarquización y/o exclusión de la población para asistencia médica, las distorsiones y corrupciones a las que dicha práctica se vieron sometidas a los intereses de la acumulación, la explotación de amplios sectores de profesionales y trabajadores de la salud, fueron algunos de los ámbitos que generaron la polarización de intereses en la sociedad.

Con la crisis del modelo de sustitución de importaciones y otros factores que escapan a este análisis, también se sustituyó el populismo por el régimen autoritario de corte burocrático encabezado por A. Pinochet que, después de una primera reforma a la Seguridad Social que contribuyó en cierta medida a unificar el sistema, en 1981 con una segunda adaptó a la economía de mercado con su privatización creando un programa de pensiones de ahorro obligatorio individual administrado por empresas privadas o como suelen llamarse, Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Con toda reforma, se crean disposiciones que norman el nuevo funcionamiento, entre ellas: que a partir de 1983 todos aquellos trabajadores que se incorporen al mercado laboral ingresan en forma automática al nuevo sistema; se estableció un tiempo mínimo de cinco años para aquellos trabajadores del llamado de su desincorporación ya no podrá ingresar nuevamente; tanto los trabajadores por cuenta propia como los asalariados tienen la libertad de elegir la AFP de su preferencia; a las AFP se les exige un capital inicial mínimo y una reserva mínima que garantice ese rendimiento; a quienes se cambien del sistema viejo al nuevo, los premian con una reducción de sus contribuciones.

El también nuevo sistema de atención a la salud, iniciado en 1981 en base a la creación de entidades curativas privadas (Institutos de Salud Previsional -ISAPRE-) opera en forma íntima a las AFP. El asegurado con el nuevo sistema, tiene la libertad de elegir el ISAPRE de su conveniencia en tanto las condiciones y prestaciones que ofrezcan, éstos deben garantizar los beneficios durante un año -como mínimo- bajo contrato. El estado mantiene el sistema antiguo para prestar servicios a los sectores de bajos ingresos mientras el ISAPRE se encarga de atender a sus afiliados que tienden a concentrarse en los sectores medios y altos de la población.

Entre las características más resaltantes de este nuevo sistema de capitalización, encontramos:

- Es un sistema capitalizado propio de un seguro privado, en el que cada asegurado tiene una cuenta individual y sus contribuciones son invertidas percibiendo un rendimiento.
- El empleador no contribuye.
- El trabajador dependiente está obligado a cotizar en una AFP.
- El éxito o fracaso de este nuevo sistema, depende en gran medida del Estado y del crecimiento económico.
- La transferencia de fondos del sector público al privado es una de sus principales manifestaciones.
- Las AFP son financiadas por comisiones que paga el trabajador.
- El principio de solidaridad no se corresponde con este sistema, ya que tiende a

reproducir las desigualdades.

En lo que respecta a la cobertura, aproximadamente un 45% de la fuerza de trabajo no cotiza entre otras cosas ello se explica por el desempleo, la cesantía y, sobre todo, por el constante crecimiento del sector informal y el incumplimiento de la legislación laboral. Una encuesta realizada por el programa de Economía del Trabajo (PET), que incluye todas las comunas del Gran Santiago, San Bernardo y Puente Alto constató que muy cerca a la mitad de los trabajadores sin previsión son trabajadores por cuenta propia mientras que los trabajadores asalariados sin afiliación alcanzan un 16%.

En una visita realizada a Venezuela, Francisco Opazo, jefe de División Financiera en la Superintendencia de Administración del Fondo de Pensiones de Chile, señaló que éste ha logrado acumular un capital que supera los seis mil millones de dólares invertidos en títulos valores: "Este fondo es un sistema que nació a causa de la ineficiencia de los sistemas anteriores, muy dispersos y sin una reglamentación definida que permitiera márgenes seguros de rentabilidad para los trabajadores", afirmó Opazo.

Igualmente explica que su funcionamiento consiste en un aporte mensual del 10% del sueldo del trabajador y, una cotización del 2,3% que es manejado en una cuenta individual que tiene el trabajador hasta el momento de su jubilación, invalidez o muerte. En la actualidad existen aproximadamente 14 administradoras dedicadas a las pensiones que han sido creadas por los trabajadores agrupados en los diversos sectores: construcción, profesores, etc.

El trabajador frente a este sistema, tiene la "libertad" de elegir la administradora que mayor rentabilidad le ofrezca determinada por las colocaciones que negocie la administradora, que por lo general lo hacen en títulos valores, en empresas, en instrumentos de la deuda y en grandes empresas de servicios entre otras; para tal efecto, existe un cuerpo legal único que rige para todas las administradoras y los fondos; así lo hizo saber Opazo en su visita a Caracas.

Los argumentos a favor de este sistema, se basan en la descapitalización del sistema anterior motivado a que el Estado al manejarlos los utilizó para respaldar inversiones que luego no tenían suficiente garantía de recuperación. Igualmente, la "libertad" de elección y disposición del trabajador que, al llegar a los 65 años el hombre y 60 la mujer puede contar con sus aportes y el rendimiento ya sea en su totalidad, pasarlo a una administradora, a una compañía de seguro de vida o programar retiros a manera de sueldo.

En 1983 existían doce AFP de las cuales nueve eran propiedad de fuertes grupos económicos captando sólo dos de las mismas más de la mitad de los asegurados; resulta evidente que estas administradoras privilegiadas tiene mayor capacidad de influir sobre el rendimiento del capital. De igual forma ocurre con las ISAPRE, también para ese mismo año de las ocho que existían, dos de ellas manejaban más del 50 por ciento de los asegurados. Esa "libertad" de elección que utilizan como argumento a favor de las AFP en la práctica no es tal, tanto por los motivos anteriores como por las limitaciones y estímulos establecidos por el Estado.

El éxito del Fondo de pensiones, depende mucho de la política del Estado y del desarrollo de la economía, específicamente de la inflación, la competitividad y el mercado de capital. "Los Fondos de Pensiones están separados del capital de la AFP y hasta ahora no han sido

afectados por la crisis (en realidad se beneficiaron con las tasas de interés muy elevadas, pero si se ha afectado su imagen pública de seguridad y solvencia). Casi tres cuartas partes de la inversión de los fondos están en valores estatales y depósitos a corto plazo en bancos estatales o comerciales intervenidos por el Estado".

Por otra parte, la intervención del Estado tiende al aumento entre otras cosas, por el mantenimiento del sistema antiguo para la población de menores recursos pero, de mayores riesgos. El desplazamiento de las contribuciones -del sistema antiguo al nuevo- y otros factores que contribuyen al déficit financiero - ya comentado- obligan al Estado a responsabilizarse de los asegurados que, para el caso de los empleados públicos corresponde a más del 80 por ciento que permanece en el sistema antiguo; todavía más, dado que una de las disposiciones frente al nuevo sistema fue la de no conceder jubilaciones durante los primeros cinco años de operación, la mayoría de asegurados con edades próximas a la jubilación prefirieron quedarse con el sistema antiguo, entonces, el Estado se encargará de otorgar sus pensiones.

En definitiva, exitoso o no este sistema de capitalización aplicado hoy en Chile, va a ser el modelo para muchos países de la región, que en la actualidad ven en la privatización la panacea a todos los problemas que están confrontando.

La visita del Jefe de la División Financiera de la Superintendencia del Fondo de Pensiones de Chile en Venezuela no es casual, y mucho menos la delegación del Ministerio del Trabajo, de la Confederación de Trabajadores de Venezuela y del Fondo de Inversiones que parte a Chile en estos días para conocer e intercambiar experiencias en lo que a Seguridad Social se refiere.⁴²

En conclusión podemos afirmar que este sistema promueve el individualismo, reproduce las desigualdades y se olvida del principio de solidaridad (básico de la Seguridad Social) tan escaso y a la vez, tan necesario en estos días.

C U A D R O No. 1
GASTO SOCIAL DEL GOBIERNO CENTRAL. (MILLONES DOLARES)

SECTORES	1970	1972	1974	1976	1977
SALUD	154.4	253.2	199.0	133.4	145.1
VIVIENDA	107.7	229.0	180.9	71.6	85.2
SEGURIDAD SOCIAL	228.9	380.3	198.6	210.1	252.0
EDUCACION	362.4	525.7	398.9	315.8	349.3

C U A D R O No. 2
EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO EN SALUD EN CHILE 1960-1975

AÑO	% GASTO EN SALUD	GASTO EN SALUD PER CAPITA
1969	6.0	27.36
1970	7.6	31.97
1971	7.7	40.31
1972	8.4	43.04
1973	5.7	25.18
1974	4.9	26.78
1975	4.2	22.49
1976	-	22.85

C U A D R O No. 3
 COMPARACION DE PROMOCIONES Y CARGOS PROGRAMADOS POR EL SNS
 (1978)

	PROMOCIONES ESTIMADAS	CARGOS PROGRAMADOS
MEDICINA	575	238
ENFERMERIA	578	123
OBSTETRICIA	437	54
TECNICOS MEDICOS	233	35
NUTRICION	-	34
KINESIOLOGIA	124	8

C U A D R O No. 4
 CONTRATACIONES PROGRAMADAS Y PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO
 POR EL SNS ENTRE 1975 Y 1977.

PROFESIONALES	1 9 7 5		1 9 7 6		1 9 7 7	
	PROGR.	CUMPL.	PROGR.	CUMPL.	PROGR.	CUMPL.
ENFERMERAS	340	56%	446	50%	414	48%
MATRONAS	120	92%	230	91%	174	68%
TECNICOS MEDICOS	57	84%	162	65%	250	53%
NUTRICIONISTAS	40	100%	100	59%	33	88%
KINESIOLOGOS	12	75%	46	69%	21	100%

C U A D R O No. 5
RECURSOS DE PERSONAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

ANO	MEDICOS	ENFERMERAS	MATRONAS	ASISTENTE SOCIAL	DENTISTA
1955	2745	1467	610	642	- -
1967	3930	1181	841	476	869
1969	3917	1321	387	501	983
1970	4401	1666	1101	651	1140
1971	4693	1962	1239	887	1500
1973	4302	1816	1227	873	1392
1974	4307	1680	1342	734	1370
1975	4414	1731	1377	626	1345

C U A D R O No. 6
ESTABLECIMIENTOS DEL SNS 1965 - 1975

A OS	ASILOS HOSP.	PLICLINICAS	POSTAS
1965	-	103	530
1969	-	123	681
1970	28	135	941
1971	28	135	941
1973	28	152	924
1974	34	142	719
1975	40	149	846

C U A D R O No. 7
CONSULTAS TOTALES, DE ADULTOS, MATERNALES Y PEDIATRICAS S.N.S.

A O	CONS.TOTALES	DE ADULTOS	MATERNALES	PEDIATRICAS
1952	3,471,213	2,122,817	203,030	1,065,366
1958	6,416,062	3,413,185	489,568	2,153,309
1961	7,307,703	3,870,479	405,871	3,031,353
1967	9,066,222	4,653,738	426,212	3,986,272
1969	9,442,212	5,074,195	534,424	3,832,598
1970	8,915,092	4,877,446	486,838	3,550,808
1971	10,206,946	5,598,709	488,777	4,158,960
1972	7,475,115	5,140,013	651,284	3,965,818
1973	10,147,700	5,480,178	756,445	3,911,077
1974	9,255,616	4,690,998	685,730	3,878,888
1975	8,927,426	4,606,795	680,443	3,640,188
1976	9,672,741	5,067,663	720,594	3,884,484

C U A D R O No. 8
CONSULTAS POR HABITANTE AL A O S.N.S. 1952-76

A O	CONSULTAS POR HAB./A O
1952	0.5
1958	0.81
1964	0.93
1967	0.99
1970	0.91
1971	1.28
1973	1.24
1974	1.58
1975	1.08
1976	1.15

C U A D R O No. 9
 TOTAL CONSULTAS DE URGENCIAS Y RELACION CON TOTAL DE CONSULTAS
 S.N.S. 1952 - 1976

A Ñ	CONSULTAS URGENCIAS	% SOBRE EL TOTAL
1952	278.119	7.4%
1955	278.000	4.6%
1966	1,552.000	15.3%
1969	1,776.000	15.8%
1970	1,867.000	17.3%
1971	2,500.374	13.6%
1972	2,873.230	22.7%
1973	2,736.203	21.2%
1974	2,949.535	24.1%
1975	2,787.501	23.7%
1976	3,029.376	23.8%

CAPITULO III

EL SECTOR SALUD EN AMERICA LATINA EN LA ULTIMA DECADA DIAGNOSTICO DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA.

	PAG.
1.- CONSIDERACIONES CENTRALES	43
2.- SISTEMAS DE SALUD EN LA REGION	44
3.- MARCO INSTITUCIONAL	46
4.- FINANCIAMIENTOS Y COSTOS DEL SERVICIO DE SALUD	47
5.- COBERTURA DE LOS SERVICIOS	50
6.- COORDINACION E INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	51
7.- CARACTERSTICAS COMUNES	52
8.- DIAGNOSTICO GENERAL DE SALUD	53

1) CONDICIONES GENERALES:

Diferentes factores que inciden en la prestación del servicio de salud en la región de latinoamérica, se cree necesario puntualizar algunos conceptos y opiniones de estudios del tema, que nos introducen de forma clara dentro de las diferentes vertientes que determinan la posibilidad o el límite del desarrollo del seguro de salud en América latina ha demostrado sus beneficios, entre otros el desarrollo considerable de los recursos humanos, y la creación de puestos de trabajo en el sector salud con respecto a las áreas rurales y a los proyectos de salud preventiva y ambiental lo que ha originado mejores niveles para todos.

De igual forma, han surgido políticas que buscan armonizar de manera gradual los diversos componentes de lo que debe ser un sistema nacional asistencia médica por dos vías:

a) La búsqueda de coherencia y de una mayor coordinación dentro de los diferentes componentes del sector salud

b) La racionalización de los sistemas de suministro de asistencia médica por medio de una creciente aceptación de la estrategia de Atención Primaria a la salud.

En este sentido se pueden distinguir dos sistemas de salud; al que se le conoce como Sistema Nacional de salud y el denominado Sistema Unico de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se distingue del Sistema Unico de Salud en que permite que mas de una Institución ofrezca servicios garantizando la coordinación o la integración, ya sea por medio de una división reglamentada del trabajo o por normas nacionales.⁴³

La atención médica puede dividirse en tres categorías:

1) Atención Primaria o Ambulatoria de Medicina General

2) Atención Ambulatoria de Especialidad

3) Atención Hospitalaria con diferentes niveles de complejidad, desde hospital general a hospital especializado.

Desde el punto de vista de la organización, la diferencia entre las categorías 1 y 2 y la atención Hospitalaria es importante, debido a que solo un porcentaje muy reducido de morbilidad requiere atención hospitalaria que generalmente es muy costosa.

Los costos relativamente altos de los hospitales, incluso cuando están administrados eficientemente, hacen que a la mayoría de la población rural y urbana de bajos recursos les resulte imposible financiar la atención hospitalaria de manera directa o por medio de seguros.⁴⁴

En relación a los sistemas de asistencia médica, esta varía de, según las características del país tanto desde el punto de vista político como de la evolución histórica, la extensión territorial del país y la distribución geográfica de su población. No obstante, los sistemas pueden ser reducidos en dos modelos: directo e indirecto.

En el sistema directo la seguridad social es propietaria y administra los establecimientos de asistencia médica de modo que es responsable no solo de la organización de los servicios, sino también de su calidad y de la eficiencia con que se prestan.

En el sistema indirecto la seguridad social celebra con profesionales y establecimiento privados de atención a la salud, una serie de acuerdos para que presten asistencia a las personas protegidas, a cambio del pago por el servicio.

Hechas las anteriores acotaciones, pasaremos a hacer una descripción de la prestación del servicio de salud en los países de la región, con la consideración de los sistemas existentes, el marco institucional, formas de financiamiento y costos del servicio, cobertura modos de coordinación y por última un esbozo de los factores generales que afectan su desarrollo, desde el punto de vista de la situación económica, política y social.

2) SISTEMAS DE SALUD EN LA REGION:

Puede sostenerse que el sistema directo de provisión de atención médico-hospitalaria es el más común en la región, en el cual la institución administradora posee los hospitales y demás instalaciones y contrata al personal médico y paramédico y además ejerce gran control sobre la forma de prestación del servicio.

El sistema indirecto es menos frecuente en América Latina. En este sistema la institución administrativa firma convenios con otros proveedores de acuerdo con cuotas de servicio preestablecidos, o una cantidad fija por persona. En este sistema la agencia ejerce poco control.

En numerosos países de la región se detecta una combinación de ambos sistemas, ya que la agencia administrativa utiliza sus propias instalaciones y contrata o reembolsa los servicios de otros proveedores públicos o privados. En estos sistemas mixtos existe un sistema base gracias al cual la inmensa mayoría de la población recibe prestaciones médicas en caso de enfermedad, complementado por algunos sistemas especiales o para categorías de personas, o para prestaciones particulares como indemnización a causa de enfermedad, prestaciones de prevención o de rehabilitación, o cuidados a los impedidos.⁴⁵

En la mayoría de los países, los sistemas especiales o complementarios tienen alcance relativamente reducido.

Aunque el patrón indirecto de distribución de servicios de salud prevalece esta ganando terreno gradualmente una diversificación de la organización de la asistencia médica. Esto se debe a una mayor utilización de la modalidad de compra de servicios correspondientes a los sectores público y privado. Encontramos ejemplos en Brasil, Perú, Colombia, Costa Rica y

Chile.

Generalmente los sistemas de salud son una combinación de atención pública y atención privada. El sector público está representado por los ministerios de salud como principal prestador del servicio de 20 países de América Latina, a través de hospitales, ambulatorios, clínicas y dispensarios, seguido muy de cerca por las instituciones dependientes de los sistemas de seguridad social, a cuyas instalaciones solo tienen acceso los trabajadores asegurados y sus familiares. Encontramos también los servicios que prestan atención exclusivamente a las fuerzas armadas y sus familiares, así como hospitales universitarios y los que dependen de servicios de beneficencia.

