

6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ARAGÓN

LA MEDICINA TRADICIONAL ALTERNATIVA ANTE EL EMBATE NEOLIBERAL

ENSAYO MONOGRÁFICO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

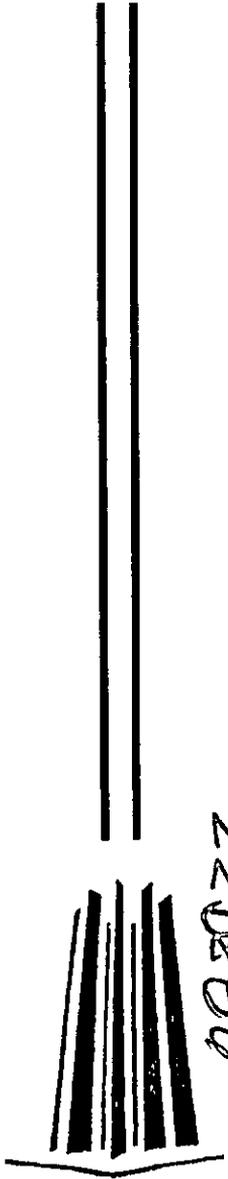
PRESENTA:

MARTHA LARA VÁZQUEZ

Asesor:

Profesor Gorizálo Alejandro Ramos

203932



MÉXICO

2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CONTENIDO	PAGINAS
1.- INTRODUCCIÓN	3
2.- LA MEDICINA EN EL CONTEXTO DE LA MODERNIDAD	8
2.1.- Organismos mundiales y las políticas nacionales de salud	17
2.2.- Políticas y programas nacionales de salud	22
2.3. - Modelo actual de atención a la salud en México	37
2.4. - Eficacia del modelo de salud para las clases sociales bajas	53
3. - CULTURA Y COSMOVISION DE UN PUEBLO ANTE LA SALUD Y ENFERMEDAD	62
3.1. - - Sincretismo cultural y cosmovisión de un pueblo en la atención a la salud	66
3.2. - La medicina tradicional una opción a la salud	81
3.3. - Incorporación de la medicina tradicional al sistema nacional de salud	88
4. - INVESTIGACION EXPLORATORIA EN USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN UNA COLONIA SUBURBANA DEL VALLE DE MEXICO	93
4.1. - Estudio en la colonia Ampliación Palmatitla y Cocoyotes, Cuautepec Barrio Alto Delegación Gustavo A. Madero en el D.F.	98
- Análisis y conclusiones	127
- BIBLIOGRAFIA	131

INTRODUCCION

La Ciudad de México se ve inmersa a una serie de contradicciones, mismas que se han acentuado a partir de que el país se enfiló en el neoliberalismo, modelo económico que en la década de los setenta, planteó la necesidad de una reestructuración del capitalismo a nivel mundial.

La corriente del papel neoliberal le atribuía al Estado un papel altamente importante en las causas de las crisis. Desde la perspectiva neoliberal, se planteó que la inflación y los déficit gubernamentales podrían reducirse si se limitaba el gasto público y el papel intervencionista desplegado por el Estado desde la Gran Depresión.

El neoliberalismo promovido teóricamente por intelectuales como Milton Frieman y la escuela monetarista de Chicago, ha encontrado eco para sus teorías en los organismos financieros internacionales como el FMI y el Banco Mundial, organismos que proponen entre otros puntos, la disminución de la intervención estatal en la economía y la cesión de la actividad económica paraestatal a los creadores originales del bienestar económico; es decir, a los empresarios privados.

La crisis permanente que sufre nuestro país desde 1982 y las políticas neoliberales aplicadas por los tres últimos gobiernos, han deformado la estructura económica urbana y minado las condiciones para lograr la viabilidad económica de la metrópoli.

El complejo económico formado por el Distrito Federal y el Estado de México- cuyos municipios económicamente más importantes están conurbados - perdió, entre 1980 y 1996, 2.74 % de su participación en el producto interno bruto nacional, a causa de tasas de crecimiento menores que la nacional.

La gran industria, privilegiada por la política económica neoliberal, se mantuvo, modernizó y volcó a la exportación. Pero la micro, pequeña y mediana empresa quebraron a causa de la reducción de la demanda interna; la competencia desigual en el "libre" mercado; la dificultad para cambiar tecnológicamente; las tasas de interés y la usura de la banca y la falta de apoyo estatal; las cadenas productivas se desarticularon.

La construcción, muy dependiente de los ciclos económicos globales, se orientó hacia el sector moderno (oficinas, comercios de lujo) y la población de altos ingresos tiene un carácter abiertamente especulativo, y muestra signos de sobreoferta y saturación de mercado. El comercio ha sufrido una contracción importante y se polariza entre una franja de elite, formada por centros comerciales y supermercados y una popular, con gran participación de comercio callejero, tianguis y otras ofertas atrasadas.

Al tiempo que la economía metropolitana pierde competitividad en los mercados nacionales e internacionales, se polariza entre un reducido sector "moderno" abierto, elitizado, que genera poco empleo bien remunerado y estable; y otro popular, atrasado, que produce empleos inestables y mal pagados.

El neoliberalismo por lo tanto, ha venido acentuar más los niveles de pobreza y pobreza extrema, determinado por factores como el debacle financiero, la rescisión económica, la caída salarial y la pérdida de millones de empleos, mismos que han llevado a la gran mayoría de los ciudadanos de este país, a ver deteriorada cada vez más su vida.

Bien es cierto que nuestro país no es pobre porque tiene recursos y riquezas, sin embargo, la intensa problemática social se deriva de una distribución altamente regresiva del ingreso y la riqueza, no así del desarrollo en abstracto. Los salarios mínimos han decaído en cada periodo, ha habido un incremento en los sueldos pero no en los salarios.

Hoy en día, un obrero requiere de un ingreso correspondiente a tres y medio salarios mínimos para cubrir su canasta básica, y según el censo de 1990 cerca del 70 % de la Población Económicamente Activa, gana tres salarios mínimos o menos, algunos estudios demuestran que las actividades informales no han sido suficientes para impedir la caída del ingreso familiar.

El Distrito Federal es muestra de la situación económica, política y social en la que actualmente se ve inmerso todo el país: la infraestructura urbana, el acceso a las vías de comunicación, la pérdida de numerosos puestos de trabajo y el desempleo, se presentan como problema apremiante; todo esto conlleva, a que se ve de cada vez más, una marcada desigualdad social ya que millones de mexicanos son penosos testigos del fracaso de las políticas gubernamentales.

Es importante destacar que la salud es una precondition para una igualdad de oportunidades, junto con la educación y la alimentación, ya que solo los individuos sanos pueden generar mejor trabajo, y, por consiguiente, riqueza social. No obstante en nuestro país, uno de cada diez mexicanos, viven en localidades de elevada marginación con escasez de servicios, carencia de fuentes de trabajo, empleo remunerado de bajo ingreso, precariedad, aislamiento y exclusión; para atender a esta población, hay .08 % médicos por cada mil habitantes.

El Estado, que con anterioridad buscaba afanosamente los recursos necesarios para mantener su hegemonía (o el consenso social) vino a cambiar de estrategia en los años ochenta. Los dirigentes del gobierno han decidido no gastar recursos en promover el consenso social; de 1982 a 1990 han hecho todo lo posible para pagar la deuda externa y sus intereses; han buscado afanosamente ser muy "responsables" ante el Fondo Monetario Internacional y la banca privada, sin importar los efectos que se generan en la sociedad mexicana, particularmente entre los grupos asalariados y los de bajos recursos.

Por otra parte, cuando la civilización moderna ha llegado a un alta redefinición en conocimientos y medios tecnológicos para tratar la enfermedad, causa una gran insatisfacción que muchos de esos medios no se

hallen al alcance de grandes cantidades de seres humanos, por lo que todos esos seres desprotegidos de los programas y políticas de bienestar, busquen alternativas para tener acceso a los servicios de salud.

La medicina tradicional, en caso específico la herbolaria, ha venido a constituir una alternativa para conseguir la salud, además de ser un elemento de cohesión social, identificación étnica y expresión cultural; las clases sociales de bajos recursos retoman sus conocimientos ancestrales para hacer frente a problemas de enfermedad que se presentan en la familia.

•

La Medicina Tradicional ha acaparado el interés de la comunidad médica y científica nacional; la Organización Mundial de la Salud y el Sistema Médico oficial han vuelto sus ojos a la medicina tradicional como una forma de llegar a cumplir la política " Salud para todos en el año 2000 " y donde solo en la actualidad la República de Cuba la ha alcanzado.

A través de este estudio se pretende describir la alternativa de la medicina tradicional, como respuesta a la medicina alópata que responde a niveles económicos, aculturación y modernización, apegada a los dictámenes de organismos mundiales y alejándose de las políticas nacionales de salud y modelos de atención a la salud.

Una segunda etapa de este estudio, lo constituyó una investigación hipotético-deductiva, llevada a cabo en las colonias Ampliación Palmitilla y Cocoyotes en Cuauhtémoc Barrio Alto, en la Delegación Gustavo A. Madero en México Distrito Federal, en el cual partimos del supuesto, de que los efectos modernizadores neoliberales en México, en lo que se refiere a su incidencia en el sistema oficial de atención a la salud en el nivel curativo, basado en la medicina de tipo alópata, están provocando una ineficiente cobertura en los servicios de salud, debido a una creciente incompatibilidad sistemática en lo cultural y en lo económico, sobre todo en las zonas consideradas pobres, cuestión que esta dando como resultado el uso de recursos curativos tradicionales por un lado, como una forma alternativa a su pobreza, y por el otro, como

una forma de resistencia, propiciado por un alejamiento entre lo natural y la violencia inherente a la medicina oficializada.

La indagación sobre las causas que están favoreciendo este proceso, es la inquietud que nos ha guiado en este seguimiento de las transformaciones que están ocurriendo en esta parte de la Ciudad de México. Esta tarea se llevó a cabo a través de medios diversos como: el trabajo de campo, la búsqueda hemerográfica; las entrevistas la recopilación de trabajos de la zona y de la encuesta aplicada a los habitantes de la comunidad.

A través de este trabajo empírico de tipo transversal descriptivo, se determinó el universo de estudio, donde al no poder estudiar 100 % de la población, por no contar con recursos económicos, ni humanos, se decide tomar el 10 % de la población, 130 personas de un total de 1253 familias de acuerdo a un previo estudio de comunidad en estas colonias, la selección de la muestra fue aleatoria, tomándose 50 % de la población de Palmatitla y 50% de la Colonia Cocoyotes.

La elección de estas colonias para estudio, se hizo principalmente por que ya se conocía a la comunidad por estudios previos, contándose para ello con estudio de comunidad, investigación sobre la mujer en el uso de la medicina tradicional y porque reúne los requisitos de estar ubicada en la periferia del Distrito Federal, debido a que los grupos sociales al apropiarse de un espacio geográfico determinado, le modifican y lo transforman en función de sus necesidades de reproducción social-urbana, alteran el medio físico de ese lugar, actuando en ese proceso, los sectores sociales, iniciativa privada y Estado.

Este estudio, es un primer acercamiento desde el punto de vista de las ciencias sociales, y se abre a un campo en el que pueden plantearse numerosas interrogantes cuyas respuestas dependerán, en buena medida, de la visión disciplinaria involucrada en el análisis. Se espera que sirva como fuente de consulta para construir nuevas interpretaciones de la realidad, de explicar los fenómenos que no se pudieron explicar y de buscar la posibilidad de continuar en investigaciones de esta naturaleza, el cual afortunadamente es tan amplio como el sociólogo la perciba.

2. - LA MEDICINA EN EL CONTEXTO DE LA MODERNIDAD

En el sistema capitalista concebido como neoconservador donde predominan los criterios de maximización de la ganancia, el problema de la distribución de los beneficios, se resuelve sobre la base de los criterios de productividad o de agente productivo y no atendiendo a los criterios humanitarios o de bienestar; por lo tanto, la desigualdad per se no es el problema a atacar, ello deberá estar vinculado al efecto o como producto funcional del sistema.

Por lo tanto, uno de los efectos inmediatos del también llamado modelo neoliberal en el ámbito del desarrollo urbano y regional, es la severa restricción presupuestaria para atender adecuadamente el crecimiento exponencial de las ciudades, o sea, viviendas económicas para los trabajadores, educación, dotación de servicios público y privado, el mantenimiento de estos, transporte público, vigilancia, lo que se conoce como medicina social.

La medicina social, estudia todos los factores que conforman la condición social de un grupo en particular, y que afecta el estado de salud de cualquiera de los miembros del grupo; y en base de ese conocimiento, propone las medidas de naturaleza médica, sanitaria o social que sean necesarias para mantener la salud, y hacerla accesible al pueblo, en cuanto a logros de la ciencia en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Y en este ensayo nos interesa analizar los servicios de salud de atención personalizada.

Por otra parte, los efectos del neoliberalismo y sus programas de ajuste como el Pacto de Estabilidad y Crecimiento Económico (PECE.), se reflejan con mayor representatividad en las ciudades y de manera especial en las macrociudades, que en el caso del Distrito Federal o zonas conurbadas como la ciudad de México, que por su magnitud y con relación a la inexistencia de un programa de Medicina Social, bien podría considerarse la más problemática del orbe.

Pero veamos cómo se reflejan los programas de ajuste económico en las grandes ciudades subdesarrolladas, y que aspecto de la vida socioeconómica afectan o atienden en mayor grado, sin que por ello dejemos de reconocer que la crisis se manifiesta también en provincia, y su gravedad varía de una región a otra.

La evolución del gasto social, el empleo y los salarios durante la década de los ochenta, ha jugado un papel clave en el deterioro de las condiciones en las que ocurre la reproducción cotidiana e intergeneracional de las unidades domésticas.

Como se sabe, la manutención de los trabajadores y sus familias depende de: a) La disponibilidad de empleo y de los niveles de remuneración, que condicionan la cantidad y calidad de los bienes que las familias pueden comprar en el mercado: b) Del conjunto de actividades que sus integrantes realizan en el ámbito doméstico, que van desde la compra de los bienes y su elaboración para ser consumidos hasta la realización de otras tareas esenciales para la reproducción cotidiana y: c) De la prestación de servicios de educación, salud, seguridad social y de subsidios de productos básicos por parte del Estado.

Las tres condiciones citadas sufrieron importantes modificaciones en la década de los ochenta, afectando en particular a los sectores populares y de bajos recursos económicos.

Debe destacarse un elemento central en este estudio que va relacionado con los componentes de bienestar, los cuales no siempre caminan a la misma velocidad, y que su noción de multidimensionalidad o integración de capacidades necesarias para contar con los consumos mínimos, puede ilustrarse en relación entre el salario real, distribución funcional del ingreso y el acceso a la infraestructura y los servicios públicos.

A partir de la década de los 80' por efecto del proceso modernizador del neoliberalismo, observamos que han caído los salarios reales y ha empeorado la distribución funcional del ingreso, se ha mantenido o mejorado el acceso a los servicios urbanos, aunque al costo de sacrificar la calidad de los mismos. La persona pobre ha debido pagar y resignarse a sufrir la atención (o desatención) de la medicina pública (llamada abierta u oficial).

Actualmente si requiere un servicio de atención médica privada; deberá pagar consulta médica, más una cuota por fármacos, y la tarifa aumenta en precio por servicios de diagnóstico (laboratorio, rayos X) y servicios especializados de alta tecnología, sin que por ello mejoren significativamente la regularidad y calidad de estos servicios.

Otro aspecto importante a desglosar, es el crecimiento demográfico al que se enfrenta nuestra ciudad, donde la ocupación del suelo urbano es indicador de una necesidad básica, la vivienda, cuya velocidad depende más de la oferta de oportunidades institucionales y del valor comercial de los terrenos periféricos, que de decisiones e intereses individuales.

Actualmente la mancha urbana rebasa límites de espacio, dada por la tolerancia del gobierno del Distrito Federal frente a la ocupación del suelo periférico; en su momento, las movilizaciones urbano-populares y a la no planeación urbana, aunado a esto la respuesta gubernamental en la construcción de fraccionamientos alternativos, programas de regularización de la tenencia de la tierra, programas de construcción de vivienda popular y control corporativo del suelo construido, más ciertas dosis de represión y conflicto dentro de las unidades invasoras.

Esto ha traído consigo, carencia de servicios, invasiones de suelo urbano como un medio de aliviar la presión poblacional, y más que nada, los programas y planes de salud no tienen la cobertura deseada, encontrándose gran parte de la población de bajos recursos, con la inaccesibilidad a los servicios y programas de salud.

Por otra parte, cuando por efecto del neoliberalismo, la salud es vista como mercancía y por ende se le asigna un precio, ésta tiende a distribuirse diferencialmente entre los miembros de una sociedad. Retomando lo que dice Ortiz Quezada, "es válido hablar de una organización de la medicina, cuyos propósitos sirven al capital y al Estado, factor cuyo interés influye de modo decisivo en el conocimiento y práctica del médico"¹ el cual se vale para lograrlo, entre

Otros recursos, de un aparato ideológico, de la organización del trabajo médico y del desarrollo científico "moderno". Estos aspectos repercuten a que la práctica médica oficial y privada se centren en la atención curativa y rehabilitatoria, escasamente prestan servicios preventivos, pues los elevados precios que la caracterizan están por encima del poder de compra de la gran masa de población, de esta manera el acceso a sus beneficios queda restringido o vedado.

Así en éste país, y sobre todo en el ámbito urbano, la medicina preventiva aún no ha sido convertida en mercancía accesible, pues gran parte del presupuesto, corre a cargo del Estado y a éste le es oneroso su servicio.

La tendencia modernizadora neoliberal, nos ha conducido a factores que es importante destacar y se dan dentro de las instituciones de salud, siendo estas: la especialización y superespecialización de los trabajadores de la salud, misma que responde más a las necesidades de países altamente desarrollados que a México. Esto conlleva a que los profesionales de la salud se concentren sólo en los grandes centros médicos de alta especialidad.

Así mismo, la educación continúa de los profesionistas, se ve inducida por el tiempo que se destina a la ganancia, encontrándose sujetos a las leyes del mercado y la libre empresa. Lo anterior lleva a la medicina al lucro y a dar una atención impersonal, deshumanizada y burocratizada aún a nivel intra

¹ López Acuña, Daniel, Las Salud desigual en México, Pág.66.

hospitalario; olvidándose los profesionales, de la enfermedad, como producto de las condiciones económico-sociales y conflictos psicológicos de la población que atienden.

La medicina bajo el sistema capitalista y como institución social se ve presa a las necesidades del mercado, Nos dice Brudon:

* Si se analizan las causas de mortalidad en función de la localización geográfica de las poblaciones nos encontramos frente a dos tipos distintos de problemas sanitarios: Los que predominan en el campo y en las ciudades perdidas que provienen de las condiciones en que viven esas poblaciones; y los que derivan de la vida moderna una vez satisfechas las necesidades básicas en materia de alimentación y de la vivienda:*

Así en México como otros países de Latinoamérica, se dan enfermedades prevenibles (enteritis, entre una de ellas el cólera, tétanos, parasitosis y amibiasis), las llamadas enfermedades propias de la infancia como sarampión viruela y otras que en países desarrollados ya han sido erradicadas, además, a los países en vías de desarrollo se le añaden enfermedades propias del desarrollo (cáncer, infarto, diabetes, enfermedades por contaminación y el SIDA, entre otras).

Por otra parte, la medicalización a la enfermedad y la automedicación a llevado a la expansión y prosperidad de las industrias transnacionales farmacéuticas. Brudon nos dice que: "el consumo de medicamentos por habitante pasó de 4 dólares por año a 9.5 dólares en 1977, y que el medicamento se ha convertido en casi el único remedio de todos los grupos sociales urbanos frente a la enfermedad cualesquiera que sea su ingreso". 43)

³ Brudon, Pascal, ¿Medicamentos para todos en el año 2000?

⁴ Ibid. Pág. 128

Importante es también destacar, las condiciones en que se encuentran los trabajadores de la salud, dada en primer instancia a la demanda de sus servicios por numerosos pacientes, la falta de medicamentos, material y equipo. El recorte del gasto social y la reestructuración de su financiamiento han tenido varios efectos; Redujo por un lado, el acceso real a los servicios, por el otro, empeoró las condiciones de prestación de servicios, lo que creó un problema laboral crónico, que tomados juntos, se traduce en el deterioro de las instituciones públicas.

Por otra parte, los grandes problemas en la seguridad social, las grandes necesidades de la población y las deficiencias e insuficiencias de los servicios en el campo de la salud, no están siendo enfrentados con los planes y programas realistas acordes con las circunstancias presentes. Esto es particularmente inquietante en el caso de la población de las zonas rurales y en caso específico de este estudio, las zonas con habitantes de bajos ingresos de esta gran urbe que es la ciudad de México.

En la literatura sociodemográfica se ha argüido con insistencia que los hogares, tienden a ajustar sus estrategias de vida para hacer frente a fenómenos tales como el desempleo, la caída de los salarios, el ingreso familiar y formas de como subsanar la salud. En esa literatura se le asigna a dichas estrategias, el potencial para contrarrestar o reducir el deterioro en los niveles de bienestar, causados por la recesión y las políticas de ajuste y estabilización.

Como señala Cornia, "muchas de estas estrategias, por no decir la mayoría, no son nuevas, y muchos pobres las han adoptado a lo largo de toda la vida. Es evidente, sin embargo, que las familias recurrirán cada vez más a ellas en periodos de crisis económica generalizada".⁴ En tales circunstancias, algunas de estas estrategias pueden llegar a jugar una función clave como mecanismo amortiguador del deterioro de las condiciones de vida.

⁴ Cornia, G. De frente con la cara humana UNICEF. 1987 Pág 6

En lo que concierne al acceso a la salud, se ha logrado identificar respuestas variadas que en los hogares de bajos recursos se dan, esto para hacer frente al deterioro de sus condiciones de existencia. Así la población en general y la de bajos recursos en particular recurren como alternativa para resolver problemas de enfermedad a la MEDICINA TRADICIONAL, que en México según datos de la OMS. (Organización Mundial de la Salud), más de la 2/3 partes de la población recurre a ella; Además de ser un elemento de cohesión social, identificación étnica y una expresión cultural.

En años recientes, La Medicina Tradicional ha acaparado un mayor interés de parte de la comunidad médica y científica nacional; la OMS y el Sistema Médico Oficial han vuelto sus ojos a la medicina tradicional, como una estrategia para cumplir una política planteada en Alma Ata: "Salud para todos en el año 2000". Esta política responde a la crisis del sistema médico hegemónico, profundizándose más debido a la rescisión del Capitalismo a nivel mundial y que -

México sufre con mayor impacto. La Medicina Tradicional ofrece amplias posibilidades en el primer nivel de atención a la salud, la cual empieza en el hogar.

Al hablar de Medicina Tradicional es necesario tomar en cuenta el contexto en que se encuentra, además de la cultura y la cosmovisión del grupo social que la práctica, ya que no se reduce solamente a la herbolaria, sino que, forma parte de las formas del conocimiento y sincretismo de diferentes culturas, formas que han sido devaluadas por la cultura " oficial predominante".

El modelo biomédico se ha desarrollado "científica " y técnicamente a un costo elevadísimo, con el consecuente resultado de que en muchos casos se ha convertido en una medicina para ricos. De hecho, dice Ortiz Quezada, en los países pobres este tipo de medicina sólo alcanza a cubrir 20 % de la

población, * por lo que es viable que el 80 % de la población encuentre o tenga otra opción en la atención a sus afecciones a la salud.

La medicina tradicional constituye un objetivo viable que puede coadyuvar a la solución de problemas de salud del país, características de esta práctica son:

- a) -Concibe al hombre como una totalidad
- b)- Humaniza la medicina al centrar su objetivo de estudio en el enfermo y no en la enfermedad.
- c)- Evita efectos nocivos colaterales.
- d)-Reduce los elevados costos de tratamiento alópata
- e)-Puede ser desarrollada con tecnología y recursos del país.

Por otra parte el ejercicio de la medicina alópata dentro del ámbito institucional puede adquirir perfiles de deshumanización, en contraposición con los perfiles humanísticos de la atención médica. Al respecto; Hernán San Martín (1968:697-698) señala que " lo humano en el arte de la medicina consiste precisamente en la comprensión del hombre en su integridad, como unidad biológica y cultural, como ente social y ser histórico. Cuando la medicina, reflejando los modos de vida, de sentir y de pensar de la sociedad en el momento histórico, ha subestimado al hombre como ser social y cultural, se ha producido ese proceso que llamamos deshumanización de la medicina. "6

Retomando la Medicina Tradicional, ésta existe en todo el territorio Nacional, en áreas rurales y urbanas y aunque su manifestación más pura se encuentra en las comunidades indígenas, no se reduce a ellas únicamente ya que en una Megalópolis como es la Ciudad de México, se da un mosaico o sincretismo

³ Ortiz Quezada Federico, La Medicina está enferma Pág. 34

⁶ Rojas, Soriano Raúl, Capitalismo y Enfermedad, Pág 242

cultural y problemas económico sociales diversos, donde cada grupo social busca la mejor forma de como enfrentarlos y resolverlos.

A través de este estudio se pretende hacer un trabajo empírico en un sector de bajos ingresos, localizado en dos colonias suburbanas de la Ciudad de México, "Palmatitla" y "Cocoyotes", Cuauhtépec Barrio Alto, Delegación Gustavo A. Madero en México D. F.

Ante previo estudio de comunidad se tiene que, las colonias en estudio cuentan con un Centro de Salud T3 (clave dada por los servicios que proporciona a la comunidad como son: medicina general familiar, inmunizaciones, odontología, laboratorio clínico, farmacia y tarjetas sanitarias), la cual atiende a diez colonias circunvecinas, un número reducido de habitantes tiene derecho al IMSS ó ISSSTE contando además con estos centros a una o dos horas de su domicilio, utilizando uno o dos medios de transporte público.

En la colonia existen consultorios de médicos particulares, acupunturistas, hueseros etc. mismos que son utilizados en casos severos de enfermedad. La zona de estudio alberga migrantes de diferentes Estados de la República, predominando, Edo. de México, Hidalgo, Puebla, Oaxaca y Guanajuato lo que nos manifiesta un mosaico y sincretismo cultural.

A través de un estudio hipotético deductivo de las colonias prospecto, se pretende abordar variables económicas, cobertura de servicios médicos, y el aspecto cultural. Mismos que nos lleven a un análisis histórico social, de como la medicina tradicional surge como alternativa ante el embate al modelo económico denominado neoliberal.

2.1 ORGANISMOS MUNDIALES Y POLITICAS DE SALUD

La conferencia internacional sobre Atención Primaria a la Salud, ha señalado que la salud: " es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades; es un objetivo social importantísimo en todo el mundo " OMS/ UNICEF, 1978.

Este concepto ha sido aceptado por los gobiernos de los países pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, presenta problemas de orden conceptual. El término salud, como concepto y meta de acción, es impreciso. En el hombre no es posible establecer estados físicos o situaciones estáticas puesto que es un ser dinámico, social, biológico y psicológico. Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la Salud- Enfermedad como proceso.

Por otro lado, el ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos que determinan, en buena medida, su salud-enfermedad. Retomando a Rosen, nos dice: "el término salud, ya sea buena o mala, designa un estado dinámico de un organismo que resulta de la interacción de factores internos y ambientales que operan en un espacio y tiempo determinado " ⁷

La conceptualización del proceso Salud - Enfermedad debe, por lo tanto, incluir sus elementos determinantes no sólo individuales sino también sociales. Es un proceso biológico, social e históricamente determinado, que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.

Por otra parte el concepto histórico-social plantea que la enfermedad tiene un carácter doble: biológico y social. Define la salud- enfermedad como fenómeno colectivo resultante de un proceso histórico -social determinado por las condiciones sociales, económicas, políticas y ecológicas.

⁷ Rosen, George, De la política médica a la medicina social. Pág. 50

El carácter histórico-social de la salud-enfermedad se ha comprobado por los siguientes hechos, el panorama patológico ha cambiado a lo largo de la historia y, en un momento dado, es distinto de una sociedad a otra y entre las clases sociales dentro de una misma sociedad. En consecuencia hay que estudiarlo a nivel de grupo social, de la colectividad donde el peso específico de lo social (condiciones, económicas, sociales, políticas, ecológicas) es mayor que el biológico.

Importante es retomar la Declaración Universal de Derechos Humanos, formulada en 1948 y aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas: donde por primera vez se señaló que toda persona tiene derecho a la seguridad Social y a satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y libre desarrollo de su personalidad; a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, vejes u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia; y durante la maternidad y la infancia, a cuidados y asistencia especiales.

Pero esta concepción universal poco tiene que ver con la realidad de muchos países en vías de desarrollo, entre ellos México, donde los escasos recursos dedicados a programas de bienestar están lejos de garantizar un piso social básico, si, por ello se entiende los mecanismos requeridos de alimentación, salud, educación, vivienda y donde el mito del modelo neoliberal de llevar a un futuro mejor es mas bien lo contrario, el de ocultar la realidad.

El modelo neoliberal surgió nitidamente a partir de la crisis de los 80', con un discurso que buscó interpretar la crisis, y se apropió posteriormente del proceso de modernización que emergió de ella, se constituyó inicialmente como una "ideología de transición " con el objeto de crear nuevas condiciones favorables para legitimar la construcción del futuro.

