



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

0046.

7
2ej

LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LAS
INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO.
UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, PRESENTA:

CARLOS RUIZ SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F. 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	5
PRÓLOGO	8
INTRODUCCIÓN	14
PRIMERA PARTE	
Marco Teórico Ideológico del Análisis	
I. El Proceso Capitalista en la Producción de Servicios de Salud del Sector Público	18
II. La Formación de Recursos Humanos en el Área de Salud	20
III. La Producción de Bienes para el Sector Salud	24
IV. La Producción de Servicios para el Capital	27
V. La Circulación de la Plusvalía	31
VI. La Producción de Sujeto en el Campo de la Medicina	33
VII. La Salud. Interpretaciones de la Ideología Capitalista	46
VIII. El Cameralismo y la Policía Médica	55
SEGUNDA PARTE	
Historia de la Prestación de Servicios de Salud en México de la Época Prehispánica a 1880	
I. La Atención Médica Prehispánica	62
II. La Atención Médica en la Nueva España	68
III. La Atención Médica en México Independiente	81
TERCERA PARTE	
México Hoy y Mañana	
I. La Salud Actualmente	119
II. Perspectivas	125
CONCLUSIONES	129
NOTAS	133
BIBLIOGRAFÍA	145

Para:

Inés.

Inés, Ana y Francisco.

Mariana y Cristina.

AGRADECIMIENTO

Siempre se es injusto cuando enumera uno a las personas a quienes agradece un favor, un apoyo y una ayuda. Pero hay algunas que, por la cercanía afectiva, son inolvidables. El caso de Inés Arredondo, a quien le debo la felicidad del matrimonio, el conocimiento de tantas cosas y el estímulo constante para, a costa de sacrificios mutuos, haber culminado esta etapa de la vida con la publicación de un trabajo que expresa mi concepto de la realidad que me rodea. Al escribir esto, parece lleno de lugares comunes. Pero las experiencias sufridas, las angustias lloradas y las alegrías compartidas no fueron nada comunes. Solo ella, con su literatura, sabría escribirlas, yo no.

Me dió además tres hijos, no de la manera común tampoco. Para merecerlos, entre otras cosas, pensé en estudiar esta maestría. ¡Bien ha valido la pena!

La gimnasia mental que he requerido hacer al discutir con ellos muchos aspectos del saber, me ha servido muchísimo para analizar, comprender y asimilar conceptos para mí, totalmente novedosos. En esto debo incluir a Carlos Villanueva.

Ya en la Facultad, mis maestros, todos ellos brillantísimos jóvenes con una extraordinaria disciplina científica, concienzudos investigadores y singulares profesores, supieron sembrar la duda fecundada de curiosidad para buscar el conocimiento, allanar el camino de los ignorantes como yo, para descubrir las cosas y, con la paciencia que da la sabiduría, explicar, explicar y explicar, tantas veces como fue necesario, un hecho, un concepto, una idea.

Mis compañeros, también todos jóvenes, me contagiaron de su juventud, y eso se agradece.

No los nombro, pues temo omisiones imperdonables.

Sí quiero mencionar a la señora Marisela Genis Hernández, quien mecanografió una y otra, y otra, e incontables veces el ma-

nuscrito de este trabajo, pacientemente y con gran eficiencia.

Inés Segovia hizo la composición para que se imprimiera la tesis, y lo hizo con cariño y una dedicación que merece mi emotivo reconocimiento.

En un sitio singular, pongo al Dr. Omar Guerrero Orozco, un amigo, maestro y asesor de esta investigación. Su apoyo, sus estímulos y sus consejos fueron la piedra de toque para la culminación de esta aventura; sí, la llamo aventura, una bienaventurada aventura que me hizo cambiar mi vida para beneficio propio y de mi prójimo.

Carlos Ruiz Sánchez

Todo el cuidado de los hombres se centra en amontonar bienes (...). El obtener dinero no es el fin propio de la valentía, que sólo debe darnos una varonil seguridad; tampoco es el objeto del arte militar o del arte de la medicina, que deben darnos aquél la victoria, éste la salud; y sin embargo, todas estas profesiones se ven convertidas en un negocio de dinero, como si fuera este su fin propio y como si todo debiese tender a él.

ARISTÓTELES

que varonil y segura. El obtener es el objeto del arte militar o del arte de la medicina, que dan aquél la victoria, éste la salud; y sin embargo, todas estas profesiones se ven convertidas en un negocio de dinero, como si fuera este su fin propio y como si todo debiese tender a él.

ARISTÓTELES

PRÓLOGO

Para los fines de este trabajo, interesan los conceptos relativos al modo de producción capitalista, dentro del cual se desarrollan los "Servicios de Salud" como una parte muy importante de la política social del Estado. También se ha delimitado este estudio al Estado Mexicano.

El concepto de la administración pública está históricamente determinado. Esta afirmación se sustenta por diferentes análisis que sobre el tema se han realizado y de los cuales se tomarán algunas referencias definitivas.

La Administración Pública puede ser estudiada desde dos puntos de vista: como estudio del objeto y como objeto del estudio, identificando y definiendo "las relaciones sociales concretas plasmadas en la acción gubernamental" y sistematizando y explicando las categorías y conceptos que brotan de esas relaciones.

Sin embargo, en el siglo XIX, estudiosos de la administración pública, buscando una definición, equivocaron el camino. Si se trata de una relación entre el Estado y la Sociedad, que se diferencian claramente al terminar el feudalismo —caracterizado por una sociedad política y un Estado civil— y que establecen un Estado *político* y una sociedad *civil*, las contradicciones entre ellos serían el *tema de estudio* de la Administración Pública. Sin embargo, se dedicaron a estudiar el divorcio entre la política y la administración.

Es significativo que Woodrow Wilson (1887), en Estados Unidos, y después W. H. Moreland (1921) en Inglaterra hayan sido los primeros en separar la política de la administración. Se puede aducir una causa histórica a este hecho.

El Estado norteamericano tiene un gobierno eminentemente "político", normativo, que se entiende de regular las relaciones sociales particulares para satisfacer las necesidades de la población. Así, salud, educación, vivienda, transportes, comunicaciones, cultura y recreación, por citar solamente algunas, están financiadas

por particulares que venden servicios a la población que los compra. Es decir, existe un sistema empresarial mercantil para ofrecer dichos satisfactores de la sociedad civil. Estas empresas requieren de la *administración* de sus recursos, asunto en el que, el gobierno interviene como entidad *normativa*. Así, el Estado, no administra, sino marca las pautas dentro de las que los empresarios deben mantenerse.

En México y en América Latina en general, la situación es muy diferente.

Estos países tienen gobiernos que *participan* directamente en la producción y distribución de servicios para resolver los problemas sociales de la población. Otorgan servicios médicos y sanitarios, educación escolar, proporcionan vivienda, manejan las comunicaciones y el transporte público, financian eventos culturales y recreativos para toda la población. Son gobiernos "empresarios" que requieren de un tipo peculiar de administración: la administración pública. Porque consecuentemente con el "paternalismo", el Estado debe administrar —gobernar— a la sociedad civil, utilizando como aparatos represivos e ideológicos, estas funciones que no se pueden separar de la política como tal.

Las causas de esta diferencia se remontan al siglo XVII. En Inglaterra, en 1601, se promulgan las "Leyes de Pobres" en las que se responsabiliza a las parroquias, es decir, a los particulares, del cuidado de los pobres. Salud, educación y vivienda para esta población, dependerá de la caridad y de la beneficencia privada. El Estado se desentiende de otorgar estos servicios y solamente regula las condiciones en que deben prestarse.

En cambio en el resto de los países europeos, se encuentra otra situación diametralmente opuesta. En España —que trasladará a América su régimen político— el despotismo oriental de los árabes y los judíos, establece el Estado Administrador. Y para el siglo XVI en que son expulsados del territorio, la monarquía absoluta sustituye al despotismo, pero lleva en sí, el germen de éste.

En el despotismo oriental la forma de administración es el *patri-*

monialismo. En el Imperio Romano se da un modo mixto, combinando la *comisión patrimonial* con los *oficios*. La Edad Media casi hace desaparecer este patrimonialismo, al abatir la burocracia, pero, al surgir las monarquías, se restablece aquella, la comisión y la monocracia. Se recupera también el Estado "paternalista". Por otra parte y no demasiado desligado de esta influencia, surge el Cameralismo alemán, que se extiende por Europa Central, con las ideas de la policía, que proponen la felicidad y el bienestar de la sociedad civil como objetivo fundamental del Estado. Si bien el cameralismo llega tardíamente a España —Siglo XVIII— ésta tiene, como se dijo anteriormente, la influencia de siete siglos de dominación árabe.

A la Nueva España llega el absolutismo, primero, con los Adelantados y Capitanes Generales y después —prontamente— con los Virreyes. Cortés funda inmediatamente hospitales, escuelas y ayuntamientos. El gobierno administra todo lo referente a la vida cotidiana. No hay —ni habrá— separación entre la política y la administración, a pesar de que, ya en el siglo XIX en España surjan ideas sobre la "ciencia de la administración" en las que se plantea esta separación, a partir de Alejandro Olivan que escribe *De la administración pública con relación a España*, en 1842. Dice Olivan:

"el gobierno es el poder supremo considerado en su impulso y acción para ordenar y proteger la sociedad, y la *administración* constituye el servicio general o el agregado de medios y el sistema organizado para transmitir y hacer eficaz el impulso del gobierno y para regularizar la acción legal de las entidades locales. De modo que administrando se gobierna".

Aquí se hace aparente una contradicción. Gobierno y administración son "distintos" pero "se tocan". La realidad es que son lo mismo, pero surge un afán de diferenciarlos, olvidándose los autores españoles del origen de la ciencia de la administración, que nace en Francia con Charles Jean Bonnin, quien escribe en su *Compendio de los principios de Administración*:

"¿No abraza la administración todo el Estado? Esta institución comunal, elemento y modelo de todo el orden político y a la que todo está ligado íntimamente en los pueblos, ¿no constituye la organización civil de éstos?"

Seguramente la influencia de los autores sajones se deja sentir en la ideología de los estudiosos españoles, aunque no se encuentren referencias en sus escritos.

Así bien, si se establece que no hay separación entre política y administración, y que la contradicción se da entre Estado y Sociedad, el estudio del objeto de la administración pública queda definido como las relaciones entre el Estado y la Sociedad civil, dentro del modo de producción capitalista. Es la mediación entre el Estado y la sociedad, diría Rousseau en *El Contrato Social* y "Paine, Hegel, Marx y Tocqueville lo han demostrado: es el ejecutivo, el gobierno, la administración pública, como mediación entre el Estado y la sociedad" dice Guerrero en *La Administración Pública del Estado Capitalista*.

Partiendo de esta propuesta, la Administración Pública se define como "una relación que vincula al Estado con la sociedad", pero fracasa el estudio de ella porque no se efectúa un análisis materialista histórico de la disciplina y del objeto. La Administración Pública se reduce a estudiar casos concretos de gobiernos de países, secretarías de estado, ministerios e incluso estructuras más pequeñas de la organización del Estado. Con esta situación, no aporta nada al conocimiento, pues prácticamente se reduce a la descripción de "procedimientos" particulares y se aleja de la consideración de situaciones generales que permitan establecer principios científicos dentro de el estudio de la Administración Pública.

Al separarla de los hechos históricos, se distorsiona su origen social, quedando como pura teoría dogmática.

La Administración Pública es un objeto real, es un "sujeto histórico" que cambia con el tiempo y con el espacio en el que se da. Es superestructura condicionada por los diferentes modos de pro-

ducción. La Administración Pública es la realización del Estado para el dominio de las clases sociales, y éstas son consecuencia de los modos de producción. A cada modo de producción corresponde una organización del Estado y por lo tanto una manera de administración pública.

El Estado capitalista hereda, por la vía de la monarquía absoluta, los elementos administrativos del despotismo oriental: las formas de organización, patrimonialismo y burocracia; los procedimientos decisorios, colegialidad y monocracia y las unidades orgánicas, oficio y comisión. "La monarquía absoluta es un Estado reivindicador . . . de la burocracia, de la monocracia, de la comisión, en fin, del despotismo oriental" sostiene Guerrero. (*op. cit.*). En el Estado capitalista estos mismos elementos están presentes en sus formas más desarrolladas, por ser "el producto final y más elevado de la organización gubernamental". (Guerrero, *op. cit.*).

Como corolario de esta determinación histórica, la Administración Pública se fundamenta en la dominación de una clase sobre otra. El Estado es el regulador de la lucha de clases y es producto de ella. La clase dominante requiere del Estado para mantener bajo su poder a la clase dominada, y simultáneamente someterse a él en beneficio propio para permitir la reproducción de los dominados y la relación de dominación. Esta relación se ejerce por medio de la Administración Pública como tutela y servicio. Para lograr estos objetivos, se requieren cuatro condiciones históricas de la Administración Pública:

- La primera condición es la separación entre Estado y Sociedad.
- La segunda, es la necesidad de una relación entre las partes, es decir entre el Estado y la Sociedad.
- Las formas de mediación, las clases sociales entre la Sociedad y el Estado, la administración pública entre el Estado y la Sociedad, constituyen la tercera condición histórica.
- La cuarta condición consiste en la organización de esa mediación.

El régimen político que adopte el Estado, dependerá de estas cuatro condiciones históricas. Así, el mismo Wilson acierta al afirmar que "la administración pública es la acción a través de la cual la universalidad del Estado se individualiza en las particularidades de la sociedad civil."

La Administración Pública cumple con una diversidad de funciones públicas por medio de dos maneras: el dominio político y la dirección administrativa.

Entre el primero, se identifican las de seguridad y orden público, defensa, justicia y relaciones exteriores por citar las principales. En la dirección administrativa caben la salud pública, la asistencia, la protección al salario, la seguridad social, entre otras.

En este trabajo se plantea la tesis de que las instituciones de salud en México, como partes de la Administración Pública del Estado Capitalista, son instrumentos de dominación política de las clases sociales y medios de dirección administrativa, ejerciendo la tutela y el servicio del Estado a través de las normas de salubridad y los servicios de salud; que su organización reproduce la dominación de clase en el modo de producción capitalista, que las instituciones son tributarias del capitalismo monopólico y que el estudio de la administración pública de las instituciones de salud, permite hacer un análisis crítico de la evolución histórica y sus consecuencias, para plantear perspectivas al futuro de la prestación de los servicios de salud en el país.

INTRODUCCIÓN

La preocupación de que la salud es un fenómeno social data de muchos años atrás. A fines del siglo XVII y principios del XVIII, ya se habían conformado los conceptos de la medicina social. Sin embargo, es a partir de 1975, cuando en nuestra sociedad mexicana han surgido una gran cantidad de artículos sobre la relación que guarda la prestación de servicios de salud y la problemática social. Ilich,¹ Laurell² y Mercer³ son tres buenos ejemplos de lo anteriormente expuesto. En 1946 se publica en español *Civilización y Enfermedad* de Henry E. Sigerist (FCE) pero sin repercusiones visibles en la política de salud ni en la ideología médica del país.

No obstante, dista mucho de haberse siquiera enfocado el problema sistemáticamente o con cierta continuidad. Los casos señalados son todavía destellos aislados de unos cuantos y, aunque de ninguna manera esto les resta importancia, se requiere desde luego que se llegue a integrar una corriente firme y estructurada para el planteamiento de un modelo de otorgamiento de servicios de salud más congruente con la realidad social de México. Últimamente destacan Julio Frenk, Daniel López Acuña, Raúl Rojas Soriano, Ruy Pérez Tamayo, Pedro Crevenna y Federico Ortiz Quezada, interesados en la relación entre medicina y sociedad.

Los problemas sanitarios del país, están íntimamente vinculados a la situación social. Las gastroenteritis siguen siendo la principal causa de muerte en los niños. Escasea el agua y no existe prácticamente drenaje, ni siquiera en la gran ciudad de México, en la que cientos de colonias de las llamadas proletarias, conviven con esas dos grandes ausencias.

No en balde se rumora que nuestros alimentos están "condimentados" y no "contaminados" con materias fecales. . .

Si además se consideran las ausencias de educación, trabajo, recreo, etc., se conforma el octavo círculo infernal.

Este ensayo, pretende analizar en una primera aproximación, cómo se producen y distribuyen los servicios de salud en este país, sometiendo los hechos a un análisis materialista histórico. Inicialmente estableceré un marco de referencia teórico de la reproducción de la sociedad como relaciones entre productores y consumidores, para después aplicarlo al campo de la salud en cuanto a servicios médicos. Porque si bien mucho se ha dicho ya de los problemas mercantilistas de la salud en la producción de bienes, me parece importante hacerlo ahora en cuanto a la producción de servicios.

La exposición de hechos y su análisis, así como las proposiciones que puedan resultar de este trabajo, serán la contribución que yo aporte para la transformación de nuestro país en uno más justo, más libre y, espero, más feliz.

Cada época ha tenido una característica propia en la atención médica. Desde la medicina empírica y naturalista de los primeros tiempos hasta la "medicalización" y la "mecanización" de la actualidad, el cuidado médico ha transcurrido por varios modos de aplicación. Estos modos han estado determinados por la relación entre el hombre y su necesidad de alivio, inmersos en un contexto social determinado.