El sector privado está representado por instituciones con fines de lucro, así como por los servicios ofrecidos por organizaciones gremiales, a las cuales solo pueden acudir sus miembros y en algunos casos familiares; también se encuentran los servicios derivados de las contrataciones colectivas, asentados en las empresas tanto públicas como privadas, cubren tan solo a los trabajadores de la respectiva institución y en algunos casos excepcionales, atienden a los familiares.

En general, se puede decir que los ministerios de salud cubren entre el 60 y 80% de la población, los sistemas de seguridad social entre el 5 y 30%. El sector privado cubre el resto. También se puede hacer la generalización de que cuando más pobre el país, más alto es el porcentaje que depende del ministerio.⁴⁶ Esta división de cobertura es teórica -según manifiestan algunos estudiosos-, porque en la práctica un gran número de personas de bajos recursos e indigentes no tienen acceso a los servicios médicos del sector público ni a los del sector privado, y continúan usando sistemas tradicionales o se automedican. Estructura de los sistemas de salud, nos encontramos con tres grandes grupos:

1) Países con Sistema Nacional de Salud, operados por el ministerio de salud: Cuba y Nicaragua.⁴⁷

2) Países en que el Seguro Social cubre a la mayoría de la población, bien sea a través de los servicios propios, o contratados, el ministerio de salud cubre solo a los no asegurados y realiza otras funciones de tipo preventivo, de coordinación y supervisión: Argentina, México, Brasil, Venezuela y Costa Rica.⁴⁸

3) Países donde el ministerio de salud está a cargo de la mayoría de la población y el seguro cubre un pequeño porcentaje de la población: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Para finalizar señalamos en este capítulo que el sector público en 20 países de la región, está representado en su mayoría por el ministerio de salud. Asimismo como segundo proveedor de salud se señala al seguro social, a través de programas de enfermedad y maternidad.⁴⁹ Igualmente de programas de riesgos profesionales y asignaciones familiares, en algunos países tiene mayor cobertura poblacional que la del ministerio de salud.

demás, en los sistemas de seguro social se descubren tres tendencias:

1) La diversificación gradual de la organización de la atención de salud, apartándose de la

entrega directa y moviéndose hacia una mayor compra de servicios de los sectores público y privado.

2) La mayor coordinación y complementariedad del seguro de salud con otros componentes del sistema nacional de la atención a la salud.

3) Una nueva orientación hacia una estrategia de atención primaria a la salud. Las tres tendencias pueden detectarse en países como Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua, Costa Rica, Cuba, Chile, México y Panamá.⁵⁰

3) MARCO INSTITUCIONAL:

En la mayoría de los países de la región se presentan las siguientes realidades:

Existencia de diversos entes públicos responsables de la prestación gratuita del servicio.

Proliferación de instituciones privadas de carácter mercantil que prestan los servicios de salud a costos imposibles de sufragar por los trabajadores.

Existencia de instituciones de carácter civil, tales como gremiales, que prestan servicios de salud gratuitos o a muy bajos costos a sus afiliados.

Existencia en algunas instituciones públicas o privadas, de servicios de salud gratuitos derivado de la contratación colectiva pero exclusivo para los trabajadores de la institución, salvo algunos casos en que son extensivos a su familia.

Alrededor del sector público se articulan clínicas y compañías de seguro privadas en convenio con la institución, parte de la medicina liberal privada funciona gracias a convenios y otros tipos de insumo originados en las instituciones de seguridad social.

En algunos países opera el sistema de salud a través de varios entes que determinan su propia normativa. En otros el servicio es normativo en base a una planificación unificada, pero prestado por diferentes instituciones coordinadas entre sí. En otros, el servicio de salud es responsabilidad de una sola institución.

El sector público principalmente representado por el ministerio de salud se circunscribe cada vez más a la atención de la población no asegurada y a los indigentes, así como a la medicina preventiva. Excepciones a esta tendencia la encontramos en los pocos países que tienen sistemas de salud.⁵¹

El seguro de enfermedad maternidad exhibe una tendencia creciente y cubre a la población de ingreso medio y bajo superior.

Los seguros de grupo y el sector privado muestran una tendencia creciente en varios países y proporciona atención a la población con ingresos altos y medios.

En los países latinoamericanos existe una multiplicidad de proveedores a la atención a la

salud, especialmente en los sectores públicos y de seguro social, los cuales funcionan sin coordinación.

Argentina, Bolivia y Colombia Tienen como característica común la pluralidad de las instituciones de la seguridad social que representan servicios de salud Brasil, Chile, Panamá, Nicaragua, Cuba y Costa Rica tienen como característica común la existencia de una serie de medidas orientadas a obtener una mayor coherencia y compatibilidad entre los servicios de seguridad social y la administración de la salud pública a cargo de los ministerios de salud.

4) FINANCIAMIENTO Y COSTO DEL SERVICIO DE SALUD.

El seguro social es un sistema de contribución obligatoria en donde el derecho del beneficiario proviene de su contribución, la que por lo general esta conectada a una aportación del empleado, además, en varios países existen una aportación del Estado.

Es decir una gran parte del financiamiento de los sistemas de seguridad social en América Latina proviene de un sistema tripartito consistente en grupos parte de la cobertura se financia con impuestos al consumo, especialmente designado al efecto. En general se supone que el impuesto es trasladado a los consumidores, quienes deben pagarlo sin estar quizás asegurados. En 1980 empleadores y Estado pagaron juntos mas del 60% del ingresos total del seguro social, mientras el asegurado pago un 33% (mesa - lago), lo que lleva algunos estudiosos de la materia a deducir que la carga mayor fue para el consumidor, en consecuencia, la población en general es la financia en gran medida el porcentaje de población trabajadora que es cubierta por en seguro social.

Es por esto que se dice que los métodos de financiamiento de la seguridad social son todos regresivos, particularmente las aportaciones de los empleadores que se trasladan a los consumidores a través tanto de los precios de los productos, como de los servicios, pero también a través de los topes de ingresos gravables e impuestos a los usuarios. Esto es compensado en alguna medida en alguna medida por la oferta de programas tales como los de atención médica y asignaciones familiares. De esta forma tripartita de financiamiento se exceptúa: Cuba, cuyo financiamiento se cubre básicamente mediante la cotización salarial pagada solo por los empleadores; y Chile donde el financiamiento proviene de las aportaciones de los trabajadores únicamente.⁵²

En cuanto al sector público, las fuentes de financiamiento son: 1) Presupuesto Estatal, 2) Venta de Servicios a personas con ingresos, 3) Contribuciones de cobros a los usuarios, 4) Ayuda exterior.

Por su parte, el presupuesto del Estado se nutre de los impuestos generales, en algunos casos, de lotería y otros ingresos.

En casi todos los países de la región los hospitales públicos ofrecen salas para pacientes privados donde se cobra por los servicios. En los países donde los servicios se proveen gratuitamente solo personas en ingresos bajos, se realizan entrevistas para determinar las

persona que por sus recursos están en capacidad de pagar por los servicios.

A partir de la década de los años 80 se ha venido extendiendo la práctica de cobro a los usuarios de los servicios públicos, incluyendo a los de bajos ingresos en mayor financiamiento del sector, y tampoco son revertidos en el mantenimiento y mejoramiento de los servicios, pero crean problemas de distribución y administración.

Varios organismos internacionales y regionales entre los cuales están la Organización Mundial de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, otorgan préstamos y asistencia técnica en materia de salud, por lo general, al ministerio de salud correspondiente, salvo el caso de Costa Rica donde la ayuda externa es recibida por el seguro social, el cual opera en todos los hospitales.

En relación con el financiamiento del sector público es necesario señalar que en muchos países los ministerios de salud no disponen de los recursos suficientes para proporcionar la atención de salud aun cuando la mayoría de la población es su responsabilidad. Situación que se ha visto agravada en la década de los años 80 como consecuencia de los resultados negativos dinamados de la prolongada crisis económica.

Por otra parte, en relación a los costos, muchos opinan que el propio sistema de financiamiento conduce a un consumo excesivo. Señalado como rasgos que fundamental esta afirmación: la "demanda inducida por el proveedor", traducida en la acción de los médicos cuando ofrecen servicios que superan la capacidad de compra por parte del usuario la existencia de sensible distancia entre el "uso socialmente eficiente de los aportes destinados a la salud para programas de inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles, y las preferencias privadas que originan la distorsión de la demanda; por última, el sistema de formación de profesionales médicos producen un exceso de especialistas orientados más hacia la prestación privada del servicio de salud que hacia una medicina social. La directa consecuencia de todo lo anterior es el enorme desperdicio de los recursos y la provocación de costos innecesarios para el sistema de seguridad social.

El gasto del seguro social de enfermedad-maternidad tiende a aumentar de manera más rápida que el ingreso, dejando como consecuencia un déficit financiero que se fundamenta entre otras cosas en: 1.- el ingreso por concepto de cotización no tiene correspondencia con los gastos, cada vez mayores, requeridos para el desarrollo de programas. 2.- El ingreso total recaudado a través de la cotización vigente se detecta inferior al ingreso potencial, como consecuencia de que el empleador acostumbre declarar un salario inferior al que realmente paga. 3.- El empleador evade los pagos de las cotizaciones, apoyado en lo inadecuado de los sistemas de registro, de control y de inspección de los asegurados, en el hecho de que la multa que se les aplica por concepto de mora en los pagos es generalmente menor que la tasa de inflación y les representa una ganancia extra. 4.- Por su parte el Estado mantiene con los sistemas de seguridad social una deuda sustancial o evade los pagos por concepto de recaudación de impuestos específicos para el sector, o por no reembolsar al seguro social los costos referidos a la atención de salud prestada a los grupos indigentes.

Por otra parte, en los presupuestos tanto del seguro social como de ministerios de salud el

rubro que representa mayor erogación es el que se refiere al pago de personal, especialmente médico por cuanto gozan de altos salarios y de beneficios obtenidos a través de mecanismos de presión gremial. También en algunos países el personal adscrito a la institución del seguro social tiene un régimen de prestaciones por contratación colectiva, que supera al de los asegurados y adicionalmente no esta obligado a pagar la cotización al programa de enfermedad.

Después del personal el gasto mayor en los presupuesto de salud es materiales y suministros, especialmente por medicamentos debido al gran incremento sufrido, cuyo costo no solo se ha incrementado por los aumentos en su precio sino también por la existencia de una diversidad que resulta innecesaria.

En cuanto a los países que tienen el sistema indirecto de atención de salud, los contratos celebrados con instituciones privadas resultan mas costosas entre otras razones, por la practica frecuente de extender innecesariamente la estancia del paciente en el hospital, requerir pruebas de laboratorio de elevado costo muchas veces no indispensables, en algunos casos por el cobro de servicios no prestados.⁵³

Hay una tendencia a erogar cuantiosas sumas de dinero para financiar y mantener instalaciones de salud que resultan onerosas, considerando que solo prestan servicios a segmentos limitados de la población trabajadora y excluyen a los dependientes.

Además, tanto en los hospitales públicos como en las instituciones de seguro social se adquieren equipos costosos que tienen poca o ninguna utilidad, mientras que los puestos de salud en aéreas rurales adolecen de medicinas básicas, debido a que los recursos son invertidos generalmente en las ciudades.

Ahora bien, ciertamente los equipos costosos instalados en hospitales del nivel terciario son inadecuados para resolver los problemas de salud en los países de la región pero no es menos cierto que la transferencia de tecnologías administrativas o modelos institucionales de otras realidades originan elevados costos y crean problemas cuya génesis puede ubicarse en que son inapropiados para subsanar las deficiencias y necesidades detectadas en la atención de la salud en América Latina.

Existe otro factor no menos importante que inciden en los costos de la atención a la salud y que ocurre en varios países, cual es el papel desempeñado por el médico que muestra poco interés en la calidad que pueda sufrir el diagnostico como consecuencia del poco tiempo dedicado a la consulta externa en establecimientos de salud públicos del seguro social. Por el contrario, pareciera beneficiarse personalmente puesto que los usuarios que están en condiciones de pagar atención privada acuden a sus consultorios privados.

También incide negativamente en los costos de la atención a la salud, la sustracción de materiales, reactivos y otros insumos de las instituciones publicas y de seguridad social, los cuales son trasladados hasta los consultorios y laboratorios privados.

5) COBERTURA DE LOS SERVICIOS.

Dentro de los 17 países con sistema de seguridad social vigente en América Latina, en 10 la ley cubre a todos los empleados; en los otros 7 países la cobertura legal se limita a parte de los empleados, excluyendo generalmente a los trabajadores de la agricultura, el servicio doméstico, trabajadores temporales y trabajadores del sector informal. En general el porcentaje de la población cubierta por el seguro social en la mayoría de los países de la región, han permanecido reducida a las aéreas urbanas, ya que la población económicamente activa es por cuenta propia en las aéreas rurales, o trabaja en la agricultura. En ese sentido es necesario acotar que en la mayoría de los países de latinoamerica la cobertura fluctúa entre el 11 y el 37% de la población económicamente activa (Mesa-Lago); solo en tres países es superior a la mitad de su población económicamente activa

La limitación en la cobertura de la población por parte del seguro social dimana de que este es un sistema de contribución obligatoria en el que el derecho del beneficiario se deriva precisamente de dicha aportación, y por tanto, debe estar empleado. Entonces, la capacidad de gozar de este tipo de derecho social esta mediatizada por la estructura que tiene el empleo dentro de la sociedad.

Aunque la cobertura varia, todos los países latinoamericanos cuentan con alguna forma de seguro de salud maternidad, y en estos casos los de Chile, Cuba, Costa Rica y Panamá, la cobertura es prácticamente universal. Otros países reflejan estructuras donde no esta cubierto un gran numero de la población rural y de la urbana de menores recursos. Brasil representa una excepción pues a través de un programa especial esta cubierto nominalmente el sector rural, lo que eleva su cobertura total a cerca del 92% de la población económicamente activa (Mesa-Lago).

Ecuador, Colombia, y Honduras tienen una cobertura pequeña y sus servicios se encuentran concentrados en las grandes ciudades. En Venezuela y México la cobertura es inferior a la mitad de la población total y de la económicamente activa.

En general, el seguro social cubre el sector laborar urbano empleado y con salarios estables, mientras la asistencia publica cubre el sector urbano informal y el sector rural tradicional. Sin embargo, los programas de seguro social están mostrando una tendencia hacia la expansión, que ha avanzado a través de cobertura, clases y valor de los beneficios ofrecidos.

A pesar de este esfuerzo, en los últimos tiempos los factores económicos y demograficos han frenado su expansión y planteado varios problemas politicamente difíciles, en relación a la reforma de la seguridad social y directamente ligados con la crisis fiscal que afecta a todos los países de la región.

También el aumento del desempleo, la expansión del sector informal y el incremento de la evasión pueden haber incidido negativamente en las posibilidades reales de cobertura del seguro social.

Es probable que en la totalidad de los países latinoamericanos, tanto el seguro social como

la salud pública, tengan proporciones más o menos iguales de cobertura efectiva para un total combinado de 70 a 80% de la población. De modo que, como la atención privada es inaccesible debido a su elevado costo, un 20% de la población que habita en lejanas áreas rurales están imposibilitados de acceder efectivamente a la atención médica de financiamiento público.⁵⁴

6) COORDINACION E INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En la primera mitad de los años 80 se produjo un acercamiento entre la O.I.T. y la O.P.S., con miras a coordinar sus actividades y proponer una estrategia coherente para el desarrollo de programas de salud, especialmente en la atención primaria. Como consecuencia de este acercamiento, fue realizada una reunión en la Ciudad de Medellín, en el año 1985, de la cual surgió un documento que plantea que:

1.- A pesar de la promulgación de leyes tendientes al establecimiento de sistemas nacionales de salud en casi todos los países Latinoamericanos, el proceso efectivo ha sido muy lento y la coordinación continua siendo objeto de debate.

2.- La política de coordinación no ha alcanzado aun incorporación de los organismos de seguridad social y salud pública al proceso real de la toma de decisiones. 3.- Hay factores restrictivos tales como las clientelas separadas, diferentes medios de financiamiento y resistencia en ambos organismos, que afectan el proceso de coordinación.

Estos planteamientos fueron ratificados por la O.P.S., en documento de 1987, en cuyo contenido afirma que a pesar del consenso existente referido a los beneficios que representa la coordinación, persiste la falta de una unidad de criterio sobre los mecanismos adecuados para alcanzar esta meta.

Esta falta de planeación y coordinación entre los diferentes entes prestadores del servicio de salud provoca, con frecuencia, duplicidad de instalaciones y equipos costosos.

El sistema nacional de salud tiene dos modalidades: la división del trabajo entre diversas instituciones, tal como se aplica en Costa Rica y Panamá, y el uso de sistemas normativos y de planeación unificados por todas las instituciones intentando en Colombia, Ecuador y Honduras, países que tienen algunas características comunes: un sistema doble de atención a la salud, donde el seguro social cubre un pequeño porcentaje de la población, mientras el ministerio cubre la mayoría de la población con una infraestructura extensa en clínicas rurales, presentando problemas de cobertura, costos, calidad del servicio, eficiencia en la administración, así como problemas legales, políticos y administrativos.

El análisis de la evolución de la relación entre el seguro social y los servicios nacionales de salud pública bajo la responsabilidad de los ministerios de salud, se ha venido realizando fundamentalmente en dos enfoques políticos, a saber:

1) De coordinación, que está presente en países donde los servicios médicos muy integrados, aun cuando las instituciones continúan existiendo de manera separada. Estos son los casos de Panamá y Costa Rica.

2) De integridad, que se refiere a una variedad de situaciones y políticas, mientras que deberían aplicarse solo a los casos donde se encuentran sistemas nacionales de salud con una sola administración, como el caso de Cuba. En la búsqueda de coherencia en el sector salud las políticas, de coordinación, aunque elaboradas, no han sido totalmente ejecutadas, como en el caso de México.

En cuanto a la integración, esta se ha definido en sentido limitado, como medio de compartir recursos entre varias oficinas o para coordinar programas específicos. Como ejemplo son señalados: la compra de servicios médicos de una institución a otra, la administración compartida de establecimientos de salud, y la licitación conjunta para la compra de suministros. Este tipo de integración resulta útil para reducir los costos y en el aumento de la eficacia de los servicios. Sin embargo, no son totalmente exitosos.