En cuanto a la privatización neoliberal, en el ámbito de los beneficios-servicios, está el objetivo económico de abrir un nuevo campo de inversión y ganancia privada. Esto implica que se pretenda privatizar únicamente aquellas actividades que pueden ser rentables. Sin embargo, la privatización selectiva requiere de una reestructuración de instituciones sociales, que solo es posible con la intervención estatal directa, para remercantilizar los servicios y garantizar un mercado estable.

En esta perspectiva, la introducción de diversas cuotas por servicio, no es una medida pragmática, ya que implica poner precio a los servicios para atender a la enfermedad, (laboratorio, Rx, consulta médica y especializada, material, aumenta el costo según tratamiento médico o quirúrgico, fármacos, etc.) al igual que cualquier mercancía, siendo un paso obligado para su remercantilización y obtener salud.

Aspecto importante a analizar, es cuando, en 1961 representantes de todos los países del continente expresaron sus acuerdos en la declaración de los pueblos de América, que incluye el plan decenal de Salud Pública. Destacando que, " el mejoramiento de las condiciones de salud, constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar parte indispensable de los programas de desarrollo de la región ". Cinco años después, La OMS. (Organización Mundial de la Salud) insistió en adoptar medidas que permitan la reducción de la mortalidad infantil, de la natalidad, el mejoramiento de la higiene del trabajo, la lucha contra las epidemias y la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Esta concepción general no es nueva, ya en épocas del pasado los médicos tenían conciencia de ella en forma empírica, ya que la práctica para aliviar la enfermedad siempre ha estado relacionada con las condiciones sociales y económicas de grupos específicos de personas, pero estas relaciones rara vez eran sujeto de discusión teórica. En la época moderna aparece una clara conciencia de los estrechos lazos que existen de las condiciones sociales y los problemas médicos.

Newman afirma que "la ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social, que mientras esto no se reconozca en la práctica no seremos capaces de disfrutar sus beneficios y tenemos que conformarnos con una concha vacía y una simulación"⁸

Los que de verdad hacen Salud Pública, no sueñan con un mundo imaginario de la medicina y plantean tres principios:

- El primero de ellos es que la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros.

-El segundo principio es que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica y

-Tercer principio es promover la salud, combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas.

Pero estos principios fundamentales de la Salud Pública, no son aplicados del todo en países en vías del desarrollo, aunque en ellos se encuentra un campo fértil para su estudio y aplicación. La medicina oficial es la que predomina en el área curativa, ésta, está destinada preferentemente al sector más valorado del sistema, la población económicamente activa, como reparador para reincorporarse al proceso productivo

La salud pública en su carácter preventivo, su costo bajo, el que requiere de poca o sencilla tecnología y siendo de alto rendimiento es subvalorada por los profesionales de la salud y por la población en general amen de las políticas oficiales.

⁸ Rosen, George, Salud Problema. UAM. Pág 20

Para Newman no hacían falta pruebas para demostrar que " la mayor parte de las enfermedades que impiden el disfrute completo de la vida o matan a un considerable número de personas prematuramente, no se deben a causas naturales sino más bien a condiciones sociales producidas artificialmente."⁹

En los acuerdos internacionales, dicen que existe una corresponsabilidad entre países pobres y ricos para lograr el desarrollo, la paz mundial y el trato más equitativo entre las naciones. Más aun, se reconoce que la salud no es un problema que un país pueda resolver, sino una meta regional y de nivel mundial. Así en Alma Ata (URSS) en 1975 se hizo la declaración de "Salud para todos en el año 2000".

De la declaración de Alma -Ata se indicó, expresamente que la "Atención primaria" es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu de justicia social" así, la propia OMS. impulsó la puesta en práctica de estrategias nacionales, regionales y globales tendientes a lograr el objetivo antes señalado. Y ya estando en el nuevo milenio, para muchas personas en el planeta, salud para todos continúa siendo un sueño inaccesible. La brecha entre los que tienen salud y los que no la tienen persiste a pesar de la revolución de conceptos e ideas expresadas en distintos foros.

Sin duda el modelo económico llamado neoliberal, ha traído consigo la disminución de los niveles de bienestar social, y con esto, a aumentado los índices de pobreza y pobreza extrema, ya que los gobiernos "populistas", consideran que los gastos en hospitales, medicina y seguridad social, son un lastre para el saneamiento de las finanzas públicas, y generan circulante inflacionario, y que son una forma para que el estado intervencionista quite oportunidades al negocio, tanto al de la medicina como a la educación privada, y gastos improductivos deben reducirse a la mínima expresión.

⁹ Ibidem, Pág. 22

2.2. - Políticas y Programas Nacionales de Salud

Importante ante todo es definir que es la medicina social, para posteriormente conocer las políticas y programas de salud llevadas en nuestro país, lo que nos permitirá valorar sus alcances y limitaciones para la atención de 91,120 433 habitantes de la República Mexicana pero que en este caso específico, nos interesa la población del D.F. con 8 483,623 y Estado de México con 11,704,934 habitantes. ¹⁰

Así tenemos entonces, que la Medicina Social: "estudia todos los factores que conforman la condición social de un grupo en particular, y que afecta el estado de salud de cualquiera de los miembros de un grupo; y en base de ese conocimiento, propone las medidas de naturaleza médica, sanitaria y social que sean necesarias para mantener la salud, y hacerla accesible al pueblo en el mayor grado posible, los logros de la ciencia en la prevención y el tratamiento de la enfermedad."¹¹

Necesario es retomar a Rudolf Virchow en su informe del primer número de la revista semanal Die Medicinische Reform del 1 de julio de 1948, donde formula su preocupación por las relaciones de la medicina con los problemas sociales por medio del lema retórico pero impactante "La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala". ¹²

Virchow concluye diciendo:

"El Estado democrático (declaraba) desea que todos sus ciudadanos disfruten del bienestar porque reconoce que todos tienen iguales derechos. Como la igualdad de derechos conduce al autogobierno, el Estado tiene también el derecho de esperar que todos sabrán llevar a cabo sus actividades de tal manera

¹⁰ INEGI. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 1995

¹¹ Rosen, de la policía médica a la policía social, Pág 79

¹² Ibidem. Pág 82

que permita alcanzar y mantener el bienestar dentro de los límites fijados por las leyes que ellos mismos establezcan. Sin embargo, las condiciones de bienestar son la salud y la educación, de tal manera que es misión del Estado entregar los medios, con base en las más amplias posibilidades, para mantener y promover la salud y la educación a través de actividades públicas. Por lo tanto no es suficiente que el Estado garantice las necesidades básicas para la existencia y que asista a todo aquel cuyo trabajo no le baste para solventar esas necesidades; el Estado debe hacer más, debe asistir a cada uno de tal manera que tenga las condiciones necesarias para una existencia en condiciones de salud".¹³

La epidemia de tifus en Silesia llevó a Virchow a la conclusión de que sus causas eran tanto sociales, económicas y políticas como biológicas y físicas, con esto él discutía los hechos sociales y los políticos. La sola expresión "Salud Pública" demuestra, declaraba, "la magnitud del error de aquellos que tenían y de los que aún tienen la opinión de que la medicina no tiene nada que ver con la política". Virchow concebía el alcance de la Salud

Pública lo más ampliamente posible, señalando que una de sus funciones era estudiar las condiciones en que viven los diversos grupos sociales y determinar los efectos de esas condiciones en la salud. Con base en este conocimiento sería posible tomar las medidas apropiadas. Para que la medicina pueda tomar su gran misión, debe intervenir en la vida política y social.

Así tenemos que el Plan Nacional de Salud de 1973, tuvo influencia del plan de acción formulado por la Organización Panamericana de la Salud en Octubre de 1981. El Plan Nacional de Salud asienta "que la salud individual es indispensable para lograr la salud colectiva" y que ésta, a su vez, condiciona los factores más eficientes para alcanzar la primera, dicen que a través de programas enfocados a la salud comunitaria, a la atención personal y a las diversas áreas de apoyo: producción de biológicos y control de medicamentos, investigación formación y desarrollo de recursos humanos y servicio social de estudiantes y profesionistas

¹³ Ibidem Pág. 36

Se dice que este Plan en su momento no llegó a concretar muchas de sus proposiciones, constituyendo un hito en el proceso de modernización y de la intervención del Estado en el campo de la salud. La crisis de legitimación por la que atraviesa en esa época el Estado, implica que en los últimos años se adopten políticas de salud que permitan rescatar en cierta medida la imagen de un Estado Benefactor. Dice Hernández Llamas "que esto mismo obliga a redefinir los espacios de la acción y las formas de utilizar algunas de las instituciones medicas estatales, medidas que seguramente habrán de imprimir un sello definitivo a su evolución, a mediano y largo plazo."¹⁴

A fines de los años setenta, y en parte, gracias a recursos provenientes de financiamiento externo y de los ingresos por las ventas de petróleo, se hizo una considerable ampliación de la cobertura de servicios de salud, sobre todo los de primer nivel para poblaciones marginadas rurales y urbanas, surgieron el Programa IMSS-Coplamar y el de extensión de cobertura de Áreas Urbanas Marginadas, Sin embargo, los esfuerzos de coordinación interinstitucional alcanzaron su nivel más bajo y se debilitó su función rectora de la SSA, fortalecida previamente por el Plan Nacional de Salud.

No es casual que a partir de los últimos años de los sesenta y durante los setenta, surgieran varios cuestionamientos del paradigma biológico individual de la enfermedad, Nos dice A.Cristina Laurell ¹⁵ que justamente durante estos años se comienza a resentir de manera creciente una crisis en dos planos: el económico y el ideológico. Así dentro de la medicina, que, además, no ha podido resolver ni teórica ni prácticamente los principales problemas de salud, a pesar de una inversión gigantesca en investigación, se comienzan a buscar explicaciones de la enfermedad fuera de la esfera biológica haciendo incursiones en lo psicológico y lo social.

El proceso de modernización de las responsabilidades estatales en materia de salud alcanzó una nueva fase en 1981, con la Coordinación de los Servicios de Salud, establecida con la "misión expresa" de

¹⁴ Hernández Llamas. Vida y Muerte del Mexicano Pág . 54

¹⁵ Cristina Laurell. Problemas teóricos conceptuales de la epidemiología social Pág 1

determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de Salud en un Sistema Nacional, que supuestamente dé cobertura a toda la población.

Los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud, se dirigieron a analizar diversos planteamientos y posibilidades en relación con los procesos de descentralización y la sectorización de los servicios, así como los planes de integración que podrían impulsar a las instituciones de salud a cumplir con su propósito. Más adelante se recogieron mediante una "Consulta popular" sobre salud y seguridad social, los planteamientos diversos para avanzar en el cometido de integrar un Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, como marco de referencia del Programa Nacional de Salud, el Plan reconoce que la salud no puede ser resultado automática del desarrollo económico y que se requiere, además, programas de acciones específicas. Señala como su propósito principal, tender a una cobertura nacional de los servicios de salud y lograr el mejoramiento de su calidad y hace hincapié en la satisfacción de las necesidades de los sectores urbanos y rurales más rezagados principalmente de los grupos más vulnerables.

De acuerdo al planteamiento anterior, del descubrimiento de que el crecimiento económico no ha dado lugar a mejoras en la salud, e incluso ha provocado que ésta se empeore, no es más que la expresión en el campo médico del fracaso del modelo desarrollista de crecimiento.

En cuanto al propósito de lograr una cobertura nacional de los servicios de salud, hasta nuestros días no se ha logrado, ya que como sabemos estos servicios están distribuidos desigualmente entre las diferentes clases sociales, y estos tienden a centralizarse en las grandes ciudades junto con los trabajadores de este campo, amén de ser un servicio inminentemente de tipo curativo en soslayo de lo preventivo y educación para la salud.

Importante es retomar a López Acuña, al hablamos de que los servicios de sanitario-asistenciales se dividen en: "servicios de salud personalizados, que suponen la atención individual con fines preventivos, curativos y rehabilitatorios, y los servicios de salud no personales, consistentes en acciones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida"¹⁶

Continuando con López Acuña, coincidimos con él en el sentido que una prioridad indiscutible sería el "proporcionar servicios no personales (dotación de agua potable, alcantarillado,, programas de alimentación, saneamiento básico del ambiente, lucha contra la contaminación, exámenes masivos de detección oportuna o temprana de padecimientos, medidas avanzadas de legislación sanitaria, higiene del trabajo) e, inmediatamente después, la atención de servicios personales de tipo preventivo (inmunizaciones, medidas de protección específica, planificación familiar, atención prenatal, consulta a personas sanas educación para la salud."¹⁷

Importante es analizar el Programa de Salud 1977, dado a conocer el 28 de enero de este mismo año, esto viene a ser también el Programa de la Secretaría de Salud 1997 y se enmarca en el programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y el Plan Nacional de desarrollo 1995-2000. Cuyos objetivos son:¹⁸

1. -Consolidar el proceso de descentralización.
2. -Avanzar en la extensión de la cobertura de los servicios básicos
3. - Fortalecer los programas preventivos y de vigilancia epidemiología
4. -Extender y reforzar las acciones de saneamiento ambiental
- 5 Profundizar en la desregulación e impulsar el mercado de insumos para la salud y
6. - Mejorar la calidad de los servicios médicos.

¹⁶ López, Acuña, La salud desigual en México, Pág 95

¹⁷ Ibidem, Pág 96

¹⁸ Programa Nacional de Salud, 1997, El Universal, Pág. 8 - 28-197

El proceso de descentralización de los servicios se ha puesto en marcha el 20 de agosto de 1996 donde se crearon 22 organismos Públicos Descentralizados Estatales y sus órganos de gobierno asumen funciones de programación, presupuestación y ejecución del gasto, en el marco de las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Salud.

El Programa nos da referencia de sus alcances comparativos 1996-97 con relación al Programa Nacional de Salud, donde enfermedades prevenibles por vacunación fueron notificadas y cuales se esperan para 1997- y he aquí las contradicciones de que muchas de estas enfermedades se han erradicado en países primer mundistas, así como en Cuba. En nuestro país, seguimos con brotes de enfermedades producto de las condiciones económico – sociales que han prevalecido por años hasta nuestros días y ejemplo de esto, es la reaparición del Cólera.

El programa incluye un plan para su erradicación y control, basado eminentemente en acciones curativas como son: localidades estudiadas, casas visitadas, personas censadas, hisopos rectales obtenidos, muestras ambientales, deposito de agua clorada. Así mismo se describen en forma cuantitativa acciones en cuanto a cobertura de los servicios de salud, programa y control del SIDA, con casos notificados y acciones, donde se menciona distribución de guías a personas infectadas, campañas en medios masivos, pero no hay una relación sobre lo que se hará en prevención y acciones hacia la comunidad.

Dentro del mismo programa nacional se aborda la enseñanza e investigación, el cual eminentemente es para formación de especialistas y atención curativa, ya que se enumera consultas otorgadas, egresos hospitalarios, protocolos de investigación, formación de especialistas, maestrías y doctorados todo esto dirigido a profesionales de la salud que laboran en hospitales de los llamados de alta especialidad como cardiología, nutrición, canceróloga, neurología, pediatría, psiquiatría y otros.

Sobre este aspecto, hacemos mención de lo que dice Ortiz Quezada: ¹⁹ " que la investigación en salud no ha escapado de las tendencias mundiales, que han llevado a que los estudios se centren en los aspectos individuales y no en los colectivos del proceso- Salud Enfermedad," puede decirse por lo tanto, que la producción de conocimientos en materia de salud, ésta muy apartada de las necesidades de información que requeriría un cambio en la orientación de las acciones sanitario- asistenciales.

El Programa Nacional también incluye, mecanismos para mejorar la calidad de los servicios, a través de un programa de estímulos para la superación personal el cual va dirigido a enfermeras, médicos, paramédicos y personal de salud que laboran en zonas rurales. Hablar de calidad de atención y servicios se debe ser más explícito y tomar en cuenta a la sociedad y no limitarse a creer que con acciones personales y reduccionistas se da y existe la calidad.

En la actualidad, en cuanto a Política del Estado en materia de salud, definida por acciones u omisiones, delimita el alcance del grueso de la respuesta de la sociedad al proceso salud enfermedad. La revisión del cuerpo jurídico-administrativo vigente (leyes, instructivos, avisos, relaciones, reglamentos, tratados convenios) relativos a la salud permite observar su falta de correspondencia con los requerimientos actuales de la sociedad mexicana.

Así la existencia de una multiplicidad de instituciones y de programas de salud similares en objetivos y propuestas, repetitivos desde el punto de vista de cobertura y en la prestación de determinado número de servicio es motivo de discurso y de ejercicio administrativo en la producción de los servicios médicos de salud.

El programa de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado 1996-1997, ²⁰ en Atención a la Salud, divide sus acciones entre el primer nivel y engloba el segundo y tercer nivel de atención, así para el primer

¹⁹ Ortiz, Quezada, Vida y Muerte del Mexicano Pág. 25

²⁰ Ver publicación de desplegado en periódicos del día 28 de enero de 1997. El programa incluye presupuesto global, extensión en cobertura de servicios, paquete básico, extensión de la cobertura mediante participación comunitaria y municipal, programa de saneamiento ambiental, y desregulación e impulso al mercado de insumos para la salud.

nivel de atención a la salud menciona el número de consultas proporcionadas, atención de niños, consultas en planificación familiar, mensajes de orientación para la salud y consultas a discapacitados.

Hay un programa de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el D.F. y zona metropolitana. Donde marca como objetivos:

- Mejorar la atención, ampliando la capacidad absoluta y evitar la saturación de hospitales.
- Plan piloto en clínicas Cuitlahuac, Xochimilco, Gustavo A. Madero y Moctezuma. ,
- A través de medios electrónicos, se implementará sistema más eficiente de atención
- Énfasis en la medicina familiar para la formación de médicos especialistas
- Reorientación de la medicina preventiva hacia la atención de problema crónico degenerativos
- Dotación de equipo de imagenología
- Se inicia la instalación de centros de apoyo diagnóstico, de cirugía, gerontología entre otros.

La mayoría de los funcionarios públicos y la mayoría de la gente cree que la salud existirá cuanto más se gaste en servicios médicos, que sería mejor que hubiera más intervenciones médicas y que estos saben mejor que servicios deben existir, nulificándose la actitud crítica del resto del equipo de salud como enfermeras y técnicos, y principalmente los derechohabientes.

Así la salud, se convierte en un paquete, constituido por sustancias químicas, edificios, especialistas, aparatos, distribuido como medicina al cliente, el proveedor, más que sus clientes

o su jefe político, define el tamaño político. El paciente queda reducido a la condición de un objeto en reparación y deja de ser el sujeto a quien se proporciona ayuda para curarlo.

Continuando con el Programa de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, se tiene contemplado en el segundo y tercer nivel.²¹

-La telemedicina- enlace entre dos hospitales del D.F. y 12 del interior.

-Dará inicio programa de atención a pacientes nefrópatas

-Se eliminará el rezago quirúrgico

-Sistema integral de Atención Médica a pacientes en estado crítico

-Sistema de medicina física

-Autonomía de hospitales.

Este programa incluye también un nuevo sistema de abasto, prestaciones, económicas, vivienda con un fideicomiso para administrar subcuentas de viviendas del SAR, se otorgaran créditos, hay acciones en aspectos sociales y culturales donde entrarán en operación más estancias infantiles, se intensificarán los programas de actividades culturales y deportivas y en cuanto a tiendas y farmacias, donde la política de bajos precios será mantenida.

Es así como la intervención del Estado en la atención médica curativa e individual, incorpora el consumo de los servicios médicos al grupo de trabajadores al servicio del Estado, como son burócratas y maestros, los cuales están obligados a conservar y / o recuperar su capacidad de trabajo. La asistencia continua limitada en la asistencia médica a través de clínicas las cuales se encuentran ubicadas en lugares

estratégicos y área central del D.F. pero no llegan a zonas marginadas donde existen derechohabientes de ésta institución.

Importante es retomar las declaraciones del Secretario de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal (DDF), el cual dijo que del presupuesto destinado este año 1997, asciende a 60 millones de pesos, lo que representa 75 % de los recursos autorizados a la dependencia a su cargo.²¹

Con estos recursos, señaló, se intensificarán los trabajos de remodelación y ampliación de las salas de urgencias y consulta externa de 25 hospitales del DDF, Así como su equipamiento. Asimismo, dijo que el gobierno de la ciudad pondrá especial atención en mejorar las funciones de clínicas como neurocirugía, pediatría, hospital para atención a menores quemados de cirugía reconstructiva y el de traumatología de Balbuena,

Vega Camargo señala, que también se están reorganizando los servicios de salud para brindar mejor atención a grupos vulnerables, por lo que el hospital de Aragón será destinado a la atención de personas de la tercera edad, el de Iztacalco para niños de la calle y el de Azcapotzalco para discapacitados.

Indudablemente este es un discurso de funcionario, podemos deducir que las acciones son eminentemente de tipo curativos para nada se plantea la prevención, ni educación para la salud, conocemos los hospitales del DDF. Los cuales están de lo más abandonados en materia de equipo, instalaciones, personal profesional; reconocemos que el bajo presupuesto asignado a las unidades impide dar los equipos y mantenimiento adecuado.

Es así como la atención a la salud muestra un elevado costo creciente, debida a la tecnificación y medicación de las acciones para dar salud. También incide la dinámica epidemiológica del país, pues el

²¹ Ibidem.

²² La Jornada 22, Febrero 1997 Pág.14

incremento de padecimientos crónico-degenerativos hace necesario patrones de acción que incluye nueva tecnología con frecuencia de elevada complejidad y costo.

Las acciones para disminuir las erogaciones no son suficientes para compensar la merma en el gasto del gobierno federal en el sector salud ni el aumento en sus actividades de atención. El presupuesto de egresos de la federación en 1995 dedicó poca más de la tercera parte para el gasto social con un crecimiento real de 10.2 % con respecto a 1994, en educación se erogó 13.5 % más. Asimismo por cada peso dirigido al gasto social, dos más se dirigieron al pago de los intereses de la deuda externa.

Todo esto se antoja desproporcionado en un país como el nuestro, en el que las necesidades de salud son tan apremiantes, pues lo que se invierte en ella con especial importancia a la medicina social o la salud pública favorecería el desarrollo económico - social del país

Pero enfoquémonos desde el punto de vista del usuario, donde la situación se ve agravada, pues los precios al consumidor en bienes y servicios en salud han sufrido un incremento persistente en la última década y donde el modelo neoliberal ha llevado a la pérdida de millones de empleos y la caída de salarios, intensificándose las desigualdades sociales entre regiones urbanas, suburbanas, marginales y también el área rural.

Así, la intensa problemática social se deriva de una distribución altamente regresiva del ingreso de la riqueza, y no del subdesarrollo en abstracto. Se estima que una familia obrera, requiere hoy, un ingreso correspondiente a tres y medio salarios mínimos para cubrir el costo de la canasta básica. Según datos del CENSO de 1990 cerca del 70 % de la Población Económicamente Activa (PAE) gana tres salarios mínimos o menos.

Por todo lo anterior, la población se ha visto en la necesidad de utilizar los servicios públicos no obstante el deterioro de su calidad. Aunque en algunas ocasiones en caso de enfermar sé esta dispuesto a pagar cualquier cantidad con tal de recuperar ese gran valor indispensable para todo ser humano: que es la salud. Para esto dice Arturo Lomeli, " por eso precisamente que como consecuencia de ello, numerosos individuos e instituciones ven los fenómenos de la enfermedad humana como un veneno de lucrativos negocios " ²³

Así, hablar de privatización de servicios de salud, es mencionar a compañías aseguradoras y administradoras intermediarias. Existen en nuestro país empresas transnacionales que ofrecen a sus asegurados el pago de los costos de hospitalización en diversas instituciones, estas compañías no pagan la atención de medicina preventiva, ni las consultas a especialistas, ni exámenes, ni medicamentos prescritos fuera del hospital. La cuota es alta y en caso de hacer uso de una institución hospitalaria, el asegurado debe pagar aproximadamente 20 % del costo de la atención.

Las cuotas varían según el sexo, la edad, el hospital que desee utilizar y los médicos que se contraten. Por otra parte, la cuota establecida no incluye el costo real de la atención por persona, por lo que no permitirá que se brinden con calidad adecuada. Esto podría propiciar el cambio de la seguridad privada a la seguridad social, especialmente a los trabajadores que han visto mermada su economía. Aunque habrá personas, que, se inclinen por la seguridad privada, nos dicen que no menos del 30 % lo hacen para evitar trámites engorrosos o esperas innecesarias.

Por otra parte, si el presupuesto real de las instituciones de salud, decae año con año, si el personal recibe un salario que es cada año menor, si no se cuenta en las instituciones con el equipo y los elementos para la práctica de una medicina de excelencia, no es difícil encontrar la causa principal de la insatisfacción de los enfermos, siendo estas principalmente la falta de recursos en las instituciones y, consecuentemente, menor calidad en la atención del equipo médico.

²³ Lomeli, Arturo El Consumidor de servicios médicos y de medicamentos Pág 26- Artículo dentro del libro, Vida y muerte del Mexicano, de Ortiz Quezada

La tendencia a la privatización, arguye factores de desperdicio y mala administración como los verdaderos causantes del desequilibrio financiero. Estos factores desaparecerán, dicen, en cuanto se privatizan las instituciones. Pero hay muchos ejemplos en los que la privatización ha acentuado más la desigualdad, la inequidad y la mala calidad de atención. Está por comprobarse, si algún país con características similares a las de México, la privatización de los servicios de salud ha mejorado la cobertura y las efectividades de la atención médica.

Por otra parte, es importante resaltar que para la mayoría de la gente, cree que su salud mejorará cuanto más gaste en servicios médicos; que sería mejor que hubiera más intervenciones médicas y que los médicos saben mejor que servicios debe haber. La mayoría de los consumidores tiene fe ciega en el médico, en sus consejos, y, en realidad se ha nulificado la actitud crítica del paciente.

A pesar de todo, mucha gente se da cuenta de su dependencia respecto a la industria médica y químico-farmacéutica, pero la considera irreversible. La profesión médica ha acaparado la prerrogativa de administrar la mayor parte de las aplicaciones de la ciencia moderna a la asistencia a la salud, él es quien decide quien esta enfermo y quien no, esto ha veces determinado por una sociedad competitiva y mercantilizada que le ha dado una hegemonía.

Importante es analizar el nuevo marco creado por la reforma legal, complicado por la situación de crisis en todos los órdenes que padecemos, pero en especial las perspectivas de la seguridad social en México. Para esto retomaremos la problemática de la seguridad social que nos dice Lourdes Fournier ²⁴ "donde el primer problema y más importante es el de la "cobertura, sujeta a la posibilidad de aseguramiento sólo en el caso de tener un empleo formal, lo que ha ocasionado que sólo un 38 % de la población económicamente activa y 52 % de la población total cuente con algún tipo de aseguramiento público."

²⁴ Ma. De Lourdes Fournier.- La Seguridad Social. Reforma profunda, Revista el Cotidiano No 78 pag. 5

Esta limitante es crucial en los procesos de expansión y logro de los objetivos del seguro social, pues en las condiciones decrecientes de desempleo y pérdida del poder adquisitivo de los salarios se ven truncados.

Un segundo problema es él: "desfinanciamiento crónico del sistema de seguridad social, representado sobre todo por el IMSS. Esto también ha generado la dramática disminución de las aportaciones estatales que, por ejemplo pasaron de 1980 a 1994 de un 11 % de los ingresos totales del IMSS. En cuanto a las aportaciones de los trabajadores, dada la imposibilidad de hecho, debido a los bajos niveles salariales, se tiene que en 1990 la masa salarial representa sólo un 28 % del ingreso disponible nacional contra un 40 % en 1980."²⁵

Las crisis recurrentes y sus efectos negativos, mayores en el empleo, han profundizado el problema del desfinanciamiento del sistema. Además, están los cambios de la estructura de edades, que nos llevan a ser una sociedad con viejos cada vez más. En general se está presentando un envejecimiento general de la población. Aunado a esto, existe una disminución de las tasas de natalidad, el incremento de la población urbana y las mejoras en los servicios de salud, han llevado en las últimas décadas a un incremento en la esperanza de vida, lo cual se traduce en un mayor número de personas en edad avanzada que vivirán durante más años, con el consiguiente impacto económico sobre los servicios de salud y los fondos de pensiones manejados por la seguridad social.

Un tercer problema que no dice Founier es "el problema de la mala calidad de los servicios sobre todo en lo que se refiere a la atención médica, que ofrece el IMSS. La presión derivada de demandas de atención creciente, producto a su vez de una mayor recurrencia al IMSS a causa de la crisis, ha llevado aun deterioro vertiginoso en la calidad de los servicios. La carencia de profesionalización por parte del

²⁵ Ibidem. Pág 25

personal de todo tipo y la exigencia de intensificación de la jornada para el personal médico y paramédico, explican este énfasis mayor en la cantidad."²⁶

La visión oficial ha destacado sobre todo la cuestión financiera, pero aún esta problemática no la articula con otras igual o más importantes, como la de la cobertura, la insuficiencia pensionaria o la mala calidad de los servicios. Uno de los aspectos más importantes de las modificaciones, es la eliminación del carácter público y solidario de la seguridad social, para sustituirlo por un modelo de atención individual, lo que se cree incrementara la competitividad comercial. También se busca, estratificar y diferenciar las prestaciones, de acuerdo con un triple enfoque: fomentar el mejor nivel de sanitario-asistencial del núcleo familiar, reorientar el gasto público de este servicio hacia los niveles de menores ingresos económicos, y lograr eficacia en los costos de los servicios de salud.