Así, en la medicina greco-romana, que corresponde al modo de producción esclavista, se identifican sus características por el tipo de cuidado, esencialmente correctivo y ortopédico de la cirugía hipocrática, y la imposición autoritaria del médico esclavo con los esclavos y la cura del médico libre a los ciudadanos libres que era persuasiva y pedagógica.⁴

Al existir división entre clases se dicotomiza también la medicina. En Grecia, por ejemplo "Los esclavos no pueden recibir cuidados de los asclepiadeos, instruídos en Cos, en Nicde, en Cyrene o en Sicilia".⁵ Son los esclavos de los médicos, los empíricos, quienes curan sus males. Estos se ciñen a las reglas estereotipadas, a las *recetas*. Platón, (*Leyes*, IV.) desarrolla un diálogo entre Clínias de

Creta y el huésped ateniense para demostrar la existencia de dos tipos de medicina: la libre y la esclava.⁶

En la Edad Media, con su modo de producción feudal caracterizado por la contradicción entre la propiedad de derecho y la de hecho, predomina el concepto divino-mágico de la enfermedad; por otro lado, el pobre y el rico sucumben ante la misma enfermedad: la peste. Ahora no hay enfermedades de esclavos o de señores. (Cfr. Edgar Allan Poe, "La máscara de la muerte roja"). La única explicación para este fenómeno es la filosofía y Paracelso elabora todo un sistema. La religión y la medicina transitan ahora de la mano. El médico-asceta es quien

"revela los arcanos en las enfermedades. (...) lo que ocurre es que el médico desvela el secreto del firmamento y de la tierra. (...) Por tanto, la filosofía agrupa todos los miembros y todas las articulaciones, la salud y la enfermedad."⁷

Cuando la humanidad arriba al Renacimiento, la medicina recupera una parte de su materialidad. Las ciencias morfológicas y las fisiológicas intentan correlacionarse y explicar las alteraciones que provocan la enfermedad. El mecanismo cartesiano pretende la comparación del organismo humano con la máquina más perfecta. Aparecen las clasificaciones nosológicas todavía demasiado influenciadas por la filosofía. Es un *obstáculo epistemológico*, según Bachelard.⁸

Las relaciones de la producción capitalista modifican el contexto científico, técnico y metodológico, acarreando, por un lado, la división manufacturera del trabajo intelectual y por otro, el liberalismo que vuelve a incrementar la existencia de médicos de pobres y de ricos. La polarización de la sociedad en dueños de los medios de producción y dueños de la fuerza de trabajo, la explotación de estos últimos por los primeros y otros fenómenos sociales trascendentales, serán el tema de lo que a continuación se desarrollará.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO - IDEOLÓGICO

DEL ANÁLISIS

CAPÍTULO I

EL PROCESO CAPITALISTA EN LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO

Ya Charles Babbage en 1830 escribe "Acerca de la división del trabajo mental" en donde predictivamente afirma que la atomización en el trabajo intelectual abatirá los costos de producción en donde ésta se realice.

La condición para que aquello suceda es la reducción del trabajo concreto en trabajo abstracto. Con esta condición poco tiene que ver que el trabajador use un mazo para picar piedra, o use un bistorí; que maneje un torno automático o un aparato de rayos X; que accione una computadora para producir piezas mecánicas o para obtener una tomografía axial.

El trabajo abstracto es por lo tanto el denominador común del trabajo capitalista e igualmente que como en la fábrica se separa primero el trabajo intelectual del trabajo manual (Cfr. Taylor, F. *La administración científica*), y este último se atomiza hasta que cada trabajador efectúa una tarea mínima y rutinaria, e ignora la naturaleza del producto final, el trabajo intelectual sufre el mismo proceso, primero en la oficina y después en todos los campos de la sociedad.

En el área de la atención médica, está ejemplificado este fenómeno por la gran división entre los que hacen el trabajo intelectual, médicos especialistas o de alta jerarquía, y personal que hace el trabajo manual, como son los médicos en formación y las enfermeras. El grupo del "equipo de salud" que efectúa el trabajo manual, sufre la atomización de éste y sólo debe aplicar una pequeña parte de las rutinas del total del proceso. Así, el médico en formación debe efectuar las historias clínicas, hacer las curaciones menores y todas

aquellas labores en las que se requiere poco o nada de intelecto, como es, ya en un extremo, mecanografiar los reportes. La enfermera generalmente padece un mayor impacto en el sistema, pues la división es más drástica y se acerca más al modelo de una fábrica. La separación entre el grupo *planeador* y el *ejecutor* es tajante.

Además, la planeación incluye la decisión de todos y cada uno de los movimientos del grupo ejecutor: administración de medicamentos, cambio de ropa de cama, aseo del enfermo, y todas aquellas labores manuales que implica el *cuidado* del paciente. Pero esta enfermera o el médico de más bajo nivel académico (pasante, interno, residente) no tienen prácticamente libertad de decisión. Sus labores deben limitarse a cumplir órdenes del grupo planeador. Abundando, existe el nivel intermedio de supervisión (conexión entre el que piensa y el que hace), que de igual manera que el capataz en la fábrica, registra los movimientos y las actividades del personal *ejecutor*.

También es un hecho derivado de la influencia del capitalismo, la utilización de personal con mínima preparación para efectuar labores simples y repetitivas. Las auxiliares de enfermería que son adiestradas en breves cursos o simplemente habilitadas para dichas tareas, ejemplifican esta característica que tiene como finalidad abaratar la mano de obra.

La mecanización de las técnicas de diagnóstico y tratamiento, con lo que se quiere decir que la maquinaria ha invadido el quehacer médico, ha tenido dos consecuencias. La primera es que el trabajador se convierte en un apéndice de la maquinaria. Su labor consiste en apretar botones y mover palancas, insertar películas sensibles o tarjetas de registro, y el resto del trabajo lo hace la máquina, que frecuentemente está gobernada por una computadora. En segundo lugar, la mano de obra que se requiere para labores, es barata, de la llamada "técnica" o de "nivel intermedio".

La automatización en los laboratorios de análisis clínicos y en los gabinetes de radiología, la introducción de las computadoras para la tomografía y los estudios con radionúclidos (material radioac-

tivo), va desplazando al médico ya formado, al especialista, del proceso integral del diagnóstico. Se divide el trabajo. El especialista planea, hace el trabajo intelectual. El "técnico" (a este nivel se emplea también al médico que está en vías de formación) ejecuta el trabajo manual. Además, como un paciente requiere varios estudios, pasa por una "línea de producción" en la que, personas distintas van haciendo trabajos parciales y distintos hasta integrar el "producto final" que, en este caso, serían todos los resultados de los estudios. Cabe aclarar que ninguno de los "técnicos" conoce el resultado final de la fracción de su trabajo, igual que en la producción fabril.

Como puede verse, las semejanzas entre el trabajo de una fábrica y el trabajo de un establecimiento de salud, no tienen diferencias fundamentales en cuanto al modo de producción.

CAPÍTULO II

LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL ÁREA DE SALUD

Cuando el hombre sufre, enferma o padece una lesión, aparece en él un sentimiento de necesidad de alivio. El satisfactor de esa necesidad puede estar dado por una reacción propia o por una acción ajena.

La reacción propia es inmanente del hombre mismo. Biológicamente existen mecanismos de defensa ante las agresiones externas o internas del organismo. Socialmente, también se establecen actitudes defensivas. Dentro de estas reacciones, se consideran las de tipo psicológico-cultural que pueden desembocar en la aceptación mística religiosa del sufrimiento, en la estoicidad, en la autoatención o en otras actitudes social y culturalmente aceptadas.

Las acciones externas, también culturalmente determinadas, están caracterizadas por la búsqueda de ayuda en su grupo social para el alivio del mal. Se presentan por lo menos dos variantes. Una es la solicitud de atención al grupo familiar, basado en los valores de prestigio del más viejo o del mejor dotado. También es el médico tradicional, curandero, brujo o como se le llame. Hasta aquí, el hombre ha tratado de satisfacer su necesidad de alivio en forma natural.

Pero conforme se va contaminando una sociedad con los valores de otra, como es el caso en la medicina, el hombre enajena su capacidad de satisfacción a otros grupos sociales con valores culturales diferentes y en los que, por llamarse más avanzados, civilizados, modernos, etc., aplican los satisfactores de otra manera y exigen una entrega completa del "paciente" o usuario a sus procedimientos.

En este caso el hombre es relevado de su responsabilidad en cuanto a la satisfacción de sus necesidades de alivio ya que existe un "equipo" de salud que se hará cargo de su daño, y no sólo de eso, sino también de dictaminar si es requerido o no un satisfactor de alivio y generalmente, también decide por el individuo si existe o no la propia necesidad. (Crf. Ilich, I. *Némesis Médica*).

Esta "medicalización" como la llama Ilich, permite y exige el pleno control del médico "ortodoxo" sobre la sociedad misma.

Las consecuencias de este hecho, son que el médico juzga la idoneidad del hombre para el trabajo (exámenes médicos de admisión, exploraciones periódicas para determinar la salud física de los trabajadores, estricto control de las incapacidades). La finalidad de la medicina es, en este contexto, la de mantener al individuo en capacidad de producir, y no el de mantener su bienestar. El resultado es que el poder de la medicina sobre el hombre ha aumentado pero sobre la enfermedad ha disminuído. La contradicción es flagrante y sintetiza muchas otras contradicciones, entre otras porque las principales enfermedades del mundo capitalista son "aquellas producidas por la incongruencia de las relaciones

sociales, y no las causadas por agentes naturales".⁹

En este contexto de la contradicción, se va conformando un grupo de trabajadores de la salud que son reclutados por las diferentes instituciones educativas. No es ningún secreto que la necesidad de este tipo de personal, médicos, enfermeras y técnicos, es muy grande en determinadas zonas. En México, según los últimos datos disponibles de la OPS, para 1984 existían 0.68 médicos y 0.95 enfermeras por cada mil habitantes. 70% de ellos están en los sistemas de seguridad social y 30% en los de población abierta.¹⁰ Dentro del país las condiciones de la distribución de personal de salud es más desequilibrada. La ausencia de servicios médicos en grandes áreas de México que coinciden con las de mayores necesidades y la gran concentración urbana de personal de salud y de recursos altamente especializados y complicados dan fe de este hecho.

La formación del trabajador de salud mantiene la contradicción del capitalismo ya que existen varios aspectos que deben ser analizados por separado.

En primer lugar, existe contradicción en cuanto que la clase social que requiere con mayor premura e intensidad la atención sanitaria, es la clase con menos recursos de tipo económico, es decir obreros subempleados y desempleados, y rara vez el médico es de esta extracción social. Cuando ésto sucede, igual que con el campo de la enfermería, se produce una transculturación en el profesional que concluye en que éste se asienta en un nuevo estatus social, que le ha dado la preparación y rechaza, en ocasiones violentamente, a sus antiguos compañeros de estrato socioeconómico. Una hipótesis que se puede plantear para explicar este fenómeno sería que, ante una rápida movilidad social vertical, como la que se da en estos casos, el individuo desarrolla mecanismos de defensa para desmembrarse de su clase y estos se traducen en agresividad, al no encontrar tampoco ubicación en su nuevo estadió social.

Resumiendo, cuando el trabajador de la salud se pone en contacto con los grupos de estratos socioeconómicos bajos, si él proviene

de alguno más elevado, no los comprende y funciona paternalmente; y si proviene de ellos, los elude en forma violenta. Son contados los casos en los que el profesional se reintegra a su grupo de origen y participa con él en la solución de los problemas que les atañen.

Otro aspecto contradictorio resulta de el hecho de que el contenido de la enseñanza en las escuelas de disciplinas sanitarias está francamente enfocado hacia la restauración del daño y se refiere exclusivamente a la enfermedad. Un profesional de la salud bien poco sabe de ésta, pero conoce perfectamente de su antítesis, la enfermedad.

En las sociedades capitalistas dependientes, los principales problemas de salud contienen un claro trasfondo social. Algunas escuelas se han percatado de ésto y han modificado sus planes de estudio para que su contenido esté enfocado a los aspectos sociales del quehacer sanitario. Sin embargo, esto no ha logrado más que aumentar la contradicción, ya que al terminar sus estudios, los nuevos profesionales con enfoque sociológico de las ciencias sanitarias, no encuentran campo de aplicación para sus conocimientos, y son absorbidos y remodelados por el sistema para servir a su causa y por lo tanto no se logra más que profesionales frustrados y mediatizados por las sutiles represiones ideológicas del contexto socio-político.

En la etapa de estudios de postgrado, el médico debe asistir a un centro hospitalario en el que va adquiriendo, además de los conocimientos especializados, una especie de jerarquía de poder y de prestigio. La organización del trabajo hospitalario corresponde a una estructura piramidal en cuyo vértice se encuentra el jefe del servicio y de ahí descende hasta los residentes o internos de más reciente ingreso.

Son estos últimos los que, debido a la baja calificación de su mano de obra, deben efectuar las labores más ingratas del quehacer médico cotidiano del hospital. Conforme avanzan en sus estudios avanzan también en categoría y sus actividades van siendo en la misma forma, más importantes. Este sistema se puede calificar como un enclave feudalista en el sistema capitalista, ya que el grupo

se comporta como un gremio en el que inician "aprendices" alrededor de un "maestro" y es éste quien sanciona la promoción del iniciado hacia la "oficialía" y, si llegan a dominar el "artesanado", ingresa al "gremio", pero no podrá aspirar a ocupar el lugar del "maestro" hasta que éste se retire o fallezca. Sin embargo, el profesional que ha terminado el adiestramiento, puede crear su propio gremio, en otro centro hospitalario, para repetir la historia. Es axiomática la frase: "pégatele al maestro para que puedas llegar". No son raros los casos en los que, inclusive, este "oficial" emparenta con su "maestro" (convirtiéndose en su yerno) y hereda la "cliente-la" del consultorio privado, cuando el médico viejo decide abandonar el ejercicio profesional.

CAPÍTULO III

LA PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL SECTOR SALUD

Quizás uno de los sectores productivos más amplios dentro de la sociedad capitalista es el de la industria químico farmacéutica.

Considerando los planteamientos anteriormente tratados, es fácil comprender que siendo la medicina esencialmente restauradora, el reglón de medicamentos sea uno de los que signifiquen mayor demanda y consecuentemente mayor producción. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que también son de importancia aquellos productores de equipo médico. Estos dos campos productores de bienes, en México, se pueden analizar conjuntamente en cuanto que comparten dos características fundamentales. Una, es que son resultado de la dependencia tecnológica, cultural y económica del país y otra es que cada vez son más complejos.

La primera característica es inmanente a la condición del país capitalista dependiente que tiene México con respecto a otros paí-

ses del orbe. Las metrópolis encuentran compradores "atados" en los países pobres a quienes venden inclusive productos que por su peligrosidad han sido retirados del mercado en los lugares en donde se producen. Los pueblos "subdesarrollados" sirven también como mercados de productos obsoletos e inclusive de desperdicio, lo que aumenta extraordinariamente su "precio de rescate".

Concretamente, tanto medicamentos como equipos son introducidos de manera forzada en los mercados nacionales, para simular el "extraordinario grado de avance" que tiene el cuidado médico. Este hecho es favorecido por aquellos profesionales que han hecho estudios en el extranjero, ya que, deslumbrados por el boato de los servicios de salud de los países ricos, obligan a que se instalen en los establecimientos equipos altamente costosos y que se prescriban medicamentos de laboratorios transnacionales. Supuestamente esto es signo de prestigio tanto personal como institucional.

La segunda característica, la complejidad de fármacos y aparatos, corresponde a la ya conocida "carrera consumista".

En aras de la ciencia, la investigación químico-farmacéutica diariamente modifica moléculas de sustancias para encontrar "un nuevo medicamento" que quiere semejarse a Panacea. Sin embargo, y sucede cada vez con más frecuencia, el "maravilloso" producto, lanzado al mercado antes de conocer completamente sus efectos colaterales o indeseables, se hace famoso por el daño causado a los inermes pacientes que lo reciben. Recuérdese la experiencia con la Talidomida.

Lo que es más indignante es que muchas veces esas modificaciones moleculares no llevan otro fin que eludir el pago de *royalties* y no significan ningún beneficio real en la terapéutica.

Es interesante comparar el nuevo detergente que "ahora sí quita toda clase de manchas" con el nuevo antibiótico que "ahora sí acaba con todos los gérmenes". Huelgan comentarios.

Algo semejante sucede con el equipo médico. Los cambios de "modelo" de aparatos auxiliares en el diagnóstico, de analizadores

automáticos para los laboratorios clínicos, de equipos para salas quirúrgicas, y en general todas las maniobras clínico terapéuticas, son como los cambios en los modelos de automóviles, reiterando las comparaciones grotescas.

Dentro del modo de producción capitalista la penetración técnico-económica y el consumismo, son el sustento de otra rama industrial que produce los medios de producción para elaborar medicamentos y equipos médicos, que funcionen a su vez como un sector de medios de producción para el cuidado médico. Además, el capital fijo, es decir, los establecimientos mismos en donde se da la prestación de servicios médicos, es también tributario de los males inherentes al sistema. Es decir, son edificios generalmente desproporcionados en tamaño y lujo, que tienen altos costos de construcción, de mantenimiento y de operación y en ocasiones su eficiencia es sumamente discutible.

En base a los planteamientos anteriores, se pretende establecer una tesis referente a que, como dentro de todo modo de producción capitalista, se tiende a convertir a los bienes de consumo suntuario en bienes de consumo necesario.