7) CARACTERISTICAS COMUNES ENTRE SERVICIOS DE SALUD

La seguridad social se encuentra en la mayoría de los países de la región, en un estado de crisis, o están en observación en vista de la pesada carga que impone a menudo los escasos recursos nacionales que son sometidos a múltiples demandas, especialmente en épocas de crisis económica.

El seguro social representa un instrumento para crear legitimación a través de la incorporación política y la distribución de beneficios.⁵⁵

La tendencia a la expansión de la cobertura, tanto de la población como de los riesgos sociales, son semejantes en su implantación en todos los países de la región.

Con la implantación de los sistemas de seguridad social no se ha buscado reducir la pobreza, aunque sí mejorar la distribución del ingreso, esto debido a que los problemas actuales no han sido tratados con el fin de erradicarlos.

En cuanto a la cobertura, existe un efecto regresivo en la distribución debido a que los excluidos son principalmente los subempleados y los trabajadores del sector informal tradicional, que pagan parte del costo de las prestaciones y beneficios que no reciben.

En América Latina el derecho a la seguridad social no es inherente a la calidad de "ciudadano como tal", sino que se adquiere contractualmente, por medio de una aportación, y es un atributo del empleo.

Ecuador, Honduras y Colombia presentan costos de atención médica y salarios de los institutos de seguridad social, mas elevados que los de los ministerios. Además se caracterizan por la construcción de una infraestructura física extensa en las aéreas rurales y en cuanto a la integración de los servicios, estos han sido promovidos pero no han recibido la atención que se requiere por parte de los institutos de seguridad social.

En la gran mayoría de los países latinoamericanos existen experimentos de salud pública documentados que permanecen como proyectos políticos, cuyo financiamiento proviene de

ayuda externa.

Argentina, Bolivia y Colombia tienen como característica común que los servicios de salud están a cargo de una pluralidad de instituciones.

Costa Rica, Panamá, Cuba, Nicaragua, Brasil y Chile tienen como en común la existencia de una serie de medidas orientadas a una mayor coherencia y compatibilidad entre la seguridad social y administración de la salud pública en general, incluyendo las medidas unificadoras adoptadas en Cuba.

El desarrollo del seguro social y de los sistemas de seguridad social en la región ha sido un proceso largo y gradual que ha presentado períodos de progreso acelerado y épocas de estancamiento o regresión.

8) DIAGNOSTICO GENERAL DE SALUD

En la actualidad el sector salud en América Latina presenta una situación que puede calificarse dramática y que se expresa en la tipología de los daños que se están presentando y que denotan una franca transición epidemiológica, por cuanto si bien siguen prestándose los padecimientos ya tradicionales relacionados con la insuficiencia de satisfactores básicos, también hacen su aparición los padecimientos asociados al incremento de la esperanza de vida, así como a los procesos de industrialización y urbanización, tales como las enfermedades crónico-degenerativas las asociadas a la contaminación ambiental, los accidentes laborales y de tránsito la farmacodependencia, el retorno de la tuberculosis y el apocalíptico mal del sida.

Además y como problema resaltante, el alarmante aumento de la mal nutrición infantil, que igual que los anteriores, es consecuencia del severo incremento de los niveles de pobreza y del deterioro de las condiciones de vida de la población.

El factor económico ha repercutido en forma tal, que el bienestar de grandes sectores y los recursos financieros destinados a las instituciones públicas para satisfacer las necesidades relacionadas con la salud, presentan un saldo negativo.

Como consecuencia de estas limitaciones, muchos países de la región están experimentando un estancamiento o una reducción de los fondos disponibles para los servicios de salud y un descenso dramático de las inversiones en el sector sanitario, haciéndose cada vez más difícil mantener o mejorar el acceso de la población a los servicios, así como garantizar la disponibilidad y el suministro de los recursos indispensables para la prestación de tales servicios.

Otros factores que influyen en la actual situación de salud en América Latina son, el incremento de la población y la expansión masiva de las grandes urbes, lo que crea una gran escasez de servicios, contaminación del ambiente, desempleo inseguridad y pobreza. Además, en varios países los problemas ocasionados por la pobreza, la crisis y el ajuste económico se agudizan por la violencia, siempre presente y difícil de evitar.

En 1986 unos 270 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe tenían acceso a servicios de salud, otros 135 millones no se beneficiaban del sistema organizado. Los servicios de atención sanitaria no sólo deben cumplir con la cobertura de los marginados, sino que, además, tendrán que atender a los 160 millones de habitantes en que aumentará la población hasta finales de siglo.

Al mismo tiempo, el aumento de los ingresos, el envejecimiento de la población y la urbanización, incrementan la demanda de los servicios convencionales de médicos y hospitales. Estas necesidades han creado grandes presiones sobre los sistemas de salud en momentos que no sólo es imposible aumentar el gasto público, sino que de hecho se está reduciendo.

Por otra parte, y según la Organización Mundial de la Salud, 2/3 partes de las mujeres embarazadas del tercer mundo sufren de anemia nutricional. La proporción de mujeres cuya concentración de hemoglobina está por debajo del nivel normal es de 17% para América Latina, con el agravante que el deterioro nutricional de la madre afecta el crecimiento del feto, por lo que aproximadamente el 10% de los recién nacidos representan un peso inferior al normal.

Entre los países de la región existe una diversidad de características y desempeño del sector salud, pero en la mayoría de los casos dicho sector enfrenta tres problemas principales.

1) La asignación de recursos de insuficiencia para el desarrollo de actividades relacionadas con la salud y su eficiencia en función de los costos. En este sentido el gasto gubernamental no aparece suficiente para financiar un conjunto mínimo de actividades de salud, universal y eficaz en función del costo y que comprenda los verdaderos programas de salud públicos, tales como vacunación, control de enfermedades transmitidas por vectores, eliminación sanitaria de desechos, educación en salud, atención prenatal y materna (incluida planificación familiar), así como los servicios curativos y de referencia básica. Esta situación disminuye la ampliación de importantes actividades relacionadas con la salud, a pesar de las necesidades detectadas y de los aumentos en los aportes que hacen al sistema de seguridad social, tanto los trabajadores como los empleadores.

2) Las insuficiencias internas en los establecimientos de salud, traducidas en insuficiencias de fondos para el financiamiento de gastos no salariales, como los correspondientes a medicinas y mantenimiento, que es crónica y que reduce sensiblemente la eficiencia del personal de la salud, también la sobrecarga y el congestionamiento de hospitales y la crónica subutilización de los servicios periféricos, derivado de la pobreza de los servicios que presta este último y de la infuncionalidad de los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes.

3) Existe una desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud, por cuanto se mantiene el auge en la inversión de costosas tecnologías modernas que sirven a unos pocos, mientras resulta insuficiente la dotación de fondos para las intervenciones simples de bajo costo para el grueso de la población trabajadora, así como una distribución inapropiada de los recursos entre la atención de alto costo basada en el hospital y los servicios

de salud básicos de costo reducido.

Por otra parte, existen deficiencias en la administración, la atención y la supervisión en el suministro de los servicios de salud, agravado por la falta de programas de salud coherentes, sostenidos y eficaces, así como por la ausencia de estímulos a los programas bien diseñados de seguro de salud para ayudar a movilizar recursos hacia el sector.

Debido a la importancia de profundizar en la situación que presta el sector de la salud y su relación con la seguridad social entendida como una fórmula de organización social de lucha contra la injusticia, y tomando en consideración que el sector salud es un sector productivo por cuanto utiliza recursos para producir bienes y servicios y, en definitiva que la seguridad social no opera en el vacío, sino que constituye una parte de las características sociales, demográficas, económicas, políticas y sociales de cada país, incluimos en capítulos separados una descripción de la actual realidad de los sectores económico, político y social en América Latina y la afección que dichos sectores tienen sobre el sector salud.

CAPITULO IV

EL SECTOR SALUD EN MEXICO (1980-1988)

ACLARACIONES.

La posibilidad de un balance sobre las políticas de Salud y de la evolución del gasto en salud y seguridad social en ésta década, implica de entrada, ubicar la situación histórica que condicionan dichos cambios: entre ellos, la referencia obligada a la crisis estructural y cíclicas de la economía mexicana que se producen desde fines de los sesenta y principios de los setenta producto del agotamiento en el patrón de acumulación que se desarrollaba desde la posguerra.⁵⁶ De la misma manera, sería necesario profundizar en la articulación del papel de la seguridad social y las políticas de salud en relación directa con las formas de reproducción de la fuerza de trabajo y con las formas institucionales que adquiere un patrón de acumulación específico, así como el papel de Comando que juega el Estado.⁵⁷ Pero todo ello, será fruto de un trabajo futuro, por lo pronto nos contentaremos con dar por supuesta la crisis del patrón de acumulación en México y en explicar de forma global la política de salud y de seguridad social en este lapso para dar entrada a la situación del IMSS.

ANTECEDENTES.

Desde 1974, en el régimen de Luis Echeverría Álvarez se intentó aplicar un plan de largo plazo para enfrentar la situación de salud que vivía el país. Esta se caracterizaba, hacia la mitad de los setenta, porque más de 20 millones de mexicanos carecían de acceso al más elemental servicio de salud (uno de cada tres mexicanos); arriba de sesenta mil comunidades carecían de servicios higiénicos básicos, las dos primeras causas de mortalidad general (las que en sí causaban el 25% del total de la mortalidad anual) se debían a problemas infecto-contagiosos, en gran parte erradicables en otros contextos sociales; la desnutrición alcanzaba cifras que sobrepasaban el 40% de la población, particularmente la infantil y, en lugares específicos estas cifras alcanzaban el 80% de la población.⁵⁸ Si a esto agregamos que la distribución del personal médico y paramédico era caótica, observándose una clara concentración urbana sumamente desigual. La educación médica y paramédica no hacía sino expresar esta situación, reforzando con ello un modelo de atención fundamentalmente curativista y jerárquico. En las grandes ciudades con gran concentración de población se sumaban a las condiciones anteriores, las propias del hacinamiento y de los altos patrones de contaminación ambiental y destrucción ecológica, que desde esa época se situaban entre los más altos del mundo. Igualmente la atención a la salud por niveles y su necesaria atomización en instituciones y servicios y por varios subsistemas que eran administrados autónomamente dificultaban el trazamiento de una política común.

Todo ello, sirvió para que en 1974 se elaborara el PLAN NACIONAL DE SALUD (PNS) PARA EL DECENIO 1974-1984.⁵⁹ Mismo que constituyó un primer intento por parte del gobierno, para

delinear una política explícita y de largo plazo hacia el sector salud. Sin embargo, la crisis capitalista que se había iniciado junto a la poca probabilidad de éxito del PNS que no contemplaba la estructura real de los servicios médico-asistenciales, ni la integración de los servicios de salud, ni mucho menos las viejas necesidades de salud del pueblo ni las nuevas; las propias necesidades que la crisis desarrollaba, originaron que el plan fuera desbordado por la propia realidad. Su enfoque hacia la salud descansaba en una visión reparadora-individualista dejando fuera aspectos importantes en una política que presumiera de ser globalizadora. Poco duró el gusto al grupo gobernante echeverrista en el sentido de creer que el PNS elaborado por ellos sería retomado por el Régimen de José López Portillo (1976-1982), lejos de ello; se pronuncia por romper con todo su pasado y entre éste desecha el PNS. Una de las consecuencias en materia social lo tuvieron los nuevos lineamientos políticos de corte monetarista impulsados por JLP, plegada en lo esencial, a los acuerdos y dictados del Fondo Monetario Internacional FMI y que consistieron, entre algunos otros, en reducir el Gasto público y contener salarios.⁽⁶⁾

Pero ¿cómo resolver los grandes problemas de las mayorías que en su discurso de toma de posesión se comprometió a resolver como los de educación, salud, empleo, vivienda, alimentación y recreación; con políticas que apuntaban a su deterioro? Este tipo de contradicciones se concretaban por ejemplo en el ámbito de la salud de esta manera: como atender la necesidad del aumento de la cobertura de los servicios de salud sin aumentar en una razón proporcional los gastos. De la misma manera, la necesidad de modificar sustancialmente los patrones de morbilidad y mortalidad a bajo costo; la urgencia de coordinar -para optimizar recursos, ahorrarlos y ejercer mayor control hacia la legitimación- las acciones de los diversos organismos de salud, se encontraba con una historia sectorial que apuntaba en sentido contrario. Evidentemente, las crecientes necesidades de los millones de mexicanos sumidos en condiciones de vida y de trabajo cada vez más deterioradas, aunada al creciente desempleo y a la aparición del llamado subempleo como mecanismo que trata de contrarrestar desde el lado de los pobres las consecuencias de la crisis, no encontraron respuestas en las políticas impulsadas por el Régimen. Cuyo Modelo médico-asistencial se orientó fundamentalmente a actividades curativas, centrado en el hospital y fragmentado en sub-sistemas casi autónomos, descoordinados y con intereses disímiles y/o antagónicos.⁽⁶⁾ Asimismo, las acciones de carácter preventivo cuando no se convertían en bellos discursos se topaban con la imposibilidad práctica del sector, por su orientación anterior en parte y sobre todo por la división del trabajo establecida en su interior. La reorientación que trató de imprimirse en el sector durante el régimen de JLP fué fundamentalmente la política de ampliación de cobertura y la de extensión de los servicios. Si el Gasto público tenía que reducirse por indicación expresa de los dictados monetaristas y de la política del FMI y por otra parte se desarrolla un ambicioso programa de extensión de servicios médicos que pretendía dar cobertura a cerca de 25 millones de mexicanos (La tercera parte de la población), es indudable que la hiciera un organismo que no dependía financieramente del Gasto público por su carácter tripartita: el IMSS. La imposibilidad de llevar adelante y sobre todo financiar un programa que implicaba grandes cantidades de dinero, obligó al régimen a buscar formas de financiamiento alternativas en los organismos descentralizados, evitando así una inversión derivada de cargas fiscales por vía del Gasto público.

De esta manera, el auge del programa IMSS-COPLAMAR coincidió con una sensible disminución de ciertas actividades de la SSA a nivel rural y el estancamiento de otras (Programa de extensión de cobertura). Una de las ideas impulsadas bajo el régimen de JLP fué la de lograr una coordinación-integración de los servicios: la integración de grandes grupos de obreros al IMSS, las campañas conjuntas de todas las instituciones sobre planificación familiar y vacunación, la liquidación de algunos organismos paraestatales y su integración a instituciones estatales, la propia reubicación del IMSS en acciones de salud ocupacional y los programas IMSS- COPLAMAR, la reestructuración del ISSSTE y otras instituciones como el DIF y los servicios médicos del DDF, ilustran esos intentos. Incluso el nombramiento de Guillermo Soberón Acevedo (ex-rector de la UNAM), como Coordinador General de los Servicios de Salud Pública de la Presidencia en 1980, fué con el objetivo expreso de buscar la coordinación de las distintas instituciones del sector en la perspectiva de la creación de un solo sistema de salud. En 1980, se asiste a un ligero aumento en el presupuesto para salud. Pronto sus deseos se estrellarían con la cruda realidad: la baja en el precio del petróleo en 1981 y la devaluación del peso en 1982 incidirían para la reducción del presupuesto en gasto social y consecuentemente en los objetivos trazados. Las reducciones presupuestarias de 3 y 4% en julio de 1981 y febrero de 1982 en el sector salud, respectivamente lo evidencian. El mismo Soberón reconocía en 1982 "...por problemas organizativos, de administración, económicos y jurídicos, entre otros, la unificación del sector salud tardará mucho tiempo en concretarse".⁶² De esta manera los siguientes son los patrones indicativos sobre la situación que reinaba en el campo de la salud: en grupos de enfermedades como influenza, neumonía, gastroenteritis y colitis infecciosa la tasa se ha mantenido estacionaria. En el de tuberculosis y Tifoidea descendiendo lentamente. El de enfermedades crónicas y degenerativas muestra un comportamiento errático y las cardiovasculares se mantienen elevadas. En el rubro de la mortalidad México ocupa el 8o. lugar en el Continente por causas infecciosas y parasitarias; el 7o., en enteritis y diarreas; el cuarto en el grupo de influenza y neumonías, todas ellas consideradas como enfermedades "propias de países atrasados". En el grupo de enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos y en cirrosis hepática, México ocupa en el caso de la mortalidad el décimo octavo, el vigésimo primero y el segundo lugar latinoamericano respectivamente. Por último, existe una situación dramática en mortalidad infantil, donde México ocupa el onceavo lugar latinoamericano con una tasa de 73 muertos por mil nacidos vivos. De la misma manera se acrecientan los problemas ligados directamente a los accidentes y enfermedades de trabajo.⁶³ Así, el sistema de salud mexicano dejaba todavía sin cubrir en 1980 al 25% de los habitantes del país mientras que el 15% de la población con mayores recursos queda cubierto por la medicina privada. De esta forma el 60% de la población es cubierta por instituciones estatales o paraestatales. Dieciocho millones de habitantes previamente "marginados" fueron a su vez marginados del programa IMSS-COPLAMAR, prueba evidente del fracaso de la política sexenal en salud.⁶⁴

EL SEXENIO PERDIDO Y LA ESTRATEGIA NEOLIBERAL (1982-1989.)

El cambio de gobierno en 1982, estuvo marcado por la crisis financiera más aguda desde la crisis de los años treinta. El problema de la deuda externa en la década de los ochenta adquirió

características explosivas; si había sido palanca decisiva para el crecimiento y fué uno de los fundamentos del desarrollismo y del acrecentamiento estatal en la década de los sesenta y setenta ya en los ochenta, con la crisis financiera adquiere características de desacumulación o antidesarrollo por absorber cantidades importantes del PIB por un lado, y por otro, por invertir los términos de la participación estatal: ya que ésta, vía el gasto público y la política fiscal incrementó la deuda y fué una de las causas de la crisis financiera de lo que se tratará ahora, es de recortar su gasto y reordenar por medio del mercado los excesos.