Pero ante todo consideramos que la medicina social y la salud pública deben ser prioritarias, éstas sin un gran presupuesto económico, con la canalización de profesionales de este campo, especializados en esta área y conscientes de su función social contribuirían a dar salud, a crear una cultura apoyados por la atención no personal, cubriendo además las necesidades esenciales del individuo, que en última instancia contribuiría al desarrollo en todos los aspectos llámense económicos sociales y culturales del país.

²⁶ Ibidém. Pág. 8

2.3. - Modelo actual de atención a la salud en México

La salud se relaciona, con todos los aspectos de la vida cotidiana. El análisis poblacional, evidencia que los factores de riesgo que pueden afectar la salud, se concentra en los grupos con menores recursos y el acceso a los servicios se da por razones educacionales, económicas, geográficas y culturales. Estos grupos permanecen al margen del desarrollo social, con mayor incidencia de enfermedades evitables y con mayor número de riesgos.

Importante es poder analizar las condiciones socioeconómicas y de morbilidad para poder comprender el modelo de atención a la salud implementado en México. Hasta diciembre de 1995, nuestro país, tiene una población de 91 millones de habitantes, 44, 877,558 hombres y 46,242,675 son mujeres, es decir, 53.3 por ciento de la población nacional es femenina y 46.7 por ciento masculina. Una de cada tres personas es menor de 15 años, el promedio de escolaridad es de 1º de secundaria, el 53 % de la PEA tiene empleo en el sector comercio y servicios y trabaja más de 48 hrs. a la semana. ²⁷

Por otra parte, en una declaración reciente del secretario de salud, Juan Ramón de la Fuente, (lunes 16 de Dic.1996, Excélsior) ²⁸ dijo: que 10 millones de mexicanos se encuentran sin acceso a los servicios de salud, y que el crecimiento demográfico es el problema más importante, donde el crecimiento poblacional de la última década rebasó la capacidad del gobierno federal para atender a los sectores más desprotegidos. Más sin embargo, sería interesante tener datos más exactos y fidedignos que nos lleven a conocer las condiciones económicas - sociales de esos 10 millones de personas, su ubicación en área o estados de la república y qué ante esa desprotección de la medicina oficial, saber a que recursos médicos acuden o utilizan para aliviar sus afecciones o enfermedad.

²⁷ Censo Nacional de Población y Vivienda INEGI. 1996

²⁸ La declaración también aborda la política poblacional, problemática de morbilidad como el aborto y la descentralización y recursos entre otros aspectos

Sin duda que a lo largo de los años, se ha avanzado en la prestación de los servicios de salud, aunque, con un fuerte acento a los aspectos propiamente médicos, paralelamente se ha promovido el enfoque preventivo, dirigido a programas de inmunizaciones, planificación familiar, campañas contra el paludismo, o bien, hacia patologías que se presentan por las condiciones climatológicas, como serian en época de invierno: enfermedades de las vías respiratorias, o en época de primavera - verano: enfermedades gastrointestinales, entre ellos el cólera o en su caso enfermedades epidémicas como el SIDA o las producto del desarrollo como cáncer, infartos, contaminación y otras.

Pero como se mencionó en capítulo anterior, acciones no personales de atención a la salud como el medio ambiente, dotación de servicios entre ellos el agua potable, la disposición de excretas, la vigilancia y control sanitario y la educación para la salud etc. son llevadas a cabo, pero no, acorde a las necesidades que la población la exige, en algunos casos se realizan solo para cubrir metas de programas o bien por intereses y discursos partidistas, pues el bienestar social es caro como insumo de legitimidad del Estado.

Pero lo que sucede en nuestro país, en cuanto la conformación de los modelos de salud, es una congruencia con las necesidades políticas, económicas y corporativas de los grupos dominantes a fin de dar una respuesta mediatizada, y no total a las demandas, expresadas e inexpressadas de las clases populares

Para plantear las instituciones de salud que existen en México, retomamos la clasificación que nos da López Acuña ²⁹ cuando nos habla de tres grandes tipos de atención profesional a la salud: " En primer lugar, dice, el que se ajusta en teoría: al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es el responsables de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud". Tal es el caso de los Servicios Médicos de la Secretaria de Salud (SS.), el Departamento del Distrito Federal (DDF.), El Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia (DIF.) , el Instituto Nacional Indigenista y de los hospitales e Institutos descentralizados que funcionan bajo los auspicios de

²⁹ López ,Acuña La salud desigual en México, Pág 99

un patronato mixto, público y privado, en el que por lo general tiene una intervención amplia la SS., tales como el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de la Nutrición, Hospital Infantil de México, Hospital de Peritología, etc.

Es importante destacar, que la mayoría de las instituciones de salud mencionadas, se encuentran ubicadas en la ciudad de México, lugar a donde tienen que desplazarse miles de pacientes del interior de la República, y que además, de su peregrinar al igual que gente residente en esta ciudad, tiene que pasar una serie de tramites burocráticos. Si bien, la suerte les sonríe, al traer una recomendación consigo, podrán tener una atención pronta y tal vez aún oportuna, amen de madrugar a fin de obtener una ficha de primera vez para su atención médica.

Un segundo término que nos refiere el autor,³⁰ es el de las "instituciones de seguridad social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales, o paraestatales, basados en un derecho gremial a la prestación de servicios, los de salud entre ellos, a través de diferentes fórmulas de financiamiento, generalmente tripartita o bipartita, es decir, con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o gobierno."

"Dentro de esta categoría se ubican los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), de los Ferrocarriles Nacionales (FNM), de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), de la Secretaría de Marina (SM) y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), dependiente de la Secretaría de la Defensa "³¹

³⁰ *Ibidem* Pág. 99

³¹ *Ibidem* Pág. 99

Algunas de estas instituciones mencionadas anteriormente son eminentemente de atención curativa donde el IMSS, El ISSSTE, y La SS., el segundo nivel de atención a la salud se encuentra localizado en las ciudades y solo algunas de estas, por sus condiciones estratégicas y de desarrollo, cuentan con tercer nivel de atención a la salud, medicina de especialidad y con la llamada "tecnología de punta". Así es que, si una persona en algún lugar de provincia requiere de servicios de "tercer nivel", debe ser canalizada a la ciudad, que le quede más cercana, o bien, la que le corresponda, de acuerdo a la institución a la que es derechohabiente o pueda tener acceso.

Por otra parte, los servicios médicos proporcionados a los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad, así como de Ferrocarriles Nacionales de México, han sido absorbidos por el IMSS. , Instalaciones médicas de estos dos gremios, también pasaron a formar parte del IMSS, convirtiéndose en unidades administrativas y otros servicios.

Finalmente, un tercer lugar, que nos menciona López Acuña ³² se refiere a los "servicios de salud privados, constituidos por profesionales que trabajan en forma individual, o por grupos reunidos en unidades de atención externa y hospitalaria, que prestan servicio como negocio, sujetos a las leyes del mercado y al régimen de libre empresa, en este sentido cabe agregar que los seguros privados de salud, tanto individuales como de grupo, son una práctica frecuente en la sociedad mexicana, a diferencia del sistema que existe en los Estados Unidos. Esta modalidad se reduce a los trabajadores de algunas instituciones bancarias y a algunas personas de clase media que compran seguros médicos individuales."

Ejemplo de unidades hospitalarias de este tipo son: Hospital Dalinde, Clínica Londres, Santa fe, Los Angeles, Metropolitano, Pediátrico Infantil, Hospital México, etc. ubicados en la ciudad más importantes del país por su desarrollo económico-industrial, siendo su atención eminentemente de tipo curativa, en caso de proporcionar material preventivo como son: vacunas, flúor en la prevención de caries o exámenes diagnóstico para detectar embarazo o un cáncer, todo esto también obviamente tiene un costo,

estos productos no son los mismos proporcionados por el sector salud, sino producto de una transnacional farmacéutica donde la rama médica se ha convertido en el principal agente intermediario en la venta y consumo de sus productos.

Un aspecto importante de la estructura y eficiencia de los servicios personales de salud, es la organización de sus servicios por niveles de atención, la sistematización de la referencia de los pacientes y la regionalización, así tenemos que: La Secretaría de Salud (SS), cuenta con una estructura piramidal, con una ancha base en el primer nivel de atención a la salud.

La Secretaría de Salud es la institución, que está estructurada de ese modo, pero no tiene sistematizada la referencia de los pacientes y sus servicios no funcionan como un sistema, ya que los pacientes acuden por cuenta propia a cada uno de los niveles, lo que ocasiona desperdicio de recursos. Sin embargo, desde la constitución de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, existe una regionalización constituida por los centros de salud, la jefatura de las jurisdicciones, la jefatura de los servicios coordinados en cada uno de los estados y la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública: pero esta estructura sirve para fines administrativos³³

Unidades medicas existentes dependientes de la Secretaría de Salud. son: el Hospital General de México el cual en sus instalaciones por medio de pabellones proporciona atención de especialidad como urología, neurología, gastroenterología, cardiología entre otras.

Como una forma organizativa dominante, existe también el Hospital de la Mujer, el Hospital, Juárez, el de Enfermedades Respiratorias, Canceróloga, Hospital de Perinatología, el de Enfermedades de la Nutrición, y el Hospital Infantil de México, lugar donde se observa la preponderancia franca sobre la salubridad, en términos de la participación del Estado en la producción de servicios para la salud, siendo, además, que el hospital empieza a convertirse en el centro de desarrollo de un trabajo médico, mucho y cada vez más

³² *Ibidem* Pág. 99

³³ *Idem.*

especializado, esto en cuanto la atención solo a un órgano del cuerpo humano, desconociéndose el aspecto psicológico, social e histórico del paciente o derechohabiente.

Es importante mencionar que, estos centros hospitalarios están auspiciados por un Patronato, y actualmente los servicios que proporcionan tienen un costo de acuerdo a la clase social a la que se pertenezca, esto lo determina un estudio por trabajo social de esos nosocomios.

Otras instituciones asistenciales ofrecen servicios en los tres niveles de atención a la salud, aunque no tienen proporción entre si y carecen de interrelación sistemática. En 1980, se presentó un proyecto de la regionalización de los servicios pediátricos en el Distrito Federal, para integrar los correspondientes a la SS, el DIF, y el DDF. la propuesta fue llevada a la más alta coordinación, pero ésta no prosperó.

El todavía existente "IMSS-Coplamar, que atiende el medio rural, ah dado preferencia a la extensión de servicios de primer nivel, aunque también ofrece una parte de segundo nivel; cuenta con un sistema de referencias de pacientes así como un resumen de expedientes clínicos y de transporte de pacientes. El programa adoptó la regionalización de los servicios del IMSS."³⁴

Los tres niveles de las instituciones de seguridad social forman parte de una sola estructura, aunque desproporcionada. El primero es poco favorecido. "El IMSS cuenta con un fuerte tercer nivel (la mayor de todas las instituciones); el ISSSTE tiene un tercer nivel más proporcionado con relación al segundo, y las otras instituciones de seguridad social, cuentan con un desproporcionado segundo nivel de atención. La desproporción entre segundo y tercer nivele, en el caso del IMSS, lleva a la frecuente subutilización de los recursos muy especializados del tercer nivel".³⁵

³⁴ Obidem. Pág 136
³⁵ Obidem. Pág 140

El grupo de "otras instituciones de seguridad social " carece de una adecuada estructura por niveles y ofrece la mayor parte de sus servicios por medio de hospitales generales. En el sector privado no existen sistemas estructurados de atención médica.

Es importante clarificar lo que significan los tres niveles de atención a la salud: El primer nivel de atención a la salud proporciona servicios preventivos, como inmunizaciones, curaciones, habilidades manuales, cuenta con servicios diagnóstico como: RX, laboratorio, servicio de odontología y trabajo social. En este nivel se proporciona escasamente educación para la salud, aunque se dan pláticas por parte de los profesionales que laboran en esta área, sus orientaciones no van acordes a la realidad de los asistentes, donde existe una heterogeneidad de clases sociales, y en algunas instituciones, llevan a cabo programas dirigidos a los grupos de los llamados de la "tercera edad".

Otra labor del primer nivel de atención, son las visitas domiciliarias a fin de promover la salud, pero esto solo se hace en campañas nacionales de vacunación, Los profesionistas que laboran en este nivel de atención son médicos generales, auxiliares de enfermería para aspecto operativo y enfermeras generales o tituladas ubicadas en el departamento administrativo, se cuenta además con lo mínimo necesario de técnicos, odontólogo y trabajadora social. Existe una coordinación con las instituciones de formación de recursos humanos para la salud, contándose con estudiantes de las diferentes áreas de la salud y aquellos que llevan a cabo un servicio social.

Es importante subrayar que los servicios de primer nivel de atención a la salud y con especial énfasis lo que sería la salud pública, sufren una cierta dispersión y un atraso pasmoso y no se ubican en las exigencias modernas integrales de prevención, fomento y educación a la salud. A la Secretaria de Salud, dotada de pocos recursos, le corresponde acciones básicas de servicios no personales o colectivos como campañas de vigilancia, control y erradicación, saneamiento ambiental etc. y, además, tiene el compromiso de otorgar servicios médicos a 2/3 partes de la población mexicana, cosa que desde luego no cumple.

El segundo nivel de atención a la salud cuenta con servicio de urgencias, áreas de las principales especialidades médicas en cardiología, ginecobstetricia, psiquiatría, neurología, medicina interna, oftalmología, etc. servicios de apoyo diagnóstico como Rx y laboratorio y estudios de detección específica a algunas patologías, en este nivel la atención es para detectar, valorar y tratar padecimientos, cuya sintomatología se ha complicado y requiere de una atención más especializada, ya sea que pueda ser atendida ahí o bien canalizarse al tercer nivel de atención.

El personal profesional, que labora en esta unidad son: médicos con especialidad, enfermeras auxiliares y titulada. Enfermeras con especialidad, están en áreas de pacientes críticos o para el departamento administrativo, dada la demanda de este nivel de atención, existen más trabajadores para el área de trabajo social, técnicos y los que laboran en limpieza, camilleros y ambulancias.

El tercer nivel de atención a la salud se encuentra conformada por hospitales de especialidad, y la llamada "tecnología de punta" que en ocasiones en ciertos discursos políticos forma parte de "orgullo nacional". En este nivel la atención es eminentemente curativa y especializada, el avance de la tecnología médica con la que cuenta el país para atención de la enfermedad se lleva a cabo ahí, la investigación y docencia tienen el campo abierto y fértil para llevar a cabo esta actividad.

Alguna que otra ciudad del interior del país, cuenta con una institución de este nivel como son: Guadalajara, Monterrey y Mérida, pero la mayoría de estas unidades se encuentran concentradas en el Distrito Federal siendo por ejemplo las dependientes del IMSS: el Centro Médico Nacional Siglo XXI, que ha raíz del sismo del 85 se reestructuró dándosele un aspecto más "moderno", los hospitales que lo conforman son de especialidad como la cardiología, pediatría, oncología y el hospital de especialidades, cuentan con un edificio para el apoyo académico e investigación teniendo preferencia hacia el área médica..

Actualmente, se da una vinculación con las actividades culturales, por lo que las instalaciones de los centros médicos difunden obras de reconocidos artistas contando con espacios, galerías etc. para la difusión de obras artístico-culturales. El Centro Médico Nacional Siglo XXI y la Raza y los ubicados en algunos estados de la república como el Centro Médico de Occidente en Guadalajara y el Centro Médico del Sureste en Mérida tienen dividido la cobertura de sus servicios para su población derechohabiente.

De parte del ISSSTE en el Distrito Federal se cuenta con el hospital 20 de Noviembre, que en los últimos años adquirió el nombre de Centro Médico. De la SS., está el hospital General y el Hospital Juárez y otros ya mencionados. En el tercer nivel de atención a la salud, se da en toda su magnitud, la enseñanza a través del hospital - escuela, lugar que forma recursos humanos en sus áreas básicas y de especialización, existe una variedad de residencias en medicina, cursos de enfermería básica y de especialización.

También la capacitación y educación continua del personal se lleva con dinamismo, esto dirigido a todo el personal que labora en estos centros, desde el personal de intendencia, paramédico, dietista, químico hasta directivos y administrativos en este nivel de atención.

Por otra parte, para conocer el total de cobertura de la seguridad social, se sobrestima la población protegida, se dan casos de personas que están registrados en dos o más instituciones, esto ocurre cuando el asegurado tiene más de dos trabajos y estos recibe la misma o diferente prestación del servicio, el desempeño de dos o más trabajos es frecuente en nuestro medio urbano. Otra situación, es cuando ambos cónyuges trabajan y cada uno de ellos recibe la protección de la seguridad social, en este caso, cada uno de los integrantes de la familia estaría registrado dos veces en la misma o diferente institución. También cuando varios de los hijos trabajan y anotan a padres como derechohabientes queda registrado varias veces.

Aún más la forma en que se establecen los indicadores de "cobertura" es totalmente imprecisa y conduce a conclusiones erróneas. "Al igual la construcción de una unidad médica rural a la incorporación, en promedio, de 5 mil nuevos derechohabientes sin ajustar siquiera a la población real del área de influencia de la unidad- en caso de que esté definida con precisión - y mucho menos ponderarla con factores de accesibilidad de diversa índole y utilización efectiva de los servicios, no resulta otra cosa que el hecho de sobrestimarse considerablemente la cobertura real lograda."³⁶

Importante es retomar a López Acuña que nos dice que el acceso a los servicios de salud y el tipo de servicios recibido están distribuidos desigualmente entre las diferentes clases sociales. Según el tipo de atención que éstas reciben puede hablarse de tres grandes grupos sociales. El primero está constituido por la burguesía y algunos sectores de la clase media que tiene suficiente poder de compra para adquirir los servicios privados. El segundo está formado por trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y por sus familiares derechohabientes.

El tercero lo integran quienes no tienen derecho a la seguridad social ni los recursos necesarios para pagar los servicios privados: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados de la ciudad etc., es decir, la gran mayoría de la población que, parcialmente, queda cubierta por alguna institución de asistencia pública."³⁷

En 1994" el 53% de la población se encontraba cubierta por un servicio médico de seguridad social. El 47% restante se consideró como población abierta, atendida por la Secretaría de Salud, los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, los del IMSS-Solidaridad y por personal privado, incluyendo terapeutas tradicionales. Esta población no asegurada pertenece en general a los grupos de pobreza y extrema pobreza. En esta última categoría se ubicaron en 1996 a casi 20 millones de mexicanos."³⁸

³⁶ Idem.

³⁷ López Acuña La Salud desigual en México. Ed: S iglo XXI Edt Pág.

³⁸ La Jornada Ecológica- No 53 - 32 enero 1997 Pág 5

El Banco Mundial reportó que en México, el gasto a la salud como porcentaje del producto nacional bruto (PNB) en 1990 "era de 3.2; en América Latina, solamente Paraguay tenía un porcentaje más bajo. . El informe presidencial de 1994 señala que el porcentaje del PNB dedicado a la salud fue de 4.5. Los tres países de América que tienen cubierta a toda su población con sistemas de seguridad social son Canadá, Cuba y Costa Rica. En ellos el PNB, per cápita es muy diferente; sin embargo, tienen en común que el porcentaje dedicado a la salud, es bastante más alto que en México: 8.6 % en Canadá; 19.3 % en Costa Rica y 15 % en Cuba.

En nuestro país, el gasto en salud per cápita en la población abierta y la población asegurada es tres veces menor. Ello impacta la atención que se ofrece. Así el incremento al presupuesto asignado al sector salud, no ha sido proporcional a las necesidades por aumento de la cobertura y la elevación de los costos de la atención médica. Si se toma como base (100 %) el presupuesto asignado al sector salud por el gobierno federal en 1980, y se considera el índice general de precios (uno de cuyos rubros mas altos lo constituye, la elevación de los precios y de los insumos para la salud), se calcula que en números reales, en 1990 el gasto en salud corresponde al 74 % del mismo en 1980³⁹

Durante ese lapso, el gasto disminuyó mientras se incrementaron sustancialmente los servicios a la población. Esta aumentó en 14 millones y medio de habitantes.⁴⁰ En las instituciones de seguridad social, la población usuaria lo hizo en 56 %. En todo el sector salud, las consultas aumentaron en 73 %, los egresos hospitalarios en 22 %, las intervenciones quirúrgicas en 60 % y los partos en 59 %.⁴⁰ Estos incrementos persisten en los últimos años.

Estas cifras muestran, que el hospital continúa siendo el escenario esencial del sistema de salud, cuando debería ser la participación ciudadana, la comunidad, el primer nivel asistencial. Y, a decir verdad, la salud no solo es un objetivo en sí, sino uno de los factores clave del proceso, que debería romper el círculo vicioso de la pobreza, la desnutrición el analfabetismo y el desempleo, para llegar a dar a toda una

³⁹ Ibid. Pag. 6

⁴⁰ Idem.

población, no sólo un nivel de existencia mejor, sino ese mínimo de dignidad y de libertad a la que todo ser humano aspira.

Robert Chambers apunta que la llamada "trampa de la privatización" es utilizada para referirse a un problema más amplio que pobreza y presenta cinco conjuntos de factores que se interrelacionan como una telaraña respecto de la cual resulta muy difícil escapar. Los conjuntos incluidos son: a) la misma pobreza, b) la debilidad física, c) el aislamiento, d) la vulnerabilidad e) la carencia de poder.⁴¹

La pobreza se refiere a la insuficiencia de ingreso (flujo de dinero o de bienes y de riqueza (disponibilidad de activos. La debilidad se vincula con la falta de fuerza, desnutrición, salud deficiente e incapacidad física y una alta tasa de dependencia del grado de pertenencia, lo que frecuentemente se asocia en forma directa con la pobreza. El aislamiento considera la lejanía física, la carencia de educación y la ignorancia y la falta de acceso a los servicios de información. La vulnerabilidad se relaciona con tensión interna y externa y peligro de volverse más pobres y carente de todo, mientras que la falta de poder significa la incapacidad y debilidad para enfrentar la explotación y las demandas de los poderosos.⁴²

Amartilla Sen, fue pionero en la discusión sobre la noción de capacidades, que junto con otros autores señala: "una persona es pobre si carece de los recursos para ser capaz de realizar un cierto mínimo de actividades. Al respecto Meghnad Desai propone las siguientes capacidades como básicas y necesarias a) la capacidad de permanecer vivo/gozar de una vida larga, b) La capacidad de asegurar la reproducción intergeneracional, c) La capacidad de una vida saludable, d) La capacidad de interacción social y, e) La capacidad de tener conocimiento y libertad de expresión y pensamiento."⁴³

Estas capacidades cubren lo esencial para permitir a una persona ser miembro de una comunidad social, económica y política. Para lograr que toda persona sea capaz de realizar esas actividades se requiere recursos tanto de ingreso privado, como de bienes y servicios públicos, de activos físicos, así como de

⁴¹ Vania, Salles, Familia, género y pobreza – Revista el Cotidiano UAM: X: No 68 Pág 12

⁴² Idem.

⁴³ Idem

capital. Estas capacidades podrían traducirse en derechos de acceso a los recursos necesarios para adquirirlos.

Las tres primeras capacidades se relacionan con la salud y permiten asegurar que la persona esté viva y sana para trabajar, pero también hace referencia al derecho de reproducirse.

Estos derechos exigen garantizar cierto nivel de salud, de nutrición, la libertad y la autonomía frente a presiones externas que buscan interferir en tales derechos. Para asegurar estas capacidades se requeriría un acceso garantizado a un mínimo de servicios de salud, así como el conocimiento de la función reproductiva de los hombres como de las mujeres.

Es importante destacar que en la mente de los pobres, que saben que su salud e incluso su vida están permanentemente amenazadas por la enfermedad, el medicamento moderno está rodeado, mucho más que en los países ricos de Occidente de una especie de aureola salvadora. Se atribuye al medicamento un poder curativo misterioso, casi infalible, que hace de él un bien altamente deseable, por cuya adquisición hasta los más de desheredados están dispuestos a sacrificar mucho.

Aberración extraña pero comprensible: para los amenazados y abatidos por la enfermedad, cuanto más caro es el medicamento más creen en su eficacia. Esa confianza inexpugnable tiende a hacer del consumidor - siempre vulnerable a la enfermedad, a menudo analfabeto- una víctima anente de la industria y del comercio.

Los medicamentos de la industria químico-farmacéutica, se han convertido en uno de los remedios de todos los grupos sociales, "más del 90 % de la población recurre a ellos, cualesquiera que sean sus ingresos, estos se dividen generalmente en productos de venta libre y los que se despachan sólo bajo prescripción médica. Los primeros como se ha dicho, cuentan con una gran promoción publicitaria, a través de los medios masivos de comunicación; los segundos que no van destinados a los legos, reciben

menos publicidad, aunque también se llevan a cabo intensas campañas que sólo van dirigidas a los especialistas médicos.”⁴⁴

Este dominio del medicamento como fuente de curación proviene de la preponderancia de la economía monetaria; los elementos de la naturaleza ante estos han disminuido su importancia frente a los productos industrializados, y el medicamento tiene todas las características de una mercancía.

La profesión médica ha acaparado la prerrogativa de decir quien esta enfermo y quien no, así como el de administrar la mayor parte de las aplicaciones de la ciencia moderna a la asistencia de la enfermedad. Una gran mayoría de los consumidores tiene fe ciega en el médico y en sus consejos, lo que ha llevado a anular la actitud crítica del paciente.

Más sin embargo, la dependencia a los medicamentos no necesariamente requiere de los médicos, y para esto basta observar el comportamiento de la población, donde también, se producen con mucha frecuencia enfermedades por uso compulsivo de medicamentos autorrecetados. Hoy en día los medicamentos son más abundantes, más eficaces y también más peligrosos. Varios medicamentos dicen –“úsese únicamente bajo prescripción médica y vigilancia médica-” esto nos llevaría a pensar que no hay suficientes médicos para prescribir medicamentos, ni farmacias que respeten las recomendaciones de vender solo bajo prescripción médica.

La insuficiencia de médicos se debe en primera instancia a que las instituciones de seguridad social concentran más del 50 % de los médicos especialistas, enfermeras generales, personal administrativo y personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento que existe en el país, a más de 43 % de las enfermeras especializadas y de las auxiliares de enfermería y el 81 % de otros trabajadores de la salud”⁴⁵

⁴⁴ Lomeli Arturo. EL CONSUMIDOR DE SERVICIOS MEDICOS – Vida y Muerte del Mexicano Folios Edt.Pág.28

"Las instituciones de asistencia, en cambio, con las grandes necesidades que tiene para hacer efectiva la cobertura de 65 % de la población del país, sólo reúne cerca del 20 % de los recursos médicos, de enfermería profesional y de otro tipo de personal y el 26 % de las auxiliares de enfermería. Entre tanto las instituciones privadas agrupan entre 15 y 25 % de los recursos mencionados".⁴⁶

En nuestra sociedad, tan competitiva y mercantilizada, tan afligida también por las enfermedades, el ejercicio de la medicina no siempre está en manos de quienes por vocación y competencia profesional debería estar. La mayoría de las veces al diagnosticar a un paciente, toman aspectos empíricos descontextualizados y no ven a las personas como seres socio histórico, que pertenecen a una clase social y que hay que valorar las relaciones sociales de producción, su modo de vida, ideología y medio familiar entre otros aspectos.

Importante es resaltar, tres países de América que tienen cubierta a toda la población con sistemas de seguridad social, ellos son": Canadá, Cuba y Costa Rica. En ellos el PNB per. cápita es muy diferente; sin embargo, tienen en común que el porcentaje dedicado a la salud es bastante más alto que en México: 8.6 % en Canadá; 19.3 % en Costa Rica y 15 % Cuba."⁴⁷

Existe en esos y otros países la preocupación del Estado y la sociedad para atender integralmente la salud de los habitantes. Sus índices de salud son superiores a los de México. Por ejemplo "mientras la mortandad infantil en Canadá es de 8.6 en Costa Rica de 14.0 en Cuba de 9.0, en Chile de 15.0 en Estados Unidos de 8.0, en México asciende a 18.6. Por otro lado la mortalidad materna es en Canadá de 3, en Costa Rica de 40, en Cuba de 32, en Chile de 41, en Estados Unidos en de 8 y en México es de 54 por cada 10 mil nacidos vivos."⁴⁸

⁴⁵ López Acuña -La salud desigual en México. Pág 113

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ Suplemento la jornada ecológica, marzo 1997, Pág 76

⁴⁸ Idem

Si se comparan estas cifras con las de otros países en el mundo, las conclusiones a las que se llega son similares: existe en general una correlación entre la "esperanza de vida, la mortalidad infantil, la mortalidad materna, el PNB per cápita y el porcentaje del PNB dedicado a la salud. En este último índice, "la correlación se hace más ostensible cuando empieza a dedicarse más del 7 % del PNB a la salud.