Se puede establecer que indudablemente hay cierta cantidad de fármacos y de equipos médicos que son útiles para el cuidado y especialmente para la prevención de las enfermedades. Estos productos, serían considerados como bienes de consumo necesario para mantener un determinado nivel de salud de una población. Es la publicidad, la venalidad, la penetración colonialista y otros ya conocidos factores los que influyen en que se presente el fenómeno consumista descrito y que, convierte en bienes de consumo necesario todos aquellos artículos que realmente no lo son.

Mucho se ha escrito y mucho se ha hablado respecto a que debe existir una congruencia entre las necesidades de salud y sus satisfactores, que dada la pobreza del país, los sistemas de atención médica deben enfocarse hacia las enfermedades infecciosas y parasitarias que son las más frecuentes en México, con una técnica simplificada y orientada hacia la resolución en el llamado primer nivel

de atención, que es aquel en el que el paciente recibe un servicio eficiente pero sencillo y de bajo costo que le resuelva la mayor parte de sus problemas.¹¹

Sin embargo esto no se lleva a cabo en toda la extensión que es deseable. Otro aspecto que debiera tener prioridad es la prevención de las enfermedades, campo en el que también existen todavía muchas fallas.

Para resumir el planteamiento, se tendría, por una parte, una tecnología prevalescente, utilizada y que se identifica con el consumo suntuario, que sería la prestación del cuidado médico eminentemente restauratorio, con el uso de fármacos y equipo altamente complicado. Por la otra parte, una atención del tipo de un primer nivel, con un gran enfoque preventivo, otorgado con eficiencia llana y que se identifique con el consumo necesario del integrante de una comunidad humana.

CAPÍTULO IV

LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS PARA EL CAPITAL

Dentro del modo de producción capitalista, una de las finalidades últimas del trabajo es valorizar el producto. Esto es, que todo trabajo debe producir plusvalor.

Sin embargo hay el llamado trabajo *improductivo*. Marx concibe este trabajo improductivo como aquel que no produce plusvalor.

Se consume su trabajo a causa de su valor de uso. (...) El consumo de ese trabajo no equivale a D-M-D', sino a M-D-M.¹²

Esto sin menoscabo de que el trabajador productivo o improductivo sea un asalariado. Sin embargo no es más que una situación

compartida, generada por la producción capitalista. Para Marx la *differentia specifica* del trabajo productivo es que incorpora trabajo vivo para valorizar al capital. El trabajo improductivo simplemente se *cambia* por dinero. Sin embargo más adelante dice:

... ciertos trabajos improductivos pueden estar vinculados incidentalmente (...) con el proceso de producción; es factible, incluso, que su precio entre en el *precio de la mercancía*, o sea que el dinero gastado en ellos hasta cierto punto (...) forme una parte del *capital adelantado* y, por consiguiente, que su trabajo aparezca como trabajo que no se intercambia por *rédito* sino directamente por *capital*.¹³

En la época en que Marx escribe lo citado, considera que la prestación de servicios, aunque explotada dentro de la manera capitalista, significa una magnitud ínfima en relación a la explotación productiva. Sin embargo en la actualidad el volumen de servicios prestados ya no se puede considerar insignificante para las relaciones de producción.

El trabajo improductivo considerado como prestación de servicios, permite establecer la conexión entre la economía y la salud, al especificar que el producto del trabajo médico es el *cuidado médico*. Este concepto debe entenderse en la amplitud mayor que pueda abarcar, es decir que se concibe como cuidado médico al trabajo:

que conlleva en su estructura al conocimiento médico (conocimiento científico y saber) corporificado en un nivel técnico (instrumentos y conductas) y relaciones sociales específicas orientado a la atención de necesidades humanas que pueden ser definidas biológica y/o socialmente.¹⁴

El cuidado médico debe ser relacionado con las necesidades de la sociedad, es decir que como satisfactor de necesidades (necesidad de alivio) tiene un valor para quien lo necesita. Este es un valor

de uso. Entonces el cuidado médico es un valor de uso que se intercambia en una relación mercantil.

Sin embargo el cuidado médico, como servicio, es consumido en cuanto valor de uso en el momento de su producción, por lo tanto no tiene tiempo de circulación, ni produce directamente plusvalor.

Polack afirma que:

El cuidado no es un producto o un objeto separado de su agente, o una mercancía susceptible de circular como un auténtico valor de cambio. Este "producto" no desaparece en el acto de consumo. Al dirigirse a la fuerza de trabajo, el acto terapéutico ayuda a elevar su nivel y mantener su rendimiento en el cuadro de su reproducción. Contribuyendo a la elevación de la productividad, el cuidado es "indirectamente productivo".¹⁵

Analizando los párrafos anteriores se pueden concluir varias cosas. Primero, que el cuidado médico es una síntesis de la ciencia, la teoría y las relaciones sociales para proponer soluciones a problemas biológicos y sociales. Segundo, es un acto de producción que aparentemente se consume como valor de uso en el acto mismo de su producción. Es decir, no circula. Se podría agregar que esta no circulación está condicionada porque el cuidado médico es un "producto" elaborado sobre pedido. Tercero, que implica su propio valor de uso como satisfactor de un acto social que tiende a la conservación de la vida; un valor de cambio como prestación en la relación entre el productor y el consumidor, y un valor en sí, acumulado por todos los procesos productivos que intervienen en su formación.

Considerando al cuidado médico como una síntesis científico-técnico-social, se fundamentan las premisas desarrolladas en relación a la ingerencia ideológica de dependencia en los conocimientos y en los procedimientos de los que se habló cuando se trató el tema de la formación del personal. Al colocar al cuidado médico en el campo del valor, si como valor de uso consumido en el

mismo acto productivo, implica la necesaria demanda de "cuidado" para que éste se produzca, situación condicionada culturalmente por toda la influencia ideológica de la restauración de la salud, minimizándose por lo tanto la oferta de acciones preventivas.

Se ha demostrado que la prestación del cuidado médico se apega al modelo mercantil en el sistema capitalista y que siempre tiene un equivalente de valor en dinero o en especie por el cual es intercambiado.¹⁶ Además, el valor acumulado del cuidado médico permite la cristalización del plusvalor, no solo de los insumos materiales utilizados en el acto mismo, sino la necesidad de que dichos insumos se valoricen al ser consumidos.

"En otras palabras, podría asegurarse que la realización del valor incorporado a estas mercancías, en la actual forma de organización de la medicina, sólo se lleva a cabo con el consumo de trabajo especializado del médico o del odontólogo; en fin, de todos los agentes de este sector".¹⁴

Por último, la llamada socialización de la medicina determina que el principal usuario de este servicio sea el trabajador. En el capitalismo los sistemas de atención médica, ya se ha dicho, tienen como objeto fundamental mantener al individuo en las condiciones mínimas necesarias de salud para que pueda reproducir su mercancía que es su propia fuerza de trabajo; así pues, el valor acumulado en esta fuerza de trabajo que en última instancia es la productora de plusvalor, está formado con los valores acumulados del cuidado médico.

Se debe recordar:

... antes de ser valor de uso para el capitalismo, la fuerza de trabajo es valor de cambio para su propietario, siendo sus condiciones de salud las que pueden determinar las posibilidades de su realización; o sea de su objetivación en mercancías.¹⁷

CAPÍTULO V

LA CIRCULACIÓN DE LA PLUSVALÍA

En el proceso D-M-D' se incluye desde luego el producto P. Otra forma de expresar la fórmula fundamental del capital es D-M...P...M'-D', o sea que el capital dinerario se cambia por capital mercantil representado por la mercancía necesaria como medios de trabajo (MP) y fuerza de trabajo (FT). La combinación de estos componentes de M resulta en P, o sea el producto; en él, está la cantidad de producto del trabajo necesario más la del trabajo excedente. Por lo tanto el producto P se puede representar como $P = p + p'$, siendo p el producto del trabajo necesario y p' el plusproducto. Cuando se transforma en el mercado P en mercancías, esta es M'. Es la mercancía sobre valorada por el plusvalor que se traducirá en D' al completarse la relación de la distribución: el intercambio.

Es en este proceso de intercambio en el que se requiere de una serie de elementos, entre otros de los "improductivos" que según Glucksmann son los trabajadores que se encargan de la circulación del producto. Pero también son los generadores de servicios —ahora indispensables para la valorización del producto— y los cuadros administrativos, tanto de las empresas privadas como la burocracia.

La masa improductiva de prestadores de servicios, está consumiendo una parte del plusvalor del capital, en forma de salarios. No importa que estos salarios los pague el Estado, puesto que, en última instancia el plusvalor, expresado como la ganancia del capitalista, sirve para el pago de impuestos, de cuotas, donativos, derechos y demás fuentes de financiamiento del gobierno. Por otra parte también esta población es consumidora de productos, completando el ciclo... M'-D'.

En el cuidado médico, los prestadores de servicios son tributarios de estos dos aspectos, al participar en la circulación de medicamentos, material de curación, instalaciones, equipos y todas aquellas mercancías que se valoricen en el proceso. Igualmente son consumidores de bienes necesarios y suntuarios como cualquier otra persona.

Pero ya se ha dicho que los servicios de salud son, para el Estado, instrumentos de dominio político y dirección administrativa, por lo tanto tienen además, los trabajadores de este campo, funciones de policía médica y de "mantenimiento" de la fuerza de trabajo.

Desde otro ángulo:

El "trabajador intelectual" no es propietario de las máquinas (es asalariado), no las anima ni las produce (no es manual). Sin embargo, en tanto que intelectual es propietario —de su saber— y posee un título de propiedad —su diploma y/o su título en una jerarquía—. Todo sucede como si "las potencias intelectuales" monopolizadas por el capital —la "materia gris" empleada por el sistema— fuesen sometidas al reparto de la propiedad privada: la universidad establece el Catastro.¹⁸

Con base en este párrafo de Glucksmann, resultaría el intelectual un rentista o un "financiero de la ciencia". De hecho el intelectual tiene el monopolio del saber. Monopolio que el mismo sistema le ha otorgado, y que ahora se "revierte" contra el capital. El intelectual en estos términos cobra *la renta de su saber* y no propiamente un salario. Esta renta no es entonces más que parte de la inversión —capital fijo— del capitalista, que a su vez contiene trabajo muerto, o sea ya valorizado, en su formación, y que favorece la circulación de la plusvalía, o mejor dicho favorece la objetivación de la plusvalía del mismo modo que los gastos de administración, almacenamiento y transporte de las mercancías indispensable para la valorización... M'—D'.

Citando nuevamente a Glucksmann dice:

Para el capitalismo, el saber es rentable, ayuda ya sea a la explotación directa, ya sea a la "circulación", por lo tanto simultáneamente a la extracción y a la realización de la ganancia. El trabajador intelectual cobra sus servicios: ya sea directamente de la superganancia de las grandes empresas, (...) ya sea comercialmente vendiendo servicios (...), ya sea indirectamente, en tanto que funcionario de Estado.¹⁹

Las condiciones de trabajo de este último grupo, que es el más interesante para el estudio de la explotación capitalista, presentan características que, sin duda alguna, pertenecen al trabajo asalariado (*vide supra*).

CAPÍTULO VI

LA PRODUCCIÓN DE SUJETO EN EL CAMPO DE LA MEDICINA

La relación médico-paciente se ha considerado tradicionalmente desde el punto de vista del médico, siendo éste paternalista, dadivoso, autoritario, que tiene como obligación erigirse en tutor del enfermo. A éste le corresponden las actitudes contrarias. Debe ser dependiente, receptivo, obediente y sometido.

Estas situaciones se interpretan frecuentemente como "naturales" o "lógicas" dentro del contexto social prevaeciente. Sin embargo analizándolo desde el punto de vista de que las relaciones sociales son un producto histórico, afloran algunos aspectos determinantes para esta situación, que ya no resulta tan "natural" o "lógica".

1. TODA RELACIÓN SOCIAL ES PRODUCTIVA

Las relaciones sociales, entendidas como el contacto entre dos o más grupos de individuos, con una finalidad dada, y en una institución determinada, van a generar un producto. Dependerá del tipo de finalidad o intencionalidad que tenga dicha relación, el producto obtenido.

De esta manera, la relación social entre trabajadores y capitalistas con la intención de fabricar automóviles producirá éstos. Pero la relación entre trabajo y capital puede tener otras finalidades. Por ejemplo, la demanda en el incremento de salario o el despido de trabajadores. En este caso, el producto de esta relación será un conflicto, y si bien el móvil puede ser en el fondo económico, hay otros factores que actúan matizando la relación.

Ahora bien. Si tratara de enumerar todas las relaciones sociales, llenaría muchos volúmenes y lo más probable es que no cubriera todas ellas. Sin embargo, sólo *algunas* de esas relaciones tendrían cierta intencionalidad económica. Las demás escaparían a tal designación. Marx estableció en el prefacio a la *Crítica de la economía política*, que las relaciones de tipo económico condicionan a las demás relaciones. Llamó a las primeras la "estructura" y a las otras la "superestructura". En este trabajo me ocuparé principalmente de las segundas.

Sin la pretensión de abarcar todas las relaciones sociales, pondré, con fines para este ensayo, los siguientes tipos de relaciones y sus productos característicos.

Si la intencionalidad de la relación es cognocitiva, su producto será el conocimiento. He sentado como premisa que toda relación social debe darse en el seno de una institución, que en este caso sería, por ejemplo, la escuela. Entonces el conocimiento sería "científico". Pero si la institución es la familia, entonces el conocimiento sería "práctico". En última instancia, el resultado será la adquisición de conocimiento.

En el caso de que la relación social tenga una finalidad política,

el resultado será el establecimiento de un régimen político. Un ejemplo de esto sería la revolución de independencia de México, que establece el régimen constitucional.

Pero los grupos pueden establecer finalidades ideológicas y crear arte, religión o costumbres. También sus relaciones podrían ser sentimentales y obtener como producto amor, odio, afinidad, etc. Por último en esta lista pondré las relaciones biológicas, cuyo producto será la reproducción de la especie.

Quede pues aceptado que la relación social es productiva, tanto en el sentido económico como en los demás. Cabe señalar que esta tipología no pretende afirmar la asepsia de cada relación y su producto. Es decir, que, como en todo fenómeno social, cuando hablo de algún tipo, me refiero a su *predominio* sobre los otros. Sentado lo anterior, propongo la siguiente tesis.

2. LA DISTRIBUCIÓN ES UNA RELACIÓN SOCIAL CUYO PRODUCTO ES EL PODER

Las categorías económicas sólo se dan en la distribución, y ésta obedece a la correlación de fuerzas.

Utilizando el ejemplo de la relación de producción trabajo capital, el trabajador se quedará con la parte del producto que le corresponde —su salario— mientras el capitalista recibe la propia —su ganancia.

Pero la cuantía del salario y la ganancia la ha determinado una lucha, en la que los antagonistas son los mismos actores de la relación productiva. Si la fuerza del trabajador supera a la del capitalista, obtendrá un mayor salario. Pero en caso contrario, el capital procurará retener la parte del león. En otras palabras, en esa lucha, en esa medición de fuerzas habrá un vencedor, dominante y un vencido, dominado.

Dentro del contexto económico, los grupos se llaman *clases* y es-

ta correlación de fuerzas recibe el nombre de *lucha de clases*. Lo que da fuerza al grupo dominante es la *riqueza*.

En la superestructura se refleja este poderío. Vemos cómo, en las relaciones cognitivas, el grupo dominante ejerce su fuerza a través de un instrumento llamado *verdad*; de tal manera, el conocimiento de la clase dominante es el verdadero, el único, y al que no está de acuerdo lo castigan con una amplia gama de sanciones. Desde la "reprobada" en la escuela, hasta la hoguera en la inquisición. Dicho de otra manera, la distribución del conocimiento responde a las normas que dicta la clase dominante y acepta la clase dominada. Los conflictos estudiantiles solicitando modificaciones en los planes de estudios, mejoría en la docencia, etc. ejemplifican este aspecto de la "lucha" (aquí no es lucha de clases, por no ser categorías económicas las que se manejan).

Algo semejante podría decirse del arte, la religión, las costumbres, los sentimientos e incluso de la reproducción humana. Los instrumentos de poder son la conducta, la cultura, la familia. Nuestras sociedades están sujetas a una corriente artística "aceptada". Los pintores, músicos, escritores, poetas "revolucionarios" son rechazados por los grupos dominantes. Es por medio de la lucha que los artistas introducen —y algunos imponen— su arte, o mejor dicho su *interpretación* del arte. No cabe duda que en las religiones el problema es más drástico —trágico— como en el islamismo en esta época, y la intolerancia religiosa —entendida en ambos sentidos, como la existencia de una religión oficial, o como persecución religiosa.

La religión de la clase dominante se hace norma, y, sutil o violentamente se reprime a los no correligionarios. De los aspectos ideológicos políticos, hablaré más adelante, así que permítaseme tratar el aspecto amoroso. También en esto existen ciertas normas, que han sido resultado de enfrentamiento de fuerzas. Las relaciones amorosas de una pareja de hace 20 años, implicaba la participación de los padres de los novios en un grado muy importante. El número de "conductas prohibidas" sobre todo para cierto estrato

socioeconómico, era exorbitante. El enfrentamiento de la juventud ante esta intolerancia ha modificado estas relaciones.