Así, aunque ya existían elementos neoliberales desde el sexenio anterior es con el gobierno de MMH -en parte porque es una estrategia de salida a la crisis y porque ésta en la sociedad mexicana no afloró desde los setenta por el proceso de amortiguamiento y posposición que tuvo la política boyante petrolera-, que adquiere una definición y una política claramente expresada en el Plan Nacional de Desarrollo PND. Culminando con ello una política neoliberal y tecnocrática de copamiento del Estado y poniéndose en sincronía con una internacionalización de la política económica a nivel mundial, aunque hay que reconocerlo, un poco tarde. Así MMH poniendo como ejemplo al IMSS, decía en un resumen a propósito de su sexenio: "...el IMSS supo absorber el reto de las dificultades financieras a base de un gran esfuerzo de productividad, de cuidar su política de ingresos y un esfuerzo extraordinario, loable, ejemplar, de racionalización del gasto".⁶⁵ Sin embargo lo que nunca se explicó fué en que consistieron esas dificultades financieras, que entendían por productividad, cuáles ingresos cuidaban ni mucho menos explicaron de quienes fueron los esfuerzos y cómo entendían la racionalización del gasto. Aún cuando el IMSS era tomado como botón de muestra, era claro que la situación estaba generalizada para el conjunto del sector como lo demostraremos.

Aparentemente el gasto total en salud, seguridad social y asistencia social tuvo incrementos significativos al igual que el gasto del conjunto de instituciones y organismos que lo integran, pero sólo si se analizan los incrementos cuantitativos a precios corrientes (cosa bastante común por cierto en los informes oficiales). Si en cambio lo analizamos en su dimensión real y a precios constantes, vemos que el gasto en salud, seguridad social y asistencia social pasó de 133,677 millones de pesos en 1978 a 89,853 millones de pesos en 1988, a precios constantes de 1980 (ver cuadros 1 y 2). Manifestándose una doble tendencia: de 1978 a 1982 este gasto crece, pero de 1983 a la fecha muestra una inflexión negativa.

Las instituciones de seguridad social más importantes como el IMSS y el ISSSTE tienen el mismo comportamiento: de 1978 a 1982 ligero incremento, de 1983 a la fecha marcado descenso considerable.⁶⁶ ¿Cuáles son las razones de ello, si como vimos una de las políticas de los regímenes desde LEA hasta MMH era la de supuestamente un compromiso en esta materia? Como veremos, este descenso tiene tres orígenes y una sola explicación: la renuncia palmaria al derecho a la salud del pueblo mexicano, por parte del Estado.

El primero, es el relativo al descenso de la participación del Estado en el gasto a salud, seguridad social y asistencia social. Porque del gasto total destinado al sector público en ese renglón de la seguridad social sólo se gastó el 4.26% en 1988, cuando en el año de 1978 se destinaba el 10.41% (ver cuadro 2.1). Es decir, se operó una reducción del 60%. De la misma manera la parte del Producto Interno Bruto que se destina a salud, seguridad social y asistencia

social cayó de de 3.67% en 1980 a 2.24% en 1988. Es decir, se redujo en un 38%. Muy lejos de la recomendación mínima de la Organización Mundial de la Salud de destinar el 5% del PIB.

El segundo, es resultado de la baja de cotizaciones de los asalariados en su participación en las cuotas, más no en los montos de éstas a las instituciones de seguridad social, debido sobre todo al recrudecimiento en la tendencia al desempleo y a la desocupación que reduce a la población trabajadora y por tanto a la población cotizadora por un lado, y por otro; a la caída de los salarios reales que en una década se han reducido en más del 50% y por tanto los aportes en la misma proporción.

El tercero obedece a la reducción del salario indirecto, que aparentemente corre a cuenta de los patrones; como la cuantía de sus aportaciones se mide por las veces del salario mínimo, la baja de éste determina que sus cuotas disminuyan aún y cuando sus ganancias se elevaran por los fenómenos redistributivos ocasionados por la inflación y por el descargo de la crisis a las espaldas de los trabajadores. La posibilidad de tasar las cuotas patronales a partir de las ganancias garantizando una cuantía mínima, sería un real y efectivo apoyo a la seguridad social, a los pequeños y medianos empresarios y sobre todo: un mecanismo que ayudaría al crecimiento del mercado interno capitalista, al gravar en mayor medida a los grandes capitales.

Todo esto en conjunto, confirma la tesis de que quién realmente sostiene a las instituciones de seguridad social son los trabajadores. Ejemplo de lo anterior lo tenemos en el IMSS, donde palmariamente se ve como se sostiene de las cuotas obrero- patronales y cada vez en menor medida de la participación del Estado. De esta manera la acción de la crisis y los efectos anteriores sobre la clase trabajadora influyó para que las cuotas obrero-patronales en el IMSS pasaran de representar el 5.89% del gasto total del sector público en 1978 a 3.26% del mismo en 1988.(ver cuadro 2.1).

El trasfondo político de este deterioro y de la renuncia a la política social del Estado que se venía impulsando después de la Revolución mexicana del 1910-17, y que se institucionalizó bajo la idea de ampliar las conquistas de los trabajadores y el pueblo es: una nueva orientación neoliberal de la política donde el Estado cede por completo áreas consideradas antaño estratégicas o, disminuye drásticamente su participación en otras, para beneficio del gran capital nacional e internacional. Esta política representa en síntesis la muestra palpable del proceso de desmantelamiento de los recursos de la nación.

El retiro paulatino del Estado al sostenimiento de la seguridad y asistencia social (como claramente se demuestra con los cuadros adjuntos), esta implicando también que el carácter tripartita por ejemplo del IMSS se erosione; así como la tolerancia y fomento de la medicina privada, de los grandes complejos hospitalarios y de los nacientes seguros privados que significan en conjunto un serio revés a la política estatal en esta materia. Es cierto que esta conquista histórica del pueblo: el derecho a la salud y a la seguridad social, está en peligro pero sobre todo por las asechanzas privatizadoras que son impulsadas desde el mismo gobierno.

Uno de los pretextos más sonados del gobierno para explicar su retiro de este compromiso

lo constituye sin duda alguna la falta de recursos. Los problemas financieros que aducen no significan desde luego, la falta de recursos; los ha habido y los hay como lo demuestra lo destinado al pago de la deuda externa, solo que los regímenes neoliberales han determinado que es más importante pagar aunque en ello nos vaya la vida.

En el mismo lapso analizado para la seguridad social el gasto en deuda pública aumento de 1978 a 19882 en una proporción cuatro veces mayor y, aunque en 1983 y 1984 este gasto descendió, siempre permaneció siendo superior al gasto en salud, para incrementarse desproporcionadamente desde 1985 a la fecha (ver cuadro 2). De la misma manera el gasto en deuda pública con respecto al gasto total del sector público ha crecido de 11.30% en 1978 a 55.72% en 1989. (ver cuadro 2.1).

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

El PND⁶⁷ enmarca en lo fundamental un proyecto de sociedad que en términos generales es neoliberal, de la misma manera la política social y en particular la política sanitaria no pueden entenderse mas que como partes integrantes de esta estrategia global.

De tal manera el surgimiento en 1984 del Sistema Nacional de Salud estuvo apoyado en una legislación que se llama Ley General de Salud; su aplicación, lineamientos y planeación siempre trataron de encuadrarse bajo el marco y las políticas del Plan Nacional de Desarrollo.

Uno de los objetivos pretendía ser el de crear las condiciones para arribar a un Sistema Nacional de Salud que garantizara el acceso universal e igualitario. Pero al igual que el programa de los gobiernos anteriores no resolvió ninguno de los problemas de fondo que pudieran concretar sus aspiraciones de universalidad e igualdad en los servicios, empeorando la situación en algunos aspectos.

Sobre todo, al tratar de legislar sobre dos subsistemas del sector salud: el de seguridad social y el de servicios públicos de "población abierta", separó con disposiciones legales, financieras y administrativas lo que trató de igualar. Y junto con ello, un tercer subsistema: el de la medicina privada empezó a ganar terreno.

Son cinco las estrategias básicas que los llevarían a su objetivo de universalidad e igualdad de los servicios: descentralización, sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación comunitaria. Como puede observarse en estas estrategias no puede ocultarse su base neoliberal ni sus propósitos: romper con la centralidad del Estado y avanzar en una mayor eficiencia y productividad.

El problema de la descentralización tuvo varios escenarios; el primero consistió en darle sustento legal a la Secretaria de Salud SSA pero, restándole su base material: algunas de las dependencias de la SSA pasan a depender en el financiamiento a los estados del país. De 1984 a 1985 los estados incrementaron sus propias asignaciones para la atención a la salud en 280%. * El segundo consistió en las pugnas políticas y de poder de las burocracias locales, regionales y del "centro" que impidieron un avance sustancial en el proceso de descentralización.⁶⁸ De la

misma manera aunque el sistema de Seguridad Social está subordinado legalmente a las políticas de la SSA en los hechos hacen valer la fuerza que representan los recursos que maneja y dispone, lo que sólo ha significado que se haya avanzado en tan sólo 12 estados.⁶⁹ Y por si fuera poco, los estados que firmaron el convenio de descentralización, a su vez hicieron un convenio de administración de servicios con el IMSS-COPLAMAR.

La sectorización trató de integrar los diferentes servicios del sector salud por medio de una racionalización de los mismos. En los hechos constituía la forma de adecuar las diferentes instituciones de salud y los distintos niveles de atención a la política del Plan Nacional de Desarrollo.

Con la Modernización administrativa se buscaba una línea de comportamiento global del gobierno: incrementar la eficiencia y elevar la productividad del sector público. Para ello una política específica que se ha ido desarrollando es la de generar las condiciones apropiadas "para que los trabajadores de la salud realicen un mejor desempeño individual e institucional".⁷⁰

Con la coordinación intersectorial se buscaba la relación con otros campos y otros sectores sociales y privados para optimizar un adecuado uso de los recursos, tanto humanos como físicos. Estas acciones estarían coordinadas por los dos cuerpos colegiados creados exprofesos para hacer realidad el Sistema Nacional de Salud.

El proyecto de participación comunitaria requiere de un análisis más profundo, porque a pesar de que uno de los objetivos del gobierno se ha venido cumpliendo, el de transferir la responsabilidad de la salud a la población con buenas campañas del autocuidado y la autorresponsabilidad, es un hecho la proliferación de más de 50 mil comités de salud en todo el país; lo que habla de graves problemas en este orden por un lado, y por otro de una participación, aunque dirigida y controlada hacia espacios preestablecidos, masiva y muy importante.

LA MODERNIZACION DE LOS SERVICIOS EN EL IMSS

Como hemos visto, la caída de los principales indicadores de salud en todas las instituciones en la década de los ochenta cayeron de manera dramática. El IMSS no podría ser la excepción, siendo una de las instituciones tipo, el castigo en el financiamiento por parte del estado, la saturación de las instalaciones y el incremento de la cobertura, poco a poco lo han ido conduciendo a lo que llamamos su crisis financiera. Crisis que se profundiza en la medida que la orientación de su gasto se encamina más a los objetivos políticos de legitimación del gobierno que a cumplir las tareas para las que fue creado.

Analizaremos las causas que dieron origen a la crisis financiera de la institución.⁷¹

¿COMO CUIDA EL IMSS SU POLITICA DE INGRESOS?

Los ingresos totales del IMSS crecieron a precios corrientes de 54,368 millones de pesos en 1978 a 7,671,206 millones de pesos en una década, es decir 1988. (ver cuadro No. 5) Sin embargo, un análisis de la estructura del ingreso a pesos constantes nos muestra un crecimiento de este de 1978 a 1982 pasando de 81,008 millones de pesos a 115,555 millones de pesos respectivamente. En 1983 un desplome del 26,92% reduce el ingreso hasta llegar a 84,442 millones de pesos; en 1984 continúa descendiendo; 79,159 millones de pesos, en 1985 ligera mejoría; 86,648 millones de pesos y en 1986, vuelve a manifestarse su tendencia a la baja hasta caer a 77,477 millones de pesos en 1988. (ver cuadro No. 6)

La caída del ingreso en el IMSS en la década de 1978-1988, si hacemos abstracción de las alteraciones en este lapso, es de sólo 2,3%. Aunque en realidad la caída es más drástica si tomamos que en el año de 1982 se alcanza el incremento máximo de 115,555 millones de pesos y en 1988 baja el ingreso a 77,487 millones de pesos, ocasionando un desplome de 1982 a 1988 de más de 30%. De los renglones que integran el gasto social; vivienda, educación, etc., la reducción promedio fue de 1982 a 1988 del 11% y en la salud el promedio superó el 30%. (ver cuadro No. 6). La transferencia del estado hacia este sector se ha ido eliminando más rápidamente. Y si completamos el panorama con la situación que guarda la población derechohabiente: ésta se incrementa en una década 1978 a 1988 en más del 80%, al pasar de 20 millones a 36 millones de derechohabientes, veremos que la crisis financiera del IMSS se traduce en los hechos en un amplio margen de sobreutilización de los equipos con el consecuente incremento en las cargas de trabajo. Estos elementos constituyen sin lugar a dudas una de las claves para comprender la baja calidad de la atención y su origen, pero también para desnudar la política oficialista de ampliar la cobertura sin siquiera incrementar las instalaciones ni el equipo y si en contrario hasta con su disminución. Constituye sin lugar a dudas un límite objetivo al incremento de la legitimidad del régimen, que una vez rebasado se trueca en su contrario: descrédito a la política oficial.⁷²

LA ESTRUCTURA DEL INGRESO.

Las participaciones en el Ingreso del IMSS en 1978 constituían un monto total de 81,008 millones de pesos y correspondían a: Los empleados participaban con 17,092 millones de pesos, es decir con el 21% del total. Los empleadores participaban con 51,812 millones de pesos que representaban el 63% del total. El Gobierno hacía lo propio con 9,304 millones de pesos que representaban el 11% del total. Por último, otros ingresos: 2,801 millones de pesos con el 2% del total. Pero en sólo una década, o sea en 1988 la proporción con respecto al ingreso era de la siguiente manera: Empleados 16,202 millones de pesos con el 20% del total. Empleadores 54,429 millones de pesos con el 70% del total. Provenientes del Gobierno 4,569 millones de pesos con el 5% del total. Y otros ingresos 2,287 millones de pesos con el 2% del total. Que en conjunto para el año de 1988 daban un monto total de 77,487 millones de pesos medidos a pesos constantes. (ver cuadro No. 6). Si comparamos los cambios en ambos años: 1978 y 1988, veremos que se da una modificación en la estructura del Ingreso, sobre todo si entendemos que el monto que otorgan los empleados asalariados se ha mantenido constante a pesar, de que disminuyó el número de cotizantes, pero desde luego el monto de sus cuotas no. Por lo que concierne al Gobierno desde 1982 a la fecha ha disminuido sus aportes, que tienen su nivel más alto en el año de 1981 con 12,356 millones pesos. En 1988 el Gobierno participa con 4,569 millones de pesos que comparado con el nivel de 1981 se tiene una reducción de más del 60%. Un problema central del Ingreso lo constituye el financiamiento, el Estado debería garantizar el mínimo que recomienda la Organización Mundial de la Salud, el 5% del PIB pero lejos de ello, parece fomentar que el IMSS llegue a la insolvencia al incrementar indiscriminadamente la cobertura.

LA RACIONALIZACION DEL GASTO O LA POBREZA EXTREMA.

En el país el gasto total del sector Público y del Gobierno Federal en la última década crecieron en una proporción que no se corresponde con el gasto en desarrollo social (ver cuadros Nos. 1 y 2). El contrasentido de este crecimiento del gasto del Gobierno se debe al pago puntual del monto de la deuda externa en perjuicio de las obligaciones sociales del Estado. El cuadro No. 10 nos muestra como el Gasto en salud y seguridad social descendió en 1988 hasta colocarse a la mitad del de 1982. En cambio el gasto en deuda creció 6.25 veces más en 1988 respecto a 1980. Y si relacionamos el índice de crecimiento del gasto per cápita por deuda y salud, la reducción es más drástica: bajando casi el 60%.

Estos son los datos objetivos que nos muestran como las funciones de legitimación que venía cumpliendo la seguridad social son cada vez más débiles aunque parte importante corresponde también a la inoperancia de sus políticas. Las campañas publicitarias del combate a la extrema pobreza y del Plan Nacional de Solidaridad, no pasan de ser buenos consejos del autocuidado y del autofinanciamiento del pueblo para que emprenda por sí mismo las tareas que el Estado abandona; así el supuesto apoyo al carácter prioritario de la seguridad social y la asistencia social es sólo propagandístico y orientado a sus campañas electorales.

En el IMSS, el gasto per cápita ha venido descendiendo desde 1980 y es en este año donde podemos ubicar la crisis financiera de la institución, aún y a pesar que la reducción del gasto total se produce en 1983 como muestran los cuadros 2 y 4. Las alteraciones de los gastos internos en la estructura financiera de la institución radica en los tipos de gastos que originan los cuatro tipos de riesgos: mientras que el seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte y seguro de guarderías para trabajadores trabajan con con superávit, los seguros de riesgos de trabajo y el de enfermedades y maternidad trabajan con déficit.⁷³ Y sólo se ha venido funcionando por las transferencias internas que se han traducido en reducciones importantes de las prestaciones económicas y en especie que de 1980 a 1988 se redujeron en 47% es decir en casi la mitad mientras que el número de derechohabientes en ese mismo lapso se incrementó en 32%. (ver cuadros 4 y 4.1).

LA PRODUCTIVIDAD Y EL ESFUERZO EXTRAORDINARIO DE LOS TRABAJADORES

Una de las estrategias de aumentar la productividad ha tenido que ver con la baja de los costos de operación y en menor medida con la introducción de las innovaciones técnicas y tecnológicas que ayuden a facilitar el trabajo. La ausencia de estas ha hecho descansar la productividad en una salvaje reorganización social del trabajo, simple y sencillamente para compensar lo que no invierten y estar a la altura de la nueva política tecnocrática y neoliberal. Su medición de la productividad descansa no en un mayor servicio con el mismo esfuerzo sino todo lo contrario, con un esfuerzo extraordinario y una mayor intensidad del trabajo. El costo por derechohabiente a precios constantes en el periodo de 1978 a 1988 en el IMSS pasó de 3,250 pesos anuales a 1,670 pesos. (Ver cuadro 4.1) Es decir, se gasta la mitad de lo que se gastaba en 1978 por derechohabiente, pero como la población se ha incrementado la baja del costo se compensa con un uso excesivo de la fuerza de trabajo. Siendo el trabajo el elemento que nos puede explicar hoy el funcionamiento del IMSS veamos como es que ha podido mantenerse en operación la institución y con cuáles elementos en juego.