Los casos de Cuba y Costa Rica, demuestran que no se requiere un elevado PNB para mantener condiciones de salud apropiadas, siempre y cuando exista, un interés genuino del Estado y de la sociedad en elevar el nivel de salud lo que significa, en principio, incrementar el presupuesto gubernamental asignado a este renglón".⁴⁹

Algunos países con gastos en salud proporcionalmente inferiores, pueden conseguir niveles de salud adecuados, cuando invierten en calidad de vida, esto es, en educación, abasto de agua, vivienda, alimentación, empleos y otros factores que inciden en la salud. Es importante saber, qué se hace en los países golpeados por la rescisión económica del capitalismo y en especial en México, ante ésta crisis económica y el embate del modelo neoliberal, cuándo existe un mosaico étnico - cultural y una idiosincrasia bien definida, que busca como sanear sus necesidades más vitales y necesarias como es la salud.

⁴⁹ Idem.

2.4. - Eficacia del modelo de salud para las clases sociales bajas

Para fines de este siglo, la ciudad de México será una de las primeras ciudades más grandes del mundo. Sin embargo los cuadros que se hacen tomando en cuenta el tamaño de una ciudad no tienen demasiado significado. Mucho más importantes son los procesos dinámicos del crecimiento urbano y el efecto de éstos sobre las oportunidades de la vida de sus ciudadanos.

El México de hoy, vive bajo el signo de la incertidumbre y del desconcierto a pesar de que el presidente Ernesto Zedillo se aferra al espejismo fabricado. La crisis del sistema neoliberal se ve reflejada, en su paisaje urbano, el cual se ha transformado rápidamente de una ciudad a una Megalópolis. Las transformaciones alcanzan el complejo de interacciones políticas, económicas, sociales y culturales. Aún con un pasado fuerte y rico en contrastes como la capital de México, la trama compleja del presente y la incertidumbre del futuro, disminuyen las condiciones de posibilidad de experiencia encadenada al tiempo y privilegian las adscripciones múltiples de espacio.

Nuestra ciudad es un espejo de su situación económica, política y social en la que actualmente se ve inmersa la infraestructura urbana existente, el acceso a las vías de comunicación, la interacción con otras ciudades, pero más que nada la reestructuración ha traído consigo cierre de empresas e industrias, por consiguiente, se da la pérdida de numerosos puestos de trabajo y el desempleo se presenta como un problema apremiante, siendo un reflejo la economía subterránea y los problemas que implica la legalidad de un espacio para ejercer el oficio.

En nuestro país, se da una marcada desigualdad de la riqueza, la que cada vez es más obvia, no solo en la ciudad con su zona conurbada, sino también en el medio rural, el valor adquisitivo cada vez se deteriora, esto se ve reflejado en que un obrero requiere hoy un ingreso correspondiente a tres y medio salarios

⁴⁹ Idem.

mínimos para cubrir la canasta básica, y el aumento a salarios no es proporcional al aumento frecuente en artículos y servicios básicos.

Otra situación presente es la segregación espacial entre los grupos económicos, que en gran medida se relacionan con la expansión y reproducción de diferentes oportunidades de vivienda y empleo en la ciudad. Los ricos y de mejores ingresos viven en terrenos con servicios, panoramas agradables cercanos a centros comerciales y otros servicios complementarios; los alrededores o la periferia de la ciudad, con zonas contaminadas por la existencia de plantas industriales, áreas sin prestigio social con carencia de servicios básicos, son los espacios de los pobres e indígenas, mismos, que comparten el deterioro económico y social de las condiciones actuales dadas por el sistema.

Se tiene que a partir de los años setenta el área metropolitana de la ciudad de México ha crecido con rapidez, que para 1980 cubría más de 1000 Km², se amplió significativamente hacia el Estado de México donde, ya para entonces, vivía el 35 % de la población total. En 1989, el área construida se extendía sobre más de 1250 Km.² y las actuales "fronteras" de expansión física se han ampliado hasta alcanzar el municipio de Chalco hacia el sureste, donde las tierras ejidales están siendo alineadas a lo largo de la carretera a Puebla, el norte hacia Tecamac, y hacia varios municipios en el noroeste y oeste. "50

Actualmente, toda el área metropolitana constituye un elemento negativo, debido a la manera en que afecta a todos sus habitantes, los problemas relacionados con los niveles de contaminación atmosférica, la falta de servicios adecuados y escasez de áreas verdes, largos trayectos a los sitios de trabajo, velocidad de los medios de transporte, uso de más de dos medios de transporte para llegar al sitio de elección, robo, delincuencia etc.

La existencia de los diferentes problemas urbanos no afecta a todos de la misma forma. Si se redondea el aspecto correspondiente a los municipios del Estado de México, entonces el oriente y norte de la ciudad

tienen los niveles más bajos de servicios y aunque las redes de agua y drenaje se han ampliado hasta estas zonas, los niveles de carencia relativa siguen siendo más altos que el resto de la ciudad. Los niveles de sobrepoblación, viviendas construidas con materiales inadecuados o provisionales y sin servicios sanitarios reiteran este patrón. Las áreas verdes son muy pocas en su mayoría se distribuyen hacia el occidente y sur de la ciudad.

En el Distrito Federal, "las oportunidades de crecimiento físico se encuentran al sur en las faldas del ajusco, y al sureste en las ricas tierras agrícolas que rodean Xochimilco. Otras delegaciones más alejadas como Tláhuac y Milpa Alta han empezado a crecer en forma evidente y se espera que dupliquen sus poblaciones entre 1980 y el año 2000."⁵⁰

Así, ante este panorama descrito, se tiene que una alta proporción en número de habitantes, son penosos testigos del fracaso estrepitoso de las políticas gubernamentales en la materia, mientras que solo unas cuantas familias concentran la riqueza nacional de manera verdaderamente insultante.

Más es importante destacar que la salud es una precondición para la igualdad de oportunidades sociales, junto con la educación. Sólo los individuos sanos pueden generar mejor trabajo y la riqueza social que determinan la viabilidad y la calidad de supervivencia de todo individuo y de todo país. Un real desarrollo económico incide en la evolución humana, a través del mayor bienestar de las poblaciones. No considerar integralmente este bienestar restringido a indicadores parciales del mismo, ha conducido a omisiones y sesgos trascendentes, entre los que destacan la pobreza extrema y el deterioro ambiental.

Se dice pues, que uno de cada diez mexicanos viven en localidades de elevada marginación con escasez de servicios públicos, carencia de fuentes de trabajo y empleo remunerado con bajo ingreso, precariedad,

⁵⁰ Jornada Ecológica, No 53 enero 1997 Pág 10

⁵¹ Idem.

aislamiento y exclusión. "Solamente 39 % de los habitantes de 12 años o más participan en actividades económicas formales. Mientras el 51% recibe menos del medio salario mínimo, apenas 27 % recibe salario mínimo o más".⁵²

Para atender a esta población hay "0.08 % médicos por cada mil habitantes (el promedio nacional es de 1.3 médicos) y 0.06 camas hospitalarias para cada mil habitantes (el promedio nacional es de 1.1.) En seis estados no hay camas- hospital en los municipios indígenas, en 1991;⁵³ y continúan siendo las principales causas de morbimortalidad, las enfermedades infecciosas, accidentes y enfermedades del corazón.

Aunque el Programa Nacional de Solidaridad pretendía mitigar la pobreza, definiéndola como un problema de falta de ingresos y escaso acceso a una serie de servicios - como la educación, la salud, la vivienda etc. Es obvio que al mejorar este tipo de servicios, se podrían mejorar las condiciones de vida de los pobres. Pero en ello radica el "desarrollo artificial" que se traduce en mejorar las condiciones de vida sin dotar de trabajo e ingreso, aunque se trate de una manera justa de redistribuir la riqueza social a la cual todo individuo tiene el derecho a acceder y a la que, dicho sea de paso, no significa crear mejores casas; construir banquetas o caminos o realizar obras de electrificación o drenaje.

En ausencia de empleos directos e inversión, no es posible invertir las condiciones del desarrollo y propiciar beneficios cuando la población no produjo la riqueza que haría posible acceder ellos. No basta con cuantificar a los pobres sin considerar sus diferentes características: algunos viven en le medio rural y otros en el medio urbano; algunos son agricultores, trabajadores informales y jornaleros agrícolas, las familias son jóvenes y de mayor edad etc.

⁵² Idem.

⁵³ Idem.

En consecuencia, la diversidad de sus necesidades requiere de una amplia gama de estrategias para el combate de la condición de pobreza. Y, por consiguiente, la accesibilidad a los servicios entre ellos los de la salud.

Retomando una declaración del subdirector médico de ISSSTE, para enfocar más específicamente, las condiciones de la eficacia de los modelos de salud para las clases de bajos recursos, nos dice: " El "abandono" de años de las clínicas familiares del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, llevó a que este nivel resuelva solamente 30 % de los problemas de salud de nueve millones de derechohabientes, 10 % de la demanda nacional. Dice que este "relajamiento en la organización " generalizado en todo el sector salud, se originó por el interés institucional de seguir un modelo de reparación de daño en grandes hospitales, similar al de Estados Unidos, en perjuicio de la medicina de prevención." ⁵⁴

Es importante complementar, que los recursos humanos de mayor capacitación, y sus correspondiente recursos físicos, no se orientan a los lugares donde más se les necesita, esto es notable cuando se delega la atención primaria a un personal técnico intermedio originario de las comunidades, que tendrían que realizar gran número de actividades que rebasan su habilidad técnica.

Por otra parte, no establece explícitamente la sistematización del apoyo a la atención primaria, por parte de los niveles superiores de atención médica, y de los servicios personales de salud, este aspecto merece la más alta prioridad pero en un esquema que se vincule con los otros niveles de atención y en el que la atención primaria personal sea prestada por personal altamente capacitado, para no caer en un sistema de prestación de servicios, en el que un sector de la población tenga acceso a todos los niveles de atención y otro reciba un esquema de medicina simplificada.

⁵⁴ La Jornada- Sociedad y Justicia , 28 abril 1997 Pág. 46

A través de esta declaración, el funcionario hace un diagnóstico de los servicios que ofrece el instituto, y señala "que hasta el año pasado, 80 % de los recursos se destinaron al crecimiento de los hospitales. Esa es la causa aseguró, de que el ISSSTE sea generador de quejas e inconformidades y que sus clínicas sean "lugares sórdidos y medio feos" Esta tendencia empezó a revertirse este año, causando 60 % del presupuesto para la salud se destinó al primer nivel de atención, explica."⁵⁵

"El desprestigio de las clínicas familiares entre los derechohabientes, continua declarando el galeno, llegó al grado de que ya no queríamos ir y buscábamos la forma de ser atendidos en un hospital " todo empieza desde que el enfermo llega con su médico, le plantea sus malestares físicos y resulta que no hay los elementos necesarios para atenderlo; no existe laboratorios, rayos X ni medicamentos. El médico entonces, tiene que mandar al enfermo a un hospital saturado para remediar las faltas." ⁵⁶

Ante esto, es importante decir que el 11 de junio de 1996, se abrió al público la Comisión Nacional de Arbitraje, dependiente de la Secretaría de Salud. La comisión fue planeada, desde hace varios años como un Obudsman de la salud, con el objeto de recibir quejas ciudadanas sobre la atención recibida de las instituciones públicas y privadas. Sus principales objetivos son:

1. - Contar con una instancia en la que la sociedad pueda presentar sus quejas por la atención a la salud.
2. - establecer convenios entre las personas dañadas por supuesta negligencia o impericia médica y el personal que aparentemente le causó el daño.
3. - Constituirse en un medio para mejorar la atención médica en todos los aspectos

Las personas del Área de Quejas de la Comisión revisan los casos que pasan después a la sección de Conciliación y son presentados por un médico, un abogado, el demandante y el demandado. En la gran mayoría de los casos se llega a un acuerdo que puede ser: el desistimiento de la queja por parte del

⁵⁵ Idem

quejoso, un pago en efectivo, una sanción para el médico o una recomendación de la Comisión a la institución correspondiente.⁵⁷

Sin embargo, lo que ha ocurrido hasta ahora, hace pensar que la Comisión ha estimulado el número de quejas por parte de los enfermos, tanto en contra de la asistencia privada (27 %) como de la pública (73 %). En una época en que las deficiencias en el buen desempeño de la atención son notables, es fácil que se presenten quejas de parte de los derechohabientes o usuarios.

El funcionario del ISSSTE continúa diciéndonos: " que el nuevo modelo de atención a la salud empieza con un cambio en la actitud de los trabajadores. Es algo que llevará varios años al igual que la capacitación e implementación de varios mecanismos en el área administrativa, donde lo más importante es cambiar el modelo de atención a la salud, afirma."⁵⁸

Con la caída de los presupuestos para las instituciones de salud, sin duda, eleva la vulnerabilidad de los médicos. La imposibilidad de atender a tiempo la contingencia de la enfermedad, la falta de medicamentos y de medios de diagnóstico al no contar con el tiempo suficiente para atorgar atención de buena calidad, la reducción real de los salarios son factores que, junto con muchos otros, provocan en el personal actitudes que influyen en su capacidad de entrega a sus labores, su interés en actualizarse y su vocación de servicio.

Sin duda la explicación del galeno, es un reflejo de lo que sucede en una institución de salud, pero existen amplias regiones y buena parte de colonias de la zona conurbada de la Ciudad de México, donde no existen camas de hospital, los médicos y demás trabajadores al servicio de la salud se concentran en la

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ *Jornada Ecológica*, No. 53 enero 1997- Pág. 10

⁵⁸ *La Jornada- Sociedad y Justicia* 23 abril 1997 Pág. 46

ciudad y más específicamente en instituciones que ofrecen una aceptable remuneración económica, y más por el llamado tercer nivel de atención a la salud.

Pero que pasa, ante una vasta población de bajos ingresos que vive en el área conurbada y marginada de la ciudad de México, la que tiene que buscar como satisfacer sus necesidades esenciales, y en este caso específico los problemas que afectan su salud. Cuando la madre o el padre ven afectada la salud de algún familiar dependiendo la gravedad de ésta, es al servicio médico al que acuden, a reserva de ser derechohabiente de una institución médica, distancia a la unidad sanitaria, experiencias pasadas de atención, son otros factores que toman en cuenta para acudir a un médico.

Por lo general en casos patológicos severos, es cuando se paga un servicio particular o bien a una institución médica a la que se tenga acceso.

Sabemos que en nuestra ciudad existe un mosaico cultural por lo que, ante ciertos problemas de salud es común recurrir al terapeuta tradicional, mismo que viene a coadyuvar y sostener el precario equilibrio médico-social y que se fortalece a raíz de la política mundial de "Salud para todos en el año 2000" donde las instituciones oficiales han vuelto los ojos a la medicina tradicional como un apoyo en el primer nivel de atención a la salud, la cual empieza en el hogar y la mujer ocupa un lugar preponderante.

Una alternativa para tener acceso a la salud por parte de la población de bajos recursos es la medicina tradicional, la cual tiene un profundo arraigo cultural y en su holística existe toda una variedad de alternativas como la herbolaria, la acupuntura, reflexología, Iridiología, medicina holística, naturismo, hueseros, etc.

En las zonas marginadas la medicina alternativa viene a constituir el servicio médico más cercano, más barato, humano, amén de que gran parte de la población conoce y lleva a cabo el uso de recursos medicos tradicionales; o también, no falta la comadre, suegra, vecina etc. que tenga conocimientos sobre medicina tradicional o alternativa.

Así, dentro de ésta, se cuenta con la herbolaria, la cual se usa en primera instancia ante afecciones a la salud y como recurso medico tradicional. Más es importante decir que, la medicina tradicional viene a constituir una alternativa en la atención a la enfermedad de las clases sociales más desprotegidas del país y en específico de la ciudad, dada en primera instancia por los grandes problemas de salud y seguridad social, las enormes necesidades de la población y las deficiencias e insuficiencias de los servicios en dichas áreas; las cuales no están siendo enfrentadas con programas, realistas, factibles, inteligentes, populares y democráticas que requieren las circunstancias presentes.

Hay que hablar de democracia, como un medio real que permita alcanzar mejores perspectivas económicas para la mayoría de la población, pero que también posibilite una mejor calidad de vida, entendida como la satisfacción de los mínimos de bienestar social que frenen y abatan los niveles de pobreza que padecemos. Sólo disminuyendo sensiblemente la pobreza podremos hablar de desarrollo democrático.

Hoy en día, cuando la civilización moderna ha llegado a una alta refinación en conocimientos y en medios tecnológicos para tratar la enfermedad, causa una gran insatisfacción el saber que muchos de esos medios no se hallan al alcance de grandes cantidades de seres humanos.

La Cosmovisión de la Medicina Tradicional comprueba que, además de la técnica, la curación de un mal requiere que exista fe y una personalidad mágica para que la medicina surta efecto además del deseo de sanar.

3. - Cultura y cosmovisión de un pueblo ante la Salud- Enfermedad

Que el mundo moderno es un mundo urbano, no es novedoso ni tampoco que la ciudad de México es una de las más pobladas del planeta. Tal vez lo más notable es la consideración del fenómeno urbano como un espacio de complejidad en el que las categorías tradicionales para su estudio han sido desbordadas por la realidad.

La distinción entre el mundo urbano y el no urbano se han desdibujado rápidamente. Las referencias a un mundo rural, cohesionado y de escasa diferenciación social no es suficiente para distinguir lo urbano de lo no urbano, cuando en muchos hogares lo menos que se puede tener es una TV. que los pone en contacto con el mundo ante el modelo globalizador

La situación precaria en la economía del país y el cambio en las políticas han deteriorado, en poco más de una década, la calidad de vida de la población y ha incrementado sus necesidades de salud. Simultáneamente, los servicios han recibido un menor financiamiento y apoyo, deteriorándose y disminuyendo su capacidad de respuesta a las demandas ciudadanas. A través del gasto social el Estado busca hacer participar a la sociedad en la responsabilidad de su salud, sin tomar en cuenta que la asistencia médica tiene un costo que queda fuera del alcance de una gran mayoría de la población.

Los esquemas neoliberales enfocados a la atención médica, resultan en una asistencia con muy clara iniquidad. De continuar con la tendencia actual, unos cuantos individuos disfrutará de buena atención, el resto deberá conformarse con servicios de calidad equiparable a sus ingresos, lo que les dificultará conservar la plenitud de su salud. Esto provocará un mayor desequilibrio social y antepondrá consideraciones técnicas o de lucro por encima de principios éticos ahondando más la iniquidad con la que se prestan los servicios.

Cuándo un país de desarrollo medio, como México, se enfrenta a grandes desigualdades económico-sociales entre clases, grupos, regiones, entre campo y ciudad y, cuándo una familia obrera requiere de 3 y medio salarios mínimos para cubrir la canasta básica y solo el 70% de la PEA gana esos tres salarios mínimos y menos, amén de otros factores como abandono de toda política de generación y protección de empleos, y tal vez, el acceso a servicios públicos a cambio de sacrificar la calidad. Lo que es la cultura y cosmovisión de un pueblo, en cuanto a conocimientos médicos ancestrales vienen a resurgir en esta Megalopolis, como una forma de solventar una de las necesidades esenciales como es la salud.

Importante es retomar algunos datos reportados por el INEGI con relación a las condiciones poblacionales de nuestra ciudad de México, en donde dos colonias son nuestro objeto de estudio, lo que nos llevará a comprender el resurgimiento - tal vez - de la medicina tradicional y donde es importante analizar la cultura y cosmovisión de un pueblo así como su pasado histórico.

Nos dice el INEGI que 46% de las familias mexicanas tienen cinco integrantes o más, la población nacional continúa emigrando a las zonas urbanas, donde la ciudad de México, es entre tres principales estados de la república, la residencia del 25 % de la población mexicana. Aquí es de suponer que muchos de los migrantes hacen asentamientos irregulares en la zona conurbada del valle de México, conforman una familia de aproximadamente 5 o más integrantes a los que hay que alimentar, vestir darles techo y procurarles su salud.⁵⁹

Otro dato importante del INEGI nos dice que, el 19 por ciento de los mexicanos nació en entidad diferente a la de su residencia actual, siendo la capital de México con 47 % una de las que concentra el mayor número de habitantes.⁶⁰ Es así como en la ciudad de México y su área conurbada se da un mosaico cultural, ya que se concentran residentes de diferentes partes del interior de la república mexicana, existiendo un sincretismo cultural y respeto por sus tradiciones así como el conocimiento de recursos médicos tradicionales.

⁵⁹INEGI. La Jornada, lunes 16 de diciembre 1996- Pág. 23

⁶⁰ Idem.

En las tendencias migratorias recientes, se observa que del total de la población de 15 años de edad y más, en el país 5 % vivía en noviembre de 1990 en una entidad diferente a la que vive ahora y 5 % en otro país. Quintana Roo, Baja California México, Colima y Morelos son las entidades con mayor recepción de habitantes en lo que corresponde a la República Mexicana.⁶¹

Lo anterior, da la idea de espacio, el cual supone tanto la existencia física de un territorio de adscripción grupal, como la existencia de marcas culturales que dotan de señas de identidad e identificación de colonos.

Es aquí en el medio urbano donde la medicina tradicional, su ejercicio es necesario, donde la cosmología de muchos habitantes de la ciudad así lo reclaman, hierberos, hueseros, parteras, Chamanes, merolicos y curanderos toman su lugar en varios espacios barriales, para atender la enfermedad y el "mal" como herederos practicantes de la terapéutica ancestral.

Es importante también destacar, que en los últimos años la menor fecundidad de los mexicanos incidió en la parte inferior de la pirámide poblacional, la emigración o la inmigración afectaron la parte intermedia y la menor fecundidad y la menor mortalidad ensanchó la parte superior que corresponde a las edades mayores, más de 40 años. En México, la disminución de la tasa de crecimiento, implicó el inicio de un proceso de "envejecimiento" de la población: la tasa de menores de 15 años disminuye respecto a otras décadas, en 1990 la mitad de la población tenía 19 años o menos y en 1995 la edad mediana se incremento a 21 años.⁶²

Vale la pena destacar la inversión de la pirámide poblacional, la que cada vez su base se vuelve con población de personas adultas o de personas mayores existiendo una relación con las enfermedades crónico degenerativas y el surgimiento de disciplinas médicas abocadas a una nueva especialidad, la

⁶¹ Idem. Pág. 24

⁶² Idem.

gerantogeriatría, y por el lado de la medicina tradicional el resurgimiento también de conocimientos médicos ancestrales de como tratar estos problemas de enfermedad.

Así podemos decir que la medicina oficial, o sea la alopática que reduce al enfermo a una máquina descompuesta, trata con sofisticados aparatos físicos y consumo de fármacos producidos por las transnacionales y suele presentarse como la única medicina existente, lo que merece exclusivamente la denominación de ciencia y por lo tanto; de la atención del Estado y de las Universidades. No obstante ello, dos terceras partes de la población mundial acuden regular o irregularmente a los servicios de las "otras medicinas": la homeopatía, la acupuntura, el naturismo, el curanderismo, el espiritualismo, la antisiquiatría o la psiquiatría democrática.

Todas estas medicinas alternativas, quedan ignoradas por la ciencia médica oficial y por ende, borradas de la preocupación de las demás ciencias, incluidas las sociales. La medicina tradicional ha existido en las diferentes sociedades como supervivencias de condiciones pretéritas, funcionando a la vez como freno y forma de control social en cuanto a la autogestión de la salud de parte de la población.

La medicina tradicional llamada también mágica o popular, en la que se expresa las creencias y actitudes que el pueblo tiene acerca de la salud y la enfermedad, las cuales suelen ser un reflejo de su organización social; de su mundo religioso y cultural.⁶³ Ahora bien como dice Ortiz Quezada, en el mundo moderno suelen haber culturas como la nuestra, donde se encuentran explicaciones para la supervivencia y revitalización de lo mágico, pues se trata de países cuyo presente se halla profundamente arraigado en su pasado, donde las circunstancias económico sociales y su mismo trayecto histórico explican la presencia de las operaciones mágicas como las únicas accesibles.

⁶³ Ortiz, Quezada Federico- La medicina está enferma Pág 31-32 Edt. Grupo Noriega.

3.1. - Sincretismo cultural y cosmovisión de un pueblo en la atención a la salud.

Para hablar de la cultura y cosmovisión de un pueblo en la atención a la salud es importante destacar su pasado histórico, donde, retomando a Ruy Mauro Marini en su ensayo "Dialéctica de la dependencia, afirma que " no es porque se cometieron abusos en contra de las naciones no industriales que éstas se han vuelto económicamente débiles, es porque eran débiles que se abusó de ellas ".⁶⁴ También Agustín Cueva nos dice, que la estructura económico social heredada del período colonial se caracterizó por un bajísimo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y por relaciones sociales de producción basadas en la esclavitud y la servidumbre, hecho que constituyó una "carrera" para el desarrollo posterior de nuestras sociedades.⁶⁵

En nuestro contexto actual, bajo el modelo neoliberal que entre otros aspectos nos ofrece, desempleo, bajos salarios, donde se ha permitido la coexistencia de la abundancia y la pobreza extrema, se da la existencia común de la medicina "científica" y la medicina tradicional, el pasado histórico sin duda nos ubicara en el contexto actual, donde se puede decir que la medicina tradicional ha persistido entre las comunidades indígenas, pero en la ciudad con sus zona marginadas vuelve a retomarse para solventar la crisis económica - social.

Así pues, la medicina náhuatl, complejo cultural del cual la que se practicaba en México-Tenochtitlan era representativa, había alcanzado un considerable grado de desarrollo a principios del siglo XVI. Investigaciones modernas han desenmarañado poco a poco el cúmulo de conocimientos que de ella han llegado hasta nosotros, sea en códices y documentos, sea el uso de remedios y elementos terapéuticos, de manera que ya no estamos limitados a la afirmación de que los médicos indígenas

⁶⁴ Cueva, Agustín- El Desarrollo del Capitalismo en A.L. Siglo XXI Edit. Pág 11- 15

⁶⁵ Idem

practicaban una medicina de indudable utilidad sino que conocemos cuáles eran sus prescripciones y buena parte de los principios de la teoría médica.⁶⁶

“ Toda su concepción de la medicina, partía de la consideración del hombre como habitante de la región del centro del universo, a mitad entre los cielos y las nueve regiones del inframundo, en la confluencia de los cuatro puntos cardinales. En este universo se creía que pululaban dioses y espíritus de diversos géneros que regían, condicionaban y modificaban todo lo que en él acontecía.”⁶⁷

“La enfermedad tenía una representación básicamente religiosa, en la que aun los elementos mágicos estaban rigurosamente jerarquizados y supeditados a la acción o el permiso de deidades como Tezcatlipoca, por ejemplo. Sin embargo, se había desarrollado también, basado en una minuciosa observación de las circunstancias que rodeaban a la enfermedad y del curso de ésta, un sólido conocimiento teórico en el cual la explicación de lo que pasaba no podía ser dejada al nivel de reconocer que los dioses lo habían provocado, sino que buscaba saber qué cambios físicos, qué modificaciones en el interior del cuerpo humano, provocaban la acción de estos entes.

Los puntos de referencia estaban dados por la consideración de una polaridad frío-calor que, encarnando las propiedades características del inframundo y lo celeste respectivamente, hacían aprehensibles y aun clasificables los fenómenos naturales, no refiriéndose ya tan sólo al dios que los generaba, sino a las características físicas propias de la divinidad, del rumbo del universo de donde ésta procedía, del lugar en donde el fenómeno tenía efecto, de las propiedades de los demás seres involucrados en él”⁶⁸

⁶⁶ De la medicina indígena a la medicina tradicional INI Rev.marzo-abril 1986 Pág 3

⁶⁷ Idem. Pág 3 México Indígena, INI marzo- abril 1986 pag. 3 -4

⁶⁸ Biseca, Carlos. La medicina indígena a la medicina tradicional, Revista México-indígena INI No 9 marzo- abril 1986

Así quedaron perfectamente definidos los principios rectores de una medicina que consideraba a la salud como un equilibrio de los componentes fríos y calientes del hombre- ser del centro como se ha dicho; y a la enfermedad como las alteraciones que aquel sufría, pudiendo así estudiarse estos fenómenos independientemente de la causa que los produjera.

Esta actitud de observación permitió el uso, paralelo a las oraciones y acciones mágicas, de numerosos procedimientos médico-quirúrgicos encaminados a reinstalar el equilibrio perdido, expeliendo el calor o el frío excedentes, proporcionando sustancias que los aumentarían cuando uno y otro faltaban, que los desplazaran cuando su distribución en el organismo no era la adecuada, que llenaran los vacíos dejados por las sustancias expulsadas del cuerpo o movilizadas dentro de él.⁶⁹

Así finalizar la conquista había quedado una población indígena relativamente numerosa, con creencias muy arraigadas, aunque éstas fuesen declaradas falsas y supersticiosas dentro del nuevo orden reinante. Sin embargo, la habilidad práctica de los médicos y cirujanos nativos había sido altamente apreciada por algunos de los conquistadores, quienes habían hecho uso de ella, primero por necesidad, a falta de médicos europeos, después por convicción. Por otra parte era el médico indígena, responsable oficial durante algunos años del cuidado de los enfermos de su propia raza, se concentró también el mantenimiento de las creencias en los antiguos dioses, ahora equiparados con Jesucristo, la Virgen y los santos cristianos en un sincretismo que impidió su reconocimiento por parte de los frailes e inquisidores. El culto a la virgen de Guadalupe, madre de los mexicanos, en el sitio mismo donde estuviera un santuario de Tonatzin, y la presencia de una imagen de Tlaloc en el altar cristiano en el que los graniceros llevan acabo hoy día sus ceremonias en la cueva de alcaleca, en las faldas del Iztaccihuatl, son muestras fehacientes de ello.⁷⁰

⁶⁹ Idem. Pág 6

⁷⁰ Idem. Pág 6

Ministro del culto y creencias de los dioses de sus antepasados, el médico indígena fue perseguido. Curandero conocedor de los remedios autóctonos, fue buscado y consultado por aquellos mismos que le habían quitado la calidad de médico.