Aun en los aspectos biológicos encuentra la sociedad un modo de distribución determinado. La familia monogámica, pequeña (la que vive mejor), y las conductas psico-biológicas de la institución familia están dadas por un modo de distribución dictado por los grupos dominantes, aunque, dicho sea de paso, ellos sigan patrones contrarios en sus grupos familiares.

En resúmen, la distribución de los productos de las relaciones sociales se lleva a cabo como expresión del poder de los grupos dominantes sobre los dominados.

Dicho en otras palabras, la distribución es un mecanismo para generalizar los intereses particulares —por medio de la ideología,— que permite la hegemonía del poder en los grupos dominantes, estableciendo *jerarquías* entre los elementos sociales que se enfrentan en las relaciones sociales de producción. Estas jerarquías se expresarán sobre las clases, en las relaciones económicas o en las *categorías* en las relaciones no económicas que llamaré genéricamente políticas.

Las jerarquías sociales se valen del hombre —ser con características biológicas y sociales— para expresarse. O sea, requieren del sujeto para expresar la relación social de dominación-sumisión.

El resultado o producto de la relación social de distribución, es la *subjetividad*, es la característica definitiva del sujeto. Si relaciono al individuo con la estructura, voy a producir un *sujeto*. Esta producción de sujeto puede obedecer a la relación en la que la estructura condiciona al individuo —el objeto determina a la idea— o a su contraria en la que el individuo condiciona a la estructura, es decir, la idea determina al objeto, y entonces tengo al sujeto con ideología materialista, en el primer caso, o al sujeto idealista, en el segundo. Se dará entonces una lucha de clases —el sujeto pertenece a una clase en la relación económica, pues, o es dueño de los medios de producción o solo cuenta con su fuerza de trabajo— y un conflicto de interpretaciones en la relación política. Cada clase social económica

o cada categoría social política, pugnará por su verdad, su régimen político, su interpretación artística, su religión, sus sentimientos y sus hábitos biológicos.

Lo que determina la posición del sujeto frente a las relaciones sociales son las *jerarquías* —Estado, sociedad civil, familia, que mantienen una homeostasis social.

Es decir, la reproducción de la subjetividad, y la producción del sujeto se logran a través de los "aparatos ideológicos y represivos del Estado".

La reproducción de la subjetividad, no es otra cosa que el resultado del ejercicio humano. No hay separación entre lo "objetivo" y lo "subjetivo" en cuanto que es el hombre —sujeto— el que genera el conocimiento de lo objetivo. Esto no contradice al materialismo, puesto que hay que recordar que Lenin enuncia que "el conocimiento es la propiedad subjetiva de la realidad objetiva". Es decir, el hombre "conoce" la realidad a través de su subjetividad. Y si el conocimiento, mejor dicho, la interpretación de la objetividad es un hecho históricamente determinado, resulta que la determinación de la interpretación es la subjetividad.

Queda pues establecido que las *relaciones sociales* generan *productos*, cuya *distribución* produce *poder*, que se expresa como *subjetividad*, que a su vez produce *sujeto*.

Guatari dice en *El capitalismo mundial integrado y la revolución molecular* (versión mimeográfica del compendio de una conferencia en el CINEL. p. 3) que:

... el capital es mucho más que una simple categoría económica relativa a la circulación de bienes y a la acumulación de los medios económicos. Es una categoría semiótica (o de señalamiento) que concierne al conjunto de los niveles de la producción y al conjunto de los niveles de estratificación de los poderes. Él se instala en el seno de las sociedades divididas no solamente en clases sociales, sino en *clases sociales, burocráticas, sexuales, etáreas*, etcétera. (El subrayado es mío)

Esto significa que, un modo de producción trasciende lo económico y que el modelo de "clases sociales" es más elástico de lo que los economistas pretenden. La sociedad, he dicho, se agrupa de acuerdo a otras categorías distintas de las económicas. He hablado de grupos escolares, políticos, culturales, afectivos y biológicos. Pero estos grupos siguen unas determinadas pautas de conducta que obedecen a dos parámetros. Uno ciertamente económico, de clase, dominante o dominada, aunque esta dicotomía no es muy feliz, y otro axiomático (Guatari, Felix. *op. cit.*) que se refiere a categorías no económicas, como pueden ser grupos estudiantiles, juveniles, feministas, homosexuales, intelectuales; etc., que están integrados por individuos pertenecientes a diversas clases.

Un estudiante puede pertenecer al proletariado o al capital, pero lo interesante es que, en el grupo estudiantil se comporta como tal.

Este fenómeno del comportamiento no es casual, sino es el resultado de la "actuación de los elementos jerárquicos" que mencioné en el apartado anterior. Si bien la riqueza es el instrumento de poder económico, y demarca las líneas de conducta de las sociedades, según sean ricos o pobres, también dentro de las categorías políticas existen instrumentos de poder que determinan conductas sociales. Mencioné la verdad como instrumento de poder del conocimiento científico. Pero no se trata de reconocer la verdad dominante y ya. Todo el aparato cognocitivo ejerce su fuerza sobre los individuos para imponerles un método del conocimiento, método que obedece a las interpretaciones de los grupos dominantes y que refuerza y reproduce a ese grupo por medio de los mecanismos tautológicos de los métodos generales. Se plantea pues una manera de aprender, una conducta de aprendizaje. Lo mismo se puede decir de las relaciones políticas cuyo instrumento de poder es el Estado. Este marca una conducta, una concepción, un régimen. Propicia o desalienta la participación del ciudadano en la política, en el gobierno. Incluso define el carácter de ciudadanía y delimita, en la población, quien es y quien no es ciudadano. En el ámbito cultural sucede lo mismo. Los dominantes imponen modelos artísticos, religiosos

o costumbristas. No quiero abundar más en ejemplos, por lo tanto queda aceptado que las relaciones sociales establecen conductas aceptadas socialmente, derivando del *modo* de esas relaciones sociales. En general, estas conductas están, por una parte, estudiadas, y por otra, vigiladas. Los individuos y los grupos con jerarquía alta obligan, por medio de diversos procedimientos, a que el sujeto se comporte, es decir siga una conducta congruente, con el modelo socioeconómico en el que está inmerso so pena de comprometer su reproducción como individuo y como grupo. Uno de estos mecanismos es, siguiendo a Nietzsche, el castigo, al que le otorga muy variadas cualidades, que me permitiré transcribir aquí por su singularidad. (*La genealogía de la moral*. Ediciones del Mediodía, Buenos Aires, 1967. pp. 58-59). Los paréntesis son calificativos míos.

Para representar de una manera gráfica cuán incierta, sobre añadida y accidental es la finalidad del castigo, y cómo un mismo procedimiento puede ser utilizado, interpretado, y modelado con miras esencialmente diferentes, he aquí la lista que he podido hacer con pocos y fortuitos materiales:

Castigo, medio de impedir al culpable continuar haciendo daño. (*profiláctico*).

Castigo, medio de redimirse para con la persona ofendida y bajo una forma cualquiera (por ejemplo, una compensación en forma de dolor). (*subunción*).

Castigo, medio de restringir y limitar una perturbación del equilibrio para que que no se propague. (*homeostático*).

Castigo, medio de inspirar terror a los que determinan y ejecutan el castigo. (*represivo*).

Castigo, medio de compensar las ventajas obtenidas hasta entoces por el culpable (por ejemplo, cuando se lo utilice como esclavo en una mina). (*económico*).

Castigo, medio de eliminar un elemento degenerado (y a veces toda una familia como en China: medio, pues, de depurar la raza y de mantener el tipo). (*exclusivo*).

Castigo, ocasión de fiesta para celebrar la derrota de un enemigo llenándole de insultos. (*satisfactorio*).

Castigo, medio de crear un recuerdo, ya sea en el castigado ("corrección"), ya sea en los espectadores. (*ejemplar*).

Castigo, pago de honorarios al poder que protege al malhechor contra los excesos de la venganza. (*compulsivo*).

Castigo, compromiso con el estado primitivo de la venganza, mantenido en vigor por razas poderosas que le reinvidican como un privilegio. (*administrativo*).

Castigo, declaración de guerra y medida de policía contra un enemigo de la paz, de la ley, del orden, de la autoridad, violador de los tratados que garantizan la existencia de la sociedad, peligroso, rebelde, traidor y perturbador a quien hay que combatir con todos los medios de que la guerra dispone. (*moral*).

Como he dicho, el castigo es uno de los mecanismos de producción de sujeto. Si bien no es el único, la lista de Nietzsche me permite plantear que, con sus modalidades, el castigo es el principal mecanismo productor de subjetividad, es decir, de conductas del sujeto. Y el sentimiento que en el sujeto actúa es el miedo. De este miedo está lleno el mundo. La humanidad actúa, reacciona, vive con el miedo, por el miedo y del miedo. Y es que el castigo-premio (como no castigo) es el binomio ancestral y filogenético para subuncir la voluntad del sujeto. No es gratuito que el castigo y el premio lo dé quien domina. Las jerarquías en la sociedad se ejercen pues por medio del miedo.

Si aceptamos que las relaciones sociales cognitivas se valen del instrumento de poder llamado *verdad*, y lo traspolamos a las ciencias biomédicas, se puede demostrar que existe una jerarquización en la producción de conocimiento que, expresada como un conflicto de interpretaciones, va a resultar en una verdad "oficial" o "científica" que no coinciden con el modelo dominante. Hasta hace muy poco tiempo la medicina científica acepta prácticas heterodoxas como la acupuntura y el ejercicio de los empíricos, aún con mucha resistencia y buscando la tautología que englobe en la "cien-

tificidad" dichas prácticas. La medicina es pues la subjetividad de la sociedad en cuanto al tratamiento de la enfermedad, que, dicho sea de paso, obedece también a ciertas normas sociales que la califican, para determinar si el individuo es o no un enfermo.

Así, por un lado encontramos las jerarquías que definen la científicidad del ejercicio médico y por otro, las que norman la condición de *sano* o *enfermo* que tenga una persona. Dicho en otros términos, el médico-científico es quien, por medio del diagnóstico determina la condición del sujeto. Esta "cientificidad" es la subjetividad de la relación cognocitiva y produce sujeto-médico y sujeto-enfermo. En este último, la enajenación de su salud queda concentrada con fines económicos, pues en el trabajador, es el médico el que decide si está en condiciones de matener la relación social de la producción económica. El estado capitalista ha tomado para sí, en gran escala en México, esta función, actuando como jerarquía determinante en la producción de sujeto.

El médico-sujeto, es la expresión de la relación social de dominación-sumisión-subjetividad llamada medicina científica. La categoría de dominación de dicho sujeto está dada por las jerarquías cognocitivas, políticas, culturales y biológicas. El sujeto médico debe *saber* determinadas técnicas basadas en la verdad científica de la biomedicina del momento, para tener la patente de curso que le permita ejercer su profesión. Debe además, obedecer las normas políticas y administrativas, sobre todo si labora en una institución gubernamental, del quehacer médico, como sería el pago de impuestos por sus honorarios, la Licencia Sanitaria del consultorio, la subunción a las políticas demográficas, la calificación de incapacidad para el trabajo de sus pacientes y en fin, una serie grande de coerciones.

No puede transgredir las normas morales de la sociedad; el aborto y la eutanasia son las prohibiciones más rígidas dentro de la moral médica —el juramento hipocrático es la expresión más conocida de la subjetividad médica. Con todo esto, el producto resultante del ejercicio de todas estas jerarquías, es el "Médico Apóstol",

sujeto castrado que debe aspirar al ascetismo —el ideal ascético de Nietzsche— para ser aceptado en la sociedad.

Sin embargo, la realidad es otra. Como de costumbre se presenta en el capitalismo la contradicción entre el "apostolado" y el comercio. La realidad es que el ejercicio médico sigue las leyes de la economía capitalista, y la distribución del producto de la relación social médico-paciente, es el intercambio. Sea a través de cuotas, impuestos o pago directo, el servicio médico se intercambia por dinero. Esto claro está, es parte de la producción de sujeto prestigio —cuya manifestación es el poder económico. En efecto, si el médico no cumple con determinadas normas-jerarquías— de "estrato socio-económico"; si no acumula riqueza, no acumula "prestigio científico, ni moral, ni político". Ahora bien, revisaré al enfermo —o paciente como suele llamársele— también como sujeto.

El paciente, como su nombre lo indica, debe acumular toda la paciencia del mundo para tolerar al médico, quien es, en este caso, la expresión jerárquica.

También es paciente por su pasividad, pues debe someterse totalmente a las manipulaciones de su jerarca. El enfermo debe ser sumiso y obediente con el médico, lo cual lo despersonaliza, lo "medicaliza" como dijera Ivan Illich, prohibiéndole la responsabilidad sobre sí mismo. Las jerarquías evitan la automedicación y el autocuidado de la salud.

Esto conlleva una nueva contradicción, pues en países como México, el número de médicos y en general prestadores de servicios de salud, es insuficiente para atender a toda la población. La jerarquía-Estado promueve ahora que el individuo *participe* en el mantenimiento y mejoramiento de su estado de salud, y crea el conflicto en la producción de sujeto —tanto médico como paciente— al establecer reglas del juego contradictorias.

Las relaciones sociales productoras de salud, están mal definidas. Pero esto es consecuencia de las contradicciones del modo de producción capitalista, en el que todo se tiene que dicotomizar.

Las divisiones trabajo-capital, Estado-sociedad, falso-verdadero,

riqueza-pobreza, etc., alcanzan a todos los sujetos. Son en sí la subjetividad, la antinomia dominación-sumisión expresada en el sujeto, que se somete, por la acción de las jerarquías, a una clase económica y a una categoría política. Pero esta sumisión no es pasiva. Se da una lucha —de clases en lo económico y de categorías en lo político— que trasciende el enunciado de la *clase*.

En las categorías se encuentran individuos de todas las clases sociales. El médico no es solamente un capitalista, o un comerciante, o un asalariado o un burócrata. Es todo eso a la vez. La subjetividad del médico lo inmiscuye en varias de esas categorías, y lucha por alcanzar objetivos fuera del ámbito económico. Lo mismo podemos decir del paciente. Ambos son, ante todo, producto de la subjetividad de la sociedad. Son hombre de su tiempo. En lo particular, son individuos, seres humanos bien definidos y delimitados. En lo general, son seres abstractos, sometidos a las jerarquías de todos los tipos de que he hablado. Una vez más, el hombre es concreto y es abstracto. Es individuo y es sujeto. Padece la dicotomía de su ser, consecuencia del modo de producción y de distribución del momento histórico actual.

LAS
RELACIONES SOCIALES

SON DE TIPO:

Económico

Cognoscitivo

Político

Cultural

Anímico

Biológico

Y SE EXPRESAN COMO:

Bienes y
servicios

Conocimiento
científico

Regímenes
políticos

Arte,
religión,
costumbres

Sentimientos
(amor, odio)

Funciones
humanas –
(Respuestas
psico-
biológicas)

PRODUCIENDO:

Riqueza

Verdades

Estado

Conducta

Familia

Salud

CAPÍTULO VII

LA SALUD. INTERPRETACIONES DE LA IDEOLOGÍA CAPITALISTA

La salud para el capitalismo es un estado del individuo en el que se siente bien. Oficialmente la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o daño.²⁰

Es ostensible la subjetividad de esta definición que plantea aspectos como "bienestar" en los contextos biológico, psicológico y sociológico.

Analizando la definición, se pueden distinguir varios aspectos interesantes.

1. LA SALUD COMO CATEGORÍA FILOSÓFICA

La categoría filosófica es un elemento ideológico (21,22) que abstrae de la realidad objetiva lo que trata de conocer. Así la salud se ha manipulado como categoría filosófica al tratar de definirla.

Se considera a la salud en general, como algo abstracto; como un "valor" desde el punto de vista axiológico.

Si se habla de la salud se le borran todas sus diferencias específicas para dejarla como género próximo, ya no se trata de la salud de alguien sino de la salud de todos. Y si se acepta esta generalización resulta que la salud de todos es, en última instancia, la salud de "nadie" ya que no es la de "alguien". Es decir, si se generaliza a la salud a tal grado que sea una categoría filosófica, lo que queda es

la idea de salud o la salud como idea. Por tanto el estado de salud es un estado ideal y no real. Si se cae en este sofisma, la salud no existe. Esta inexistencia de la salud se refleja en la imposibilidad de definirla objetivamente, o dicho de otro modo de establecer el concepto de salud. Todo porque se le ha mantenido como categoría filosófica.

La salud de A es diferente a la salud de B y así sucesivamente. La salud es un estado particular de la materia de la que está conformado un ser humano.

Si se comparan, por ejemplo, a dos individuos con determinadas características biológicas como serían: el peso, la estatura, el desarrollo muscular, la hemoglobina, las proteínas séricas, etc., se observarían variaciones dentro de ciertos rangos establecidos por la observación de esos fenómenos y que, suponiendo, se consideren normales, les daría el carácter de sanos. O sea que cada uno tendrá su propia salud, una salud individual y con características particulares. El estudio de estas características, de estas diferencias específicas entre los individuos corresponde al terreno de las ciencias médicas; si la comparación se efectúa en relación a características psicológicas como el cociente intelectual, la conducta frente a determinados estímulos, etc., también se encontrarán diferencias, objeto de estudio de la psicología. Lo mismo se puede decir cuando se estudia el aspecto social de los individuos. Estos fenómenos los estudiará la sociología.