"EL CAMINO HACIA LA CALIDAD Y LA EXCELENCIA" O, EL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO EN EL IMSS COMO OBSTACULO PARA AVANZAR EN EL PROCESO DE DESMANTELAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La Institución del Seguro Social por medio de su administración ha tratado de superar la crisis de la Seguridad Social con un proyecto que llaman modernizador que busca la "excelencia", la "calidad y calidez" y, la "eficiencia".⁷⁴

Sin embargo para elevar la calidad del servicio, que tiene que ver con mejores condiciones técnico-laborales y mejor preparación, capacitación y adiestramiento de la fuerza de trabajo, en su proyecto es relegado; la excelencia que tiene por base a la preparación científica y técnica y al desarrollo profesionalizado, en el nuevo proyecto es castigado con la tendencia hacia la descalificación y desprofesionalización del trabajo; y por último, la eficiencia que debería

descansar en índices adecuados de relaciones proporcionales entre trabajadores y derechohabientes y en el uso de las instalaciones a su capacidad real, son hoy ignorados o solo promesas y lo fundamental: condiciones de vida y de trabajo satisfactorias como premisa para el elevamiento de la calidad en el trabajo son olvidadas por completo.

Así la lógica que rodea el supuesto discurso de una Seguridad Social con excelencia, calidad y eficiencia, como ahora se empeñan en llamarle, es una lógica productivista.

El problema de la productividad, para el nuevo proyecto es lo central, pero lo siguen entendiendo como el máximo esfuerzo: como el uso intensivo y extensivo de la fuerza de trabajo y como la sobreutilización del equipo y los materiales, sobre la base de la depauperización creciente de las condiciones salariales, de vida y de trabajo. Esta política del lado de los trabajadores se expresa como sobrecargas de trabajo y aumento de la intensificación del mismo, además de la falta cotidiana de instrumental, equipo y medicinas y sobreutilización de las instalaciones hospitalarias.

El proyecto "modernizador" que está avanzando en la Institución es toda una estrategia global que de ninguna manera se concreta en las 12 cláusulas que el XXI Congreso Nacional Extraordinario del Sindicato Nacional de los trabajadores del Seguro Social que se realizó en octubre de 1989,⁷⁵ planteó como mutilaciones y renunciaciones a derechos (auto críticamente tenemos que reconocer que el planteamiento en sí es un avance fundamental en el conocimiento del CCT por parte de los trabajadores, pero insuficiente para vertebrar no solo una respuesta ofensiva con planteamientos nuevos sino ni siquiera defensiva), porque este proyecto de la Institución trata de cubrir los diferentes aspectos de las relaciones sociales que se establecen en la prestación del servicio. Por ejemplo, el proyecto descansa en varios flancos que van desde la reorganización de los servicios; innovaciones técnicas y tecnológicas en algunas áreas y partes del proceso de prestación del servicio; cambios en la organización del trabajo; el intento de nuevas relaciones entre autoridades y trabajadores, entre trabajadores y trabajadores, entre autoridades y sindicato, entre sindicato y trabajadores, hasta: la utilización "moderna" del factor trabajo que conjuga por un lado: métodos nuevos en la conducción y administración de personal; círculos de calidad y desarrollo; fomento a la salud de los trabajadores en horas de trabajo; requerimientos de capacitación y adiestramiento, junto a estrategias que son impulsadas desde su lado salvaje e irracional por otro: las que se refieren a la flexibilidad del salario y del CCT, a la movilidad de la fuerza de trabajo, a la elasticidad de la jornada laboral, a la pérdida de bilateralidad de la parte sindical, etc.

La Institución ha venido transitando por el sendero descrito arriba y preparando su ofensiva que tiene por "blanco" de ataque el Contrato Colectivo de Trabajo (C.T.T.), al menos desde 1983 con la estrategia del Plan Nacional de Salud y con la creación de círculos de desarrollo (círculos de control de calidad) desde 1987.

Los cambios en este sentido se expresan ya en el CCT de 1987- 1989, donde quedan incluidas las cláusulas 7a. y 8a. transitoria que versan sobre el reordenamiento de recursos humanos, la revisión del escalafón y de los profesiogramas, por solo mencionar algunas. Del mismo modo, el Instituto contaba con 242 círculos de calidad y desarrollo integrando a 2251 trabajadores en junio de 1988 (vease boletín informativo de los círculos No.3).

Por eso el 20 de octubre en la prensa nacional reconocen, desde las autoridades Institucionales, los líderes de las centrales obreras oficiales y los representantes patronales que las modificaciones al C.C.T. "contienen elementos para alcanzar la excelencia de la Seguridad Social en el País": que este nuevo C.C.T. "alienta la productividad, eficiencia y eficacia de las labores".⁷⁶

Impulsan de nuevo la política del sexenio Delamadridista en materia de Seguridad Social que consiste en "seguir operando y expandiendo sus servicios en beneficio de la población asegurada del País y sus parientes" por medio de una reducción de costos y centrando sus cambios en el C.C.T. Si ya en el pasado esto ha significado sobreutilización del equipo, baja calidad de la atención, desprofesionalización de la fuerza de trabajo etc., hoy se incrementa con la persistencia institucional de su política de "hacer más con menos".

No todos los cambios en el C.C.T. son nuevos, algunos rasgos de la flexibilidad y la movilidad de la fuerza de trabajo ya estaban contenidos en el C.C.T. del bienio 1987-1989,⁷⁷ así como una serie de cláusulas que permitían reorganizar los servicios y crear categorías autónomas y nuevas, del mismo modo algunas categorías ya habían sido reestructuradas (conservación, médico familiar, etc.), pero también es cierto que no habían sido impulsados a fondo y que varias de las modificaciones pactadas no eran tan al pie de la letra aplicadas porque cuando lo querían hacer se topaban con una resistencia sorda pero también tenaz de los trabajadores a los cambios. Destacada mención habría que hacer de los círculos de desarrollo que iban abonando el camino para los cambios por un lado y por otro, limitaban seriamente la estructura sindical al entablar acuerdos directos entre la Institución y los trabajadores sin ninguna mediación sindical. Cuando se habla de resistencia no se dice que los trabajadores tuvieran una clara conciencia de lo que significaban los cambios que introdujeron en el C.C.T. de 87-89 y ello impidió una respuesta, se afirma solamente que la cultura del trabajo cotidiano, por experiencia o por "costumbre", generaron una caparazón "natural" a los cambios.⁷⁸ De cualquier forma esto es hoy más evidente, como los cambios expresan relaciones de fuerza y de poder, porque tocan precisamente esos espacios, estos son en un primer momento rechazados.

Las modificaciones que procesa la Institución en su nuevo proyecto son uno más de los que se operan a nivel nacional y mundial y tratan de alterar las relaciones de poder entre el capital y el trabajo tanto dentro como fuera de los centros de producción y de servicios.⁷⁹

En sus modalidades concretas este proyecto se centra, no en el espacio circulatorio de la fuerza de trabajo: mayor o menor salario, mejores o peores prestaciones, etc; sino en el espacio directo de valorización productiva, en el momento de la producción, de ahí que el control del proceso de trabajo, del uso y su intensidad sean lo fundamental.⁸⁰ Las características del nuevo C.C.T. 89-91 en el IMSS ponen de relieve esta tendencia. Que se avance o no en su implementación dependerá de la correlación de fuerzas específicas. Por lo pronto se ha demostrado que se puede lograr su modificación, aunque esta sea por hoy solo parcial.

Pero la modificación de fuerzas específicas entre la Institución y los trabajadores se quiere complementar con modificaciones de fuerzas sociales entre una conquista histórica elevada a rango constitucional, como lo es el Derecho a la Salud y un proceso que desmantela la

Seguridad Social y avanza a su privatización. La privatización es también la síntesis de esa línea de actuación en contra de la Seguridad Social y parte integrante del proyecto global de "modernización".

LA PRIVATIZACION.⁸¹

El nuevo CCT esconde también un proyecto diferenciado de Seguridad Social que buscando la "eficiencia" y la "excelencia" de los servicios: renuncia explícitamente al derecho a la Salud y avanza a su desmantelamiento y o privatización.

La estrategia seguida para el IMSS es, en términos generales, la misma que ha seguido el Estado para deshacerse de los organismos descentralizados y paraestatales, ésta consiste en lo siguiente:

1a. REDUCCION DE LOS APORTES DEL ESTADO AL IMSS.

De 1981 a 1988 el Estado ha reducido su participación en más del 60% hacia el Seguro Social. Del mismo modo se han reducido en más del 50% las cuotas obrero-patronales por la caída del salario real en la misma proporción.⁸² Si a esto aunamos la política del gasto seguida por la administración del IMSS completaremos el panorama para entender como camina todo hacia ahorcarlo financieramente.

2a. LA REORGANIZACION DE LOS SERVICIOS.

La estrategia de reorganizar los servicios se ha venido desarrollando bajo la idea del Plan Nacional de Desarrollo, particularmente bajo el objetivo de descentralizar los servicios y modernizar la administración, logrando incrementar la atención poblacional y comunitaria sobre la base de los mismos recursos e instalaciones, recayendo los programas en la flexibilización del CCT, del salario, de las relaciones entre trabajadores-Instituto y de las relaciones trabajadores-patrones-estado.

3a. DESPRESTIGIO DEL IMSS.

Campañas de desprestigio contra los trabajadores del IMSS y contra el servicio que prestan. Difusión pomposa en la prensa nacional y periódicos murales en las unidades de servicio de las famosas modificaciones que contienen el C.C.T. 89-91, que son llamadas "cláusulas estelares" buscando con ello desinformar a los derechohabientes y a la opinión pública y predisponerla contra los trabajadores que se oponen a los supuestos logros, al informar parcialmente ocultando la verdadera situación laboral y el estado real de los equipos.

Un ejemplo del desprestigio hacia los trabajadores son los artículos aparecidos en los medios masivos de comunicación que tienen la clara intención de deteriorar la imagen de los trabajadores responsabilizándolos de la mala calidad: en el periódico OVACIONES se lee "Violencia Sexo y Drogas" refiriéndose a una unidad hospitalaria del IMSS, en el mismo sentido se encuentra la campaña radiofónica de la estación RADIO RED que realiza un análisis sesgado de los hechos, con la clara pretensión política de oscurecer que el actual movimiento que sostienen los trabajadores, es de resistencia al proyecto "modernizador" y de tratar de encajonarlo como mera lucha intersindical. Las ansias privatizadoras en TEL-MEX y PEMEX han pasado por este tipo de campañas para que sea el papel fundamental que cumplen en el desprestigio y la animadversión que generan.

40. SE VENDEN LAS INSTALACIONES Y SE PRIVATIZAN LOS SERVICIOS.

Se esta en la etapa de venta y oferta de las instalaciones que son patrimonio social bajo el lema de que "no son prioritarias para la atención". Las instalaciones deportivas de la Unidad Cuauhtémoc, de los centros de seguridad social, centros vacacionales, etc., se están vendiendo por la eminente crisis financiera de la Institución. Lo más grave es que este proceso privatizador afecta a áreas enteras tanto del IMSS como de los organismos de seguridad social en su conjunto. Por ejemplo la subrogación, tanto de artículos como de servicios, en el IMSS es un aconstante; las cuotas de recuperación en la SSA; la conversión de Instituciones Nacionales en Organismos Descentralizados; Empresas estatales de medicamentos en proceso de desmantelamiento, etc.

50. EL PROCESO DE CAMBIO EN LA CULTURA DEL TRABAJO.

Por último, el nuevo C.C.T. en el IMSS trata de construir una cultura de los trabajadores diferente. Para ello la estrategia de los círculos de desarrollo es lo indicado; utilizan la participación humana dirigida, controlada, hacia los objetivos que la Institución desea haciendo coparticipes a los trabajadores en la solución y el mejoramiento de los problemas laborales con el claro propósito de elevar la productividad en el trabajo. Es decir, se busca la participación más no en los grandes problemas de la Institución, sino en aquellos que pueden lograrse con una utilización "mas racional de los recursos". Quiere borrar la tradición y la experiencia de los trabajadores y su cultura del trabajo que descansaba en la antigüedad y en el conocimiento que se concretaba en las distintas funciones de las categorías. Crea una nueva "filosofía" que descansa en la eficiencia, el máximo rendimiento con un sistema que lo estimula y lo premia y en menor medida en la capacitación, para introducir los nuevos requerimientos de la reestructuración. Destacada importancia para esta política tienen las cláusulas que se refieren a prestaciones como la cláusula 81 de Préstamos Hipotecarios, la 146 Adquisición de automóviles, la 13a. transitoria que restringe la cláusula 97 (préstamos de 1 a 3 meses de salario) a una programación financiera, etc. En todas y cada una de ellas los derechos adquiridos para su disfrute se limitan más de lo que ya estaban y se presentan como "estímulo" a los trabajadores con mejores índices de asistencia, eficiencia, etc. Pero esto en la forma, en

el fondo sabemos que se conduce a la competencia y a la rivalidad a los trabajadores para aspirar a disfrutar cualquier préstamo.

La solidaridad propia del trabajo en común y colectivo quiere quebrantarse con el premio al "mejor", al más "asiduo"; las conquistas globales para todos los trabajadores, pasan a ser conquistas individuales, a los de mejor comportamiento y a los que su trabajo sea supuestamente más eficaz y de mejor calidad, etc.

Relación directa con el impulso a una "nueva cultura" de los trabajadores se encuentra en la cláusula 73. Medicina, útiles para la atención médica y fomento a la salud; en ella aparte del mayor control "médico-administrativo" hacia la atención, por supuesto de las incapacidades, se lanza una estrategia para reducir los accidentes de trabajo o trasladarlos a la responsabilidad directa de los trabajadores con el llamado "seguimiento epidemiológico" (El IMSS es la 2a. empresa con mayor número de accidentes de trabajo, después de la Construcción), bajo la misma concepción que desarrollan a nivel de la atención a los derechohabientes: el autocuidado, porque un trabajador sano es un trabajador más productivo.

Sobre este marco general el CCT 89-91 puede sintetizarse en varios ejes básicos: la flexibilidad, la elasticidad de la jornada, la movilidad de la fuerza de trabajo y la pérdida de la bilateralidad.

LA FLEXIBILIDAD.

La flexibilidad del nuevo CCT tiene que ver con las reestructuraciones de los servicios y con la consecuente reorganización social de trabajo (modificar las formas tradicionales en las cuales se ejecutaba el trabajo y las distintas relaciones de mando y de control que se establecían en los diferentes servicios).

Para lograr lo anterior, reestructuran las ramas y categorías en función de "las nuevas necesidades de la Institución" buscando la máxima flexibilización y movilidad de la fuerza de trabajo. Lo que obstruye ese uso indistinto de la fuerza de trabajo, o sea lo que limita a realizar múltiples tareas, son los profesiogramas, en especial los perfiles y actividades que cada categoría efectúa diariamente. Para volver flexible o múltiple el uso de la fuerza de trabajo es necesario romper con los profesiogramas agregando más actividades y funciones de los mismos.

En el C.C.T. firmado por el C.F.N. del Sindicato y las autoridades de la Institución el pasado 12 de Octubre donde priorizan la reestructuración de todas las ramas a las de intendencia, auxiliar universal de oficinas, procesamiento de datos y enfermería a más el 30 de septiembre de 1990. Las cláusulas que dan sustento a la flexibilidad en este aspecto son la 7a. y 8a. transitoria además de los profesiogramas.

Resultado de las movilizaciones y de la relación de fuerzas que se ha establecido, logró derogarse la cláusula 8a. transitoria que se refería al reordenamiento de recursos humanos y a la reestructuración de categorías y profesiogramas "según las necesidades de la Institución".

Sin embargo, es evidente que el Instituto tratara de imponer su proyecto por otras vías a través de las cláusulas que lo permitan o por medio de la llamada estrategia de Retabulación que tiene en mente y también en base a las modificaciones a los profesiogramas. Cabe destacar que en este punto existe un salto en la concepción del CEN del SNTSS, ya que anteriormente a la reordenación de recursos humanos sólo oponía la defensa de la fuente de empleo: el trabajo, a la postura actual -obligada por las movilizaciones- que opone además del trabajo, el respeto a las categorías, al salario y prestaciones, turno y horario, sobre la base del respeto a la cláusula 50, que se refiere a como deben hacerse los cambios. A pesar de ello, todavía es solo una respuesta defensiva que dista mucho de un proyecto que oponer en todos estos frentes que adquieren la característica de inevitables. Así, la derogación de la cláusula 8a. transitoria no garantiza la derrota del proyecto flexible, puesto a la fecha, solo se ha avanzado a respetarse la cláusula 50 que este contradecía y, si faltaba algo, los Reglamentos de selección de recursos humanos, de escalafón y bolsa de trabajo introdujeron nuevas modalidades tendientes a la aplicación del proyecto. Lo que sigue es parte de lo que se ha venido aplicando en este sentido:

- Se reestructuran las ramas y categorías porque el Instituto reorganizará los servicios "según sus necesidades".

- Las nuevas condiciones de los servicios requieren un tipo diferente de trabajador que toma como base al actual.

- Ese nuevo trabajador realizará diferentes y mayores actividades y funciones a las actuales.

- Si las necesidades de la Institución requieren de otro tipo diferente de trabajar no hay ningún problema porque el convenio posibilita "la creación de nuevas categorías", autónomas segun- ramente.

- El proceso de reestructuración de ramas será continuo, ya que al absorber una categoría una serie de actividades contempladas por otras que pertenecen a distintas ramas, éstas tarde o temprano deberán de entrar a este proceso.

- Lo anterior, trae como consecuencia lógica el adelgazamiento del C.T.T. en cuanto al catálogo de categorías, número de tipos de salario tabular y profesiogramas, lo que indica la tendencia de hacer un solo tipo de trabajador por rama.