Durante unos cuantos años, al inicio del régimen colonial, persistió en la ciudad de México un tipo de médico indígena, que, si bien reducido a unos cuantos representantes, cumplía con la función de atender a la población indígena de acuerdo con los conocimientos experiencias de sus antepasados. Esta medicina se practicaba y según testimonios de la época, se enseñaba en el colegio de Santa Cruz de Tlatelolco, donde se escribió en 1552 el primer libro de medicina hecho en América, el Códice de la Cruz-Badiano el cual contiene numerosos remedios combinados con elementos europeos provenientes incluso de textos clásicos. Esto marca la aparición de la segunda gran raíz de nuestra medicina tradicional que es la española.⁷¹

Importadas de Europa llegaron a México muchas plantas que pronto empezaron a cultivarse. Se consagraron así los usos del ajeno, estafiate, la ruda, la artemisa y otras plantas más. Todo esto fue aprehendido rápidamente por los curanderos indígenas, quienes les atribuyeron grandes virtudes como productos exóticos que eran para ellos, de igual manera que las plantas americanas como el tabaco, la zarzaparrilla, el guayacán, o la raíz de Michoacán, lo eran para los médicos europeos.

Desde el punto de vista de creencias, fueron asimismo adoptadas por los curanderos, ahora ya bautizados, las oraciones y el padrinazgo de los santos cristianos, incluyendo el indispensable altar. Del lado de las teorías, pudieron fácilmente comprender lo que decían los españoles acerca de las causas de la enfermedad y de su tratamiento, ya que la teoría de los humores, modelo explicativo válido en la medicina europea de ese entonces, considera el frío, el calor, la humedad y la sequedad como característica física a partir de las cuales se podía clasificar todo lo existente en el mundo físico.⁷²

⁷¹ Idem Pág. 6

⁷² Idem.

A través del tiempo fue constituyéndose un cuerpo de conocimientos de carácter mestizo, en el siglo XVI los conceptos nahua y española se han enriquecido con medicina popular española, con su raíz arábiga y de los traídos por los esclavos negros en el siglo XVI y XVII.

La importancia de la medicina tradicional para la atención y manejo de problemas de enfermedad es innegable, ya que a principios del siglo XVII, el médico del marqués de Guadalcazar, Virrey de la Nueva España se quejaba con amargura que la clientela de los médicos universitarios era escasa, pues todos los indios y muchos españoles acudían con curanderos para atenderse.⁷³

Vale la pena destacar lo que dice López Austin, acerca de los logros de la medicina indígena: "han sido por lo regular, y desde el momento mismo del choque de europeos y americanos, tremendamente exagerados. O se afirma la existencia de curas milagrosas, de hierbas con propiedades extraordinarias, o se niega a los indígenas la capacidad intelectual suficiente para haber obtenido un elemental conocimiento de los efectos de los simples sobre el organismo" (sic)⁷⁴

En este aspecto ambos extremos son absurdos, lo que sí es innegable, es que ha través de la flora medicinal se puede obtener información acerca del nivel de sistematización del conocimiento médico, las plantas son el recurso tradicional al que han recurrido todas las culturas del mundo, cumplen y han cumplido una función fundamental en la terapéutica. Así las investigaciones en la taxonomía han demostrado, por lo menos, la existencia de un sistema complicado de clasificación botánica que concreta diferencias y propiedades físicas y medicinales de muchas especies, y de sus usos y efectos.

Históricamente, las enfermedades epidémicas que asolaron a las sociedades aborígenes durante el primer siglo de la colonia, y las condiciones de exploración a las que estuvieron sometidas, produjeron una sensible disminución de la población, lo que sugiere que el sector originalmente depositario de la medicina

⁷³ Idem

⁷⁴ Ortiz, Quezada Federico Vida y Muerte del Mexicano, Pág 18-19 folios ediciones

náhuatl desapareció pronto, en los primeros decenios del periodo colonial. La transmisión del conocimiento médico tuvo necesariamente que ser oral, echo al cual debemos añadir que se dio un lógico proceso de deterioro en la información a través del tiempo. Probablemente, los usos de remedios de franca utilidad práctica para el tratamiento de padecimientos, fueron los que continuaron transmitiéndose, en general, en el ámbito popular, durante la desintegración de la cultura mexicana.

Resulta por demás importante, describir a los profesionales autorizados para ejercer la medicina, donde en la sociedad colonial aparece en primer término el médico, el cirujano; en tercer lugar el sangrador-barbero; en cuarto el boticario, y finalmente en quinto a la partera. Este esquema es netamente elitista. Ante una situación estratificada que refleja claramente una sociedad clasista.⁷⁵

Se tiene noticia desde los primeros años inmediatos a la conquista del registro de la presencia de médicos españoles con sus títulos debidamente acreditados. El control del ejercicio médico lo efectuó el Cabildo de la Ciudad de México, quien velaba celosamente por la salud de los Vecinos. En 1527, dicho cabildo tomó juramento al doctor Pedro López, reconocido como protomédico, facultándolo para imponer las penas en los individuos que curasen sin título, delegando así, por primera vez esta función en manos de un especialista. Iniciándose la supervisión del ejército profesional por parte de los médicos.⁷⁶

Por otra parte, nos narra Noemi Quezada, ⁷⁷ Existían especialidades a las que sólo podían aspirar los que pertenecían al grupo hispano, exigiéndoles para optar por el examen un informe de limpieza de sangre, negándose el Protomedicato (sic) a hacer esepciones ya que incorporar a gente de cualquier grupo que no fuese el español, aun reconociendo que algunos de ellos eran talentosos y hábiles.

De esta manera se salvaguardaba al grupo formando un cuerpo de especialistas para controlar el ejercicio médico. Este informe de limpieza de sangre se le solicitaba a médicos, cirujanos, boticarios y parteras, no

⁷⁵ Quezada, Noemi. *Enfermedades y Maleficio*, UNAM Pág. 15

⁷⁶ *Ibidem* Pág 18

así a sangradores, que al lado de las parteras no legalizadas eran las especialistas más frecuentadas y al alcance del pueblo ⁷⁸ Al margen de este esquema y con la función bien concreta de resolver el problema de la salud en los grupos oprimidos, aparece el curandero.

Pero antes de entrar al análisis del curandero, es necesario ver los antecedentes del médico y su hegemonía; el médico era la persona capacitada para curar enfermedades exclusivamente y que no podía de ningún modo ejercer la cirugía. Egresado de la Universidad contaba con licencias necesarias, después de un examen en el Real Tribunal de Protomedicato, para ejercer en cualquier población de la Nueva España. Debería, al llegar a su lugar de residencia, presentarse ante el Ayuntamiento y al gobernador, para acreditar su título y colocar su letrero respectivo. ⁷⁹

Era indispensable para los médicos pasar frente a este Tribunal. Nadie tenía derecho a llamarse doctor, maestro o bachiller sin ser examinado. Al no acatar la disposición se incurría en delitos castigados con la prohibición del ejercicio profesional.

El Virrey Revillagigedo, como otros, frente a las frecuentes quejas del Real Tribunal del Protomedicato ordenó directamente a los Alcaldes Mayores que pusieran el remedio para que ningún individuo efectuara curaciones de cirugía o de medicina sin tener los títulos, aprobaciones o licencias otorgadas por el Protomedicato. Estas autoridades cumplieron celosamente esta disposición para proteger e impedir los abusos contra la población. ⁸⁰

Los escasos recursos y la vastedad del territorio impedían que el Tribunal llevara a cabo la supervisión y el control que tenían encomendado de esta manera, en Querétaro por ejemplo. No hubo una visita en once

⁷⁷ Ibidem Pág 19-

⁷⁸ Ibidem.

⁷⁹ Idem. Pág.16

⁸⁰ Idem.

años. Este control que se le escapaba de las manos, se transfiere a los cabildos locales, siendo ellos los encargados de proteger o acusar a los médicos que ejercían sin autorización requerida.⁸¹

Esta situación permitió que se suscitaran relaciones conflictivas entre el médico, que contaba con títulos, examen y licencia, y los no acreditados llamados despectivamente prácticos, curanderos que atentaban contra la salud pública. Estos prácticos, quienes aparecen así mismos en la cirugía, tienen una clara función dentro de la sociedad, pues la carencia de médicos hacía indispensable sus servicios.⁸²

Como se ha mencionado, los médicos examinados eran fieles guardianes de su gremio e intereses, por lo tanto, se estableció una competencia profesional con los no examinados acusándolos de médicos ilegítimos o intrusos, quejándose del despotismo de estos "curanderos" en contraposición a la "opresión y miseria de los verdaderos facultativos". Encaminaban sus esfuerzos para hacer denuncias y mostraban, como pruebas, los errores y las muertes causadas por su asistencia. Estos celos estaban fundamentados la mayor parte de las veces, por la popularidad que algunos de estos prácticos alcanzaron en las regiones en las que trabajaban, además de las jugosas ganancias que percibían y el éxito que los rodeaba.⁸³

La insuficiencia de médicos obligó a las autoridades a facultar a los cirujanos para tratar a "enfermos de medicina", en algunas ciudades de Veracruz se llamó a los cirujanos a los regimientos para desempeñar el oficio de médicos.⁸⁴

En segundo término de los profesionales de la salud. Aparece el cirujano. Dentro de ellos existían dos especialidades: el Cirujano latino que contaba con iguales derechos que los abogados y los médicos; siendo su campo de acción todas las partes de la cirugía, administrando remedios externos e internos para curar enfermedades mixtas. Y el Cirujano Romancista, quien prescribía y aplicaba medicamentos

⁸¹ Idem. Pág. 18

⁸² Idem.

⁸³ Idem.

⁸⁴ Idem.

internos y externos para la curación de las enfermedades puramente quirúrgicas o de efectos externos. Estaba autorizado para disponer y ejecutar las operaciones, incluso la sangría, en las enfermedades externas; debería atender partos difíciles, componer huesos, extirpar cataratas y curar hemias, no teniendo la facultad para tratar padecimientos mixtos, ni exclusivamente internos.⁸⁵

"El interés por la salud pública, la equidad y el buen orden exigen que los intrusos en la cirugía sean castigados ejecutivamente para evitar gravísimos daños que causan a la humanidad. Sin embargo, los cirujanos en el ejercicio cotidiano curaban todo tipo de enfermos o heridos, siendo en ocasiones más capaces que los médicos. Existía el permiso legal para que el cirujano latino ejerciera la medicina en los pueblos, lo que no estaba autorizado para los romancistas.⁸⁶

Otro especialista de la medicina, reconocido de la época fue el sangrador-barbero, hacia sangrías, sacaba muelas, curaba golpes contusos y aplicaba ventosas. Debía asimismo registrar su título y obtener permiso de ejercicio, pero era frecuente que incursionara en el ejercicio de la cirugía, llevado por el aliciente económico o por la asistencia de la gente, incurriendo en un delito, motivo por el cual el Visitador de Promedicato procedía contra los culpables. Cuando se anunciaban sólo como barberos, premeditadamente propiciaban la confusión y aceptaban con beneplácito que recurriera a ellos, aun sin tener el permiso ni la preparación necesaria.⁸⁷

Para reglamentar este ejercicio y aclarar al público sus funciones, se obligó a los barberos sangradores a usar del oficio después del examen en el Protomedicato, debiendo instalar su tienda con una celosía y exhibir en la puerta la tarjeta expedida. Los barberos que afeitaban de navaja o tijera sólo requerían la aprobación de los parroquianos que solicitaban sus servicios, debiendo tener sus tiendas con continuas y bacía colgada en señal de que eran casas únicamente para rasurar. El 29 de marzo de 1799 se dictó un

⁸⁵ Idem.

⁸⁶ Idem. Pág. 19

⁸⁷ Idem. Pág. 20

Bando que se envió a todas las villas y ciudades del virreinato para instruir al público sobre esta diferencia.⁸⁸

El Boticario, personaje que hasta nuestros días es el que atiende la botica. Contaba con un amplio conocimiento sobre los medicamentos en uso, su preparación y dosificación, siendo de suma importancia tanto en los pueblos como en las villas y ciudades. Debería presentar un examen frente al Tribunal del Protomedicato.⁸⁹

Los médicos renombrados fueron comisionados por el Cabildo para rendir visita a las "tiendas de los boticarios". Las visitas a las boticas tenían la misión de supervisar que estuviesen bien acondicionados los medicamentos, simples o compuestos, eliminando los deteriorados para que no se hiciera uso de ellos, y fueran sustituidos por otros en buenas condiciones. Dichas visitas deberían ser cada dos años y abarcaban todas las boticas de la jurisdicción, señalando que los medicamentos fueran administrados únicamente por maestros aprobados, había ciertas restricciones como vender vomitivos, purgantes, narcóticos y abortivos excepto para especialistas para evitar delitos.⁹⁰

Como era de esperarse muchas de estas disposiciones no se llevaban a cabo, tal como sucede en nuestros días, los boticarios recetaban medicamentos según los síntomas del enfermo y vendían libremente todo lo, prohibido. Cuando eran sorprendidos fingían ignorancia. Frente a este hecho las autoridades argumentaban que al pasar el examen quedaban facultados los boticarios para el ejercicio y de incurrir en un delito no era por ignorancia sino por malicia, ya que ninguno era inepto, por lo tanto se hicieron acreedores al castigo.⁹¹

⁸⁸ Idem. En las quejas enviadas al Virrey se anunciaba que existían muchos sangradores para examinarse, alegaban la imposibilidad de cubrir los gastos que ocasionaba venir a la capital y su estancia en ellas, diden la gracia de pasar el examen en sus localidades

⁸⁹ Idem. Pág. 21

⁹⁰ Idem.

⁹¹

Para evitar el soborno se prohibió a los visitantes que se hospedasen en casa de los boticarios, o de sus parientes, no debiendo tampoco recibir regalos, agasajos o gratificaciones y prohibiendo aceptar víveres.

Las condiciones actuales de los boticarios no han cambiado a épocas pasadas, ahora las boticas en la ciudad son las farmacias y ya las personas que atienden no requieren de un examen, sino que ahora se cuenta con un libro llamado cuadro básico de medicamentos donde viene el fármaco, dosis y en que casos se usa por lo que es común que el empleado de una farmacia recete

y hasta inyecte el medicamento, este aspecto es un problema de salud pública y aspecto muy importante para analizar.

Sin duda un personaje principal a destacar es la partera, la cual su practica no estaba reglamentada en España ni en la Nueva España. En esta última la mayor parte de las mujeres que la practicaban eran indias o mestizas, formadas dentro de una tradición prehispánica, incorporando solo a las deidades y algunos medicamentos importados por los españoles, eran vistas con desdén por médicos y cirujanos.⁹²

Estas "comadres" como se les llamaba, resolvían el problema vital de la reproducción, atendiendo a las mujeres en la función más importante que les destinaba la sociedad.⁹³

Cuando se trataba de parteras reconocidas y eran residentes en las ciudades, fueron supervisadas por médicos visitantes a partir de 1538. No cantaban con estudio alguno, sus conocimientos eran adquiridos de manera empírica, formándose bien con familiares o con ancianas. El problema real que enfrentaban, era la imposibilidad de sacar adelante los partos distócicos, lo que acarrea a la partera y parturienta graves consecuencias. Fue esta la razón fundamental para que Fernando VI, en 1750, pidiera al Tribunal

⁹² Idem. Pág. 22

⁹³ Idem.

de Protomedicato establecer los requisitos mínimos para este ejercicio, tanto en la metrópoli como en las colonias.

Quedo instituido que las mujeres deberían presentar una solicitud acompañada de un expediente entre cuyos documentos deberían estar: fe de bautizo, informe de limpieza de sangre, constancia de buena vida y costumbres, y certificado de haber practicado tres o cuatro años la profesión al lado de un cirujano o partera aprobada. Era condición indispensable que fuesen casadas o viudas, deberían en el primer caso, mostrar por escrito el consentimiento del marido, y en el segundo, una certificación del párroco, afirmando que se trataba de una viuda honorable. Al prepararse para presentar el examen podían obtener las Cartillas para aprender el oficio.⁹⁴

Después de entregar la solicitud y pagados 63 pesos para gastos del mismo, se llegaba al examen que por orden real debería ser puramente práctico y sin ningún estudio. Frente a la complicación de formar el expediente y llenar los requisitos, sobre todo los gastos, esta profesión siguieron practicándose, el reglamento quedó establecido y subsistió hasta la desaparición del protomedicato.⁹⁵

Para los partos distócicos (cuando el niño no viene en posición normal al nacer, ejemplo: viene de nalgas, cordón umbilical enredado en el cuello etc.) las parteras estaban obligadas a llamar a un cirujano, debiendo asistirlo sólo en lo que él indicara, que en general se reducía a recibir y atender al niño. A partir de 1772, el virrey Bucareli autorizó la cesárea en la Nueva España; fue así como las parteras pudieron practicarla en situaciones emergentes con la finalidad única de salvar el alma al producto.⁹⁶

Sin duda un personaje principal en torno al uso de la medicina tradicional es el curandero, pero no aquel que aunque cuente con estudios de medicina, o cirugía, no acreditó el título ni pasó el examen ante el Real

⁹⁴ Idem.

⁹⁵ Idem. Pág. 27

⁹⁶ Idem. Pág 2

Tribunal del Protomedicato. Nos referiremos al curandero, como aquel especialista que posee y manipula un cúmulo complejo de conocimientos indios, españoles y negros, dentro de un contexto cultural que corresponde a los grupos oprimidos. Él es consciente de ello y busca el reconocimiento social como especialista. Su comportamiento está reglamentado por la tradición y la colectividad. Se prepara y aprende su oficio aun cuando está predestinado, pues éste es sólo un indicio que debe desarrollarse.⁹⁷⁾

Lo más sobresaliente es el aspecto mágico que caracteriza, por un lado, al individuo totalmente convencido de su capacidad fuera de lo normal y, por el otro el proceso curativo y la relación con el paciente, en donde lo psíquico es lo más importantes, pasando lo físico a segundo término.

Noemi Quezada se pregunta ¿cuál es la función del curandero en la sociedad colonial? y para esto nos dice que Aguirre Beltrán plantea que el curandero tiene la función de mantener la seguridad psicológica del grupo, “ esa seguridad se cimienta en un inestable equilibrio entre salud y muerte, fenómeno fuera del control humano. El curandero en consecuencia no sólo dispensa salud, sino que, además, tiene la capacidad para provocar la enfermedad y la muerte”, es decir, al mismo tiempo cura y maleficia. Esta función de cohesión fue vigente en los primeros años de la Colonia, más tarde se mantuvo sólo en los pueblos pero no en las ciudades. Su existencia y función se explica desde un aspecto más general en la sociedad, partiendo de la precaria situación existente con respecto a la escasez de médicos.⁹⁸

Para 1791 existían 45 mil y 50 mil habitantes y sólo dos especialistas examinados. Si esto sucedía en la ciudad de Querétaro, una de las más importantes, qué se podía esperar en el resto del territorio de la Nueva España. Es desde el punto de vista de Noemi Quezada la causa que determina la presencia y función del curandero, los cuales eran necesarios para resolver los problemas de enfermedad en el vasto territorio carente de servicios médicos.⁹⁹⁾

⁹⁷ Idem. Pág. 29

⁹⁸ Ibidem Pág. 29

⁹⁹ Idem. Pág. 30

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Además, los especialistas se concentraban en las ciudades, ya que salir a la provincia no les seducía tanto por la lejanía y el subsecuente aislamiento como por el poco interés económico que representaba. Esto sigue persistiendo hasta nuestros días donde los profesionistas se concentran en las ciudades, por comodidad, economía, seguir actualizándose en el campo de la medicina curativa, en villas pueblos rancherías etc. llega a ver médicos que son nativos de ahí, y la mayoría de las veces porque están haciendo un servicio social.

Desde aquellos años las autoridades justificaban su presencia y en ocasiones hasta los defendían. El intendente de Guanajuato declaró que en ese lugar no existía facultativo y que las curaciones comunes las hacían algunas mujeres destinadas a este ejercicio que lo practicaban con esmero y sumo cuidado de los enfermos, aplicándoles las medicinas domésticas. Un alcalde afirmaba, convencido, que cuando no había médico era necesario permitir que la gente recurriera a los servicios de los curanderos "pues por torpes que fuesen tenían más experiencia e instrucción que los demás."¹⁰⁰

En realidad contradice el esquema médico ideal establecido, pues aunque existían leyes que pretendían el exterminio del curandero, se veían obligados a caer en la tolerancia. Esta tolerancia es uno de los múltiples procesos de las relaciones sociales imperantes en el sistema colonial, no muy diferente a los que han sufrido otros pueblos conquistados por la Corona española. El grupo en el poder establece el sistema médico que se ha mencionado y funciona para ellos, les da seguridad y mantiene su salud. Por esta razón no se deberían permitir curanderos bajo ninguna condición, en los lugares en los que habitan españoles.¹⁰¹

Sin embargo, como lo declara el Virrey en un Bando emitido y hecho público en 1799 "no hay prohibición de que en los lugares de los indios auxilien a los enfermos los curanderos". Esta orden fue válida para

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ Idem Pág 29

negros y castas. Es decir, los dirigentes españoles no tenían inconveniente en tolerar a los " curanderos supersticiosos" para atender a los grupos dominados. ¹⁰²

De esta manera, la existencia del curandero es una necesidad social para el grupo en el poder. A los que recurren a él, sus pacientes les permite obtener y mantener la salud, integrándose a las nuevas prácticas impuestas en la Colonia, dando lugar a la persistencia y al sincretismo.

Y en verdad que entonces como ahora, se recurre al curandero porque participa de la misma cosmovisión de sus pacientes y porque la relación médico-paciente satisface los requerimientos de esta medicina psicosomática. Se debe señalar que fue determinante la imposibilidad económica de la población mayoritaria para cubrir los honorarios de los médicos.

El curandero, individuo consciente de su papel social, busca su estabilidad para lograr el desempeño de su ocupación, por esto, para sobrevivir, acumula los conocimientos de otros grupos para dar mayor vigencia a su medicina.

Pero sobre todo, este proceso sincrético lo lleva a sustituir, o bien incorporar, a las nuevas divinidades católicas para no entrar en contradicción con la ideología dominante, sabiendo que de esta manera podría lograr salvaguardar su persona y preservar su ejercicio, además de que la frecuente debilidad de los gobiernos cuando no pueden eliminar competencias o practicas, terminan por tolerarlas, e incluso en coacciones subrepticamente sugerirlos a estratos sociales incontrolables a efecto de conservar la imagen de poder, de autoridad y de gobierno.

¹⁰² Idem. " Lorenza, vieja curandera decía con orgullo, que así como ellos tenían sus remedios ella igualmente tenía los suyos

3.2. - LA MEDICINA TRADICIONAL UNA OPCION PARA LA SALUD

Hoy, a finales del siglo XX, muchos sostienen que nos encontramos frente al comienzo de una nueva era en que las ciencias sociales han de responder a retos derivados de la modernidad. Se ha sugerido una variedad de términos para referirse a esa transición, algunos de los cuales hacen directa referencia al surgimiento de un nuevo tipo de sistema social como: la sociedad de la información, o la sociedad de consumo); No obstante, la mayoría de esos términos sugiere más bien que el anterior estado de las cosas está llegando a su fin (posmodernidad, postcapitalismo, sociedad postindustrial y así sucesivamente).¹⁰³

Jean Francois Lyotard es en buena medida el autor responsable de la noción de postmodernidad, según su planteamiento, la postmodernidad hace referencia tanto al desplazamiento del intento de fundamentar la epistemología, como el desplazamiento de la fe en el progreso humanamente concebido. La visión posmoderna contempla una pluralidad de heterogéneas pretensiones al conocimiento, entre las cuales la ciencia no posee un lugar privilegiado.¹⁰⁴

Mientras tanto Anthony Giddens nos afirma que más allá de la modernidad, podemos percibir los contornos de un nuevo orden diferente que es –postmoderno- pero esto es muy distinto de lo que en este momento algunos han dado en llamar –postmodernidad, y dada su orientación cultural y epidemiológica, no han llegado a confrontar los defectos de las posiciones sociológicas establecidas.¹⁰⁵

La modernidad como puede ver cualquiera que viva en los últimos años del siglo XX es un fenómeno de doble filo. El desarrollo de las instituciones sociales modernas y su expansión mundial han creado oportunidades enormemente mayores para que los seres humanos disfruten de una existencia más segura y recompensada que cualquier tipo de sistema premoderno.

¹⁰³ Giddens, Anthony Consecuencias de la Modernidad Pág. 15

¹⁰⁴ Idem. Pág 16

¹⁰⁵ Idem.

Pero la modernidad tiene también un lado sombrío que se ha puesto de manifiesto en el presente siglo, sin duda él – coste de oportunidad- de la modernidad, fue fuertemente subrayado por los fundadores clásicos de la sociología.

El contraste con la tradición es inherente a la noción de la modernidad, en concretos escenarios sociales se encuentran muchas combinaciones de lo moderno y lo tradicional. La tradición es una manera de integrar el control reflexivo de la acción con la organización del tiempo y el espacio de la comunidad. Es una manera de manejar el tiempo y el espacio, que inserta cualquier actividad o experiencia particular en la continuidad de pasado, presente y futuro y éstos a su vez, se reestructuran por prácticas sociales recurrentes.

La tradición no es totalmente estática, ya que ha de ser reintentada por cada nueva generación al hacerse cargo de su herencia cultural de manos de la que le precede, no es tanto que la tradición se resista al cambio, como que incumbe a un contexto en que el cambio puede ser significativo, así por ejemplo, los asentamientos urbanos modernos frecuentemente incorporan los emplazamientos de las ciudades tradicionales y pueden llegar a dar la impresión de ser meras extensiones de las mismas, pero de hecho el urbanismo moderno se ordena de acuerdo con principios muy diferentes a los que distinguieron en la ciudad premoderna del campo en periodos anteriores.¹⁰⁶

Más conscientes de que la modernidad ha terminado en los países desarrollados y que el proceso de industrialización ha llegado a la saturación plena, la cultura occidental diserta hoy sobre el "posmodernismo" y la "posindustrialización", caracterizando una serie de fenómenos sociales con escasa repercusión en Latinoamérica y específicamente nuestro país.

Como parte de este "movimiento" de fin de siglo, durante los últimos dos decenios se han replanteado a fondo las acciones del Estado en cuanto a la salud y del ejercicio médico respecto a su función social,

entre ellas: defensa de la ecología, retorno a la búsqueda de la naturaleza, desmedicamentación, mayor apoyo a la práctica privada, combinación de tratamientos exóticos con el nacimiento de "subespecialidades" que reconcilian requerimientos esotéricos con biotecnología y otras.

Las grandes carencias en sanidad, vivienda, condiciones ambientales, la contaminación, los problemas demográficos, etc. se correlacionan con los estudios sobre mortalidad general, con el grado de extensión de los servicios de salud, con la distribución de recursos. Comprendido así, la búsqueda de "alternativas" médicas (como las tradicionales) que reivindiquen valores en la sociedad tecnificada, resulta un discurso que hoy comprende mejor el europeo que los propios médicos mexicanos.

Para las clases medias y pequeñoburguesas de la sociedad mexicana, la medicina tradicional llamada también mágica o popular es la que expresa las creencias y actitudes que el pueblo tiene acerca de la salud y la enfermedad, de su mundo religioso y cultural las cuales resultan ser una reflexión de sus organizaciones social, económica y familiar, es algo en lo que " también se cree y tiene fe" y más específicamente se busca cuando " la otra medicina " ya no satisfizo sus requerimientos.

Por otro lado, la población indígena, campesina desprotegida, económicamente vulnerada y en pleno proceso de abandono del agro rumbo a las concentraciones urbanas donde a pesar de todo lo que menos les falta es un televisor, paradójicamente esta población desea tecnología médica, la cual le ha sido televisada durante varios años: Inyectables, quirófanos, batas blancas, vacunas, rayos X, topografías y su reclamo, justo y comprensible, es tener acceso a la medicina que disfrutaban los " económicamente invulnerables".

Es común hoy en día en nuestra ciudad de México, encontrar en puestos de periódicos y en librerías, la venta de libros folletos y revistas que nos hablan de las " maravillas de la medicina tradicional" hay

congresos que dan a conocer la fitoterapia, etnobotánica y que ha obtenido relevancia y difusión no-solo de ésta sino de toda una holística, entendida como el estado integrado de salud, más exactamente la integración de cuerpo, mente, espíritu y ambiente de una persona.

Es común encontrar en los mercados populares y en los tianguis de días de plaza puestos con venta de una variedad de plantas medicinales ; algunos de los ejemplares botánicos , refieren sus vendedores son traídos de diferentes Estados de la República

A través de cursos y talleres se forman personas que desean dedicarse a la holística, esto para formación y disciplina personal o en caso extremo para mejorar su estado de salud. Así vemos que nuestra población actual, se ve inmersa ante una serie de disciplinas de salud como diversos artes milenarios chinos: Feng Shui, la acupuntura, terapias florales y vibraciones, masajes de relajación y terapéutico, ayurvédico, reflexología, shiat-su etc.