Pero en el momento en que la "medicina" se convierte en un método general para explicar "globalmente" el fenómeno salud-enfermedad, deja de comportarse científicamente para hacerlo filosóficamente. Y es en este sentido en el que trata de explicar la salud en general. Al decir que es "el completo bienestar" se está introduciendo además un elemento de clase, puesto que la interpretación que se hace de lo que es "bienestar" es relativa a una posición social. Dicho de otra manera, el bienestar será diferente para un trabajador que para un empresario.

2. LA SALUD COMO TENDENCIA IDEOLÓGICA

Tal definición, al ser filosófica, lleva implícita una tendencia ideológica. Esta tendencia es también clasista burguesa al mitificar el fenómeno salud.

En el Plan Decenal de Salud para las Américas²³ dice:

Se acepta hoy que la salud, es para cada ser humano un fin, y para la sociedad a que pertenece, un medio.

Es un fin, un objeto permanente de preocupación individual, porque le permite a cada cual realizarse.

En este párrafo la salud resulta ser una "preocupación individual" de "realización", o sea que se fetichiza su naturalidad convirtiéndola en un acto volitivo regido por una norma social que impone la obligación de ser sano.

En otro párrafo continúa la cita.

"Es un medio porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social".

Así es que la salud es un medio para el desarrollo", y da por sentado que el desarrollo conduce al bienestar social.

No es discutible que la salud sea un estado deseable tanto para el individuo como para la sociedad, pero en el contexto capitalista no se busca el estado de salud como bien en sí mismo sino como un elemento que provoca el desarrollo. Pero el desarrollo ¿de quién? La respuesta se encuentra en el mismo texto un poco más adelante²⁴.

"El proceso global de desarrollo económico y social debe tener características que le son consustanciales. Debe ser acelerado, entendiéndose como tal el crecimiento del producto interno bruto (PIB) con un

ritmo superior al 6% anual. Debe ser autosuficiente para que esté en condiciones de alcanzar las metas establecidas dentro de una trayectoria de equilibrio dinámico a largo plazo"

y en otra parte:

"No puede haber productividad y producción con una población que se enferma con frecuencia, ni salud con una economía estática. Por esta razón... se prefiere programar el desarrollo económico y social... con base en objetivos para alcanzar simultáneamente el aumento del ingreso y del bienestar".

Como se ve claramente se establece una premisa fundamental del capitalismo: a más dinero, más bienestar. Este reclamo publicitario, culmina con la siguiente palabrería "...cual es el significado espiritual de la salud, que algunos consideran la auténtica infraestructura de la felicidad como cada cual la siente." A continuación "se proclama hoy la salud como un derecho de todos y no el privilegio de algunos".

Estos textos que se han presentado merecen una serie de comentarios. En primer lugar, se presenta a la salud como algo a lo que se debe aspirar pero para ser "productivo" y "realizado". Si es bien sabido que la producción en los países capitalistas es el fenómeno económico en el que como fin principal se busca la generación de la plusvalía, el silogismo lógico inmediato es: a mejor salud, mayor plusvalía. Y la plusvalía es lo que se apropia el capital, explotando al trabajador su fuerza de trabajo. Al mismo tiempo, se establece que tener salud es una obligación para con la sociedad. Y por lo tanto es el Estado el que "vela" porque esta obligación se cumpla.

Al convertir a la salud, o mejor dicho al estado de salud en una norma social "obligatoria", toda comunidad debe concebir que estar sano es cumplir con esa obligatoriedad, es estar "dentro de la ley". De este modo una característica biológica se fetichiza como una norma social. Y por lo tanto no se puede hablar de una situa-

ción particular de salud, sino de una categoría filosófica de salud. Así como es un deber cívico ser patriota, lo es estar sano. Sólo que el patriotismo es algo abstracto y la salud es algo concreto... que se vuelve abstracto por este mecanismo.

3. LA SALUD COMO DOMINIO POLÍTICO Y DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

En el contexto de la explotación de la fuerza de trabajo por el capital se presenta ineludiblemente la lucha de clases entre explotados y explotadores. Es decir, existe una clase dominada que trata de dejar de serlo y una clase dominante que pretende mantener este estado. De este modo se explica la existencia de una fuerza que permita la persistencia de esa situación. Esta fuerza es el Estado.

La función del Estado es regular la lucha de clases a través de los aparatos represivos²⁵ y los aparatos ideológicos²⁶. El Estado es la representación subjetiva del poder de la clase dominante.

Hegel dice, citado por Marx:²⁷

... "Frente a las esferas del derecho y del bienestar privados de la familia y de la sociedad civil, el Estado es, por una parte, una necesidad *externa*, el poder superior a cuya naturaleza están subordinadas las leyes y sus intereses y de la cual dependen; pero, por otra parte, es su *inmanente* y su fuerza radica en la unidad de su fin último universal y de los intereses particulares de los individuos, por el hecho de que ellos tienen *deberes* frente al Estado en cuanto tienen, a la vez, derechos"...

Así pues, el Estado es "el poder superior" al que se tienen que subordinar el derecho y el bienestar "de la familia y de la sociedad civil". Pero a la vez Hegel no puede desconocer que el Estado es *inmanente* a la familia y a la sociedad civil como "la unidad de su fin último universal y de los intereses particulares de los indivi-

duos". O sea que el Estado se integra con los individuos, representando su finalidad universal o general y sus intereses particulares al mismo tiempo. Como no puede haber lo general y lo particular al mismo tiempo, "Hegel establece aquí una antinomia no resuelta"²⁸ ¿y cómo resolverla? No se puede. No se puede porque en el enfrentamiento de los intereses particulares de un individuo con los de otro, tiene que surgir un conflicto. Este conflicto se resuelve solamente por medio de la subunción de los intereses de uno a los del otro, desde luego por el doblegamiento del individuo más débil por el más fuerte. En una sociedad organizada en Estado, habrá "leyes" y "deberes" que determinen quien tiene el "derecho" de ser más fuerte y ganar en el conflicto. Si el Estado es la fuerza y la clase dominante es quien dicta las leyes, es obvio que será ésta la que siempre gane.²⁹

Sin embargo esta relación de poder es mistificada por el mismo Hegel en el siguiente párrafo:

"El Estado en tanto que es sustancia social, en tanto que es compenetración de lo sustancial y lo particular, implica que mi obligación frente a lo sustancial es al mismo tiempo la existencia de mi libertad particular, es decir que en él, el deber y el derecho están *unidos en una sola y misma relación.*"²⁸

Es decir, que la libertad consiste en la *no* libertad. La libertad como derecho es la *no* libertad como deber. La libertad así entendida, es que "El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad." Como dice a la letra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.³⁰ Esta es la antinomia que Hegel no resuelve en el sentido objetivo, científico, sino lo deja en lo subjetivo, ideal, filosófico. Por eso el Estado es la representación subjetiva del poder.

En el plano de lo material no es posible dejar este asunto sin solución.

El Estado político perfecto es, por su esencia, la vida del hombre en cuanto especie, en oposición a su vida material. Todos los presupuestos de esa vida egoísta siguen vigentes *al margen* de la esfera del Estado, en la *sociedad burguesa*, pero como cualidades de la sociedad civil. Allí donde el Estado ha logrado un auténtico desarrollo, el hombre lleva no sólo en el pensamiento, en la conciencia, sino en la *realidad*, en la *existencia*, una doble vida, una celestial y una terrenal, la vida en la *comunidad política*, en la que se considera como *ser colectivo*, y la vida en la *sociedad civil*, en la que actúa como *particular*.³¹

Marx plantea así la interpretación materialista del problema del Estado. El hombre es al mismo tiempo generalidad, abstracción, como *ciudadano*, como "especie humana" y particularidad como hombre egoísta, integrante *individual* de la sociedad civil. Es decir, el hombre lleva una doble existencia: una *espiritual* o subjetiva y otra *material* u objetiva.

Esta contradicción se resuelve al establecerse la conexión entre la *sociedad civil* y el *Estado* a través de dos elementos fundamentales: las clases sociales que representan a la sociedad civil en el Estado y la administración pública que representa al Estado en la sociedad civil.³²

"El Estado, formalmente integrado por seres abstractos (los ciudadanos) no es sin embargo algo abstracto, el Estado, incorpóreo de ciudadanos, se corporiza por cuanto recluta de la sociedad civil su propia membrecía: la burocracia."³³ El Estado pues, en el capitalismo se erige en instrumento rector de la sociedad civil. Esta función es el gobierno y el gobierno se establece con la participación de hombres que son los que llevan a cabo los "actos de gobierno". A estos hombres se les encuentra en el estado político, como legisladores en el Poder legislativo, cuando pretenden representar a la sociedad civil dentro del Estado. Lo que sucede realmente es

que representan sólo a su *clase*, o sea una fracción de la sociedad civil. Estos representantes adquieren frente a las clases que o no tienen representación, o ésta es débil poder.

Este *Gobierno provisional* que se levantó sobre las barricadas de Febrero, reflejaba necesariamente, en su composición, los distintos partidos que se repartían la victoria. No podía ser otra cosa más que una *transacción entre las diversas clases* que habían derribado conjuntamente la monarquía de Julio, pero cuyos intereses se contraponían hostilmente. Su *gran mayoría* estaba formada por representantes de la burguesía. (...) La clase obrera no tenía más que dos representantes ...³⁴

Pero si bien el Estado concreto cuenta con hombres que representan a la "sociedad civil", también por medio de hombres se representa en la sociedad civil. Así "El Estado también armoniza, integra y coordina, bajo el sello burgués de la nación las funciones públicas, que se desprenden de su carácter universal."³⁵

También esta función del Estado se concreta en el gobierno, y el "gobierno en acción" es la administración pública, por lo que las características del Estado son reflejadas por la administración pública. En resumen, el Estado es a la vez dominio político y dirección administrativa. Ambos los ejerce por medio del "gobierno", y este se materializa en la administración pública.

En cuanto al dominio político del Estado en la "Salud", es indiscutible que el Estado lo ejerce para que se mantenga el modo de producción que lo sustenta, y este modo de producción, el capitalista, implica que el hombre esté sujeto a determinado tipo de riesgos que alteran su salud. Marx en *El Capital* hace referencia a la salud de los habitantes de los distritos fabriles comparados con los distritos agrícolas en Inglaterra el año de 1861. La mortalidad por afecciones pulmonares es 1.5 a 2 veces mayor en los distritos industriales que en el campo.³⁶ "Se muere antes, más rápido, más irremediabilmente en la clase obrera que en la burguesía" dice Po-

lack en su libro *La medicina del capital*³⁷ y Laurell et al. Afirman que

"las diferencias de morbilidad que se presentan entre grupos en T, y que nunca son tan pronunciadas como en A, están relacionadas con las características socio-económicas. El proceso de diferenciación en cuanto a morbilidad se da así, primero en relación a las condiciones socioeconómicas y no a las de saneamiento del ambiente".

Esto en dos pueblos mexicanos.³⁸ Además de los daños que condiciona el modo de producción, también el Estado ejerce dominio político en el modelo de atención médica. Da Silva Arouca³⁹ dice:

... el trabajo médico se efectúa bajo la forma de "cuidado", que conlleva en su estructura al conocimiento médico (conocimiento científico y saber) corporificado en un nivel técnico (instrumentos y conductas) y relaciones sociales específicas orientado a la atención de necesidades humanas que pueden ser definidas biológicamente y/o socialmente. (...) Al situarse en este nivel de análisis, no se está atribuyendo a la relación médico-paciente el carácter de un intercambio de valores, ni a las relaciones de autoridad, de representación y de orden técnico, pero sí a la relación establecida dentro de una formación social entre la medicina con lo económico, lo político y lo ideológico. Por tanto se está tratando de relacionar a la medicina con la producción en general, con el poder y con el mundo de las representaciones que genera este modo de producción. Colocarse a este nivel es también relacionar a la medicina con el conjunto de prácticas correspondientes, o sea, las prácticas económicas, políticas e ideológicas.

La producción de Servicios de Salud con fines de intercambio capitalista y la educación del personal de salud se han tratado en capítulos anteriores.

El dominio político implica la dirección administrativa. Ésta concreta en actos, la fuerza de aquél. Así la administración pública, al mismo tiempo que ejerce dominio y explotación, brinda tutela y

protección a los individuos de la sociedad civil. Es indispensable esta dualidad, pues si sólo explotara, pronto acabaría con la población. Por lo tanto debe otorgarle servicios que mantengan y garanticen la reproducción de la fuerza de trabajo.⁴⁰ Uno de los servicios más trascendentes es el de salud. Si sólo otorgan servicios, sin dominio, favorecería el cambio social del modo de producción y desaparecería la explotación. "La administración pública no va, por supuesto, del infierno al cielo dantescos, sino que, por así decirlo, en ella se encierran al mismo tiempo el infierno de la explotación y el cielo de la protección".⁴¹

CAPÍTULO VIII

EL CAMERALISMO Y LA POLICÍA MÉDICA

El cameralismo fue un movimiento que a partir del siglo XVIII, se define como "ciencia [o ciencias] que toma su nombre de la palabra Cámara (*Camera*) que era, de acuerdo al idioma de la Edad Media, el lugar en el cual los ingresos del Reino eran guardados"⁴² Sin embargo, durante la monarquía absoluta "... fue primordialmente una teoría técnica del gobierno"⁴³ La finalidad es la de dominar a la sociedad por medio del gobierno. La forma de dominación es a través de la administración pública. De esta manera el estado absolutista ejerce la política sobre la sociedad civil, aplicando la policía, el comercio y las finanzas. La finalidad del Estado no es la riqueza. Ésta sin embargo permite la felicidad de los súbditos y el bienestar del propio Estado.

La policía se desarrolla como la más importante de las ciencias cameralistas ya que se convierte en el instrumento por medio del cual el príncipe cumple con los deberes de su Estado. La policía era:

un conjunto de practicas administrativas orientadas a estimular la convivencia social, asegurar el abasto de víveres, garantizar la pureza del agua y el aire, prescribir las características de las obras públicas y la vivienda privada, regular el tráfico mercantil, vigilar la salud pública y la salubridad de bebidas y alimentos, y temas similares.⁴⁴

En 1779 se edita el primer volumen de la enorme obra de Johann Peter Frank sobre la policía médica que finalmente constará de ocho. El incremento de la población es una reiterada idea en la política de fines del siglo XVII y principios del XVIII. "Una población más grande significaba una mayor producción así como también un mayor consumo"⁴⁵ Maquiavelo en sus *Discursos* dice:

Los que deseen que una ciudad llegue a tener grandes dominios, deben procurar por todos los medios hacerla populosa, porque, sin gran abundancia de hombres, jamás aumentará su poder.⁴⁶

El punto de vista de los gobernantes en este período de la historia fue el de que hubiera un gran número de pobladores, que éstos fueran abastecidos adecuadamente, y fundamentalmente que estuvieran bajo el control gubernamental, para orientarlos hacia donde la política pública lo requiriera.

Las estrategias para aumentar la población consistieron en procurar una mejor y más eficiente reproducción de ella. La atención a la salud de las mujeres redundaría en mejores y más frecuentes embarazos y partos, los que, atendidos en condiciones favorables, reducirán la mortalidad materna e infantil. Un medio ambiente menos hostil para el recién nacido le garantizará una sobrevida más larga.

Así pues, el aspecto de salud se convirtió en un aspecto de política de salud. Veit Ludwig von Seckendorff a mediados del siglo XVII señala que:

el propósito adecuado del gobierno es establecer las normas que ase-

guren el bienestar de la tierra y del pueblo. Ya que el bienestar y la prosperidad se manifiestan en el crecimiento de la población, se deben adoptar las medidas para cuidar la salud de la gente para que aumente su número. Un programa gubernamental debe preocuparse por mantener y supervisar a las parteras, por el cuidado de los huérfanos, la designación de médicos y cirujanos, la protección contra las plagas y otras enfermedades contagiosas, el uso excesivo de bebidas alcohólicas y de tabaco, la inspección de los alimentos y del agua, las medidas para la limpieza y drenaje de las ciudades, el mantenimiento de hospitales y la provisión de ayuda a los pobres.⁴⁷

Esta larga cita apoya lo dicho, ya que prácticamente enumera todas las funciones que conforman una dependencia gubernamental de salud, casi como se concibe en la actualidad.