Ejemplifiquemos con la rama de intendencia: lo que en un principio fue llamado "plan piloto de servicios básicos" se ha ido concretando en la práctica, de la forma siguiente:

- Al personal con mayor antigüedad y más experiencia laboral se les ha transformado en confianza "A" nivel 18. Uno de los requisitos para esta contratación, que por cierto pasa de ser plaza escalafonaria a a una categoría cuya titularidad es exclusiva del Instituto, es un mínimo de 5 años de experiencia operativa en la rama de Intendencia, expropian el saber y la capacidad de estos trabajadores haciéndola pasar del sindicato al Instituto. En los hechos logran un mayor control sobre la ejecución del trabajo al absorber el Instituto las habilidades y capacidades siguientes: toma de decisiones, conducción de grupos, trabajo bajo presión, capacitación de personal, integración de grupos de trabajo y administración de personal. Les forma y ayuda a formarlos como supervisores directos con el nombre de "supervisor de servicios básicos en unidad". Rompe con el escalafón de la rama al pasar a confinaza "A" sin

respetarlo. Viola el artículo 9 de la Ley Federal de Trabajo y la cláusula 12 del Contrato Colectivo de Trabajo al responsabilizarlo de actividades tabulares que ya estaban pactadas para puestos sindicales.

- La categoría de Intendencia que es la primera del escalafón se transforma en "técnico de servicios básicos". Se plantea que se divida en tres módulos: saneamiento, paramédico y administrativo, cada uno de los cuales condensa un número determinado de actividades que ya estaban contenidas en los profesiogramas; se desechan algunas actividades que ya eran obsoletas, pero se agregan unas que modifican los perfiles antiguos.

- Los nuevos perfiles incluyen actividades que estaban contenidas en otras categorías como pintura, electricidad, jardinería, etc: es decir, actividades que eran privativas de categorías específicas como el de jardinero. Logrando con ello la flexibilidad con definiciones amplias de las funciones tabulares. Rompiendo con ello lo que se considera rigidez o encasillamiento de los profesiogramas.

ELASTICIDAD DE LA JORNADA DE TRABAJO.

Otro eje importante en el nuevo proyecto de C.C.T. es el que se refiere a los cambios que intensifican la jornada laboral. Como la jornada diaria, semanal, quincenal o mensual tiene un límite claramente marcado por el tipo de horario (8, 6,5 o 6 hrs.), de lo que se trata es de alargar o estirar la jornada, pero como no se puede rebasar este marco lo efectúa desde el interior derribando aquellos obstáculos que lo permitan. En primera instancia se encuentra el tiempo a disposición de los patrones, que los trabajadores deben estar en cada jornada laboral; la tolerancia de 45 minutos diarios reduce este tiempo. La disminución que proponen de 15 minutos diarios alarga la jornada de trabajo dentro del límite por lo tanto el tiempo a disposición de la Institución.

La cláusula 38. Tiempo de tolerancia, ha logrado imponer un alargamiento de la jornada al limitar a 30 minutos diarios la hora máxima de entrada, sin retribución material alguna y puede caracterizarse como un retroceso respecto al CCT anterior, porque el estímulo no compensa el alargamiento de la jornada. (Recuérdese tan solo que en SICARTSA una cláusula de este tipo tomaba como tiempo efectivo 1 hora diaria de entrada y la Administración la compensaba con varios millones de pesos, aquí ni siquiera). Asimismo, la elasticidad la logran a costa de modificar los periodos de vacaciones y días festivos de descanso, monetarizando los primeros y desapareciendo los segundos. En ambos casos el objetivo es lograr la intensificación del trabajo.

De hecho, la modificación a la cláusula 46. Descanso diario, semanal y obligatorio, restringió cinco días de descanso obligatorio que estaban conquistados en el CCT anterior. La cláusula 47. Vacaciones, además de estar envuelta en un lenguaje muy oscuro, deja la implementación completamente en manos del Instituto. Pero lo que es delicado es la existencia de retrocesos terribles para disfrute de vacaciones al personal de sustitución y a obra determinada, ya que se alarga el tiempo para disfrute de 180 a 365 días y se disminuyen los días de descanso. La

existencia de opciones monetarias en la cláusula de vacaciones, camuflageadas como "ayuda para actividades culturales" en lugar de su disfrute, originara por vía de los hechos y de la necesidad económica, que los trabajadores canjeen la posibilidad de disfrutarlo a cambio de la "ayuda".

Se avanza en al elasticidad de la jornada laboral diaria con la reducción de la tolerancia a 30 minutos; en la jornada acumulada quincenal, con los estímulos de asistencia y puntualidad; y en la acumulada anual condicionando el otorgamiento de algunas prestaciones (prestamos en efectivo cláusula 97, hipotecarios cláusula 81, adquisición de automoviles cláusula 146, etc.) a la eficiencia, a la puntualidad y a la asistencia y a la modificación de los días de descanso.

MOVILIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO.

A la Institución le interesa movilizar a los trabajadores de un lugar a otro, para ello ha contratado personal con definiciones móviles en el turno, horario o adscripción que puedan cambiarse indistintamente donde las "necesidades de la Institución" los requieran, según la cláusula 16 del CCT.

PRODUCTIVIDAD Y BILATERALIDAD

Uno de los aspectos positivos que el movimiento de los trabajadores ha dado se refiere al problema de bilateralidad. La estrategia de la actual administración del Seguro social es clara: vulnerar la representatividad sindical y "absorber íntegramente las funciones que tienen que ver con la contratación, y uso de la fuerza de trabajo", así lo han reconocido públicamente y ello quedaba de manifiesto en las siguientes cláusulas: cláusula 11. Clasificación de trabajadores, cláusula 22 bis. Cobertura y revisión de plantillas, cláusula 23 Ocupación de plazas vacantes en categorías autónomas o de pie de rama. En todas estas desde el Reglamento para la calificación y selección de puestos de confianza B (trabajador sindicalizado, temporalmente de confianza), hasta la selección y calificación de aspirantes, el Instituto rompía la bilateralidad y asumía los procesos bajo su conducción; el movimiento logró reintegrar la bilateralidad al obligar a la modificación del CCT por medio de Convenios específicos, aún después de ya estar firmado (por cierto situación histórica importante). Así, la línea de modificación en este caso para eliminar la bilateralidad era directamente entrar sobre los clausulados del CCT que la posibilitaban y en otro término atacar los Reglamentos de Bolsa de trabajo, escalafón o recursos humanos; así, si no funcionaba la estrategia introducían veladamente convenios que les pudieran garantizar su proyecto. En efecto, la cláusula 22 bis. Cobertura y revisión de plantillas fue modificada para que se restableciera la bilateralidad de su aplicación sobre la base del respeto al reglamento de bolsa de trabajo y escalafón, no obstante, se creó al lado de ella una Comisión Nacional Mixta de Revisión de plantillas y comisiones mixtas delegacionales para atacar los siguientes puntos:

- verificar la cobertura - plantilla autorizada - ubicar los motivos del ausentismo y también

cómo combatirlo - ubicar las sobrecargas de trabajo para propuestas de modificaciones y reestructuraciones de las áreas.

Es decir, las reestructuraciones están pendientes, así como la introducción de un aspecto llamado de conciliación de plazas que tiene intenciones de elevar la productividad por medio de una forma de trabajo a destajo. Por ejemplo, la cobertura integral que es una función de la conciliación de plazas, la logra a través del siguiente mecanismo:

1o. cubre las ausencias con personal de base contratado para cubrir ausencias por vacaciones o ausentismos imprevistos. Existen trabajadores que solo pueden trabajar un día de la semana.

2o. para cubrir la ausencia utilizan un trabajador que tenga los conocimientos de la categoría con cambio de rama, nivelándolo a la plaza ausente.

3o. trabajadores sustitutos concepto 08.

4o. compensación concepto 24 al personal que absorba dentro de su jornada la carga de trabajo de la plaza vacante o la ausencia del trabajador. Pero sabes como le pagan? : no se le pagará más del 50% de lo que gana el trabajador ausente.

5o. si no hubiere ninguno de estos conceptos se le pagará jornada extraordinaria según lo marca el CCT.

Lejos de seguir este tipo de lineamientos, en todas las unidades este tipo de trabajo a destajo a cobrado relevancia con el consecuente desempleo de trabajadores 08, que no se pague jornada extraordinaria, etc. aun de que en el Estado de Morelos existe un laudo que establece la potestad para el trabajador de trabajar con el concepto 24 es ya una realidad en la mayoría del país.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

La Seguridad Social que proponemos deberá tomar en cuenta:

- a) La integración del hombre en una sociedad solidaria.
- b) Aunar esfuerzos públicos y privados para contribuir a la cobertura de las contingencias sociales y a la promoción del bienestar social.
- c) Mejorar la calificación profesional y promover el incremento de puestos de trabajo a objeto de alcanzar una sociedad de pleno empleo.
- d) Alcanzar los más altos niveles de bienestar social para todas las familias, específicamente de los sectores populares y medios de la población que a su vez, corresponden a las mayorías nacionales. Este modelo al que aspiramos, tiene como fundamento los principios de solidaridad, universalidad, integralidad, unidad, participación e internacionalidad. Una seguridad social así entendida, encaminada a una mayor participación de los trabajadores en el diseño, administración, gestión, evaluación y control así como en sus beneficios necesariamente se plantea considerar aspectos tales como: de tipo institucional, de prestaciones y servicios (salud, familia, vivienda, educación, recreación, desocupación, incapacidad laboral, jubilación y muerte), así como en materia de financiamiento y de participación de los trabajadores.

En lo Institucional Proponemos

Un sistema de Seguridad Social único en el marco de una política global que tenga como principio la solidaridad, la fraternidad y la complementación de los sectores sociales. El sujeto de la Seguridad Social, debe ser el conjunto de la población contribuyente o no, en especial, ese alto porcentaje de la población que se encuentra sin poder satisfacer sus necesidades más elementales en el campo y en la ciudad, así como los desempleados y del Sector Informal entre otros.

Una seguridad Social, que contemple una cobertura total, es decir que llegue a todos los sectores de la población, debe considerar y prever las siguientes prestaciones y servicios: Prestación: Atención Médica Especializada. En el marco de una Seguridad Social que tenga como centro al hombre y como principios la justicia y la solidaridad, debe contar con la prestación y la atención especializada oportuna, eficaz y eficiente así como la garantía de su gratuidad en la distribución de medicamentos que contribuyan finalmente, al bienestar del usuario. Se trata de una concepción integral que optimice la asistencia médica y los servicios auxiliares.

Familia: Promover políticas destinadas a preservar el núcleo familiar, bien sea a través de un programa propio o al interior de la Seguridad Social a tal fin como Ministerio de la familia,

de Desarrollo Social, del Trabajo u otro. Se trata de coordinar esfuerzos destinados a garantizar el sano crecimiento del grupo familiar como el apoyo al jefe de familia y a la madre embarazada.

Vivienda: Coordinar una política habitacional que garantice a los trabajadores el fácil acceso a programas crediticios para la adquisición de vivienda a costos módicos, satisfaciendo así, una de las necesidades vitales del gran porcentaje de trabajadores de la región que, producto del exagerado encarecimiento de vivienda, se han visto obligados a vivir en condiciones que distan mucho de ser las más óptimas para el desarrollo y fortalecimiento del grupo familiar.

Educación: Garantizar la educación parece ser uno de los derechos de todo ciudadano, pero que sólo queda en la Carta Magna porque en la práctica, para todos es conocido el elevado número de hombres y mujeres que les fue negado ese derecho.

La crisis global en la práctica que atraviesa América Latina, no sólo ha arrastrado a millones de personas a la condición de vida y de trabajo sino que, ha contribuido a que muchos hombres, mujeres y niños les sea vetado su ingreso a la educación. En efecto, muchos de ellos abandonaron sus estudios al incorporarse al mercado de trabajo, otros ni siquiera empezaron por que desde temprana edad se convirtieron en trabajadores para contribuir al sustento familiar.

La Seguridad Social, entendida como el medio y el fin de una sociedad justa y solidaria debe asumir la educación con carácter prioritario para una transformación que comience en la base, en el inicio del futuro como son los niños.

Desempleo: El desempleo constituye otro de los más graves problemas que afectan al conjunto de la población latinoamericana; cada año presenciamos como cada vez más trabajadores engrosan las filas del desempleo. Por un lado, los jóvenes que no encuentran empleo en el sector urbano moderno y por otro, la gran cantidad de trabajadores que han sido desincorporados de sus centros de trabajo, producto entre otras razones, de la aplicación de políticas neoliberales que propenden a una sociedad signada por el capital.

La Seguridad Social en este campo, puede planificar mecanismos orientados no solo al sustento del desempleo sino a calificar la mano de obra requerida adaptándola a los nuevos esquemas que norman el mercado laboral en la actualidad.

Incapacidad Laboral: Cualquiera que sea la causa que incapacite al trabajador de forma absoluta o parcial, permanentemente o temporal, la Seguridad Social debe garantizar el sustento del trabajador mientras se encuentre un período de recuperación o quede incapacitado de por vida, imposibilitando su inserción o reinserción en el mercado de trabajo.

Jubilación: Una vida dedicada al trabajo bien merece un ingreso digno que permita el descanso de quienes aportaron los mejores años de su vida al trabajo; no se trata de recibir migajas, se trata de un deber y un derecho por lo tanto, la jubilación debe respetar el ingreso del trabajador y asegurar tanto su mantenimiento, como su aumento acorde al nivel de inflación del momento.

Muerte: La Seguridad Social debe asumir su función de velar por el bienestar familiar cuando el trabajador desaparece físicamente, esto es, garantizar a los familiares más cercanos al régimen pensionario o de asistencia económica permanente o temporal.

Recreación: La Posibilidad de acceso a lugares de descanso durante los períodos vacacionales que contribuyan al descanso, al sano esparcimiento y a la unión familiar.

En Materia de Financiamiento:

A continuación, las principales reformas que a nuestro juicio deben contemplar:

El conocimiento de los estados financieros de los organismos gestores de la Seguridad Social que permita el seguimiento y el control de los recursos a través de auditorías periódicas. Para tal efecto, las auditorías no deben ser exclusivas de la Seguridad Social sino que para una mayor transparencia y difusión tanto el Estado central como las Organizaciones de Trabajadores, deben ejercer el papel de auditores como mecanismo de control y fiscalización de los recursos de la Seguridad Social.

Las Organizaciones de Trabajadores deben extender su control a todo lo referente a contratos, servicios y abastecimientos realizados por la Seguridad Social. Se trata de velar por el buen funcionamiento de una institución que debe estar exclusivamente dedicada a beneficiar a los trabajadores y sobre todo, a los que se encuentren en las peores condiciones de vida y de trabajo.

Estudiar la posibilidad de incorporar otros mecanismos de contribución que si no logran exonerar a los trabajadores del pago correspondiente, minimice la carga impositiva de éstos.

Velar por el cumplimiento de las contribuciones del sector patronal y del Estado así como, implementar mecanismos sancionatorios por la mora o el atraso de los pagos correspondientes.

Para que un sistema de Seguridad Social funcione debe existir un equilibrio entre los ingresos y los egresos en el marco de sus gastos de operaciones y/o funcionamiento. En casi todos los países de América Latina, los déficits de la Seguridad Social tiene que ver con los desequilibrios que este presenta en su administración, en la mayoría de los casos, los gastos en prestaciones y en los servicios de salud no se corresponden a los ingresos que percibe la Seguridad Social por concepto de las contribuciones. En este aspecto, conviene señalar que en no pocos casos los recursos de la Seguridad Social son utilizados para financiar obras y proyectos del Estado cuando debería ser todo lo contrario, es decir, el Estado en su condición de garante del bien común debe apoyar al sistema de Seguridad Social entre otras cosas, de infraestructura necesaria para un eficiente, eficaz y efectivo funcionamiento

En materia de Participación de los Trabajadores:

Como contraréplica a las propuestas neoliberales encaminadas al fortalecimiento de los sectores privados, donde lo individual está por encima de lo colectivo y de lo social, y por tanto, la Seguridad Social tiene y debe ser administrada por el sector privado, el Movimiento de los Trabajadores plantea como salida a la actual situación de la Seguridad Social, la plena, activa

y efectiva participación de los trabajadores en :

La fijación de normas y políticas de la Seguridad Social, en la dirección y administración y en la fiscalización y control.

En esta materia no se debe ni se puede improvisar. Toda forma de participación de los trabajadores en la Seguridad Social debe tener como principio básico la solidaridad y el compromiso militante de velar por los intereses de los usuarios y/o trabajadores. Por eso insistimos en que los legítimos representantes de los usuarios deben ser electos en forma democrática por los trabajadores organizados y a su vez, ser controlados por éstos a modo de evitar distanciamientos que provoquen la desviación de los objetivos trazados.

Se deben crear mecanismos de consulta que permitan el diálogo y el intercambio permanente tanto del funcionamiento como de las necesidades emergentes a modo de brindar una Seguridad Social acorde con las necesidades de los trabajadores. Tal mecanismo de consulta se extiende además a preservar un proceso realmente democrático que impida la burocratización y las posiciones vitalicias que no ayudan a resolver los grandes problemas de las instituciones de seguridad social.

NOTAS:

- 1.- Véase al respecto a Manuel Alonso Olea "Instituciones de Seguridad Social" Madrid, España, 1967.
- 2.- A este respecto vale la pena consultar la síntesis de este proceso en "Seguridad Social" Primera Conferencia Latinoamericana de Seguridad Social, CLAT, Venezuela, 1979.
- 3.- Véase "Historia de la Seguridad Social" OIT, Suiza, 1986.
- 4.- "Objetivos y Normas Mínimas de la Seguridad Social" OIT, Informe IV a la 34a. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Suiza, 1950.
- 5.- Un planteamiento interesante sobre el concepto Seguridad Social aparece en "La Seguridad Social en el proceso de cambio internacional" de Enrique Lombera Pallares, ed. IMSS, México, 1980.
- 6.- Marx, Karl "La acumulación originaria del capital". El Capital T. I, ed. FCE, México, 1978, p. 378 y ss.
- 7.- Barnes, Harry "Historia de la economía del mundo occidental" ed. Hispano-Americana, México. 1955 pp. 340-376.
- 8.- Lombera, Enrique "La Seguridad Social en el proceso de cambio internacional" IMSS, México. 1980, p. 32.
- 9.- Véase "Hacia la Seguridad Social" Estudios y documentos, Serie Núm. 18, OIT, Montreal, 1942.
- 10.- Iscaro, Rubén "Historia del movimiento sindical internacional" Ed. Ediciones de cultura popular, México, 1978, p. 45.
- 11.- Farfán, Guillermo "Luchas obreras e iniciativas del capital en la era del Estado de Bienestar. La experiencia Británica" En Estudios Políticos, vol. 4, núms. 2 y 3, FCPyS, UNAM, México, 1985, p. 21.
- 12.- Soria, Víctor "La crisis de la protección social en México. Un análisis de largo plazo con énfasis en el periodo 1971-1985" En TESTIMONIOS DE LA CRISIS, Ed. S. XXI, México, 1988, p. 176.
- 13.- Op. cit. Soria, Víctor "La crisis de la ..." p. 192.
- 14.- Ver op. cit. Farfán, Guillermo "Luchas obreras e", p. 20.