En nuestra época, donde se vuelve los ojos a la ecología, a la naturaleza de terapias milenarias chinas, japonesas, hindúes y mexicas, las cuales entran como mercancía a una sociedad de consumo, misma que las va poniendo de moda y después se vuelven un lujo exclusivo solo para aquellos que pueden pagar.

Más sin embargo existe una medicina tradicional, en este caso la herbolaria, cuya transmisión ha ido de generación en generación y es la que ha estado accesible para las clases sociales bajas, y donde la mujer ocupa un destacado papel, ya que es ella la que procura por la salud de la familia y ante la carencia de recursos económicos, aplica sus conocimientos en tés, pócimas, ungüentos y cataplasmas para aliviar las afecciones que se dan en los integrantes de su familia.

En este ámbito de la medicina tradicional sin duda la mujer guarda un papel preponderante, ya que tiene la función social de cuidar y mantener la salud de la fuerza productiva y demás integrantes de su familia, aunque no hay que dudar que existe también la influencia y conocimientos médico tradicionales en el hombre y esto se hace patente en casos específicos como son: hueseros, masajistas y hierberos entre otros .

Cuando en el seno de una familia numerosa 5, 7 o más integrantes y estos viven en una colonia de la zona suburbana de la ciudad de México, en la que tal vez por alguno de los familiares se tiene derecho a alguna institución de salud oficial, pero esta queda a 1 o 2 horas de camino utilizando uno o dos medios de comunicación o transporte.

Ante la presencia de alguna enfermedad, en primera instancia y por razones económicas se recurre a la herbolaria, en donde se contará con hierbas en el solar o bien en una maceta, preparándose un té, cataplasma, o lo que se crea necesario a fin de aliviar la molestia o afección del integrante de la familia. y más que nada porque sus recursos o ingresos económicos no son lo suficientes como para pagar una consulta médica y todo lo que su tratamiento genera.

Además que culturalmente no se ha dado una plena integración, aceptación y confianza en las instituciones médicas oficiales. Se trata pues, la medicina tradicional, de una empírica milenaria de probada eficacia que acepta la unidad del cuerpo, el alma, la comunidad y la naturaleza.

La medicina tradicional, considera que la salud es parte de la relación del hombre con sus semejantes, de la vida comunitaria basada en la cooperación directa y el compromiso social de curar el dolor como muestra de amor a los demás. El pago del servicio al médico tradicional queda a la capacidad y voluntad del paciente, por lo que generalmente esta práctica no es fuente de enriquecimiento económico.

Estos tipos de curaciones o tratamiento médico tradicional en cierto punto marginadas del conocimiento médico científico y oficial, borradas de la preocupación de las ciencias médicas y demás ciencias incluidas las sociales, vienen a demostrar en gran parte que no se desarrollan sobre la base de experimento sino sobre la base de causa y efecto, -forma empírica, no ajena a lo científico- lo que hace que no haya una experimentación y sistematización teórica por que no cuentan con la atención ni el presupuesto de los organismos responsables de la salud pública, lo que genera que al ser relegadas se conviertan en coto de charlatanes personas oportunistas que a fin de cuentas encuentran una forma de ganarse la vida.

Por otra parte, la concurrencia simultánea de formas múltiples de medicina, tales como: medicina de ritos, de magia, gnósticos, antropósifos, etc. existe o subsisten desde épocas milenarias, y habría que considerar si estos tipos de medicina incluyendo la medicina tradicional, son en parte consecuencia de la miseria y desprotección social del pueblo, de las condiciones económicas- sociales que prevalecen hasta nuestros días. y también de la falta de un sistema de salud coordinado para dar una cobertura total a todos sus habitantes vinculado al avance de los restantes sectores de la economía, la agricultura, la educación, la cultura y otros.

Ahora bien como dice, Ortiz Quezada, dentro del mundo moderno existen culturas como la nuestra, en las que podemos encontrar explicaciones de otro orden para esta supervivencia y revitalización de lo mágico, pues se trata de países cuyo presente se haya profundamente arraigado a su pasado, donde las circunstancias económico-sociales y su mismo trayecto histórico explican la presencia de las operaciones mágicas como las únicas accesibles.¹⁰⁷

En nuestro país y específicamente en la ciudad de México, coexisten en ejercicio dos concepciones médicas. La moderna y hegemónica determinada ideológicamente por los avances científicos técnicos, cuyas primicias nos deparan los llamados países desarrollados, se ejerce en las instituciones públicas y

¹⁰⁷ Ortiz, Quezada Federico, La medicina está enferma. Edt. Grupo Noriega Edt. Pág 36

privadas que están al servicio del sector productivo. Mientras que la tradicional se oculta y actúa, en el seno de los diversos grupos étnicos, marginados urbanos.

Los objetivos de ambas prácticas de atención son los mismos: Lograr y mantener el buen estado de salud de pacientes y comunidades. Sin embargo, estas difieren en la interpretación que dan al hecho de la enfermedad, en las tecnologías que aplican y en el sentido social que imprimen a su oficio.

Por su parte la práctica médica tradicional o indígena, resurge en la comunidad urbana específicamente en las zonas marginadas en una etapa de coyuntura donde la crisis del sistema médico hegemónico tiene un mayor impacto y donde la rescisión económica del capitalismo a nivel mundial hace que en México los recursos vegetales de nuestro país sean estudiados para enfrentar la carencia y costo de medicamentos que son cada vez más difíciles de adquirir.

Los servicios en nuestro país, se ven agravadas actualmente por la política económica del estado al reducir el gasto público, en particular en la educación y la salud. , esto aunado al evidente fracaso de los programas y planes de los servicios de salud oficial lo cual provoca que grandes núcleos de población padezcan enfermedades propias de la pobreza.

Ante tales realidades, cultural y económicamente esta medicina funge como primera instancia, sobre todo en zonas de marginación urbana, ya que no violenta al enfermo al atenderlo en casa pues el salir conlleva un sentimiento de desmerecer y de subordinación a un ambiente extraño que no precisamente es el más eficaz para cualquier padecimiento y su cura.

3. 3. - INCORPORACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En México el clima favorece el crecimiento de muchas especies vegetales que tuvieron gran importancia para los sanadores aztecas. Muchos años antes de que los europeos las cultivaran. Moctezuma tenía un vivero Real de plantas medicinales que abastecía de medicinas a todo su reino, entre ellas había narcóticos, muchos remedios para la diarrea, abortivos y ungüentos para las enfermedades cutáneas.¹⁰⁸

Las más utilizadas por los aztecas eran los purgantes, vomitivos y sudoríferos, empleados para expeler los malos espíritus. Al igual que la medicina china, dividían su medicina en cinco grandes ramas: general (tlama-tepalli), cirugía (texoxotla), transfusiones (tezoc-tehuani), partos (tematqui) y herbolaria (papiani-panamacani).¹⁰⁹

Las plantas cuyo principal componente activo ocasionaba profundos trastornos psíquicos tuvieron gran importancia, tanto en prácticas médicas como en ceremonias religiosas, Las principales fueron el Peyotl, un tipo de cactus; el teonancall, una variedad de hongo, y el ololiuqui, una clase de vid; sus sustancias activas son la mezcalina, psilocibina y psilocina, respectivamente¹¹⁰

La experiencia milenaria con la acupuntura y la herbología en China; con la medicina tradicional en México; con la práctica ayurvédica en la India, y con otros procedimientos tradicionales ejercidos en los países del Tercer Mundo y aun en las centrales, además, el reconocimiento general al uso creciente de plantas medicinales, condujo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a formular la recomendación

¹⁰⁸ Saavedra, Flores Epifanio, copias de conferencia sin datos hemerográficos

¹⁰⁹ Idem. Pág. 2

¹¹⁰ Idem. Pág. 4

de que se estimulara, promoviera y desarrollaran los sistemas tradicionales de la medicina indígena de los estados miembros y se aplicaran en la atención primaria a la salud.¹¹¹

La medicina tradicional como ya se dijo, es un conocimiento ancestral a través del cual los pueblos han atendido sus problemas de Salud. En México según datos de la Organización Mundial de la Salud, más de 2/3 partes de la población recurre a ella. Se recurre a la medicina tradicional no solo para atender problemas de salud, sino que es también un elemento de cohesión social, identificación étnica y es una expresión cultural.

Hasta nuestra época actual la medicina tradicional ha cumplido un papel de tipo preventivo y curativo y la relación con los curadores es más directa, de ahí que se den críticas a la medicina institucionalizada en términos de que esta deshumanizada, burocratizada y masificada, medicalizada, cara y otros términos más.

Al no estar desarrollada la medicina tradicional y tener límites en la atención a cierto tipo de afecciones y otros tipos de problemas de salud, así como tener frente a sí un sistema oficial de salud en el cual no toda la población tiene acceso por su alto costo, distancia y tipo de atención, obliga a la población a recurrir a otra alternativa para su curación ante una afección y esto es la automedicación con fármacos de patente sin conocer los riesgos que esta práctica conlleva.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud, (OMS) la Secretaría de Salud (Ss) así como su sistema médico, y como una estrategia para cumplir una política planteada en Alma Ata "Salud Para todos en el año 2000" fijan sus ojos en la medicina tradicional, ya que ofrece amplias posibilidades en el primer nivel de atención a la salud la cual empieza en el hogar.

¹¹¹ Ortiz, Quezada . La medicina está enferma Edit. Limusa Pág 18

Es importante destacar que a partir del periodo de entreguerras-los años que van de 1920 a 1940-, se iniciaron en Occidente transformaciones en la vida política y social que al enfrentar al individuo con sucesivas crisis económicas, militares, políticas, ideológicas y culturales lo han llevado al necesario cuestionamiento de los modelos que hasta la fecha lo habían provisto de una tranquilizante certeza de su misión en el mundo y del sentido de su existencia. Lo comprobamos con las transformaciones en la Unión Soviética, en Europa del Este, con la crisis del Golfo Pérsico, fenómenos de las postrimerías del siglo XX. El edificio racionalista se resquebraja por sus hendiduras alcanzamos a vislumbrar los campos de concentración y la pérdida de los que, por mucho tiempo fueron nuestros valores.¹¹²

Y del mismo modo en que nuestro siglo, se ha permitido la coexistencia de la gran abundancia y la gran miseria, ha permitido también sobre todo en una sociedad como la mexicana, la existencia común de una medicina "científica" que por su desarrollo tecnológico ha logrado un costo elevadísimo, con el consecuente resultado de que en muchos casos se ha vuelto una medicina para ricos y por otra parte se da una medicina mágica-religiosa, donde el marginado social e indígena continua recurriendo a formas de medicina tradicional como las que le proporciona el chaman, el brujo, el curandero y la herbolaria.

Sabemos que el modelo de atención a la salud en México, se basa en una enorme y costosa estructura, muy difícil de sostener en la actualidad, por lo que se cree que la medicina institucionalizada recuperará para sí elementos teóricos y prácticos de la medicina tradicional en la medida de su conveniencia operativa y social. Así en parte se da la incorporación de la medicina tradicional al sistema nacional de salud ya que sus planes y programas de salud no van acordes a la realidad económico social de las condiciones actuales del país.

Por otra parte, a la medicina tradicional se le define como " El conjunto de ideas, conocimientos, prácticas, procedimientos y actitudes orientadas a la resolución de los problemas de salud desde una perspectiva no científicas correspondiente a una cosmovisión históricamente determinada". "La medicina tradicional se caracteriza por presentar dos dimensiones básicas: la concepción metafísica del hombre el mundo, la

¹¹² Idem. Pág. 33

sociedad, la vida, la muerte y por otra un conocimiento empirico derivado del ensayo y error acerca de ciertos procedimientos y recursos de naturaleza diversa para el establecimiento de la salud en las esferas biológicas y psicológicas del individuo ¹¹³

El objetivo fundamental de la mencionada apertura es el de considerar a todas aquellas prácticas que sin ser oficiales, estén presentes y en consecuencia son demandadas por los usuarios.

Dicha práctica tiene derecho al reconocimiento pero también la responsabilidad de ser objeto de la regulación de sus procedimientos de tal manera que la interrelación con éstas disciplinas, para estudiarlas formalmente se centra en dos puntos, el dimensionamiento de sus recursos humanos y la práctica per sé

Para lograr estas metas la Secretaria de Salud, ha realizado las siguientes acciones.

-Apoyo a las parteras tradicionales (capacitación, entrega de equipo y material) presencia en foros de medicina tradicional

-Aval para la instalación del Consejo Nacional de Médicos Tradicionales e integrantes en la Comisión para el estudio y reconocimiento de su legislación.

Participación activa como miembro del Comité de apoyo a la medicina tradicional, e integrante en la comisión para el estudio del reconocimiento y su legislación.

Apoyo en la reorganización de los servicios e infraestructura física del hospital mixto de Cuetzalán, Puebla.

- Asistencia en congresos de medicina tradicional nacionales

¹¹³ Conferencia impartida en la VI Reunión de la Academia de Med. Trad. Ixtla Gro. 1989 Pág 14 -15

Se cuenta, además, con la Academia de Medicina Tradicional, la cual lleva a cabo investigaciones sobre herbolaria, ofrece cursos, talleres y lleva a cabo Congresos. Así mismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un Departamento que se encarga de llevar a cabo investigaciones sobre medicina tradicional, existe un Herbario instalado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, lugar donde se muestra la riqueza en esta área de medicina milenaria.

Existen organizaciones en el ámbito nacional y regional que se encargan de estudios etnobotánicos, fitotécnicos sobre medicina tradicional, los cuales convocan a congresos, ferias de la planta medicinal llevándose a cabo anualmente en diferentes ciudades, en estas ferias hay presencia de curanderas (os) tradicionales los cuales llevan a cabo tratamientos basándose en limpiezas, dan conferencias sobre su campo de trabajo. En ferias de la Planta Medicinal se congregan masajistas, hueseros, iridólogos, hierberos, etc. los cuales llevan a cabo cursos-talleres para dar a conocer los recursos médicos tradicionales llevados hasta la actualidad para la cura de afecciones.

Las casas de estudio no pueden ser la excepción para la existencia de departamentos para el estudio de la medicina tradicional, así la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, cuentan con centros de investigación sobre herbolaria, centros botánicos de investigación sobre los recursos medicinales que poseen las plantas. En el ámbito médico y antropológico existen innumerables estudios e investigaciones de medicina tradicional, en el área de la Ciencias Sociales no existe hasta el momento proyectos o estudios sobre la trascendencia y repercusiones en el uso de la Medicina Tradicional.

4. - Investigación exploratoria en el uso de la medicina tradicional en una colonia suburbana del valle de México

Se ha calculado que alrededor del 50 % de la población urbana en México habita en las llamadas colonias populares. En la Ciudad de México, por ejemplo, esa proporción ha ido en aumento en las últimas décadas: en 1947 sólo el 23 % de la población habitaba en viviendas precarias tipo "jacales"; en 1952 es forma habitacional ya se encontraba mucho más establecida en el mapa de la ciudad conformando "colonias populares" que incluían 22 % de los habitantes de la misma. Hacia 1976 se estimaba que alrededor del 50 % de la población habitaba esos asentamientos, los que cubrían, además, un 64 % de las áreas urbanizadas de la metrópoli.¹¹⁴

Los rasgos comunes de esos asentamientos son, en su origen, la irregularidad de la tenencia de la tierra, la falta de servicios y la precariedad de las viviendas. Aunados a estos rasgos comunes aparece toda una gama de situaciones distintas, que implican la presencia de diferentes tipos de agentes y relaciones sociales, diferentes grados de irregularidad, diferentes condiciones de vida, formas de vivienda y posibilidades de superar las precarias características iniciales de asentamiento.¹¹⁵

En el caso de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, los fraccionamientos ilegales se ubican principalmente en la dirección noreste de la misma, sobre las tierras que resultaron de la desecación del lago de Texcoco, y que eran propiedad del Estado. En los años cincuenta amplias superficies fueron tomadas por unas pocas empresas, con la esperanza de que la zona se volviera atractiva para el desarrollo urbano. Así por ejemplo, en una parte importante de esas tierras, donde luego se creó el Municipio de Nezahualcóyotl, 62 Km² fueron subdivididos en 160 000 lotes. Las razones para lo que estas Tierras se destinaron los sectores populares fueron principalmente: que el medio físico no era atractivo para sectores más afluentes de la sociedad; que no eran adecuados para la instalación de

¹¹⁴ Guerrero, Lourdes- Las colonias populares, Los problemas de servicios urbanos Pág 131-137 Plaza -Váldes

¹¹⁵ Idem.

industrias; y que el gran crecimiento de la población aumentó enormemente la demanda de vivienda de bajo costo, al mismo tiempo que se habían prohibido en el Distrito Federal nuevos fraccionamientos. ¹¹⁶

Las colonias de paracaidistas se encuentran sobre todo en el poniente, norponiente y sur de la Zona metropolitana de la Ciudad de México y surgieron preponderantemente como corolario de arreglos entre ejidatarios, comuneros y funcionarios de la Secretarías de la Reforma Agraria ¹¹⁷

Por otra parte, la pobreza y la indigencia muestran sus rostros en todos los rincones de esta gran urbe, donde uno de cada veinte indígenas del país entierra su futuro en la zona metropolitana de la ciudad de México. Provenientes sobre todo de Veracruz, Oaxaca, Hidalgo, Puebla, Michoacán, estado de México y Querétaro aproximadamente medio millón de olomies, triquis, mixtecos y zapotecos combinan la tierra por el asfalto. Con caras indígenas, mestizas y mulatas, las encontramos en el centro de la ciudad, en colonias residenciales envueltos en los colores de su pasado, de sus tradiciones, son fantasmas que nadie mira, en las colonias populares del centro y las periferias de esta gran metrópoli, pelean lugares de una modernidad ofensiva, inconclusa, fragmentada. Más de la mitad de la población mexicana se encuentra en algún lugar de la escala de medición de la pobreza; quienes escapan, así sea aparentemente, a esta clasificación, quieren o intentan ignorar sus imágenes. ¹¹⁸

Por otra parte es importante definir lo que es área urbana y zona metropolitana, las cuales son dos formas distintas de definir o delimitar, en términos geográficos, ecológicos, socioeconómicos y demográficos, lo que generalmente se conoce como ciudad. ¹¹⁹

Aunque no existe un consenso sobre la definición de estas dos unidades urbanas, se acepta en términos generales que. Área urbana es la ciudad central más el área contigua edificada, habitada o urbanizada

¹¹⁶ *idem.*

¹¹⁷ Pobreza de la política social Revista Ciudades No 26 1995 Pág 2

¹¹⁸ Desarrollo regional y expansión urbana Revista Ciudades No 18 , 1993 Pág 20 -29

¹¹⁹

con usos del suelo no agrícola, y que presenta continuidad física en todas direcciones hasta ser interrumpida en forma notoria por terrenos de uso no urbano como bosques, sembradíos o cuerpo de agua (ríos, lagunas, lagos). ⁽¹²⁰⁾

Esta unidad territorial contiene dentro de sus límites el máximo de población que se puede calificar como urbana desde los puntos de vista geográfico, social y económico (exceptuando el político y el administrativo). Por ello, los contornos de este conglomerado físico y humano generalmente no coinciden con el límite político-administrativo de la ciudad, de ahí que con frecuencia se le denomine mancha urbana

121

De acuerdo con cifras del Censo de 1990, la Ciudad de México tiene una población significativamente menor de la proyectada a partir de las cifras del censo de 1980. Las cifras indican que la tasa de crecimiento se redujo de más del 3 % que tenía de la década anterior, al 2.3 % anual, estimándose que viven en la zona Metropolitana de la ciudad de México poco más de 15'035,744 habitantes. La población es una, si no la más grande del mundo, comparada con otros estados de la República Mexicana, tiene cinco veces más población que la Ciudad de Guadalajara y Monterrey cuenta con 16 Delegaciones Políticas y 17 Municipios Conurbados y se distribuye de la siguiente manera:¹²²

- En el Distrito federal 8, 483,6203 habitantes, lo que representa el 10.14 % del total nacional.

- En los 17 municipios conurbados del Estado de México 11, 704,934 habitantes.

La ciudad de México es aún un polo de atracción para los migrantes de los Estados de la República, en la misma, existe una intensa actividad económica que a pesar de todas las dificultades que presenta, actualmente genera empleos para grandes contingentes de fuerza de trabajo. En su territorio se

¹²⁰ Idem.

¹²¹ Idem.

¹²² Idem.

concentra el 36 % del PIB y el 25.5 de la PEA, predominando el sector secundario de la economía que representa el 55 % de la actividad económica y el terciario con el 45 % (¹²³)

La Densidad Demográfica en la Capital es de 5,568 personas por Km 2, respecto a la inmigración, uno de cada cuatro residentes del D.F. no nacieron en la capital del país, dentro de la población inmigrantes predominan gente de Puebla, Michoacán y el Estado de México

Aspecto importante ha destacar es el promedio de hijos, donde 4.7 de las mujeres no cuenta con instrucción superior, contra una de las que si tienen estudios superiores. En cuanto al aspecto Educativo el 96 % de la población de 15 años y más sabe leer y escribir y 4 % son analfabetas, es importante resaltar que las delegaciones políticas más pobladas son: La Delegación Ixtapalapa, Alvaro Obregón y Gustavo A. Madero.

Dado que nuestro objeto de estudio se encuentra ubicado dentro de la Delegación Gustavo A. Madero es importante resaltar algunos datos de esta Delegación Política, la cual cuenta con una población de 1'268, 068 habitantes asentada en una extensión territorial de 87.57 Km 2, distribuida en 84 colonias, 11 pueblos y 8,206 manzanas, colinda al Norte con los Municipios de Tultitlan, Coacalco y Ecatepec, Estado de México. Al Este de la Delegación se encuentra colindando con Ecatepec, Tlalnepantla y Nezahualcoyotl. Por el lado Sur se encuentran las Delegación Venustiano Carranza, Cuauhtemoc y al Oeste las Delegaciones Azcapotzalco y Tlanepantla. ¹²⁴

-Es importante destacar las áreas destinadas al equipamiento urbano (servicios públicos y privados) que existen en la Delegación, se cuenta con una central camionera, un reclusorio, el Instituto Mexicano del Petróleo, la Basílica de Guadalupe. Existen lugares recreativos y culturales destacando el Zoológico de Aragón, el Centro Cultural del IPN, el Planetario "Luis Enrique Erro"; en cuanto áreas verdes comprenden

¹²³ La ciudad de México en los Noventa- Varios Autores, Revista Ciudades No 12 Oct. Nov. 1992 Pág 54 - 55

¹²⁴ Estudio de comunidad de ESEO. IPN: México, D. F. 1995 Pág. 5

las reservas ecológicas de la sierra de Guadalupe, el Cerro del Chuiquihuite y el Bosque de San Juan de Aragón.

Lo anterior son solo algunos datos que nos permitan ir ubicándonos en las condiciones geográficas, ecológicas, sociales en nuestra colonia objeto de estudio, lo cual nos permite decir que en el proceso de formación de una ciudad, la población, la actividad económica, la vivienda y los servicios, tienden a concentrarse físicamente en el centro de ella.

La fuerza del centro es tal, que llega a usurpar funciones centrales ejercidas anteriormente por su área de influencia. En una segunda fase, se produce una expansión física de la ciudad, ampliando su radio de influencia y dando lugar a un proceso de suburbanización que incluye nuevos centros de trabajo y concentración de servicios dentro del área urbana.

En este crecimiento, la población y las funciones socioeconómicas se reestructuran dando origen a una conglomerado cada vez más complejo y¹²³

¹²³ Desarrollo Regional y expansión Urbana- Revista CIUDADES No 18 de abril - junio 1993

4.1. - Estudio en la Colonia Ampliación Palmatitla y Cocoyotes en Cuauhtepic, Barrio Alto, Delegación Gustavo A. Madero en México D.F.

a).- Antecedentes Históricos:

La palabra Cuauhtepic viene del Nahuatl Cuautli-Aguila y Tepetl: cerro, o sea, significa "cerro del Águila", que es exactamente como aparece en el jeroglífico del mapa de Singüenza y Gongora del siglo XVI. Cuauhtepic en sus orígenes es tierra del emperador Cuauhtemotoc, además, ganada a sacrificio de la conquista y pacificación de los pueblos por lo que el Rey Carlos V. la hizo Merced Real de Cacicazgo.¹²⁶

De los colonizadores de gran importancia en Cuauhtepic, estaba Bernardino de Tapia, como dueño de lo que fue el rancho de los cedros, conocido hasta la fecha con el nombre del "arbolillo". El cacicazgo de Tenayuca y alrededores entre ellos Cuauhtepic y Ticoman fueron de Cuauhtemotoc que aparece en la cédula real con el nombre de Fernando Cortes Moctezuma.¹²⁷

En la actualidad Cuauhtepic esta dividida en dos barrios, barrio alto y barrio bajo, cuenta como todo barrio de épocas de la colonia con un lugar central donde se encuentra un parque con su quiosco, una zona comercial y destaca una iglesia dedicada a la "preciosa sangre de Cristo", de donde es notable la fachada barroca muy sobria, adornada con cinco nichos rematados en concha y cantera labrada en petatiillo; su entrada esta flaqueada por dos columnas salomónicas. Este centro religioso nos cuenta su historia como leyenda esculpida en piedra perfectamente visible en la fachada, donde se puede leer " año 1767" siendo cura Don Antonio Padilla, gobernador de Barrio Alto y fiscal Don Nicolás de Guadalupe.¹²⁸

Cuauhtepic fue también fuente inspiradora de artistas como Juventino Rosas, que compuso el vals junto al manantial y posteriormente publicado como el vals "sobre las olas". Ahí también floreció uno de los más

¹²⁶ Estudio de comunidad Eseo. IPN. 1991 - 1993 Pág. 25 - 27

¹²⁷ Idem.

¹²⁸ Idem.

grandes paisajistas, Don José María Velasco, ya que desde la cima del cerro del "Chiquihuite" pintó varias veces la dimensión gigantesca del Valle de México.¹²⁹

B). - Datos Sobre Cuauhtepc

Cuauhtepc, se encuentra ubicado en el Norte de la Delegación Gustavo A. Madero, al norte y al este colinda con Ecatepec, al oeste con Tlanepantla perteneciente al Estado de México y al Sur con Ticomán. Cuauhtepc se encuentra conformado por 49 colonias entre ellas dos que nos interesan por ser objeto de estudio de esta investigación como son: las colonias Ampliación Palmatilla y Cocoyotes.

En cuanto a recurso para la salud existente en Cuauhtepc, siete centros de salud, clasificados como: un TIII (proporciona servicios de medicina general familiar, inmunizaciones, odontología, farmacia y tarjetas sanitarias), un TII (consulta externa y certificados médicos) y cinco TI, que son arboledas de Cuauhtepc, Tlalpexco, Felipe Berriozabal y Valle Madero (servicios que proporcionan , medicina general familiar e inmunizaciones , algunos proporcionan certificados médicos, cuentan con club familiar y grupo de la senectud), un Hospital Materno Infantil del D.D.F(proporciona servicios de gineco obstetricia , medicina general , medicina preventiva, consulta general, pediatría, odontología, auxiliares diagnósticos, laboratorio clínico ,urgencias las 24 horas del día), existen también un Hospital General perteneciente a la S.S. (Ticomán). (Proporciona servicio de ginecología, medicina interna, consulta externa, odontología, pediatría, consulta general, oftalmología otorrinorangología, medicina preventiva, ultrasonido, rayos X, laboratorio de análisis clínicos, inhaloterapia, urgencias las 24 hrs. del día.¹³⁰

Del Barrio de Cuauhtepc, destacamos los servicios médicos con que cuenta, ya que nos llevará a conocer cual es la relación con la medicina tradicional y su embate ante el modelo neoliberal, ya que como vemos, los servicios médicos existentes en esta zona pertenecen a la Secretaria de Salud y al

¹²⁹ Idem.

¹³⁰ Idem.

Departamento del Distrito Federal los cuales cuentan con un presupuesto bajo para contar con recursos materiales, equipo, personal médico y de enfermería para llevar a cabo acciones de educación, prevención, siendo su campo eminentemente curativo a sus posibilidades en cuanto a recursos, dada la demanda poblacional de personas sin opción a otra instancia médica a la que tal vez en la mayoría de los casos no tienen derecho

Ubicándonos en las colonias objeto de estudio, diremos que las colonias Ampliación Palmatitla y Cocoyotes se localizan en el cerro del Chiquihuite, al noroeste de Cuauhtepac, limitan al norte con la barranca y prolongación Mauricio Gómez, al sur con las calles de Flamingo y Bosque, al este con la calle de fresno y al oeste con la avenida del castillo. Aquí existen dos tipos de terreno, el cerril-lomerío que contiene el 50 % de la población y fangoso donde se asienta el otro 50 %. ¹³¹

En esta colonia existen tres riachuelos de aguas negras, uno llamado maxilameco y otro tlatenco, una más sin nombre, todos desagúan en el río de los remedios en Tlanepantla estado de México, de esto es conocido por nosotros los efectos nocivos a la salud, y ecología de la población habitante de estos alrededores y que en toda estación del año trae repercusiones, así en las lluvias con la inundación, desbordamiento del río y no se diga de los riachuelos, en época seca, el viento desplaza sustancias tóxicas a los habitantes de esta zona con el consiguiente efecto sobre su salud.