Fue Gottfried Wilhelm von Leibnitz, el gran filósofo, científico y político alemán, quien en 1680 propone al emperador prusiano la creación de un consejo de salud dentro de una jefatura administrativa para asuntos de *policía*. Además destacó la importancia de las estadísticas demográficas y de mortalidad. El resultado fue la creación de un *Collegium Sanitatis* en 1685 como autoridad médica para supervisar la salud pública.⁴⁸

Sin embargo el máximo exponente del cameralismo en el siglo XVIII fue Johannes Heinrich Gottlob von Justi (1717-1771) ya que sintetiza todos los conceptos de sus predecesores y es el principal precursor de la policía médica como elemento de poder gubernamental sobre la sociedad civil. Breihl explica la inclusión de las acciones médicas en el aparato de poder del Estado: La transición del feudalismo al capitalismo incipiente requiere de un Estado interventor que compense la debilidad de la burguesía en formación acelerando así la hegemonía política de ésta.⁴⁹ Según Deutscher los estados dependientes, débiles, compensan su poco vigor hacia afuera con una concentración de dominio político hacia adentro.⁵⁰

El término "policía" se define como la organización interna del Estado y se aplica a aquellos aspectos de seguridad, bienestar, pros-

peridad, moral y salud de la población.⁵¹ Y la interpretación que los diferentes gobiernos de Europa Central le dieron a la policía médica explica las formas actuales de políticas de salud y de atención médica. Así en Alemania, en donde nace el término en 1764 acuñado por Rau,⁵² la policía médica se concibe con un carácter autoritario y paternalista. La promulgación de leyes y reglamentos fue profusa en todos los estados alemanes. Sin embargo esta misma profusión conllevó a que no se consolidara "un código amplio de salud que abarcara toda la extensión del término policía médica tal como lo concibió Frank y otros autores alemanes."⁵³

En otros países, que tenían estrechas relaciones culturales y científicas con Alemania, como fueron Rusia, Hungría, Dinamarca e Italia, se desarrolló la policía médica en diversos grados. Italia tenía una antigua tradición en cuanto a la participación del gobierno en asuntos de salud, como lo demuestran publicaciones de 1652 a 1684. Es Ludovico Antonio Muratori quien, en 1749 en su libro *Della Publica Felicitá* establece la necesidad de proteger la salud del pueblo por medio de medidas higiénicas tales como controlar la difusión de enfermedades contagiosas, garantizar la pureza del agua y de los alimentos y, por otra parte disponer del número suficiente de médicos, cirujanos, parteras y hospitales. Destaca que la atención a los pobres y de los padecimientos venéreos deba ser gratuita⁵⁴ Este concepto ha prevalescido durante más de doscientos años y se puede considerar como el antecedente de que la atención primaria a la salud sea gratuita y otorgada por el Estado.

En Inglaterra la situación es muy diferente. En primer lugar, la administración pública solo hace lo que no logran los particulares; su papel es secundario.⁵⁵ La policía médica no se da prácticamente en Inglaterra.

En el siglo XVI el principal problema británico fue la pobreza. La Ley Isabelina de 1601 (43 Elizabeth, chap. 2) conocida como la "Poor's Law", otorga la responsabilidad administrativa de los pobres a las parroquias. Inicialmente éstas debían ocuparse de los inválidos y de los ancianos, sin embargo con el tiempo se llegó a in-

cluir la atención médica para otros miembros de la comunidad. Pero indiscutiblemente las parroquias no tenían ni los recursos suficientes, ni sus responsables la preparación o la voluntad suficiente para hacerse cargo del problema. Así, de parroquia a parroquia variaba la manera de atender a sus pobres y la cobertura de estas atenciones.

Un sistema que se generalizó fue el contratar a particulares para que se hicieran cargo. Estos contratos fueron también muy disímolos. Fue la característica típica de la administración parroquial de los pobres.

Rosen dice:

En realidad la característica principal de la administración interna de Inglaterra durante el período que va desde la ley de Asentamientos y Mudanzas, promulgada en 1662, hasta la Enmienda a la Ley de los Pobres de 1834 es decididamente parroquial. A consecuencia de esto, Inglaterra carecía de una política social, ya que no existía un mecanismo que estuviera subordinado a los intereses de la parroquia para el bienestar de toda la comunidad.

Hubo sin embargo una corriente que estuvo basada en la política mercantilista o cameralista, expresada inicialmente por William Petty en 1648. En 1687 proponía:

Que hubiera un Consejo de Salud cuyas funciones estarían relacionadas con la peste, las enfermedades agudas y las epidémicas, los asilos de ancianos, las casas correccionales, y todo tipo de hospitales y casas para mujeres púerperas.

No fue, sino hasta 1848 que se crea el Consejo General de Salud de existencia efímera. En 1870 se considera seriamente la creación de un sistema de atención médica gratuita para los asalariados de Inglaterra y de Gales.⁵⁶

En Inglaterra se genera un modelo de atención a la salud basado

fundamentalmente en la caridad, la que mueve a los particulares a fundar hospitales y dispensarios. El Estado propiamente se hace cargo de la salud pública y de la legislación sanitaria.

En México, España traslada toda su ideología y su práctica de la policía médica, muy avanzada en su tiempo aunque no oficialmente nombrada así. La atención a la salud, dada fundamentalmente en los hospitales, se debe a la gran influencia árabe de siete siglos de conquista. También la salud pública. En un capítulo posterior se revisará cómo se comporta el Estado Novohispano frente a los problemas epidémicos que sufre la población. En general se puede decir que el virreinato desempeña un papel muy trascendente en la situación de salud de la ciudad de México y de algunas otras de las principales ciudades de la Nueva España. La instalación temprana del Protomedicato, organismo que ejerce la policía médica, es un ejemplo de la preocupación gubernamental por la salud de sus habitantes.

SEGUNDA PARTE

HISTORIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DE SALUD EN MÉXICO

DE LA ÉPOCA PREHISPÁNICA A 1880

CAPÍTULO I

LA ATENCIÓN MÉDICA PREHISPÁNICA

La mayor parte de los pueblos prehispánicos de Mesoamérica, compartieron características sociales, culturales y políticas. Sin que ésto signifique una generalización simplificadora, solamente atendiendo a la necesidad de exposición, describiré cómo se prestaba la *atención médica* entre los aztecas y entre los mayas.

El pueblo azteca, habitante del altiplano mexicano, tuvo una organización despótica en su gobierno, como consecuencia de su situación geográfica. Está enclavada en una zona lacustre que le permite desarrollar una cultura agraria-hidráulica superior.

Estas sociedades, en las que la agricultura en gran escala condiciona la necesidad de un control estatal del agua, desarrollan un régimen despótico.

Wittfogel⁵⁷ califica a la economía hidráulica, "una economía administrativa y genuinamente política". Destaca características de ella que son: la división del trabajo para las obras de regadío y de control de las inundaciones. En estas obras se requiere de la participación de mucha gente para que se recoja, almacene y conduzca el agua que servirá para el riego y se prevenga el exceso de agua por medio de diques, bordos, desagues y otras construcciones similares. Las grandes obras requieren entonces de la cooperación de los miembros de las sociedades para hacerlas. En los distintos pueblos con sociedades hidráulicas, existieron leyes y mandatos que obligaban a la población a *cooperar* en estas obras.

En Tenochtitlan los adolescentes de las clases alta y baja, eran adiestrados en la construcción de diques y canales.

Los prisioneros de guerra y los habitantes de los estados sojuzga-

dos por el déspota frecuentemente eran obligados a participar en dichas obras.⁵⁸

Esta cooperación implica la detallada planeación de los recursos humanos necesarios. Y no sólo eso, sino también planes precisos sobre reclutamiento, características técnicas del personal, selección, notificación y movilización de grandes masas de pobladores. El desarrollo de las labores, implica también de una división del trabajo, en el que el grupo planeador decide lo que el ejecutor debe hacer, bajo la supervisión del capataz. Como se ve, toda obra hidráulica requiere una administración avanzada.

La administración efectiva de estas obras implica una trama de organización que cubre toda, o por lo menos el núcleo dinámico (*sic*), la población del país. En consecuencia, los que controlan esta red de trabajo están especialmente preparados para asumir el poder político supremo.

Este liderazgo "hidráulico" convertido en "político", por la fuerza motriz que impulsa todas las funciones públicas importantes, puede darse como consecuencia de potencias externas, como sería el caso de las conquistas, pero también hay pruebas de su origen endógeno.⁵⁹

Las obras hidráulicas son como la industria pesada: son productoras de insumos para el proceso productivo final y requieren el carácter organizativo fuerte que frecuentemente brinda el Estado. Pero en las obras hidráulicas los trabajadores son *temporales*. Lo más importante en estas sociedades es que el obrero hidráulico no deja de ser *campesino*. Sólo se transforma en trabajador *durante* la obra.

Otra característica que señala Wittfogel es que la necesidad de cálculo de todos los aspectos para las obras, requirieron de un importante avance en la astronomía y la matemática.

"Arropados en el manto de la magia y la astrología y rodeados de un profundo secreto, estas operaciones matemáticas y astronómicas fue-

ron los medios de mejorar la producción hidráulica y de fortificar el poder superior de los líderes hidráulicos.⁵⁷
(Dignatarios oficiales o especialistas sacerdotales).

La experiencia de estas grandes obras, conduce a la posibilidad de otro tipo de construcciones no agrícolas. Es el caso de acueductos de agua potable, canales de navegación (son sorprendentes las obras en Tenochtitlan y Chapultepec), y estructuras defensivas.

En el México precolombino la ausencia de animales de trabajo adecuado ponía una limitación al transporte; y mientras esto limitaba la técnica del sitiador, no obstaculizaba la fuerza ofensiva o defensiva de las ciudades. En caso de emergencia, muchas obras hidráulicas construidas por el gobierno en la zona de los lagos desempeñaban funciones militares, exactamente como los palacios y templos de tamaño monumental servían como bastiones contra un enemigo invasor.⁶⁰

"La investigación actual llama la atención sobre los distintos tipos de fuertes y muros de defensa mexicanos."⁶¹ En el mismo caso se encuentran caminos, templos pirámides y tumbas.

En resumen, el Estado hidráulico es un Estado administrador, capaz de extenderse territorialmente grandes distancias y de gobernar a grandes poblaciones. La centralización del poder lo hace mucho más fuerte que la sociedad y por lo tanto despótico. Al contrario de las sociedades feudales, "el ejército de la sociedad hidráulica fue una parte integrante de la burocracia agroadministrativa, y la religión dominante estuvo íntimamente vinculada al estado."⁶²

En cuanto al aspecto religioso, el despotismo agrario mantiene a la religión dominante integrada de su sistema de poder. Esto no significa una teocracia propiamente dicha, ya que sólo circunstancialmente el sacerdote ejercía las funciones gubernamentales.

En México, se encontró este modelo en Michoacán hasta la llegada de los españoles, pero en Teotihuacan las dos funciones estaban perfectamente separadas. Es más, los grandes sacerdotes eran

nombrados por el Estado despótico. Educaban a los hijos de los caudillos y servían en sus ejércitos. No formaban un gremio aparte.⁶³

La organización de la sociedad prehispánica como un despotismo oriental, permite inferir, ya que no hay disponible información al respecto, que el ejercicio médico no se llevaba a cabo en forma institucionalizada. La liga entre la magia-religión y la medicina en las culturas mesoamericanas parece no ser muy firme. Los aztecas presumen confiar más en los principios farmacológicos de su herbolario que en los conjuros,⁶⁴ aunque en muchas ocasiones la enfermedad era concebida como castigo divino. Pero la idea difiere en cuanto a la fatalidad. El castigo consiste en la *susceptibilidad* a enfermarse. Así aceptan la etiología por la intrusión de elementos dañinos (parásitos) y por influencia de enemigos (mal de ojo).⁶⁵ El hombre con este concepto, puede luchar por su salud, y si bien utiliza el conjuro, también usa el medicamento. Existieron así varios tipos de médicos (*Ticitl*): los *Tlamatini*, que fueron los conocedores experimentales de las cosas, de las hierbas, las piedras, los árboles, las raíces. Sabe el efecto de sus remedios, examina, experimenta, alivia las enfermedades, reduce las fracturas óseas, da masaje, suministra purgas, brebajes, hace sangrías, incisiones, suturas "hace reaccionar, (a la gente), cubre con cenizas, (las heridas)" es, en fin, el sabio, el *científico*, el "médico verdadero".⁶⁶ El *tapatiani* "se burla de la gente, hace burla, mata a la gente con sus medicinas, provoca indigestión, empeora las enfermedades y la gente. Tiene sus secretos los guarda, es un *nahualli* (hechicero) posee semillas y conoce hierbas malélicas, brujo, adivina con cordeles. Mata con sus remedios, empeora, ensemilla, enyerba". Con estos párrafos describe Sahagún, de acuerdo con sus informantes, al charlatan, al embaucador que no tiene *estudios* de medicina.

Existe otro tipo de médico que es el *tenonalmacan*, quien medicina al *tonalli*, que parece ser una mezcla entre sacerdote y brujo. El que padece de *tetonalcahualiztli* es quien está enfermo de *espanto*. El *tonalli* es algo así como el alma, la psique, aunque su traducción está muy contaminada por las culturas africanas y españolas. Los

negros de Guinea y el Congo que llegaron como esclavos, trajeron la idea de la *pérdida de la sombra*. Los españoles, del alma. De este modo, la interpretación de la enfermedad del *tonalli* distorciona su verdadero significado.⁶⁷

Barquín describe mas ramas del ejercicio curativo. Así habla del *tlama-tepatiticitl* o "internista"; el *texoxotla-tícitl* o "cirujano"; el *tezoc-tezoani* o "sangrador"; la *tlamat-quitícitl* o "comadrona" y el *papiani-panamacani* o "herbolario".⁶⁸ Cabe señalar un breve comentario respecto a los sangradores. Siendo la sangría una práctica común en España, para extraer los "malos humores", se interpretó así la práctica ritual de la sangría con fines religiosos.⁶⁹

Por otra parte, las comadronas eran llamadas para casos difíciles (Los aztecas hacían versión por maniobras externas, o sea acomodaban al feto en su posición normal cuando éste venía en forma defectuosa. También hacían fetotomías, es decir, seccionaban al producto muerto cuando no era posible su extracción completo del útero materno), y para provocar abortos, usando el *Zopatlí*, planta ocltóica (estimulante de las contracciones uterinas) autóctona de México, que aún tiene un uso muy extendido en el país.

Aunque la educación de los aztecas no estaba especializada de acuerdo a las clases sociales existentes, la de los ricos y nobles, *pipiltín* y la de los pobres, plebeyos, trabajadores, *macehualtin*,⁷⁰ pues era obligación de los padres llevar a sus hijos al *Calmecac* o al *Telpochcalli*, no hubo escuelas de medicina propiamente dichas. Si bien en el *Telpochcalli* formaban guerreros y en el *Calmecac* sacerdotes,⁷¹ los conocimientos médicos los recibían los hijos del padre, ya que se le consideraba "una artesanía".

Según Barquín "El padre enseñaba al hijo sobre la manera de conocer las enfermedades a las cuales daba su denominación, de qué manera se curaban, bien merced a actos de pequeñas cirugía, o por medio de drogas que pertenecían regularmente a los reinos vegetal y animal, —(Sahagún también menciona minerales)— o bien por el uso de baños —(*temazcalli*)— o de otros medios de fisioterapia primitiva; los educandos aprendían asimismo, el nombre de las plan-

tas, describiendo la manera de prepararlas y los sitios donde podían encontrarse, o el nombre de las personas que podían traerlas, a veces, desde muy distantes lugares.

En tanto que el padre médico vivía, el hijo debía conformarse con aprender, (...).⁷²

En la obstetricia, toda mujer podía atender un parto. Dice Motolinia:

Si alguna de estas indias está de parto, tienen muy cerca la partera, porque todas lo son; y si es primeriza va a la primera vecina o parienta que la ayude, y esperando con paciencia a que la naturaleza obre, paren con menos trabajo y dolor que las nuestras españolas...⁷³

La organización despótica del pueblo azteca no contempló la institucionalización de la medicina; no obstante si consideró la salud pública entre sus funciones, puesto que, entre las grandes obras existen sistemas de drenaje con tubos de barro, que no se conocían en Europa, y letrinas. Los baños llamados *temazcalli*, que corresponden al *sauna*, no eran conocidos por los españoles. Pero resaltan como obras gubernamentales, los jardines botánicos, cuyos fines primordiales fueron el reunir plantas medicinales para el uso comunitario. El importante avance del conocimiento médico despierta mayores inquietudes en los estudiosos, de lo que se puede saber, pues sólo la tradición oral servía para transmitir los conocimientos, y ésta, al ser recogida por los españoles, sufrió el tamiz de la interpretación occidental, perdiéndose muchos datos preciosos para la historia de la medicina azteca.

Entre los mayas, la concepción de la enfermedad difería radicalmente de la de los aztecas. Ellos creían en el origen teológico de la enfermedad, como puede verse en el *Popol Vuh*, por lo que cuando un hombre caía enfermo, quedaba a disposición de médico-brujos, quienes si bien usaban también una amplia farmacopea herbolaria, daban mayor importancia a las conjuras y prácticas mágico-religiosas. Una prueba de ésto puede ser el que no se hallan encon-

trado, como entre los aztecas, cráneos trepanados ni huellas de procedimientos quirúrgicos.

También en esta civilización, la enseñanza de los procedimientos curativos es de tipo familiar y oral. Pero por el carácter esotérico de la práctica, habría que presentar pruebas de aptitud frente a grupos sacerdotales. Tanto hombres como mujeres podían llegar a ser *ah-men*, pero las mujeres recibían este "grado" hasta pasada la menopausia.⁷⁴

He tratado de presentar un panorama somero de lo que se cree fue la medicina en Mesoamérica prehispánica. Son indudablemente más las dudas que las certidumbres en cuanto al ejercicio médico. Mucho se conoce en cuanto a las técnicas pero poco en cuanto a las relaciones sociales que permitían aplicarlas.

Queda pues un rico filón para investigar sobre la prestación de servicios de salud en nuestros pueblos ancestros.

CAPÍTULO II

LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA NUEVA ESPAÑA

El que haya sido España la que descubre América y la que coloniza México tiene un gran significado histórico en la manera de cómo se desarrollará la relación entre el Estado y la Sociedad en la Nueva España.

En Europa se estaba operando el cambio trascendental del medioevo a la modernidad. En los 27 años que transcurrieron entre el primer viaje de Colón y el desembarco de Hernán Cortés en Veracruz, la sociedad española sufre un rápido cambio hacia el capitalismo. De esta manera, la conquista española de México ostenta claros criterios monárquicos, aunque con algunos remanentes medievales que tienen breve vigencia, como se detallará más adelante.