15.- op. cit. Farfán, Guillermo "Luchas obreras e" p. 25.

16.- A este respecto es ilustrativo la declaración de Roosevelt y Churchill en 1942: "fomentar la seguridad social, mejores niveles de vida y del fomento económico, como propósitos de todas las naciones" citado en Lombera, Enrique, op. cit. "La Seguridad Social ..." p. 114.

17.- Para ver un pequeño recorrido sobre el desmantelamiento del Estado del Bienestar, consúltese el libro "El capitalismo que cambia" de Ugo Pipitone, ed. ERA, México, 1986, pp. 119-143.

18.- A este respecto véase el interesante trabajo que habla del Estado del Bienestar en los países llamados subdesarrollados de, Solís González José Luis "Los límites del estado del bienestar en la periferia capitalista" Estudios Politicos, vol. 4, FCPyS, UNAM, México, México, 1985.

19.- A este respecto Hugo Zemelman define la política con contenidos más profundos y "más allá del quehacer operativo que la confina a la esfera del poder, para aprehenderla como conciencia de la historicidad del momento, como construcción de proyectos resolutivos en el plano de las contradicciones inmediatas" En: "De la Historia a la Política" ed. S. XXI, México, 1990, p. 18.

20.- Véase Clara Fassler "Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena" En Revista latinoamericana de salud, núm. 2, México, 1982, p. 29.

21.- Confrontar en el libro de Hugo Zemelman: "Estado Poder y Lucha Política" Casa Chile en México, ed. Villicaña S.A., México, 1986, pp. 9-44.

22.- op. cit. Hugo Zemelman "De la Historia a ..." p.29.

23.- Para un análisis más detallado del golpe militar consúltense las sugerentes proposiciones de Hugo Zemelman, op. cit. "Estado Poder ..." pp. 33-61.

24.- Clara Fassler op. cit. "Política de la ..." pp. 33-35.

25.- Consúltese "Orientación Ideológica del Gobierno Militar Chileno (1973-1977)" en "Estado Poder ..." de Hugo Zemelman op. cit.

26.- Clara Fassler "Transformación Social y Planificación de Salud en América Latina" UAM-X, México, 1983, p. 15.

27.- Citado en Clara Fassler "Política Sanitaria de la" op. cit. p. 35.

28.- Todas las cifras que siguen y una parte del contenido son un resumen del artículo de Clara Fassler "Política Sanitaria" pp. 30-45.

- 29.- op. cit. Hugo Zemelman "Estado ..." pp. 103-125.
- 30.- op. cit. Clara Fassler "Política S...." p. 29.
- 31.- Citado en Clara Fassler "Política S...." op. cit. p. 32.
- 32.- Citado en Clara Fassler "Política S...." op. cit. p. 31.
- 33.- Cualquier semejanza entre estas declaraciones y la realidad de los años ochenta y noventa es ó pura coincidencia?, citado en Clara Fassler "Política S...." op. cit. p. 32.
- 34.- En lo fundamental tanto el contenido como buena parte de los datos son un resumen de Clara Fassler "Política S...." op. cit.
- 35.- op. cit. Hugo Zemelman "De la Historia a" p. 27.
- 36.- Informe Anual de CEPAL, México, 1980.
- 37.- op. cit. Clara Fassler "Política S...." p. 40.
- 38.- Para mayor información sobre esta estrategia consúltese Clara Fassler "Política S...." op. cit. p. 39.
- 39.- Hugo Zemelman "El proceso chileno de transformación y los problemas de dirección política (1970-1973)" El Colegio de México, 1974.
- 40.- op. cit. Clara Fassler "Política S...." p. 46.
- 41.- op. cit. Hugo Zemelman "Estado" p. 108.
- 42.- Documento del "Seminario Latinoamericano de Trabajadores de la Salud y la Seguridad Social y Primer Congreso de la CLASEP (Confederación Latinoamericana de Servidores Públicos)" Sao Paulo, Brasil, sep., 1990.
- 43.- Cordeiro H. Zavaleta "Análisis de la práctica médica actual en América Latina. Alternativas y Tendencias" en OPS. Análisis de las organizaciones de salud, Washington, D.C., 1987.
- 44.- Cordeiro H. Zavaleta "Análisis de la" op. cit. p. 327.
- 45.- Véase por ejemplo a Fleury S. "De la retórica a la realidad: la política de salud en la transición conservadora" Cuadernos Médico-Sociales, núm 48, 1989, p. 55.
- 46.- Cordeiro H. Zavaleta "Análisis de la práctica" op. cit. p. 357. 47.- Ministerio de Salud

"La Política de Salud", Habana, Cuba, 1983.

48.- Bello J. "Política Sanitaria Argentina 1976-1981" Cuadernos Médico-Sociales, núm., 23, 1983.

49.- op. cit. Mesa-Lago Carmelo "La crisis de la" p. 37.

50.- op. cit. Miranda Gutierrez Guido "La Seguridad Social y ..." p. 58.

51.- CEPAL "El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina" Santiago de Chile, 1985, pp. 137-157.

52.- Un resumen sobre el particular se encuentra en "Segunda Conferencia Latinoamericana Sobre la Seguridad Social, Higiene Industrial, Ecología y Medio Ambiente en el Trabajo" CLAT, México, 1990, pp. 15-45.

53.- Belmartino S. Bloch "Las Políticas de Salud y Bienestar Social en Argentina" Estudios Sociológicos, vol. 2, núms. 5 y 6, 1984.

54.- Véase "Segunda Conferencia Latinoamericana sobre Seguridad Social, Ecología y Medio Ambiente en el Trabajo" CLAT, CLASEP, Mexico, 1990.

55.- Véase Belmartino S. Bloch "Las Políticas de Salud" op. cit. p. 282.

56.- Para una información más detallada de lo que significa "Patrón de Acumulación" véase: ¿Qué es un Patrón de Acumulación? de José C. Valenzuela Feijóo, ed. FE UNAM, México 1990, pp. 55-90.

57.- Para Esthela Gutierrez Garza la "relación salarial" cumple con la articulación que proponemos, véanse sus artículos en TESTIMONIOS DE LA CRISIS FCPYS, UNAM, México, núms. 1, 2, 3 y 4.

58.- Véase SPP "Información Económica y Social Básica" volumen 1, núm. 4, México, 1988, pp. 650-659.

59.- Plan Nacional de Salud 1974-1984, México, 1974.

60.- José López Portillo "Segundo Informe de Gobierno 1978" Anexo 1, México, 1978.

61.- Eduardo L. Menéndez "Modelo Médico, Salud Obrera y Estrategias de Acción del Sector Salud" Revista Nueva Antropología, núm. 29, abril, México, 1986, pp. 37-59.

62.- Periódico "unomasuno" marzo, 23, México, 1982.

63.- Carlos Rodríguez Ajenjo "Políticas de Salud: Aproximaciones a un balance del sexenio

- 1976-1982" mimeo., ponencia presentada en el encuentro "Balance de un Sexenio" Acapulco, Gro., marzo, 1982.
- 64.- C. Eibenschutz y A. Bravo "Políticas de Salud. Balance del sexenio de JLP" ponencia del encuentro "Balance de un Sexenio" Acapulco, Gro., marzo, 1982.
- 65.- Miguel de la Madrid "Sexto Informe de Gobierno" Anexo estadístico. Presidencia de la República, 1988.
- 66.- Aunque no hay coincidencia en las cifras, tendencialmente también concluye en los mismos resultados el trabajo de Víctor Soria y Guillermo Farfán "El deterioro del Bienestar Social y de la Salud en México" en TESTIMONIOS DE LA CRISIS op. cit. núm. 4, pp. 139-177.
- 67.- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Poder Ejecutivo Federal, México, 1983.
- 68.- Asa Cristina Laurell "La política Social en la Crisis: una alternativa para el sector salud" Fundación Friedrich Ebert, México, 1990, pp. 22-23.
- 69.- Secretaría de Salud "Salud y Seguridad Social" Cuadernos de Renovación Nacional No. XII, ed. FCE, México, 1988.
- 70.- Guillermo Soberón "La Salud en México: Fundamentos del cambio estructural" ed. FCE, México, 1988, p. 107.
- 71.- Para dos visiones sobre la crisis financiera de la institución (IMSS), véase los textos ampliamente citados de Víctor Soria "La crisis de la protección social en México. Un análisis de largo plazo con énfasis en el periodo 1971-1985" op. cit. y el de Pedro H. Moreno "Factibilidad y viabilidad financiera y administrativa de la seguridad social en México: el caso del IMSS" en el texto: "La política social en la crisis..." Asa Cristina Laurel op. cit.
- 72.- Situación que ha obligado al Régimen a canalizar bastantes recursos para el Programa Solidaridad, sobre todo en las áreas donde su descredito se puede medir por las votaciones adversas.
- 73.- Víctor Soria "La crisis de la protección..." op. cit. p. 190.
- 74.- Dr. Ricardo García Sainz, Asamblea del Consejo Técnico, IMSS, 1989.
- 75.- En octubre de 1989, en la ciudad de México se realizó el XXI Congreso Nacional Extraordinario del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS y en el se trató de articular un proyecto alternativo al de la Institución cuyos ejes se centraron en el Contrato Colectivo de Trabajo, véase los periódicos de los meses de octubre, noviembre y diciembre.
- 76.- Periódico "La Jornada", veinte de octubre de 1989.

77.- Véase Contrato Colectivo de Trabajo 1987-1989, IMSS y SNTSS, 1987.

78.- En este sentido, entiendo por cultura un concepto mucho más amplio que los productos propiamente llamados culturales y que se refieren a la expresión artística de los individuos, además de esto lo entiendo como expresión y condensación de fuerzas específicas y como verdaderos mundos de vida con lenguajes comunes. Véase T. Adorno "Cultura y civilización".

79.- Véase particularmente el capítulo cuarto del libro de René Villarreal "La Reestructuración Industrial en el mundo ante la Tercera Revolución Industrial" en "México 2010", México, ed. Diana, 1988, pp. 112-156. De la misma manera y con un enfoque mucho más profundo el libro de Ugo Pipitone "El Capitalismo que cambia". México, ed. ERA, 1986.

80. Ponencia presentada por el Dr. Enrique de la Garza Toledo en el Segundo Coloquio Internacional sobre "Reestructuración Productiva y Clase Obrera" Jalapa, Veracruz, octubre, 1989.

81.- Para entender la lógica de la Privatización en el caso mexicano es indispensable consultar los libros de Benito Rey Romay "La ofensiva empresarial contra la intervención del estado" México, ed. S. SSI 1984 y el de René Villarreal "Empresa Pública. Mitos y realidades. (Racionalización o privatización)" México, ed. Diana, 1988.

82. Para ver la caída del nivel salarial véase Rosa Albina Garavito "México en la década de los ochenta. La modernización en cifras" México, UAM-A, 1990.

TODOS LOS CUADROS ELABORACION PROPIA.-

Fuentes: 6º Informe de Gobierno. MMH Anexo Estadístico

1988, S.P.P. Informe Anual del Banco de México, Años 1980 - 1988

Información Económica y Social Básica S.P.P. Volumen 1 número 4 México 1986

IMSS Anuarios Estadiscos 1978 - 1987

CUADRO N° 1 VALORES ABSOLUTOS PESOS CORRIENTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

C O N C E P T O	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
PRODUCTO INTERNO BRUTO			4,470,077	6,127,632	9,797,791	17,878,720	29,471,575	47,319,700	79,442,900	192,934,900	397,573,600	
IGASTO TOTAL SECTOR PUBLICO	861,879	1,141,594	1,711,745	2,644,620	4,911,702	8,393,270	13,348,443	20,123,962	40,832,582	105,609,047	208,735,108	241279656
IGASTO TOTAL GOBIERNO FEDERAL	434,689	626,000	933,534	1,532,735	3,269,769	5,367,456	8,065,349	13,020,464	28,574,414	77,754,859	153,150,780	191720053
IGASTO DE OJDA PUBLICA	97,428	159,197	157,323	307,309	1,417,956	2,228,292	3,197,187	5,446,067	17,159,675	52,898,443	97,375,700	134446294
IGASTO DE DESARROLLO SOCIAL	162,654	213,474	296,881	445,616	728,944	1,024,920	1,660,886	2,676,763	4,469,339	10,374,003	22,528,716	25711087
IGASTO EN SALUD, SEG. SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL (1)	89,716	114,159	164,177	214,066	369,703	530,438	802,119	1,286,786	2,316,442	5,174,562	8,895,407	
ISSSTE	24,504	26,792	44,803	56,072	87,947	126,575	167,490	282,294	444,574	1,153,272	697,600	
IMSS	50,784	68,742	96,500	125,292	221,380	336,041	516,894	806,315	1,516,137	3,181,651	6,802,300	
ISSA	3,966	5,123	6,884	20,835	37,981	50,611	87,010	143,345	233,164	563,695	955,457	
IDIF	1,968	2,595	3,248	4,204	6,063	7,176	15,197	28,622	46,955	102,281	169,490	
IMSS COLABOR						8532	11138	22656	39709	61666	103700	

(1) INCLUYE S.D.M., S.M.N. Y PEMEX.

INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR BASE 1980=100	-0.32806	-0.20805	0.00000	0.28188	1.94027	3.11409	5.81517	9.73825	18.92329	45.35570	98.00982	132.64997
---	----------	----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------	----------	----------	-----------

CUADRO NÚMERO 2 VALORES ABSOLUTOS PESOS CONSTANTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

BASE 1980=100

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
POBLACION TOTAL NACIONAL	66,051	66,875	69,655	71,388	73,068	74,706	76,825	77,938	79,542	81,139	82,721	
PRODUCTO INTERNO BRUTO			4,470,077	4,780,196	4,802,206	4,345,725	4,330,637	4,406,647	3,973,478	4,162,053	4,015,894	
GASTO TOTAL SECTOR PUBLICO	1,284,200	1,441,504	1,711,745	2,063,081	2,407,380	2,040,126	1,961,461	1,874,044	2,042,314	2,278,232	2,108,435	1,805,310
GASTO TOTAL GOBIERNO FEDERAL	647,687	790,457	933,534	1,195,694	1,602,617	1,304,651	1,185,145	1,212,531	1,429,210	1,677,353	1,546,977	1,434,494
GASTO DEUDA PUBLICA	145,168	175,766	157,323	239,733	694,985	541,624	469,804	507,165	858,272	1,141,142	983,153	1,005,958
GASTO DE DESARROLLO SOCIAL	242,355	249,556	296,881	347,627	357,278	249,124	244,055	249,274	253,542	223,791	227,563	192,376
GASTO EN SALUD, SEG. SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL (1)	133,677	144,150	164,177	166,994	176,792	128,932	117,866	119,832	115,861	111,627	89,853	
ISSSTE	36,511	33,831	44,203	43,742	43,106	30,766	26,611	26,289	22,236	24,879	7,046	
IMSS	75,668	86,801	96,520	97,741	108,565	81,680	75,941	75,088	75,832	68,636	68,710	
ISSA	5,909	6,469	6,854	16,253	18,616	12,302	12,785	13,349	11,662	12,160	9,651	
IDIF	2,932	3,277	3,248	3,280	2,972	1,744	2,233	2,665	2,349	2,206	1,712	
IMSS-COFLAMAR	0	0	0	0	0	2,074	1,637	2,110	1,536	1,128	1,856	

(1) INCLuye S.D.N., S.M.N. Y PEMEX.

CUADRO N° 2.1 % GASTO/CONCEPTO V.S. GASTO TOTAL SEC.PUB.

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

BASE 1980=100

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
% GASTO DEL PIB POR SALUD, SEG. SOC. Y ASIST. SOC.			3.6%	3.4%	3.6%	2.9%	2.7%	2.7%	2.9%	2.6%	2.4%	
%GASTO TOTAL SECTOR PUBLICO	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
%GASTO TOTAL GOBIERNO FEDERAL	50.44%	54.84%	54.54%	57.96%	66.57%	63.95%	60.42%	64.70%	69.08%	73.63%	73.37%	79.46%
%GASTO DEUDA PUBLICA	11.30%	12.19%	9.10%	11.62%	28.87%	26.55%	23.05%	27.06%	42.02%	50.09%	46.65%	55.72%
%GASTO DE DESARROLLO SOCIAL	18.87%	18.70%	17.34%	16.85%	14.64%	12.21%	12.44%	13.30%	10.95%	9.82%	10.79%	10.66%
%GASTO EN SALUD, SEG. SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL (1)	10.41%	10.00%	9.59%	8.02%	7.34%	6.32%	6.01%	6.39%	5.67%	4.90%	4.26%	0.00%
FISSSTE	2.84%	2.35%	2.62%	2.12%	1.79%	1.51%	1.25%	1.40%	1.09%	1.09%	0.33%	0.00%
FIMSS	5.82%	6.02%	5.64%	4.74%	4.51%	4.00%	3.87%	4.01%	3.71%	3.01%	3.26%	0.00%
ISSA	0.46%	0.45%	0.40%	0.79%	0.77%	0.60%	0.65%	0.71%	0.57%	0.53%	0.46%	0.00%
IDIF	0.23%	0.23%	0.19%	0.16%	0.12%	0.09%	0.11%	0.14%	0.11%	0.10%	0.08%	0.00%
FIMSS-COFLAMAR	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.10%	0.08%	0.11%	0.08%	0.06%	0.09%	

(1) INCLUIRE S.D.N., S.M.N. Y FEMER.