En la comunidad de estudio se observa flora compuesta principalmente por arboles de eucalipto y pirul, magueyes, nopales, y aun se aprecia el cultivo de maíz y frijol, la fauna se compone principalmente de animales domésticos, como perros, gatos, en una minoría existen burros,

¹³¹ Idem.

vacas, cerdos, borregos y aves de corral, es común observar la presencia de innumerables perros callejeros, los cuales son un atentado a la ciudadanía con el consecuente riesgo de ser mordido por un perro rabioso o bien sus excretas en las calles ser foco de infecciones en general para todo trausente.

En cuanto a aspectos demográficos, en las colonias Ampliación Palmatitla y Cocoyotes, enmarcados por la Delegación política como correspondientes al Modulo I nos proporciona datos de 1988 en cuanto que el 58.28 % de la población de estas colonias objeto de estudio corresponde al sexo femenino y el 45.72% al sexo masculino es una comunidad formada en su mayoría por gente menor de 40 años (80 %) el promedio de miembros por familia es de 4. Las colonias se organizan políticamente por medio de un presidente de esta misma colonia con un secretario y dos vocales donde supuestamente efectúan reuniones cada mes. ¹³²

El lugar de procedencia de la gente que vive en Palmatitla y Cocoyotes son del Estado de Hidalgo, Puebla, Oaxaca, Guerrero y Querétaro, se dice por lo tanto que existen personas que hablan algún otro idioma o dialecto como el mazateco, el mixteco, y el zapoteco. Indudablemente que la migración campo ciudad viene dado preponderantemente en la búsqueda de mejorar perspectivas económicas a través de un trabajo y donde, además, un amplio porcentaje de habitantes de estas colonias tienen mas de 5 años de residencia en esta zona. ¹³³

En cuanto a la habitación se nos refiere que predominan las casas propias y habitadas por una familia no negando la existencia de otro tipo de convivencia, además, que es de observarse que la mayoría de las casas están construidas de concreto en su mayoría están en "obra negra" es patente detectar la presencia de casas con techos de lamina, terrenos baldíos con obras en semi construcción y con adaptaciones materiales para su habitación.

¹³² Idem. Pág 20

¹³³ Idem. Pág 21

Es importante destacar que en el interior de las casas se cuenta con un patio de recreación para los niños ya que estas colonias se encuentran asentadas en un cerro, las calles son de concreto en forma empinada y cuentan con escaleras no bien construidas ya que se exceden en escalones irregulares por lo cual las calles y escaleras son un peligro para niños, ancianos y la mayoría de los habitantes, que no teniendo otra opción para la realización de sus labores corren ese riesgo.

En cuanto a servicios como agua, un 60% de los habitantes de estas colonias cuenta con ella, o cuando menos con la tubería dentro de sus hogares, la gente que vive en la cima del cerro padece de la carestía del vital elemento por la dificultad de ésta para subir, más, sin embargo, este servicio se trata de compensar a través de carros repartidores de agua, la cual es almacenada en tambos, esto nos hace prever las condiciones sanitarias de este vital elemento con el consecuente riesgo a la salud de los habitantes de estas colonias.

Es importante anotar el número de servicios con los que cuentan los colonos: un consultorio médico particular, dos escuelas, primarias estatales, una escuela de educación especial, dos jardines de niños, tres iglesias, 2 tianguis permanentes, 2 pollerías, 2 tortillerías, 8 misceláneas, se cuenta también con expendios de pan, una oficina de correos, una oficina de telégrafos dos cantinas, 2 farmacias, 2 herrerías, una casa de la cultura, hay una terminal de autobuses, terminal de colectivos y un basurero.¹³⁴

En una mayoría los habitantes cuentan con el servicio de luz eléctrica así como alumbrado público de este último son las quejas de su mal funcionamiento existiendo calles a oscuras y con riesgos para los transeúntes de robos, donde, además, esta zona es considerada con alto índice de delincuencia

En cuanto al transporte que utiliza la población, cuentan con cuatro rutas de microbuses, cuando existen autobuses de la extinta ruta 100 se hace uso de ellos y también es de observarse la presencia de taxis, los cuales la mayoría de las veces rehusan subir al cerro dado lo empinado de las calles o solo dejan al

¹³⁴ Idem.

pasajero cerca de su domicilio si cuenta con una calle que redondee al cerro y no se dificulte su ascenso y descenso.

Esta panorámica general de las condiciones orográficas y sociales de las colonias Ampliación Palmatita y Cocoyotes en Cuauhtepéc barrio alto, que se describen a través de una observación directa y de la adquisición de información en el sector y delegación política así como de un estudio de comunidad elaborado por personal de enfermería de la ESEO. del IPN. nos permite un primer acercamiento a nuestra área de estudio para después dar a conocer la relación que se guarda con la medicina tradicional, sin duda se deslumbran las condiciones sociales de los habitantes de estas colonias, empezando por ser densamente pobladas, que su acceso a los servicios de salud les está vedado dado que cuentan con hospitales del sector salud que carecen de recursos económicos y humanos limitados, los cuales sus servicios son más que nada de tipo curativo, y no es exclusivo a estas colonias sino a toda el área circunvecina del norte de la ciudad de México.

Es importante destacar de nuestra observación en el recorrido por estas colonias que las mejores casas, servicios públicos y accesos a otros servicios lo tienen las personas que viven a las faldas del cerro, ya que por las condiciones que se describieron anteriormente las personas que viven en el cerro sufren más ante lo empinado de las calles, así mismos los servicios con que se cuenta en estas colonias en su mayoría están localizados abajo del cerro, donde se encuentra ubicado el "centro" con la zona comercial, el parque, la iglesia, unas escuelas, la casa de la cultura, la mayoría del transporte público y un centro de salud TIII de la Secretaría de Salud. Arriba del cerro se observó una escuela primaria, una lechería de la Liconsa y varios expendios de abarrotes o misceláneas.

Es importante rescatar el lugar de origen de donde proceden los habitantes de estas colonias, los cuales los llevan a conformar un sincretismo cultural. Los indios no permanecen inmóviles en el territorio mexicano. Transitan de geografías rurales de la miseria a geografías urbanas de la pobreza. Se asientan en las cercanías de las ciudades y poco a poco se van transformando en parte de los colonos pobres que han editado una nueva manera de urbanizar las ciudades de México. Los indios en la ciudad se insertan

en actividades productivas distintas de las agrícolas. Esta inserción ocurre desde su ser de indio. Se convierten en peones de albañilería, vendedores o curanderos de pobres urbanos.

Por otra parte la precarización económica y social explica que muchas de las personas, que habitan zonas con falta de servicios públicos y privados, condiciones de vida difíciles, entorno degradado, debilidad en lazos familiares y sociales, favorece las tensiones, la violencia y las rupturas. El mantenimiento de poblaciones marginadas desde el punto de vista económico, político y social se opone a la eficacia de toda acción por la salud, lo que en parte limitara la intervención de factores estrictamente sanitarios.

Esta precarización económica y social explica que muchas de las personas, que viven en zonas marginadas, acaban por perder o abandonar progresivamente una serie de actitudes y prácticas preventivas en materia de salud, lo que contribuye a la fragilización o el agravamiento de su estado de salud. Así, a pesar de beneficiarse de una cierta cobertura complementaria y la baja información en materia de derechos y modos de acceso a los circuitos de salud llevan a los individuos a renunciar a cuidados preventivos y a servicios de primer nivel más que nada por su costo relativamente alto.

A través de un trabajo de investigación hipotético deductivo, sobre como la medicina tradicional surge como alternativa entre la población de bajos recursos económicos como embate ante el modelo neoliberal, se va al terreno concreto de los hechos en las colonias Ampliación Palmatilla y Cocoyotes, en Cuauhtepc Barrio Alto en la Delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal, y a través de un estudio transversal descriptivo se determina el universo de estudio, donde al no poder estudiar 100% de la comunidad por no contarse con apoyo en recursos humanos y económicos se determina una muestra tomada arbitrariamente, representando el 10 % del total de universo = 1253 habitantes = 75 manzanas = 394 viviendas de un previo estudio de comunidad aplicado en estas colonias.

La selección del universo a encuestar fue aleatoria al azar, tomándose 50 % de la población de Palmatitla y 50 % de población de Cocoyotes conformando un total de 130 personas igual al 10 % del universo total. Por medio de un cuestionario con preguntas cerradas, y manejando principalmente las variables de cobertura, ingreso económico y el aspecto cultural se procedió a tabular y sistematizar los datos de los cuales se obtiene los siguientes resultados.

La población en estas colonias es predominantemente joven (cuadro y gráfica No 1), del total de nuestra muestra, un considerable porcentaje de 32 % se concentra entre los 21 y 30 años de edad, tanto en hombres como en mujeres y en segundo lugar 26 %, destaca el grupo entre 31 y 40 años, solo un 4 % de nuestra población tiene mas de 60 años.

CUADRO 1

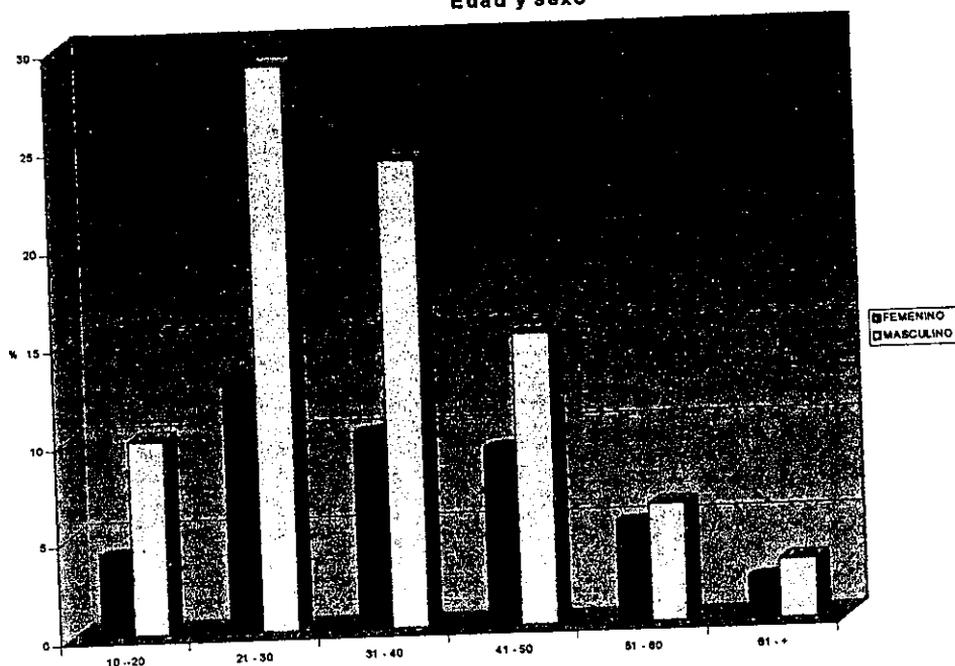
EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN DE LAS COLONIAS AMPLIACIÓN PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPEC BARRIO ALTO, DELGACION GUSTAVO A MADERO, MÉXICO, D. F.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
10 - 20	10	4	14	11
21 - 30	29	13	42	32
31 - 40	24	10	34	26
41 - 50	15	9	24	18
51 - 60	6	5	11	9
61 - MAS	3	2	5	4
SUMA	87	43	130	100

Fuente: Censo aplicado en las colonias Ampliación Palmatitla y Cocoyotes en Cuauhtepc, Barrio Alto, Delegación Gustavo A. Madero México, D. F.

Es importante destacar que la encuesta se dirigió a obtener información de hombres y mujeres adultos por lo que del grupo de 10 y 20 años de edad, las personas encuestadas son mayores de 15 años pero para tabular y sistematizar los datos se tomo este rango.

GRAFICO 1
Edad y sexo



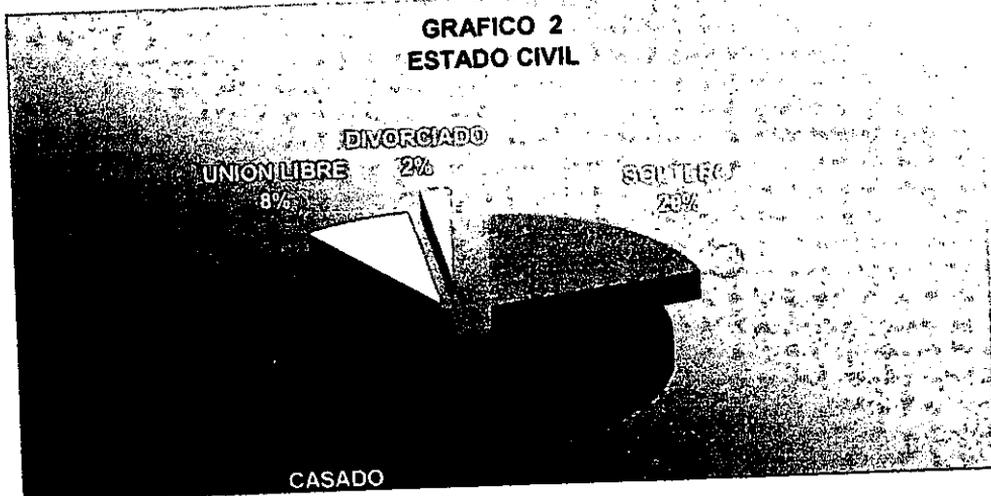
La mayoría de las personas encuestadas fueron hombres, estos elegidos junto con las mujeres en forma al azar. En el cuadro y gráfica No 2 vemos que predominan con un 79% las personas casadas y anteriormente mencionamos , que el promedio de hijos es de 4 a 5 integrantes por familia , 3 % las personas divorciadas y las que viven en unión libre con 7 %.

CUADRO 2

ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN DE LAS COLONIAS PALMATITLA Y COCOYOTES EN
CUAUTEPEC BARRIO ALTO, DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO, MÉXICO, D.F.

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	26	20
CASADO	91	70
UNION LIBRE	10	7
DIVORCIADO	3	3
TOTAL	130	100

Fuente: Censo aplicado en las colonias Ampliación Palmatitla y Cocoyotes en Cuauhtepc Barrio Alto, México, D.F.



Fuente: misma de grafica 1

CUADRO 3

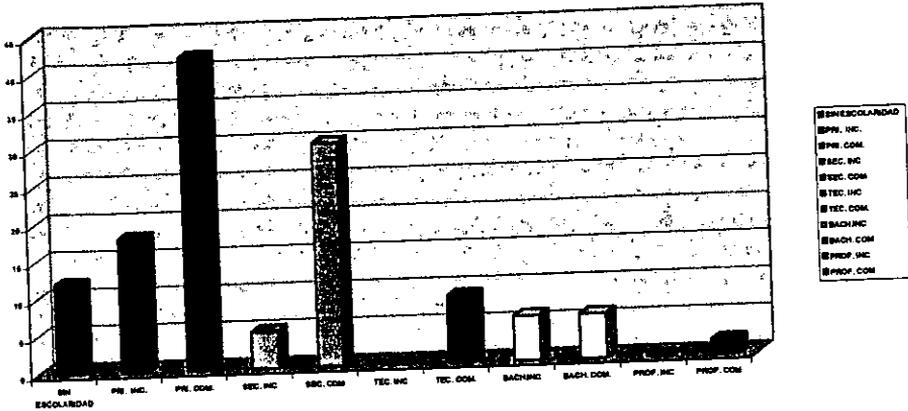
ESCOLARIDAD DE LOS HABITANTES EN LAS COLONIAS AMPLIACIÓN PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPEC, BARRIO ALTO, DELEGACIÓN GUSTAVO A MADERO, MÉXICO, D. F.

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
SIN ESCOLARIDAD	12	9
PRIMARIA Incompleta	18	15
Completa	42	31
SECUNDARIA Incompleta	3	4
Completa	30	22
TÉCNICO Incompleta	0	0
Completa	9	7
BACHILLERATO Incompleta	6	5
Completa	6	5
PROFESIONAL Incompleta	0	0
Completa	2	2
TOTAL	130	100

Fuente. Misma cuadro 1

En cuanto a la escolaridad (cuadro y gráfica No 3) de nuestra población, se encuentra que el 31% tiene primaria completa y el 22 % terminaron secundaria , más es importante ver en tercer lugar que 15 % de los encuestados, no terminaron su educación primaria y que existen en estas colonias un significativo 9 % de las personas que no tienen escolaridad, y extrapolando , vemos que solo un 2 % de los encuestados tiene nivel profesional. Se puede deducir que en estas colonias la población tiene el nivel básico de primaria, por lo que nos hace predecir su actividad económica productiva , su salario, su alimentación y su dificultad en primera instancia en cuanto a tener una educación en salud.

**GRAFICO 3
ESCOLARIDAD**



La actividad productiva de las colonias Ampliación Palmitita y Cocoyotes, esta dirigida principalmente (cuadro y gráfica 4) a ser ama de casa 45 %, en segundo lugar están los empleados con 15 % , en actividades como trabajadora domestica , hojalatero, herrero, soldador, mecánico, albañil; los que trabajan por su cuenta 9 % lo hacen al manejar taxi.

Cuadro 4

ACTIVIDAD PRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DE LAS COLONIAS AMPLIACIÓN PALMATITLA Y COYOTES , CUAUTEPEC BARRIO ALTO, MÉXICO D.F.

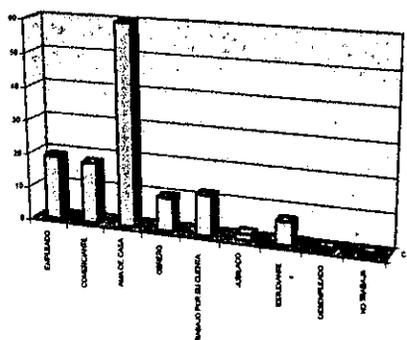
ACTIVIDAD PRODUCTIVA	NUMERO	%
EMPLEADO	19	15
COMERCIANTE	18	14
AMA DE CASA	60	45
OBRERO	10	8
TRABAJO POR SU CUENTA	12	9
JUBILADO	2	2
ESTUDIANTE	7	5
DESEMPLEADO	1	1
NO TRABAJA	1	1
TOTAL	130	100

Fuente: Misma de cuadro 1

Otra actividad a destacar es el 14 % de la población que se dedica al comercio, actividad que a ultimas fechas a incrementado su demanda, dado el recorte presupuestal con el consecuente recorte de personal, conlleva a que con un poco de capital se prefiera invertir en mercancías de demanda en el consumo, aumentando cada vez mas la presencia de vendedores ambulantes no solo en el centro histórico de la ciudad de México, sino en todas aquellas calles, zonas de máxima afluencia o simplemente en las puertas de las viviendas, en las escuelas, hospitales etc. donde se pueda y se deje ejercer este oficio.

Importante destacar, que aunque mínimo el porcentaje de personas que no trabajan 1% y desempleados 1% son significativos para nuestra muestra, ya que la población estudiada en la mayoría de los casos son jefes de familia, principales portadores de ingresos económicos para solventar las necesidades de los integrantes de la familia.

GRAFICA 4
ACTIVIDAD PRODUCTIVA



En general toda nuestra República Mexicana es un mosaico cultural multiétnico, por lo que es obvio observar en esta gran metrópoli la convivencia de habitantes de todos los Estados de la República, en una

gran proporción estos migrantes tienden a fijar su vivienda en la zona de la periferia de la ciudad. Así por ejemplo en Palmatitla y Cocoyotes (Cuadro y gráfica No 5), un 45 % de la población encuestada refirió ser del Distrito Federal, sobresale que el 12 % de los encuestados proceden del Estado de Oaxaca, 9 % del estado de Guanajuato, 6 % del Estado de México. , Así tenemos que en las colonias en estudio existen residentes representantes de cuando menos 13 Estados de la República Mexicana.

CUADRO 5

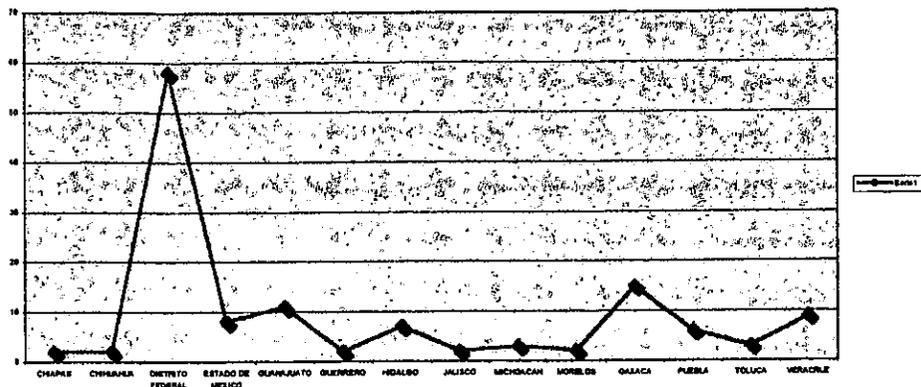
LUGAR DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN DE LAS COLONIAS AMPLIACIÓN PALMATITLA Y COCOYOTES , CUAUTEPEC BARRIO ALTO, MÉXICO, D.F.

ESTADO	NUMERO	%
CHIAPAS	2	1
CHIHUAHUA	2	1
DISTRITO FEDERAL	58	45
ESTADO DE MEXICO	8	6
GUANAJUATO	11	9
GUERRERO	2	1
HIDALGO	7	5
JALISCO	2	1
MICHOACAN	3	3
MORELOS	2	1
OAXACA	15	12
PUEBLA	6	5
TOLUCA	3	3
VERACRUZ	9	7
TOTAL	130	100

Fuente: misma de cuadro 1

De los estados de la Republica Mexicana representados en Palmatitla y Cuautepec, se encuentran regiones en donde existe en forma muy arraigada por la tradición milenaria el uso de la medicina tradicional, misma que heredaron de generación en generación y probablemente la sigan trasmitiendo a pesar de la "modernización " o sociedad de consumo en la que se ven inmersos

GRAFICA 5
ESTADOS DE PROCEDENCIA



Los años de residencia de los habitantes de Palmatitla y Cocoyotes, (Cuadro y gráfica No 6) tiene mas de 21 años un 60%. En un 2º lugar con 21 % la gente refirió tener entre 16 y 20 años y solo un 5 % refiere tener ente 1 y 5 años de residencia en estas colonias. Por lo que podemos decir que la mayoría de la población en Palmatitla y Cocoyotes son herederos originarios de los fundadores, esto se puede observar en el centro de Palmatitla, que observándolo bien conserva algo de arquitectura colonial en algunas construcciones y fachadas, como es la iglesia y centro del pueblo que en la actualidad se oculta ante tanto anuncio comercial.

CUADRO 6

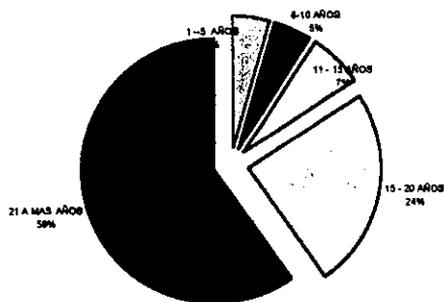
AÑOS DE RESIDENCIA DE LA POBLACIÓN DE LAS COLONIAS AMPLIACIÓN PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPEC BARRIO ALTO, MÉXICO, D.F.

TIEMPO	NUMERO	%
1 - 5 AÑOS	6	5
6 - 10 AÑOS	6	5
11 - 15 AÑOS	8	6
16 - 20 AÑOS	31	21
21 - MAS	79	60
TOTAL	130	97

Fuente: misma cuadro 1

A través de los años, estas colonias aumentaron su población por migrantes de diferentes partes de la república, mismos que han construido sus casas en los cerros y asfaltado sus calles, han rebasado la barda ecológica que las autoridades construyeron para evitar asentamientos irregulares sin ninguna planeación estratégica, también se puede ver que cada vez la migración tiende a rebasar la barda ecológica que las autoridades pusieron a fin de evitar la tala de árboles y los riesgos del subsuelo no apto para la construcción.

GRAFICA 8
6 AÑOS DE RESIDENCIA DE LA POBLACION EN PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUITEPEC BARRIO ALTO, DEL BOAVICION GUSTAVO A. MADERO, MEXICO D.F.



Sin lugar a dudas que los años de residencia en alguna comunidad de esta gran urbe, demuestra la centralización en diferentes aspectos, ya que por una parte la población no desea alejarse de donde se encuentran concentrados los recursos económicos, sociales y podemos decir culturales y recreativos que de una u otra forma si sus condiciones se los permiten tendrán acceso o simplemente solo se dediquen a contemplar.

De los integrantes de familia que trabajan con sueldo en la comunidad estudiada, (cuadro y gráfica No 7), tenemos que del 61 % de la población total, una persona trabaja con sueldo, un 20 % cuenta con dos integrantes por familia que trabajan con sueldo y solo un 10 % cuenta con tres integrantes de la familia que aportan su sueldo, es importante destacar que existe un 2 % que cuentan con 7 personas que trabajan dentro de la familia con un sueldo.

CUADRO 7

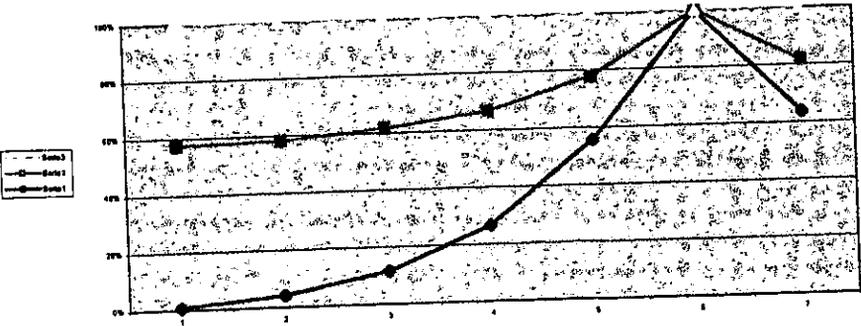
NUMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA QUE TRABAJA CON SUELDO, EN LAS COLONIAS AMPLIACIÓN PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPEC BARRIO ALTO, MÉXICO D.F.

TRABAJAN CON SUELDO	NUMERO	%
1	81	61
2	26	20
3	13	10
4	6	5
5	2	2
6	0	0
7	2	2
TOTAL	130	100

Fuente : Misma de cuadro No 1

GRAFICA 7

INTEGRANTES DE FAMILIA QUE TRABAJAN CON UN SUELDO

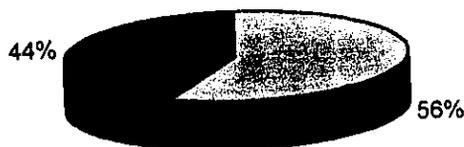


En cuanto al ingreso económico por familia de las colonias Palmatitla y Cocoyotes éste se determinó por quincena, teniendo que el salario mínimo a partir del 1° de enero de 1988 para la zona A la que corresponde el Distrito Federal es de \$ 30.20 pesos diarios, a la quincena se tendría una aportación de \$ 453.00 pesos. Así, los datos reportados por la encuesta, nos dicen que 52 % de la población estudiada obtiene menos de \$ 400.00 pesos quincenalmente, 26 % tienen ingresos dentro \$ 400.00 y \$ 800.00 en tercer lugar el 10 % de la población encuestada obtiene ingresos quincenales de \$ 800.00 a \$ 1200 y solo un 3 % de la población encuestada refiere ganar mas de \$ 1200.00 donde se incluyen familias con ingresos de \$ 5000 pesos quincenales.

Es importante destacar que las familias de ingresos menores de \$ 400.00 y \$ 800.00 reciben la aportación de solo un integrante de la familia que trabaja con un sueldo. Es necesario destacar que actualmente se estima que una familia obrera requiere hoy, un ingreso correspondiente a tres y medio salarios mínimos para cubrir el costo de la canasta básica, amén de otras necesidades a satisfacer como ropa, vivienda digna, educación, cultura, diversión entre otras.

GRAFICO 8

CUENTAN CON SERVICIO MEDICO LA POBLACION DE LAS COLONIAS AMPLIACION PALMATITLA Y COCOYOTE DE CUAUTEPEC BARRIO ALTO, DELEGACION GUSTAVO A. MADERO, MEXICO, D.F.

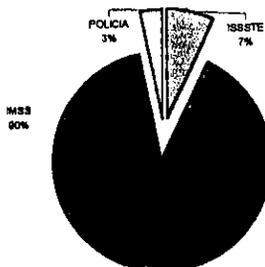


GRANERO 8%

Los habitantes de las colonias Ampliación Palmatitla y Cocoyotes, Cuauhtepc barrio alto, cuentan con servicio médico institucional (grafica 8) un 45 % de sus habitantes, dentro de estos el 90 % son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un 7 %

tienen derecho al Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). (gráfica No 9)

GRAFICA 9
 INSTITUCION MEDICA CON QUE CUENTA LA POBLACION
 DE LAS COLONIAS PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPEC BARRIO ALTO, DELEGACION GUSTAVO A
 MADERO, MEXICO D.F.



Las unidades medico familiares del IMSS como del ISSSTE no se encuentran ubicadas en las colonias en estudio, mas aun así 84 % de las personas encuestadas refiere hacer uso del servicio medico al que tiene derecho, no importando para ello la distancia que realizan ni la hora u horas que pasan en la espera de su atención con tal de hacer uso de una prestación a la que tienen derecho, además por que obtienen los medicamentos y estudios que se necesite para su atención y tratamiento .