En España, a fines del siglo XV, se inicia la unificación política. El matrimonio entre Isabel de Castilla y Fernando II de Aragón, el 19 de octubre de 1469,⁷⁵ culmina negociaciones unificadoras entre esos dos reinos (feudales). Esta alianza es quizás la más importante para el cambio social y económico de España. Son estos reyes los que consuman la Reconquista iniciada por Don Pelayo en el año 718 contra los moros y los expulsan, tras la toma de Granada, en el mismo año en que se descubre América.⁷⁶ La política de Fernando II se caracteriza, durante todo su reinado, por una constante centralización del poder en la institución monárquica.

De este modo, cuando Tenochtitlan es conquistado, el régimen político prevaeciente en la Metrópoli es el de la Monarquía absoluta. La Nueva España, desde un principio, se rige por las estructuras capitalistas. Es una idea equivocada que México padeció un régimen feudal establecido por los españoles. Las estructuras económicas obedecieron más al capital que al señorío.

Silvio Zavala expresa que:

... la conquista de América se realiza en un momento en que la sociedad medieval europea sufre grandes transformaciones y en que los poderosos estados monárquicos centralizados, que van a dar el tono político a la vida moderna, se están constituyendo, {...}. Frente a la ambición de tipo señorial vamos a encontrar la teoría opuesta favorable al regalismo, que pretende que el nuevo Estado que se crea en los territorios americanos no debe inspirarse en la sociedad medieval que en Europa es objeto de reforma, sino en el género moderno de las monarquías centrales.⁷⁷

Esta centralización del poder, herencia del despotismo oriental que recibe la naciente monarquía absoluta a través de las monarquías medievales de los Angevinos y los Capetianos, resulta de la acomodación de las relaciones sociales vigentes, que han transformado la estructura económica, pasando de la manufactura artesanal a la del taller y la fábrica incipiente. El comercio, incrementado

por los mejores medios de comunicación y por los descubrimientos de nuevas tierras se debe expandir, y su control ya no es eficiente con los sistemas feudales.

Las relaciones de servidumbre se truecan por las de salario y la tenencia de la tierra con el consecuente vasallaje del señor feudal es un riesgo para la nueva concepción política: el país.⁷⁸

España se lanza a ultramar, en busca del comercio con las Indias Orientales, cerrada la vía terrestre por la invasión turca y por los Sarracenos. El Renacimiento acarrea nuevas ideas políticas. Se refuerza el poder del príncipe. (Cfr. Machiavello). En España destacan, después de la muerte de Isabel la Católica, la regencia del Cardenal Cisneros que mantiene el rumbo de la unidad española y consolida el Estado para Fernando III. Humanistas como Erasmo y Moro son preferidos a Machiavello, pues el poderío hispano descansa en otras bases, religiosas sobre todo, y es en nombre de la religión católica, que desarrolla su necesidad económica de expansión. El tribunal de la Inquisición es prueba de la fuerza de la iglesia en España. Pero ese humanismo español, condiciona que se establezca una polémica famosa en relación al derecho de conquista. Es interesante que ningún otro país de la época, manifestara escrúpulos frente a las conquistas. Holandeses e ingleses se repartían el mundo oriental y africano a su gusto. Los mismos portugueses se expandieron profusamente. Los españoles, sin embargo, habían desarrollado una ideología *sui generis*, incluso con los Sarracenos contra quienes lucharon en las Cruzadas. *El Ius Gentium* es transformado por fray Francisco de Vitoria en el *Ius inter Gentes*. Así, se le atribuye la paternidad del Derecho Internacional.⁷⁹ Esto le da a la política hispana una nueva dimensión en su época: la necesidad de regular, teológica, jurídica y políticamente sus relaciones con los pueblos de infieles, aquellos que, conociendo la doctrina cristiana se niegan a seguirla, y los pueblos gentiles, que nunca hubieran tenido conocimiento del dios cristiano.

Sin embargo, este fenómeno tiene sus raíces en el siglo XIII,

cuando El Ostiense Enríque de Susa, Cardenal Obispo de Ostia, enuncia una teoría que sostiene que:

conforme al derecho natural y de gentes, los pueblos gentiles tenían jurisdicciones políticas antes de que Cristo viniese al mundo; pero cuando ésto ocurrió, todas las potestades de los pueblos gentiles se transfirieron a Cristo, quien, según esta doctrina, era señor del orbe tanto en el sentido espiritual como temporal. Cristo delegó esa jurisdicción superior en (...) San Pedro y después en los papas,...⁸⁰

El papa Alejandro VI expide las bulas *Inter Caetera*. Estos documentos son cuatro: los dos primeros están fechados el 3 de mayo de 1493; el tercero, el 4 de mayo; y el cuarto ostenta la fecha del 26 de septiembre de ese año. En esta bulas, el papa hace "*donatio, concessio, assignatio*"⁸¹ a los Reyes de Castilla y León,

...Por la autoridad de Dios omnipotente que nos ha sido concedida... os damos, (concedemos,) y asignamos, a vosotros y a vuestros herederos y sucesores, con todos sus dominios, ciudades, fortalezas y villas, derechos y jurisdicciones, todas aquellas islas y tierras descubiertas y por descubrir... Y os hacemos, constituimos y consagramos señores de todas ellas...⁸²

La doctrina de El Ostiense fue retomada por el doctor Don Juan López de Palacios Rubios, quien, por ordenamiento de los Reyes Católicos redactó un documento legal llamado "El Requerimiento", con el fin de que se diera a conocer a los habitantes de las nuevas tierras, la decisión papal de las bulas alejandrinas, y que por lo tanto debían vasallaje y tributo al rey español, y aceptación de la catéquesis religiosa. En España nadie reparó en que el documento, al estar en latín, sería incomprensible para los autóctonos.⁸³ Cuando se difunde este documento, se genera una muy interesante polémica, que no solamente tuvo consecuencias académicas, sino que trascendió hasta normar las luchas militares, políticas y sociales de la

colonización novohispana. Así, Vitoria impugna las bulas y "El Requerimiento" y dice que:

los indios "estaban en pacífica posesión de sus cosas, pública y privadamente, y por lo tanto, mientras no se demuestre razón opuesta, deben ser tenidos por dueños y no puede turbárseles en su posesión".⁸⁴

Esto fue, para Europa, revolucionario. La servidumbre medieval y el esclavismo renaciente tenían fundadas sus bases más firmes en el *Ius Gentium* de la Edad Media, modificado por Santo Tomás de Aquino, del romano, que se confunde con el *Ius Naturale*. Cuando Vitoria en España niega que los indios sean súbditos naturales del Emperador, pero que "podía gobernarlos, siempre que lo hiciera por el propio bien de ellos,⁸⁵ aplica el *Ius inter Gentes*.

La gran controversia respecto a las bulas Alejandrinas tiene como fondo esa lucha ideológica entre el cristianismo caritativo e igualitario y el régimen político monárquico, absolutista, consecuente con las ideas despóticas que lo generan.

La primera corriente está representada por Bartolomé de las Casas y Francisco de Vitoria. La otra, por Palacios Rubios.

La lucha real, se da en las cortes españolas. Ya en 1510, los dominicos Fray Pedro de Córdoba y Fray Antón de Montesinos, desde el púlpito en la Hispaniola impugnan el trato que se da a los naturales. Montesinos influye en Fernando el Católico para la promulgación de las *Leyes de Burgos* del 27 de diciembre de 1512, y el decreto complementario, *Clasificación de las Leyes de Burgos* es resultado de las gestiones de Córdoba.

Las Nuevas Leyes, de 1542, que determinan finalmente la condición de los indios, y las formalizaciones jurídicas de Vitoria, responden a la lucha cincuentenaria de Las Casas.⁸⁶ Es importante mencionar la bula de 1537 emitida por Paulo III en la que sostiene:

que los indios, como verdaderos hombres no solamente son capaces de la fe de Cristo, sino acuden a ella corriendo con grandísima pronti-

tud; no están privados ni deben serlo de su libertad ni del dominio de sus bienes y no han de ser reducidos a servidumbre.⁸⁷

Las preguntas que se hacían los tratadistas de aquel entonces versaban entre las opciones de la fuerza o el convencimiento. Ambas se combinaron en la realidad, pero el convencimiento prevaleció jurídicamente, teniendo el apoyo del rey, en España, y de oidores y virreyes en México, como verá a continuación.

Hernán Cortés representa singularmente al hombre de su tiempo, aunque cabe señalar que tenía cualidades tales que vale destacar.

Era el hombre moderno que sabía mover la espada o la cruz cuando más convenía, con la devoción religiosa y con la convicción de la grandeza de España, en su siglo.⁸⁸

Mucho ayudó a Cortés su conocimiento de los legalismos de su época, aprendidos en su oficio de escribanía. Con ello supo tasar los riesgos y alcances de su empresa y manejar la opinión de los reyes españoles a su beneficio, así como convencer a sus huestes para que lo siguieran aún cuando tuvieron la calidad de "alzados" en el pleito con Diego Velázquez.

Hernán Cortés enarboló en su Conquista los criterios jurídicos de Palacios Rubios, y conociendo probablemente también las argumentaciones vitorianas contra la guerra en su *Relectio De Iure Belli*,⁸⁹ supo mantener sus acciones dentro del límite de las "Partidas" de Alfonso X y de "El Requerimiento" de Palacios Rubios. Un hecho que muestra su sagacidad jurídica es el haber precisado y defendido los intereses de la corona de Castilla. Hay que recordar que, durante toda la Edad Media y principios de la Edad Moderna, las empresas guerreras, como fueron las Cruzadas, y las exploraciones y conquistas, estuvieron financiadas por particulares. Se trató de actos mercantiles en los que los socios capitalistas, que no siempre eran los expedicionarios, invertían sus bienes para obtener ga-

nancias. La institución del Mayorazgo en España impulsó a muchos segundones a estas aventuras para hacer fortuna propia. El Estado como tal, no participaba en el financiamiento de esas incursiones. La de Cristóbal Colón no fue la excepción. Por eso la reina Isabel "empeñó sus joyas para darle el dinero a Colón", hecho que ha dado pie a leyendas de toda clase, pero que no significa otra cosa mas que, Isabel de Castilla, participó en la sociedad mercantil del viaje. Cortés no desatiende a ese hecho y, cuando en el Acta de la Rica Villa de la Veracruz toma posesión de las tierras, se dirige en primer lugar "a la reina Doña Juana" (Juana "la loca", hija de Isabel la Católica y Fernando II); y en segundo término al Emperador Carlos V, pero siempre tratándolo como Rey de España, y protegiendo así los derechos de Castilla contra el "Sacro Imperio Germano" de Carlos I de España y V de Alemania.⁹⁰ (hijo de Juana y de Felipe "El Hermoso").

Este episodio da fé de como manejaba Hernán Cortés sus asuntos. Cortés, por lo tanto, siempre dió a su conquista el carácter evangelizador primordialmente y el vasallaje a la corona española. Con estos dos hechos cubrió el expediente legal y "justificó" sus acciones bélicas declarando previamente "rebeldía" de los pueblos indígenas a quienes atacaba.

Por eso,

... al ser considerada la evangelización de los indios como justo título más eminente, tuvo que pasar a primer plano en la dominación el aspecto, espiritual, lo cual dió a las sociedades formadas en América un tono o color muy distinto al de la sociedad española.⁹¹

La más importante diferencia fue, sin duda, la encomienda novohispana, que al no tener derecho a gobierno ni jurisdicción, se concretó a la tutela evangelizadora y a la recaudación de impuestos *para el rey*. La centralización de la autoridad a la que aspiraba la monarquía, evitaba que los súbditos españoles establecieran señorío en América, pues eso equivaldría a mantener el feudalismo, y Espa-

ña se estaba liberando de él a grandes pasos. Los indios son entonces, legalmente, iguales a los españoles en cuanto a vasallaje. Pero su condición "de inferioridad natural", —tan combatida por Las Casas— requería de "encomendarlos espiritualmente" a los conquistadores. Sin embargo la encomienda también llena una necesidad regalista de retribución a los servicios e *inversiones* de los expedicionarios, quienes, como ya se dijo anteriormente, financiaron la conquista de América.

Las empresas sin embargo no tuvieron el sello de privacía absoluto. La corona, a través de la *capitulación*, verdadero contrato entre partes, fijaba cuidadosa y detalladamente todas las condiciones bajo las que se debía llevar a cabo la incursión en cuanto a planes de itinerario, propósitos, personas integrantes, (debían participar oficiales de hacienda y clérigos), fincamiento de responsabilidades jurídicas y administrativas, así como sometimiento a procedimientos de control ejercidos por el Estado, etc. De este modo aquellas empresas serían comparables a las concesiones que actualmente otorga el Estado a los particulares para la ejecución de alguna obra.⁹²

Como generalmente estas empresas tuvieron un carácter militar, la dirigía un *capitan general* o *adelantado*. Este, como magistrado del rey, además de mandar a la *hueste*, tenía poderes para: nombrar magistrados y oficales; ejercer la superioridad judicial; establecer la división territorial y las ordenanzas para su gobierno y para la labor de minas y confirmar a los alcaldes ordinarios.

Cortés no tuvo este nombramiento ni por el rey ni por Diego Velázquez, pero hace que se lo otorguen los miembros del ayuntamiento de la Villa Rica de la Veracruz, y logra la confirmación real de *gobernador* el 15 de octubre de 1522. Se basó en las instrucciones públicas que le diera Velázquez en Cuba, en los que se consideraba el poblamiento. Por eso ejerció facultades gubernativas fundando cabildos en Veracruz, Medellín y Segura de la Frontera, como lo haría en Coyoacan para la Ciudad de México. En todo el territorio no-vohispano, Cortés organizó el gobierno.

Los pueblos y villas fueron gobernados por alcaldes y tenientes de gobernador, (...). Las comunidades indígenas siguieron bajo el dominio de sus caciques; en las poblaciones de españoles hubo cabildos, (...) que administraban municipalmente justicia y regimiento.⁹³

Estos gobiernos fueron "ensayos" según algunos historiadores, desde 1521 hasta 1535 en que se inicia el virreynato.

Sin embargo, en 1521 Hernán Cortés, "... al día siguiente de la Conquista,"⁹⁴ funda el Hospital de la Tlaxpana, dedicado a los enfermos leprosos. Este Hospital es demolido por Nuño de Guzmán, en el tiempo en que Cortés se ausenta de México para ir a Las Hibueras, (1528).⁹⁵ Además, en 1524, inicia la construcción del Hospital de la Limpia Concepción o de Nuestra Señora, llamado después de Jesús Nazareno, como se le conoce hasta la fecha.

España estuvo en la vanguardia de la cultura humanista durante los siglos XV y XVI. Se podrían citar muchos nombres de médicos que han trascendido *per secula* y que vienen desde los árabes. Los hospitales más antiguos de Europa, se fundaron en España. Baste como ejemplo el de Mérida, que data del año 540. Contó con las siete mejores universidades del mundo occidental, y las fechas de su fundación preceden a las Oxford y Bolonia.⁹⁶

Por otra parte, asimiló toda la ciencia árabe, que sin duda fue la más avanzada de su tiempo. Se logra así en España una combinación áurea de la medicina occidental, descendiente de la griega, —asclepídea, hipocrática y galénica— con la ciencia médica oriental, proveniente del Islam, con Ibn Sina (Avicena) y El Biruni por citar a los más famosos.⁹⁷

En este sentido es importante en México el estudio de Somolinos sobre la influencia de la medicina española en América.⁹⁸

La tradición musulmana de crear hospitales y las pandemias que sufrieron los naturales de México, —viruela, sarampión, tifo y sífilis— dada su inexperiencia inmunológica, resultaron en la construcción de numerosos hospitales en estas tierras.⁹⁹

Algunos de los más importantes son los siguientes: El Hospital

Real de las Bubas, fundado por Zumárraga en 1534 (según Barquín fue en 1541); y llamado también del Amor de Dios; el Hospital Real de Saint Joseph, a instancias de fray Pedro de Gante, entre 1529 y 1531, para atender la epidemia de *Tepitonzáhuatl* o sarampión. El hospital después cambió su nombre por el de Hospital Real de Naturales o Indios. En esa misma época Vasco de Quiroga establece en Santa Fe la primera casa de cuna. En 1567 fray Bernardino Alvarez fundó el Hospital de San Hipólito, para convalecientes y alienados, siendo el primero en su género en América. Pedro López, el segundo, funda en 1571, el Hospital de San Lázaro, para leprosos.¹⁰⁰

Algunos autores consideran a este hospital el primer leprosario del Nuevo Continente, aunque no hay que olvidar el de la Tlaxpana, que aunque efímero, precedió a éste cincuenta años. En 1582 el mismo Pedro López funda el Hospital de la Epifanía (llamado después Hospital Morelos, frente a la Alameda Central de la Ciudad de México).¹⁰¹

Sería ajeno enumerar aquí todos los hospitales que se fundaron en la Nueva España, cerca de treinta solamente en el siglo XVI, por lo que se analizará la relación que con el Estado monárquico tuvieron todas estas instituciones.

Los hospitales acompañaron a la iglesia y a la escuela en todos aquellos lugares a donde llegaron los evangelizadores.