CUADRO N° 3 COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL IMSS

VALORES ABSOLUTOS PESOS CORRIENTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

C O N C E P T O	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	49,324.1	61,698.7	81,677.3	121,431.6	204,301.1	343,665.6	530,675.3	860,996.6	1,528,747.0	3,306,981.0	7,653,748.0	
PRESTACIONES EN ESPECIE (1)	30,819.0	36,544.2	47,347.5	67,851.8	113,955.9	186,208.3	295,063.2	429,602.4	774,886.0	1,926,211.0	4,363,669.0	
PRESTACIONES ECONOMICAS (2)	9,949.6	11,923.2	16,078.2	22,564.4	35,738.6	58,978.6	95,174.0	165,878.6	309,530.6	661,484.0	1,464,707.0	
ADMINISTRACION	6,680.3	8,624.0	13,098.1	20,537.4	37,551.8	65,427.5	93,462.8	147,265.9	264,197.7	209,449.0	1,328,275.0	
OTROS	2,575.2	4,607.3	5,161.5	10,478.0	17,054.8	33,051.2	46,975.4	118,249.7	180,132.1	509,787.0	497,097.0	

(1) INCLUYE: ASISTENCIA MEDICA, FARMACIA, LABORATORIO,

HOSPITALIZACION Y OTRAS PRESTACIONES.

(2) INCLUYE: PENSIONES, SUBSIDIOS, PENSIÓNITOS E INDEMNIZACIONES,

TAJAS PARA MATRIMONIO Y AJUAR DE FUNERAL.

CUADRO N° 4 COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL IMSS

VALORES ABSOLUTOS PESOS CONSTANTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

FUENTE PRODUCTO

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	73,492.9	77,907.7	81,677.3	94,729.4	100,134.4	83,533.7	77,978.9	80,180.3	76,463.0	71,339.2	77,310.6	
PRESTACIONES EN ESPECIE (1)	45,911.4	46,144.8	47,347.5	52,931.5	59,853.4	45,261.1	43,357.4	40,006.7	38,757.3	41,552.8	44,077.5	
PRESTACIONES ECONOMICAS (2)	14,824.9	15,055.6	16,078.2	17,602.6	17,516.6	14,335.7	13,985.1	15,447.4	15,481.7	14,269.7	14,795.0	
ADMINISTRACION	9,985.6	10,889.6	13,098.1	16,021.3	18,405.3	15,903.3	13,733.7	13,714.1	13,214.3	4,518.3	13,416.9	
IGUADO	3,834.1	5,817.7	5,161.5	6,173.9	8,359.1	6,033.7	6,902.7	11,012.0	9,009.6	10,997.3	5,021.2	

(1) INCLUYE: ASISTENCIA MEDICA, FARMACIA, LABORATORIO, HOSPITALIZACION Y OTRAS PRESTACIONES.

(2) INCLUYE: PENSIONES, SUBSIDIOS, FINIQUITOS E INDEMNIZACIONES.

AYUDAS PARA MATRIMONIO Y AYUDAS DE FUNERAL.

CUADRO N.º 4.1 COSTO POR DERECHABIENTE IMSS

VALORES ABSOLUTOS PESOS CONSTANTES

PERIODO 1978-1988

(MILES DE MILLONES DE PESOS)

BASE 1980=100

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
POBLACION DERECHABIENTE IMSS (MILES)	22,638	24,661	30,354	35,530	36,538	37,758	41,222	45,964	40,878	44,421	46,208	
COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	3.25	3.16	2.69	2.67	2.74	2.21	1.89	1.74	1.87	1.61	1.67	
PRESTACIONES EN ESPECIE (1)	2.03	1.87	1.56	1.49	1.53	1.20	1.05	0.87	0.95	0.94	0.95	
PRESTACIONES ECONOMICAS (2)	0.65	0.61	0.53	0.50	0.48	0.38	0.34	0.34	0.38	0.32	0.32	
ADMINISTRACION	0.44	0.44	0.43	0.45	0.50	0.42	0.33	0.30	0.32	0.10	0.29	
OTROS	0.17	0.24	0.17	0.23	0.23	0.21	0.17	0.24	0.22	0.25	0.11	

(1) INCLUYE: ASISTENCIA MEDICA, FARMACIA, LABORATORIO,

HOSPITALIZACION Y OTRAS PRESTACIONES.

(2) INCLUYE: PENSIONES, SUBSIDIOS, PENALIDADES E INDEMNIZACIONES,

TAJAS POR MATRIMONIO Y AJUADOS DE FUNERAL.

CUADRO N.º 5 INGRESOS INSS

VALORES ABSOLUTOS PESOS CORRIENTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

C O N C E P T O	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
INGRESOS TOTALES	54,368.1	70,435.0	99,447.7	143,591.4	235,765.3	347,403.9	538,703.9	930,446.7	1,592,942.3	3,650,725.0	7,671,206.0	
PROVENIENTES DE EMPLEADOS Y EMPLEADORES	46,244.0	59,572.3	83,468.3	120,213.9	192,764.8	283,593.4	434,626.7	783,917.7	1,377,025.1	3,234,520.0	5,992,409.0	
EMPLEADOS	11,471.0	14,737.9	20,370.4	29,231.0	46,710.9	68,887.0	110,987.6	189,780.7	325,247.0	741,954.0	1,603,961.0	
EMPLEADORES	34,773.0	44,834.4	63,097.9	90,982.9	146,053.9	214,706.4	343,639.1	594,137.0	1,051,778.1	2,492,566.0	5,388,448.0	
PROVENIENTES DEL GOBIERNO	6,244.5	7,985.3	10,989.9	15,839.3	24,283.3	37,539.1	61,824.7	103,602.0	123,887.5	195,066.0	452,375.0	
OTROS INGRESOS	1,879.6	2,877.4	4,989.5	7,538.2	13,715.2	26,271.4	22,252.5	-2,927.0	92,029.7	221,137.0	226,442.0	

CUADRO N° 5.1 PARTICIPACION PORCENTUAL DEL INGRESO

VALORES ABSOLUTOS PESOS CONSTANTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

BASE 1970=100

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
INGRESOS TOTALES	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
PROVENIENTES DE EMPLEADOS + EMPLEADORES	85.06%	84.58%	83.83%	83.72%	81.76%	81.63%	80.68%	84.25%	86.45%	88.60%	91.15%	
EMPLEADOS	21.10%	20.92%	20.48%	20.56%	19.81%	19.83%	20.60%	20.40%	20.42%	20.32%	20.91%	
EMPLEADORES	63.96%	63.65%	63.35%	63.16%	61.95%	61.80%	63.79%	63.86%	66.03%	68.28%	70.24%	
PROVENIENTES DEL GOBIERNO	11.49%	11.34%	11.05%	11.03%	10.30%	10.81%	11.48%	11.13%	7.78%	5.34%	5.90%	
FORMAS INGRESOS	3.46%	4.09%	5.02%	5.25%	7.94%	7.56%	4.13%	4.61%	5.78%	6.06%	2.95%	

CUADRO N° 6 INGRESOS IMSS

VALORES ABSOLUTOS PESOS CONSTANTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

BASE 1980=100

C O N C E P T O	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
INGRESOS TOTALES	81,008	88,939	99,448	112,016	115,555	86,442	79,159	86,648	79,676	78,755	77,487	
INGRESOS DE EMPLEADOS Y EMPLEADORES	68,904	75,223	83,458	93,779	94,480	68,932	63,865	73,002	68,874	69,776	70,630	
EMPLEADOS	17,092	18,610	20,370	22,803	22,894	16,744	16,309	17,673	16,268	16,006	16,202	
EMPLEADORES	51,812	56,613	63,098	70,976	71,586	52,188	50,495	55,329	52,607	53,770	54,429	
INGRESOS DEL GOBIERNO	9,306	10,083	10,990	12,356	11,902	9,125	9,085	9,648	6,196	4,208	4,569	
OTROS INGRESOS	2,801	3,633	4,990	5,881	9,173	6,386	3,270	3,998	4,603	4,770	2,287	

CUADRO N.º 6.1 INGRESOS POR DERECHABIENTE EN EL INSS

VALORES ABSOLUTOS PESOS CONSTANTES

PERIODO 1978-1989

C O N C E P T O	REMUNERACION A ASALARIADOS											
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
BASE 1985=100			100.00	104.93	102.46	87.93	84.73	83.25	86.21			
			40.60	42.60	41.60	35.70	34.40	33.80	35.00			
C O N C E P T O	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
POBLACION DERECHABIENTE INSS (MILES)	22,638	24,661	30,354	35,530	36,538	37,758	41,222	45,964	40,878	44,421	46,208	
INGRESOS TOTALES	3.58	3.61	3.28	3.15	3.16	2.24	1.92	1.89	1.95	1.77	1.68	
PROVENIENTES DE EMPLEADOS Y EMPLEADORES	3.04	3.05	2.75	2.64	2.59	1.83	1.55	1.59	1.68	1.57	1.53	
EMPLEADOS	0.76	0.75	0.67	0.64	0.63	0.44	0.40	0.38	0.40	0.36	0.35	
EMPLEADORES	2.29	2.30	2.08	2.00	1.96	1.38	1.22	1.20	1.29	1.21	1.18	
PROVENIENTES DEL GOBIERNO	0.41	0.41	0.36	0.35	0.33	0.24	0.22	0.21	0.15	0.09	0.10	
OTROS INGRESOS	0.12	0.15	0.16	0.17	0.25	0.17	0.08	0.09	0.11	0.11	0.05	

CUADRO N.º 6.2 INGRESOS FONDERO HABIENTE EN EL IMSS

VALORES ABSOLUTOS PESOS CORRIENTES

PERIODO 1978-1988

(MILES DE MILLONES DE PESOS)

CONCEPTO	REMUNERACION A ASALARIADOS										
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
POBLACION FONDERO HABIENTE IMSS (MILES)	22,638	24,661	30,354	35,530	36,538	37,758	41,222	45,964	40,878	44,421	46,208
INGRESOS TOTALES	2401.63	2856.13	3276.26	4041.41	6452.55	9200.80	13068.36	20242.94	38968.21	82184.66	166014.67
INGRESOS DE EMPLEADOS Y EMPLEADORES	2042.76	2415.65	2749.83	3383.45	5275.73	7510.82	10543.56	17055.04	33686.22	72815.11	151324.84
EMPLEADOS	508.77	597.62	671.09	822.77	1278.42	1824.43	2692.44	4128.90	7756.53	16702.78	34712.76
EMPLEADORES	1530.05	1819.03	2078.73	2560.71	3997.32	5686.39	8336.30	12926.14	25929.69	56112.33	116612.08
INGRESOS DEL FONDERO	275.84	323.80	362.06	445.80	664.69	994.70	1499.80	2253.98	3030.66	4391.35	9789.77
OTROS INGRESOS	85.02	116.88	164.38	212.16	512.21	695.78	537.82	935.93	2251.33	4978.21	4900.49

CUADRO N° 7 INGRESOS ISSSTE
 VALORES ABSOLUTOS PESOS CORRIENTES
 PERIODO 1978-1988
 (MILLONES DE PESOS)

C O N C E P T O	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
INGRESOS TOTALES	19,185	26,430	35,090	55,658	62,653	78,028	143,038	221,194	486,600	1,229,598	2,519,000	
EMPLEADOS	6,957	9,393	11,544	19,628	28,740	40,556	69,940	104,420	158,600	397,298	612,000	
PROVENIENTES DEL GOBIERNO + ORGANISMOS	10,593	14,853	18,277	30,359	29,196	30,888	68,216	109,218	265,300	732,341	1,407,000	
OTROS INGRESOS	1,635	2,184	5,249	5,671	4,717	6,584	5,782	7,556	62,700	99,959	500,000	

CUADRO N° 8 INGRESOS ISSSTE

VALORES ABSOLUTOS PESOS CONSTANTES

PERIODO 1978-1988

(MILLONES DE PESOS)

BASE 1980=100

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
INGRESOS TOTALES	28,586	33,373	35,090	43,419	30,708	18,966	21,151	20,599	24,338	26,525	25,444	
EMPLEADOS	16,366	11,861	11,544	15,312	14,086	9,858	10,277	9,724	7,933	8,571	6,182	
PREVENIENTES DEL GOBIERNO Y ORGANISMOS	15,784	18,755	18,277	23,683	14,310	7,508	10,024	10,171	13,269	15,798	14,212	
OTROS INGRESOS	2,436	2,758	5,267	4,424	2,312	1,600	850	704	3,136	2,156	5,051	

CUADRO Nº 9 POBLACION

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
POBLACION TOTAL NACIONAL	66,051	66,875	69,655	71,368	73,068	74,706	76,825	77,938	79,542	81,139	82,721	
POBLACION DEBIDO-AMBIENTE Y AMARADA	27,632	29,540	33,339	40,869	42,005	43,368	47,302	52,411	47,835	51,777	53,880	
FIESTE	4,994	4,879	4,985	5,319	5,467	5,610	6,080	6,447	6,957	7,356	7,672	
IMSS	22,638	24,661	30,354	35,530	36,538	37,750	41,222	45,964	40,878	44,421	48,208	
DEBIDO-AMBIENTES	19,789	20,988	24,125	29,916	29,885	28,977	29,388	31,579	31,062	34,336	35,886	
IMSS COFLAMAP												
P.C.		8,145	9,776	13,435	15,648	12,428	13,542	13,542				
P.A.		1,113	3,771	6,490	7,721	6,542	9,357	11,660	8,223	6,489	8,774	
SOLIDARIDAD SOCIAL												
P.C.	3,814	3,765	3,936	3,919	4,343	5,811	3,811	3,811				
P.A.	2,649	2,560	2,458	2,124	1,932	2,239	2,477	2,775	1,593	1,596	1,548	

CUADRO NÚMERO 10 ÍNDICE DE CRECIMIENTO

PERÍODO 1978-1988

BASE 1980=100

CONCEPTO	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
PRODUCTO INTERNO BRUTO	0	0	100	107	107	97	97	99	89	93	90	
GASTO TOTAL SECTOR PÚBLICO	75	84	100	121	141	119	115	109	119	133	123	
GASTO TOTAL GOBIERNO FEDERAL	69	85	100	128	172	140	127	130	153	180	166	
GASTO GOBIERNO PÚBLICO	92	112	100	152	442	364	299	322	566	725	625	
GASTO DE DESARROLLO SOCIAL	82	91	100	117	120	84	82	84	75	75	77	
GASTO EN SALUD, SEG. SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL (1)	81	88	100	102	108	79	72	73	71	68	55	
ISSSTE	81	76	100	98	96	69	55	59	50	56	16	
IMSS	78	90	100	101	112	85	79	78	79	71	71	
ISSA	86	94	100	236	270	179	186	194	169	177	140	
IDIF	90	101	100	101	91	54	69	82	72	68	53	
DEUDA PÚBLICA PER CAPITA	97	116	100	169	421	321	271	288	478	623	526	
DESARROLLO SOCIAL PER CAPITA	86	95	100	114	115	78	75	75	66	65	65	
SALUD, SEG. SOCIAL Y ASISTENCIA SOC. PER CAPITA (1)	86	91	100	99	103	73	65	65	62	58	46	

(1) INCLUYE S.D.N., S.M.N. Y PFMEX.

BIBLIOGRAFIA

- Basaglia, Franco. "La Salud de los trabajadores (aportes para una política de la salud)". México, ed. Nueva Imagen, 1978.
- Eibenschutz, C. "Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano", Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, México, UNAM, núm. 106, 1981.
- Fassler, Clara "Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena (1973-1980). Revista Latinoamericana de Salud, México, núm 2, 1982.
- "Transformación Social y Planificación de la Salud en América Latina" México, UAM-X, 1983.
- Foucault, Michel. "El nacimiento de la clínica" México, Ed. S.XXI, 1982.
- "¿Crisis de un modelo de la medicina? Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, Costa Rica, núm. 3, 1976.
- "El Nacimiento de la Medicina Social" Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, Costa Rica, núm. 6, 1977.
- Laurell, Asa C., "La Salud-Enfermedad como Proceso Social" Revista Latinoamericana de Salud, México, núm. 2, 1982.
- "La Política de Salud en la Crisis Económica: 1976-1978" Territorios, México, núm 2, 1980.
- "La Política de Salud en los Ochenta" Cuadernos Políticos, México, núm 23, 1980.
- "Medicina y Capitalismo en México" Cuadernos Políticos, México, núm 5, 1975.
- "La política social en la crisis: una Alternativa para el Sector Salud" Documentos de Trabajo Fundación Friedrich Ebert, México, núm. 27, 1991.
- Lombera, Palleras "La Seguridad Social en el proceso de cambio internacional" México, IMSS, 1980.
- López Acuña D., "La Salud Desigual en México" México, ed. S.XXI., 1982.
- Menéndez, Eduardo "Modelo Médico, Salud Obrera y Estrategias de Acción del Sector Salud" Revista Nueva Antropología, México, núm 29, 1986.
- Rodríguez, Ajenjo "Políticas de Salud: Aproximaciones a un balance del sexenio 1976-1982"

Ponencia del encuentro: "Balance de un sexenio" Acapulco, Gro., México, 25, 26 y 27, marzo, 1982.

Rojas, Soriano "Capitalismo y Enfermedad" México, ed. Folios, 1982.

"Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica" México, ed. Plaza y Valdes Editores, 1990.

Sría. de Salud "Salud y Seguridad Social" Cuadernos de Renovación Nacional" México, ed. FCE, núm XII, 1988.

Soria, Víctor "La Crisis de la Protección Social en México, un análisis de Largo Plazo con énfasis en el período 1971-1985" Testimonios de la Crisis, México, ed. S.XXI, núm 2, 1988.

"El deterioro del Bienestar Social y de la Salud en México" Testimonios de la Crisis, México, ed. S.XXI, núm 4, 1990.

Villareal, René "México 2010: De la Industrialización Tardía a la Reestructuración Industrial" México, ed. Diana, 1988.

Zemelman, Hugo. "Estado Poder y Lucha Política" Casa de Chile en México, ed. Villicaña S.A., 1986.