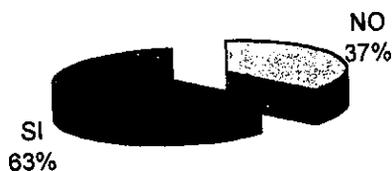
CUADRO 10
 USAN SERVICIO MEDICO LOS HABITANTES DE LAS COLONIAS AMPLIACIÓN
 PALMATITLA Y COYOTES DE CUAUTEPEC, BARRIO ALTO, MÉXICO D.F.

USAN SERVICIO MEDICO	NUMERO	%
SI	49	84
NO	9	16
TOTAL	58	100

Fuente: Misma de cuadro 1

GRAFICA 10

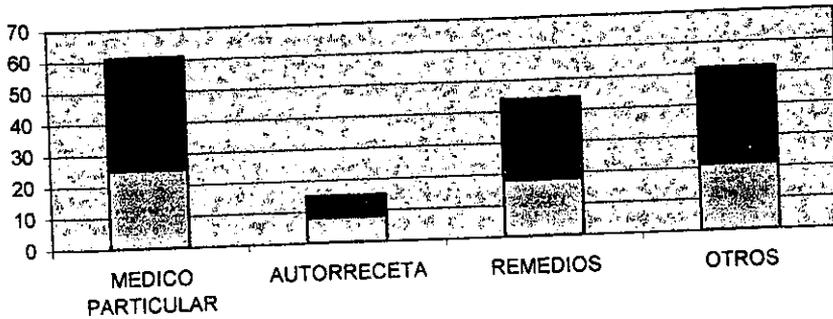
USAN SERVICIO MEDICO LOS HABITANTES DE LAS COLONIAS AMPLIACION PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPEC BARRIO ALTO, DLEGACION GUSTAVO A. MADERO, MEXICO D.F.



La Clínica del IMSS se localiza a media hora de la comunidad, por la avenida Ticomán y, la Clínica del ISSSTE se encuentra localizada a una o una hora y media de Palmatitla y Cocoyotes, en la Av. Cuitlahuac, por lo que es de imaginarse que el 16 % de las personas que refieren contar con una institución de salud medica, no recurre a ellas.

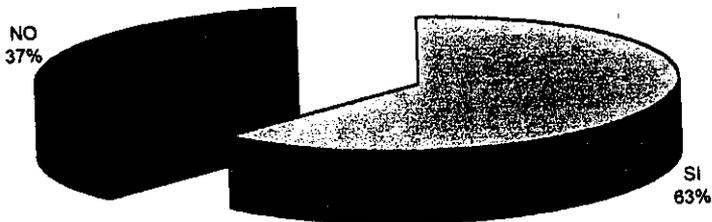
56% de las familias que no cuenta con los servicios médicos oficiales (cuadro y gráfica No 8), recurren en un 36 % al medico particular, 26 % usa remedios entre los que destacan los caseros o bien acudir con curanderos, el 7 % de la población se autorreceta especificando algunos encuestados que es a través de la farmacia o con fármacos anunciados comercialmente, el 31 % de las personas (cuadro y gráfica No 11) que contesto con otros servicios por no contar con servicio medico oficial, dicen acudir a la Secretaría de Salud, específicamente al Centro de Salud ubicado en Palmatitla.

GRAFICA 11
RECURSOS MEDICOS QUE UTILIZAN



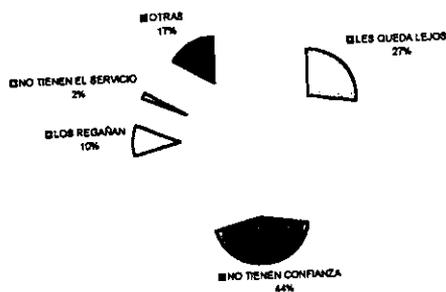
En caso de enfermar algún integrante de la familia, los pobladores de Palmatitla y Cocoyotes en Cuautepec Barrio Alto, les agrada acudir a la institución médica oficial (cuadro y gráfica No 12), a un 63 % de los encuestados y al 37 % restante de la población refiere no agrada por razones como: que no le tiene confianza no dicen el 44 %; el 27 % dice quedarle lejos de su domicilio, dentro de estos últimos 10 personas refieren que tienen que tomar dos medios de transporte para llegar a su unidad de adscripción, dos toman un medio de transporte y solo una persona refirió tomar tres medios de transporte cuando acude a su clínica a la que es derechohabiente, (Cuadro y gráfica No 13)

GRAFICA 12
CUANDO ENFERMAN LES AGRADA ACUDIR A UNA INSTITUCION MEDICA LOS POBLADORES DE LAS COLONIAS AMPLIACION PALMATITLA Y COCOYOTES, CUCUTEPEC BARRIO ALTO, MEXICO, D.F.



Dentro de la respuesta de otras razones por las que no acuden a las instituciones médicas, el 17 % de las personas encuestadas dicen que sus razones son: no lo atienden bien, es muy tardado, es una pérdida de tiempo, dan o existe un servicio deficiente, hay mala calidad en la atención que se proporciona. 10 % de los encuestados refirió que lo regañan y solo 2 % dicen no cuentan con ese servicio.

GRAFICO 13
 RAZONES POR LAS QUE NO ACUDEN A UNA INSTITUCION MEDICA, LA POBLACION DE LAS COLONIAS AMPLIACION PALMIRATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPEC, BARRIO ALTO, MEXICO, D.F.



En general las instituciones médicas oficiales se conciben como burocratizadas, masificadas y deshumanizadas, a la vez que la atención que prestan es eminentemente de tipo curativo poco se dedican en educación para la salud, por lo que en muchas ocasiones se recurre a la medicina oficial solo cuando se está enfermo y su atención requiera de cubrirles incapacidad aun a costa de descuentos o no percibir el 100% de su salario, o bien hay ocasiones en que su padecimiento necesita de tratamientos prolongados a base de muchos estudios diagnósticos y fármacos costosos.

La medicina particular no es accesible a la mayoría de la población, solo se acude a ella en casos de consultas para padecimientos que no requieren de una gran tecnología, por lo que existen solo consultorios de médicos generales y los especialistas tienden a concentrarse en zonas con habitantes de ingresos económicos solventes para hacer uso de este servicio.

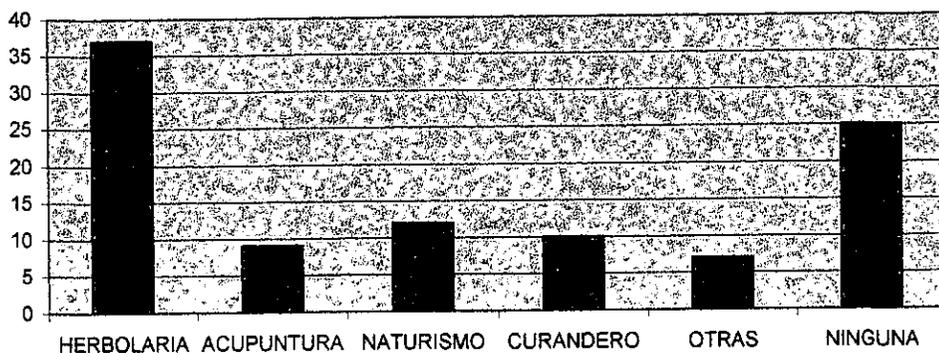
Dentro de las formas de atención a la salud, (Cuadro y gráfica No 14) que conoce la población de Palmatilla y Cocoyotes en Cuauhtepic, nos refiere el 37 % de los habitantes, que ellos conocen la herbolaria para la atención de enfermedades del aparato digestivo y respiratorio, el 25 % no conoce otras formas de atención a la salud salvo la medicina oficial, el 16 % conoce el naturismo, 13 % acude a curanderos para aliviar sus afecciones a la salud y el 7 % nos refiere conocer otras formas de atención a la enfermedad como son los hueseros.

CUADRO 14
FORMAS O RECURSOS DE ATENCIÓN

FORMAS DE ATENCION	NUMERO	%
HERBOLARIA	47	37
ACUPUNTURA	12	9
NATURISMO	16	12
CURANDERO	13	10
OTRAS	9	7
NINGUNA	33	25
TOTAL	130	100

c

GRAFICA 14
FORMAS DE ATENCION



Fuente: grafica No 1

El 78 % de los pobladores de estas colonias en estudio (Cuadro y gráfica No15) nos responden que no conocen a algún familiar o ellos que practique alguna forma de curar la enfermedad: El 22 % nos dijo que si conoce a alguno de su familia que cure alguna afección, esta forma de curar las enfermedades en Palmatita y Cocoyotes esta dirigida principalmente al uso de hierbas (herbolaria) dicen el 57 % de los encuestados, 18 % dicen conocer como curan de espanto, 14% el empacho, 7 % huesero y 4 % la gripa. (Cuadro y gráfica No 16)

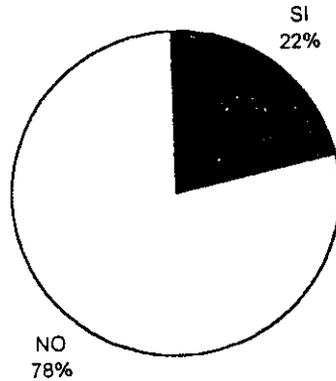
Cuadro 15

CONOCEN ALGUNA FORMA DE CURAR

CONOCEN	NUMERO	%
SI	28	22
NO	102	78
TOTAL	130	100

GRAFICO 15

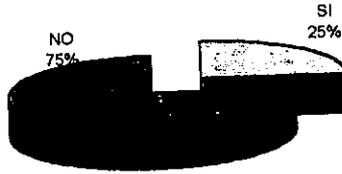
CONOCEN ALGUNA FORMA DE CURAR EN LA POBLACION DE PALMATITLA Y
COCOYOTES EN CUAUTEPEC, BARRIO ALTO
MEXICO D.F.



Hemos referido que en Palmatitla y Cocoyotes existen migrantes de varios estados de la república por lo que es de detectarse un sincretismo cultural que sale a relucir cuando las necesidades lo demandan, se observa en las casas la presencia de plantas que son usadas como ornato, comestibles y en casos especiales como elemento medicinal ante las principales afecciones que aquejen al integrante de una familia el cual es importante más si se tiene que integrar a su actividad productiva.

GRAFICA 16

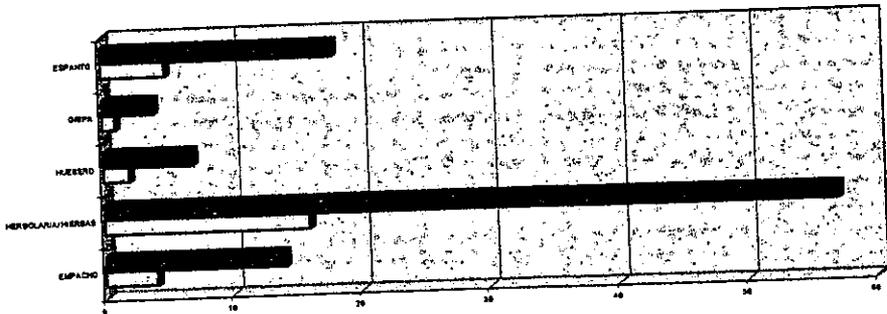
CONOCEN QUIEN CURA ENFERMOS, LA POBLACION DE PALMATITLA Y COCOYOTES EN CUAUTEPC BARRIO ALTO, MEXICO, D.F.



A la pregunta de si conoce en su colonia quien cura enfermos, 75% de los encuestados refirió que NO, el 25 % dice SI conocer a alguno de la colonia que cure enfermos destacando entre estos la presencia de hueseros en su gran mayoría y curanderas (os) que curan de espanto, mal de ojo, empacho y susto, enfermedades más comunes dentro de las nosologías tradicionales y de gran arraigo dentro de la población mexicana, en estos casos los únicos que saben de esto son los curanderos y a través de recursos médicos tradicionales.

GRAFICA 17

FORMAS DE CURAR ENFERMEADES EN PALMATITLA Y COCOYOTES, MEXICO, D.F.



A través de este estudio empírico se puede concluir que, Palmatitla y Cocoyotes en Cuauhtepc Barrio Alto, en la Delegación Gustavo A. Madero en México D. F. guarda características similares a muchas colonias de la periferia de esta gran Metrópoli, donde las necesidades objetivas de los colonos son evidentes.

Existe en Palmatitla y Cocoyotes una población que en su gran mayoría cuenta con un nivel educativo de primaria completa, subsecuentemente los que cuentan con grado de secundaria, aunque existen personas con nivel técnico no ampliamente significativo como el hecho de que en vísperas del siglo XXI, existen en esta comunidad personas que no alcanzaron a ingresar a ningún nivel educativo.

Por lo anterior podemos deducir que los habitantes de estas colonias no pueden aspirar a empleos bien remunerados "si es que los hay" por lo que solo logran colocarse como obreros, pequeños comerciantes o empleados entre los que destacan, tapiceros, albañiles, chóferes, etc. Por referencia extraoficial no detectada en la encuesta, se dice que muchos de los habitantes de esta comunidad eran chóferes de la extinta Ruta 100 (transporte público).

El bajo nivel educativo conlleva por consiguientes, a obtener empleos poco remunerados, el cual es insuficiente cuando son cuatro o cinco integrantes por familia y solo una persona aporta su ingreso económico, siendo insuficiente para cubrir las necesidades básicas como son la alimentación, vestido, educación, salud y vivienda, entre otras necesidades básicas.

Los años de residencia de los habitantes de Cuauhtepc, específicamente las colonias Ampliación Palmatitla y Cocoyotes, se remontan a varios años atrás, cuando Cuauhtepc era un pueblo inmerso en el

gran Valle de México y que a través de los años, dada la migración campo ciudad en la búsqueda de mejores oportunidades para la vida, migrantes de varios estados de la República como Oaxaca, Estado de México, Puebla, y Veracruz empiezan a asentarse en forma irregular en el Valle, en las faldas de los cerros y en la actualidad en la cima de estos.

Conforme crecen las familias, se busca nuevas formas de satisfacer las necesidades y solventar la falta o carencia de infraestructura, especialmente en cuanto a servicios elementales, con el consecuente riesgo de no tener una planeación y programas realistas. Por lo que la población construye sus viviendas en terrenos no propicios, las calles en la cima de los cerros son de concreto, de forma empinada no se respeta la naturaleza ya que previamente hubo una tala de árboles para la construcción de habitaciones sin un estudio previo del subsuelo, por lo que ante fenómenos naturales es de lamentar las graves consecuencias que se suscitan.

El estudio no reportó que los habitantes de estas colonias no cuentan en su gran mayoría, con el servicio médico oficial, por lo que ante esta alternativa recurren a otras instancias, como consultar a médico particular, acudir con la persona que atiende una farmacia a fin de que le dé algo para aliviar su malestar, o en otros casos es fácil adquirir productos farmacéuticos comerciales que a través de los medios de comunicación masiva los cuales dicen lo que cura.

Algunos de los habitantes de estas colonias, refirieron recurrir a recursos medico tradicionales o bien a curanderos o hueseros según sea el caso par el alivio de sus afecciones y recuperar su salud. Otros encuestados refirieron no asistir por no confiar en ellos, por la lejanía entre su casa y la clínica a la que es derechohabiente, o bien en otros casos porque la calidad de atención es " mala " aunándose a esto muchos factores de orden burocrático, la espera, la calidad de atención que va desde los fármacos, la revisión, exploración o auscultación,

Las anteriores situaciones llevan a las personas a buscar otras instancias de salud como: acudir a las Unidades de la Secretaría de Salud, porque esta más cercano a su domicilio, el costo de consulta es accesible en la mayoría de los servicios que ofrece; la comunidad cuenta con un Centro de Salud TIII de Palmatitla. En otras ocasiones la población decide acudir con curanderos, o bien recurre a recursos medico tradicionales que ella conoce y que están accesibles a su economía y domicilio.

De esta forma partimos del supuesto, de que los efectos modernizadores neoliberales en México, en lo que se refiere a su incidencia en el sistema oficial de atención a la salud en el nivel curativo, basado en la medicina de tipo alópata, esta provocando una ineficiente cobertura de servicios de salud, debido a una creciente incompatibilidad sistemática en lo cultural y en lo económico, siendo una necesidad sentida sobre todo en zonas consideradas pobres, cuestión que esta dando como resultado el uso de recursos curativos tradicionales por un lado, como forma alternativa a su pobreza y por el otro, como una forma de resistencia propiciado por un alejamiento entre lo natural y la violencia inherente a la medicina oficializada.

5. - ANALISIS Y CONCLUSIONES

La ideología y las políticas neoliberales, dominantes desde 1983, rompieron el pacto social, negaron los derechos sociales y la responsabilidad social de garantizarlos transfiriéndolas a las relaciones de mercado; desmantelaron progresivamente las instituciones públicas que atendían parcialmente a los sectores mayoritarios de la sociedad, instaurando un binomio de mercantilismo-existencialismo a como política de atención a las necesidades básicas de los sectores populares.

La política neoliberal ha desvalorizado violentamente a la fuerza de trabajo y reducido su salario a un tercio de su valor hasta antes de 1983, ha sustituido hombres por máquinas y destruido la base productiva. Millones de trabajadores del campo y de la ciudad se encuentran en el subempleo y quienes aún no han sido arrojados por el aparato productivo formal, son cada vez más pobres, más indefensos y menos organizados para enfrentar su pobreza y miseria o para salir de ella. En los múltiples territorios de la pobreza, renacen las endemias superadas por las ciencias médicas y se añaden nuevas pestes apocalípticas.

Una necesidad esencial es la salud, misma que esta estrechamente relacionada con la configuración de políticas públicas, de tal modo que la puesta en práctica de formas de administración social vinculadas con modelos que privilegian el mercado, inciden en la distribución, calidad y cantidad de los servicios de salud. La falta de ingreso y de presupuesto suficiente a nivel de instancias de gestión local, genera una imagen pesimista de la calidad de vida de la población de clases sociales bajas que marca cada vez mas una mayor desigualdad social. Frente a ésta, una alternativa globalizadora tendría que ser una política que tenga como objetivo el mantener la salud de la población en lugar de atacar la enfermedad, lo que requiere de un trabajo que involucre al sector público, pero también a la comunidad.

Este involucramiento entre el sector público y la comunidad exige también una participación coordinada entre las instancias enfocadas específicamente a la salud, junto con aquellas involucradas en la definición y puesta en práctica de la política económica social. No puede construirse un ambiente saludable si no

existe democracia en la toma de decisiones para garantizar una distribución equitativa del producto social, como mecanismo para acabar con la pobreza. En este sentido, debatir la propuesta de la Organización Mundial de la Salud al plantear " Salud Para Todos en el año 2000", cobra relevancia en la medida que es un intento de abordar el problema de enfermedad desde sus raíces estructurales y ensayar diferentes formas de involucramiento social e institucional en las condiciones de vida de la población.

Otro vínculo entre salud y enfermedad lo encontramos en las condiciones sociales existentes en diversos asentamientos urbanos que propician la aparición de enfermedades o patologías particulares, pues no exigen el acceso a un ambiente saludable en donde la información y la prevención sean parte integrante del mismo. El territorio resulta entonces un marco físico, un factor más del proceso salud-enfermedad, que si bien es cierto desde la aproximación de la medicina social existe una amplia labor de análisis y documentación acerca de cómo las condiciones de vida son fundamentales para tener acceso a la salud, es también cierto, que el trabajo desde las ciencias sociales para atender la relación entre el Proceso Salud - Enfermedad es todavía bastante deficiente. Es necesario un esquema que ponga en contacto nociones como calidad de vida, acceso a satisfactores y estilos de vida, como proceso de conformación de territorio, gestión urbana y cotidianidad urbana.

Este trabajo no puede dejar de pasar puntos de acuerdo y desacuerdo en la corriente crítica en el campo de la salud. Es evidente que los sujetos de las zonas marginadas y de escasos recursos tienen un acceso diferente y limitado a los servicios de salud por razones estructurales, y los hallazgos son bastante elocuentes en cuanto a su importancia figurando los factores económicos como los más relevantes de tales experiencias. Por ejemplo, son evidentes los efectos de la carencia de recursos en la búsqueda y acceso a determinado tipo de atención o para seguir determinada medida considerada necesaria para los mismos enfermos, tal serían los medicamentos; pero no por ello, esos individuos dejan de participar en forma activa y permanente en busca de otras alternativas tendientes a la atención de su padecimiento. Y tales prácticas derivan, a su vez, de un conjunto de razones, motivos, explicaciones, justificaciones e interpretaciones, como las acciones y medidas que llevan a cabo para su atención.

La experiencia milenaria en alternativas tradicionales en atención a la enfermedad ejercidos principalmente en países del tercer mundo, donde en particular nuestro país tiene un gran arraigo popular,

se da un uso y reconocimiento al uso creciente de plantas medicinales, lo que condujo a la Organización Mundial de la Salud, a formular recomendaciones de que se estimulara y promovieran los sistemas tradicionales de la medicina indígena de los estados miembros, y se aplicaran en la Atención Primaria a la Salud. La medicina tradicional llamada también mágica o popular, es la que expresa la creencia y actitudes que el pueblo tiene acerca de la salud y la enfermedad, las cuales son muestra de su organización social y resultan ser un reflejo de su economía familiar; de su mundo religioso y cultural.

Desde la plataforma de la medicina tradicional se interpretan los fenómenos de la vida, y es a través de este trabajo que se trata de decir, la alternativa que representa la medicina tradicional ante el no acceso a los servicios de salud, se considera necesario no negar la utilidad o ventaja de algunos de los aspectos científicos de la medicina moderna, muerte, salud, enfermedad de acuerdo a la visión que cada uno tiene del cosmos. Es necesario observar críticamente la resolución tomada por la Asamblea Mundial de la Salud, en el sentido de reconocer que los sistemas de Medicina Tradicional siguen siendo la principal fuerza sanitaria de dos tercios de la población, y dada esta circunstancia se debe estimular el desarrollo y promoción de los sistemas de salud, el fenómeno de la supervivencia del mundo mágico es enormemente complejo y excede en mucho a los terrenos de lo propiamente médico para insertarse en el ámbito de la sociología, la psicología de la antropología, la historia y la economía.

El hecho de que la población urbana se vea afectada cada vez más por la pobreza, obliga a adoptar una perspectiva de un análisis multidimensional, sobre las alternativas y las opciones que los grupos pobres están implementando, para revertir las condiciones adversas. En esta línea, algunos análisis están incluyendo el estudio de formas de acceso a los recursos gubernamentales. Al margen de que los programas sociales puedan ser considerados mecanismos asistenciales de corte neoliberal o que sean contemplados como catalizadores potenciales de energías sociales, un estudio que desborde la lógica normativa de los programas, atendiendo no solo el ingreso familiar sino a la estructura del hogar y sus transformaciones en el contexto del deterioro salarial y laboral, a un debate público y su definición.

El estudio que se presenta aquí, observa empíricamente algunas de estas transformaciones, con la finalidad de aportar elementos que enriquezcan el debate sobre la política de subsidios en México y los problemas de acceso. Para cumplir estos objetivos, este trabajo hace referencia a los impactos de los

programas de salud, los cuales consideramos como unidad social en la que se deben proyectar las políticas de salud. Es evidente el análisis multidimensional que en el acceso a la salud encuentra una serie de variables no consideradas en este artículo, tales como la cultura política de los grupos pobres y el grado de importancia de la organización social entre otros muchos.

Las evidencias empíricas que aquí presentamos son resultado del trabajo de campo realizado en dos colonias del Distrito Federal, Ampliación Palmatitla y Cocoyotes en Cuauhtepéc Barrio Alto, y sobre el acceso a la medicina tradicional ante del embate al modelo neoliberal.

Las condiciones de vida que tiene que ver con el empleo, el nivel de ingreso, y la descentralización en la toma de decisiones, pero también en el saneamiento, la infraestructura básica, el equipamiento y los servicios, al conformar recursos médicos tradicionales como elemento de la cultura popular, son recursos médico tradicionales de raíz indígena, de profundo arraigo de la cultura de un pueblo y que, aparentemente ajenos al desarrollo de un país no han merecido que se les analice a profundidad cuando se trata de políticas de salud. La pobreza es hoy no solo la juez desarmada de una modernidad inconclusa, desigual e injusta, sino una real barrera estructural al proyecto modernizador neoliberal

BIBLIOGRAFIA

1. - Aguilar García Leopoldo

SALUD PÚBLICA, MEDICINA SOCIAL E INSTITUCIONAL

México, De. Costa 1983

2. - Alvarez, Heydenreich

LA ENFERMEDAD Y LA COSMOVISION EN HUEYAPAN DE MORELOS.

Instituto Nacional Indigenista No 74 México, D.F. 1989

3. -Asa, Laurell Cristina

CRISIS Y SALUD EN AMÉRICA LATINA

México, Cuadernos Politicos No199.

4. -Avila, Jiménez Roselia

LA ENFERMERA Y LA MEDICINA TRADICIONAL

Memorias del Ier Coloquio de Medicina Tradicional

1a Edición 1987, México, D.F.

5. -Cardenas de la Peña

SERVICIOS MÉDICOS DEL IMSS

De. 1. M. S.S. México 1983

6. - Casillas, Romo Armando

MEDICINA TRADICIONAL HUICHOLA~ NOSOLOGÍA MITICA DE UN PUEBLO

Edit. Universidad de Guadalajara 1990

7. - COPLAMAR

NECESIDADES ESENCIALES EN MEXICO

SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 2000

México, 1985 Edit, Siglo XXI tomo 4

8. - Cueva, Agustín

EL DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN AMERICA LATINA

-Edit. Siglo XXI 15ª edición, 1994

9. - González Montes Soledad

LAS MUJERES Y LA SALUD

Colegio de México, 1995

10. - Hunter, George W.

LA MEDICINA TROPICAL TRADICIONAL

Edit. Prensa Médica Mexicana, 1973 México, D.F.

11. -Issac, Carmen

LA SALUD - ENFERMEDAD EN LA CRISIS DE NUESTRO TIEMPO

México, Edit. Siglo XXI

12. - Jones, Arthur

LA MEDICINA EN LA CRISIS DE NUESTRO TIEMPO

México, Edit. Siglo XXI

13. - López, Acuña Daniel

LA SALUD DESIGUAL EN MEXICO

Edit. Siglo XXI 1981

14. - A. López Austin

COSMOVISION Y MEDICINA NAHUATL

en viésca (ed) Estudios sobre etnobotánica y antropología médica

IMEPLAN, México, D.F. 1987

15. - LA SALUD DE LOS MEXICANOS, PRIORIDAD DEL ESTADO

La protección a la salud como un derecho humano Atención a la población indígena

Extensión de la seguridad social en toda la población La población y la salud en

México

La Jornada, Ecológica No 53, jueves 23 de enero 1997

16. - López, Austin Alfredo

TEXTOS DE MEDICINA NAHUATL

Universidad Nacional Autónoma de México, 1993

17. -Lozoya, Xavier, Aguilar, Abigail

ENCUESTA SOBRE EL USO ACTUAL DE PLANTAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL

IMSS. México D.F. 1987

18. - M. Wart Peter

MEXICO UNA MEGACIUDAD

Editorial ALIANZA, CNCA. No 64 México, D.F. 1990

19. -Modena, Maria Eugenia

MADRES MEDICOS Y CURANDEROS

Edit. Casa Chata, SEP. No 27 1990

20. - Ortiz Quezada Federico

LA MEDICINA ESTÁ ENFERMA

Los libros del consumidor

Editorial - LIMUSA México, D.F. 1991

21. - Ortiz, Quezada Federico

VIDA Y MUERTE DEL MEXICANO

Folios Ediciones S.A. 1982

22. -POBREZA DE LA POLÍTICA SOCIAL

Revista CIUDADES, publicación trimestral No 26

SEP. UAM. Análisis de coyuntura, teoría e historia urbana, Abril-junio 1995

23. Ciudad y Salud

Revista CIUDADES, publicación trimestral/Red nacional de investigación urbana ;

SEP. UAM. Análisis de coyuntura, teoría, historia urbana No 33 enero-marzo 1993

24 Quezada, Moemi

ENFERMEDAD Y MALEFICIO

UNAM. Instituto de Investigaciones Antropológicas

Serie Antropológica No 93, México, D.F. 1989

25. - RESISTENCIA SOCIAL

El Cotidiano, Revista de la realidad mexicana actual No 68- marzo-abril 1995

Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco Editorial León

26. - Rojas. Soriano Raúl

SOCIOLOGÍA MEDICA

México, Folios Editores 1983

27 -. -Rosen. George

DE LA POLICÍA MEDICA A LA MEDICINA SOCIAL I

Edt. Siglo XXI 1985

28.Semolinos, D. Arbois Carlos.

LA MEDICINA EN LAS CULTURAS ANTERIORES A LA CONQUISTA

Edit. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina México, D.F. 1978

29. -Semolinos, Palacio Juan

FENÓMENO DE FUSIÓN CULTURAL Y TRASCENDENCIA MEDICA

___ Edit. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina México, D.F. 1978

30. -Tecla, Jiménez Alfredo

ENFERMEDAD Y CLASE OBRERA

México, D.F. ESEO. I.P.N. 1982

31. - Timio, Mario

CLASES SOCIALES Y ENFERMEDAD

De. Nueva Imagen 1981 In