Adondequiera que extendían su orden (los franciscanos) —y cubrieron prácticamente toda la extensión del país— abrían un convento y dentro de él una escuela y junto a él un hospital.¹⁰²

Y la corona española tuvo estrechas relaciones con la iglesia, como se ha dicho antes. Hubo varias bulas papales que formalizaron estas relaciones. Son importantes para este estudio, aparte de la *Inter Caetera* ya mencionada, la *Eximie devotionis*, expedida también por Alejandro VI el 16 de noviembre de 1501, en la que se concedía a los reyes "el derecho de percibir los diezmos, para que a cambio se hicieran cargo de los gastos que originara la Iglesia en América".

Además, existe la *Universalis Ecclesiae* que Julio III otorgó el 28 de julio de 1508, en la que se da el derecho de nombramiento —sujeto a confirmación de Roma— de los cargos eclesiásticos y el privilegio para la construcción de todas las instalaciones de la iglesia.¹⁰³

Para la administración de estas facultades, se creó el Regio Patronato, que tuvo su correspondiente para las Indias, el Regio Patronato Indiano, y que, con el apoyo del Consejo de Indias, el que tenía derecho de veto sobre *bulas* y *breves* pontificios, controlaba los dichos diezmos para el sostenimiento de las obras pías, entre ellos naturalmente los hospitales, ejerciendo verdaderas funciones de contraloría sobre estas instituciones.¹⁰⁴

Posteriormente a los gobiernos "provisionales" de las capitanías generales y los oficiales reales, que crearon muchos problemas a la corona española, se establece la primera Audiencia, que tampoco satisface las necesidades de gobierno. Hay que recordar reiterativamente que los peninsulares pugnaban por mantener el régimen feudal, señorío de la tierra y de los indios, y la monarquía trataba de afianzar el centralismo del régimen absoluto, con el vasallaje de españoles e indios *a la corona*, como necesidad imperiosa para la unidad de España.

De esta manera, es solamente a través del virreinato como se logra el gobierno de la Nueva España. Es decir, sólo por medio de la replicación de la monarquía absoluta española en México aunada a una serie de mecanismos de control sumamente estrictos a los virreyes, como fueron las detalladísimas instrucciones que estos traían para ejercer su cargo; los minuciosos informes que debían rendir al rey; la necesidad de la Real Confirmación, que consistía en un documento firmado por la corona y que sucedía a los nombramientos con bastante retardo; las Visitas, los Juicios de Residencia y otros instrumentos administrativos, como el mismo Consejo de Indias, que funcionaba como tribunal de justicia y de apelación. Las Audiencias, a partir de la segunda de 1531, que inicialmente fueron órganos corporativos de la administración de justicia, pronto tuvieron funciones de gobierno, es decir, ejecutivas, como verdade-

ros gabinetes ministeriales del virrey, y además tuvieron la calidad de censores de éste frente a la Metrópoli.¹⁰⁵ Una vez estabilizado el gobierno novohispano, se establece, según la costumbre ultramarina, el protomedicato.

Desde el año de 1525, el 13 de enero para ser más precisos, se dicta la primera disposición gubernamental —el Cabildo— sobre salud pública. Esta consistió en asignar a Francisco de Soto una soldada de 50 pesos al año para que ejerciera los oficios de barbero y cirujano en la Ciudad de México.¹⁰⁶ Con los conquistadores habían llegado "physicos e sangradores" como Juan de Amézquita, Juan Catalán, el licenciado Pedro López y el Doctor Cristobal de Ojeda, amén de otros muchos aventureros, boticarios y charlatanes que ejercían oficios médicos sin tener estudios formales. Hubo también enfermeras y parteras —empíricas ambas— que ejercieron con o sin licencia del naciente Estado indiano.¹⁰⁷

El ayuntamiento nombra protomédicos a los licenciados en medicina Barreda y Pedro López, en 1527.¹⁰⁸ El protomedicato consistía en controlar el ejercicio profesional de la medicina y actividades sanitarias, comprobando los conocimientos de quienes aspiraban a otorgar servicios médicos o de botica; vigilando la calidad de las drogas y preparados farmacéuticos, y sus precios; dictando medidas de salud pública, especialmente durante las epidemias y dirimiendo o juzgando los pleitos entre partes en materia de atención médica.

En la:

Ordenanza de Médicos, (...) se mandaba que "ninguna persona que no sea médico o cirujano examinado e tenga título, no sea osado de curar de medicina ni cirujía so pena de sesenta pesos oro". Y eso decían "porque hay algunos que por no saber lo que hazen, demas de les llevar su hazienda, los matan"...¹⁰⁹

Continuando sus labores, el Cabildo de México nombra en 1529 al mismo Pedro López y al Dr. Cristobal de Ojeda para el protome-

dicato. En 1533 designa visitadores —los primeros inspectores sanitarios— para controlar a las boticas. En 1536 fija los honorarios médicos en *un tostón* y ordena que las parteras se examinaran para ejercer su oficio.

En el renglón de la enseñanza, destaca el Imperial Colegio de Santa Cruz de Tlaltelolco, —edificio colonial que forma parte de la tristemente célebre Plaza de las Tres Culturas— y en donde se enseña medicina española a los indios y aprenden medicina indígena los españoles. Este fenómeno de doble transculturación se debe al genio de fray Bernardino de Sahagún, quien sabe recoger el acervo cultural autóctono para la historia. Tal sucede en el año de gracia de 1536. De este colegio para indios, el primero que se gradúa de médico es Martín de la Cruz, que escribe un libro de farmacología, traducido al latín por otro indio, Juan Badiano, en 1552. Este documento perduró con el nombre de su traductor como *Códice Badiano*.

En 1551, Carlos V expide la Cédula Real que crea, el 21 de septiembre, la Real y Pontificia Universidad de México, en donde se incian los cursos el 25 de enero de 1553. El 20 de julio de 1567 se titula el primer doctor en medicina, Dn. Pedro Farfán.

La vieja España acultura así a la nueva, transfiriéndole la ideología científica, jurídica y teológica, a través de los estudios de medicina, derecho civil y derecho canónico que se estudia en las Universidades que se van fundando en el territorio americano.

El 4 de noviembre de 1671, Felipe III ordena en la "Real Pragmática" una revisión de la enseñanza médica y prescribe "que los catedráticos de medicina leyeran el capítulo correspondiente del libro de Galeno, Hipócrates o Avicena, para que los estudiantes entendieran el fundamento de la medicina y la esencia de las enfermedades y sus causas."¹¹⁰

Además, se combatía el charlatanismo y se legislaba sobre la obtención del título de médico, como profesional universitario.

A lo largo de este capítulo, se ha pretendido demostrar como el Estado monárquico absolutista, va expropiando las funciones de la sociedad civil a través de la centralización de la administración pú-

blica. Paralelamente al dominio político que ejerce sobre las funciones económicas de los súbditos novohispanos, para centralizar el poder, dicta minuciosamente las directrices administrativas. Se han mencionado ya las instrucciones reales a los virreyes y oidores, y la profusión de documentos legislativos —normativos— que emanan de la corona. El Estado tutelar, característico del modo de producción capitalista, separado por la misma causa de la sociedad civil ahora dividida en clases, domina y dirige todas y cada una de las funciones de los habitantes.

Huelga decir que la burocracia fue tan profusa en España como en México. Recuérdese que una de las causas de la revolución de independencia fue que los criollos no podían ocupar los altos puestos dentro de esa burocracia, pues estaban reservados a los peninsulares, quienes por varias razones que no cabe ahora resaltar, guardaban mejor los intereses centralizadores y abstolustistas de la monarquía metropolitana.

Resumiendo, en contraposición con la privacia de la medicina indígena tenochca, está la medicina otorgada y regulada de los conquistadores, que establecen un modelo ideológico y político que, con las variantes naturales de la época, prevalece hasta la actualidad.

CAPÍTULO III

LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO INDEPENDIENTE

1. ANTECEDENTES 1730-1821

A partir del siglo XVII se presentan una serie de fenómenos políticos y económicos en España y en sus colonias, que le imprimen un sello especial a la administración pública de esa época. Vale pues hacer un somero recorrido analítico de lo que ocurrió enton-

ces, para lograr una visión más clara de lo que acontezca en México a partir de su independencia de España.

En el capítulo anterior se vió como la Metrópoli fue concentrando el poder y centralizando la administración en el Estado novohispano. En este capítulo se tratará, como antecedente, el panorama que se pudo ver cuando la Casa de Borbón sustituye a los Hapsburgos de Austria en el gobierno español.

La fecha que marca el comienzo histórico del siglo XVIII se puede ubicar en los años de 1730 o 1740 desde el punto de vista económico. Sin embargo en cuenta los hechos distintivos registrados, el siglo tendría que contarse entre 1760 y 1821. En este período España lleva a cabo la mas grande reforma político-administrativa de sus colonias y Nueva España vive su auge económico más importante, lo que conlleva el desarrollo de ideas, intereses y hechos sin precedente en la historia de estas tierras, cuya culminación es su independencia de la metrópoli.¹¹¹ De 1640 a 1740, el comercio entre las colonias y la metrópoli consolida su monopolio por ésta y la Nueva España entra en crisis económica dada su dependencia total de España, por la decisión de la Corona de enviar mas azogue a Perú, con lo cual decae la minería de la plata; la aristocracia terrateniente novohispana se consolida en la hacienda y el peonaje; se desarrolla un tipo de sociedad capitalista formada por corporaciones —clero, comerciantes, agricultores, gobernantes— como clase dominante, sobre las indios y castas, clase dominada. Sin embargo, estos grupos cuasi-estamentales, libraban luchas entre sí. Los peninsulares ocupaban los puestos más altos en el gobierno y en la iglesia. También desde luego, manejaban el consorcio monopolístico. Los criollos, por el contrario, formaban una especie de "clase media" o pequeña burguesía ocupando los cargos militares, eclesiásticos y guernamentales medios, encargándose de la agricultura y del comercio "interno" de Nueva España.

La encomienda es substituída por los peones acasillados de la hacienda —antecedente directo del latifundio— que es una forma económica característica del capitalismo, pues estos peones son

asalariados y la hacienda es tierra en propiedad. Dicho de otro modo, la estructura feudal que sustentaba la encomienda —el vasallaje— desaparece sustituido por la contratación de mano de obra —asalariada— y la forma de posesión de la tierra se transforma de regalía en propiedad privada. Estas transformaciones, determinadas por las relaciones socio-económicas entre España y Nueva España, así como por las condiciones internas de ésta, van consolidando el capitalismo colonial que tendrá vigencia hasta mucho después de la Independencia, pues termina prácticamente hasta principios del siglo XX, con la caída de la dictadura porfirista.¹¹²

Florescano y Gil expresan este fenómeno diciendo:

...mientras en el siglo XVI habían en Nueva España una sociedad señorial que vivía básicamente de la explotación extensiva de la población indígena, en el XVII es evidente que la población blanca había creado una nueva economía, dirigida y manejada por los colonos con sistemas más capitalistas que señoriales, y orientada a satisfacer sus propias necesidades.¹¹³

Las características del período borbónico son las del absolutismo o despotismo ilustrado. La industrialización incipiente en el siglo XVI se ha consolidado y la Metrópoli desarrolla políticas proteccionistas para su producción industrial, que, por ejemplo, lesionan a la manufactura textil de Nueva España. En el aspecto ideológico destaca el pensamiento liberal, fomentado por los enciclopedistas franceses, y en el campo político el Estado interviene con mayor autoridad en los asuntos eclesiásticos, hecho permitido por la evolución que con respecto al ejercicio religioso hubo sufrido la sociedad.¹¹⁴

Se da pues el absolutismo total o expreso, concentrando toda la autoridad del Estado en el Rey. Felipe V, primer Borbón español restringió por eso las funciones de los concejos y se opuso a la reunión de las Cortes. Carlos IV ordenó quitar las leyes contrarias al absolutismo que quedaban en la "Novísima Recopilación". La fór-

mula "así es mi voluntad", de franco carácter cesarista, acompañó indefectiblemente a las disposiciones reales.

Como expresión administrativa del absolutismo se desarrolló el centralismo del gobierno. El Estado se organizó con base en las ideas de racionalización de la administración pública. Ya se mencionó la oposición real a las Cortes y al Concejo, que fungían en el naciente Estado monárquico como legisladores. La representación estamental en el Concejo —nobleza, iglesia y estado llano— equivaldría a un gabinete actual en el que se expresan las clases sociales. Las cortes representaban al legislativo, también con su estructura estamental. Todo esto desaparece para concentrarse en el monarca, que es a una legislador y ejecutor.¹¹⁵

La definición de la sociedad civil en clases, obliga al Estado a regular las relaciones entre dominadores y dominados, apareciendo unas de las características fundamentales de la administración pública capitalista: el dominio político y la dirección administrativa. El primero se expresa por la centralización política administrativa, la unificación del derecho y la uniformización de las autoridades. La segunda se hace patente en la política reformista social —incremento del bienestar individual y colectivo— incidiendo en los campos educativos, industrial y económico, así como incrementando el "filantropismo" —asilos, casas de cuna, instituciones de beneficencia— y la preocupación de "S.M. del próspero o miserable estado en que se hallen sus vasallos".¹¹⁶

Precediendo a esta reforma administrativa, se presentó la reforma ideológica. Si en el siglo XVI el poder real está limitado por la soberanía del pueblo, y el monarca ejerce como administrador de los bienes terrenales de Dios, en el XVIII es el representante de Dios en la Tierra y por lo tanto su poder es absoluto. La soberanía está ahora en el monarca y el pueblo debe obedecerlo ciegamente.

Por otra parte, la influencia de los enciclopedistas franceses, Rousseau, Montesquieu, Voltaire, despierta el racionalismo político.

El contrato social es prácticamente traducido en las *Cartas de Cabarrús*. Con la Ilustración se fortalece la propiedad privada capita-

lista, surgiendo el germen liberalista contradictorio al absolutismo.¹¹⁷ En la Nueva España se infiltran también los escritos franceses, y cuando la Inquisición toma cartas en el asunto es demasiado tarde, pues los mismos clérigos se han aficionado a los enciclopedistas y comparten sus ideas.

La importante inmigración francesa, representada sobre todo por los sirvientes de la aristocracia peninsular, influyó en la "moda" novohispana, por medio de las "tertulias" que organizaban en sus establecimientos —peluquerías, cafés, *tailleurs*— en los que se difundieron entre la "mesocracia" las ideas de ilustración. No faltaron tampoco españoles que, llegando de Europa trajeron sus ideas, y los escritos y noticias de mexicanos residentes en el extranjero fueron asimilados por aquella sociedad en la que existía un magnífico substrato para el fermento: los criollos y los mestizos.¹¹⁸

Miranda identifica así tres tendencias políticas en la Nueva España, a saber: la modernista, caracterizada por ser antimonárquica y liberal; la misonista, contraria a la anterior, monárquica y clerical; y la criollista, con franca dirección nacionalista, en la que se distinguen los monárquicos y los independentistas.¹¹⁹ Es sencillo identificar a los grupos sociales que seguían cada una de estas tendencias. Los modernistas tenían entre sus filas a españoles, mexicanos y franceses, de clase media, —artesanos, profesionales, clérigos y militares— que estando fuertemente influenciados por las ideas de la independencia norteamericana y la revolución francesa, trataban de establecer en Nueva España un nuevo régimen. La sátira mordaz fue su principal expresión y hubo varios perseguidos por la Inquisición.

Los misonistas fueron los peninsulares —clérigos, gobernantes y grandes comerciantes— que reaccionaron ante las "descocadas y peligrosas" ideas del modernismo. Conservadores a ultranza defendían el *statu quo* de la Nueva España.

Entre los criollistas, como su nombre lo indica se encontraron todos aquellos hijos de españoles, nacidos en México, que por ese motivo no tenían acceso a los altos puestos políticos, militares y

eclesiásticos —tampoco a los económicos— en el Estado novohispano. Estaba representado este grupo por el medio clero, los oficiales del ejército, algunos hacendados y funcionarios provinciales. Se desarrollaron dos facciones entre ellos: los que deseaban una monarquía mexicana, independiente de la de España, pero con un rey español —la ofrecieron a Fernando VII cuando Napoleón invadió a España— y los que pensaban en una democracia a la francesa o a la norteamericana. De hecho esta discrepancia retrazó una década la independencia de México.

Con los Borbones se debilitan en España las Cortes y se establecen los ministerios o secretarías de despacho, por materias, en 1705. Para mediados de siglo podían contarse ya cinco secretarías; este modelo de estructura del poder ejecutivo persistirá en el Estado Mexicano durante todo el siglo XIX. Dichas dependencias del monarca fueron la Secretaría de Estado y Asuntos Extranjeros, que sustituía parte de las funciones del Consejo Real y del de Indias; la de Asuntos Eclesiásticos y Justicia, cuyos asuntos anteriormente ejercían los miembros del Oficio Palatino y el Regio Patronato; la de Marina e Indias que tomaba la parte del Real Consejo de Indias y de la Casa de Contratación de Sevilla; la de Guerra, que suplantaba al Consejo Real, y la de Hacienda, que englobaba los quehaceres de Merinos, Pertigueros y Bayles, en la recaudación del impuesto, y al Real Patronato y a la Casa de Contratación en la administración del mismo.¹²⁰ Además se crean las Intendencias en las provincias, como en Francia, con atribuciones administrativas, judiciales y militares. Los delegados de los Intendentes, llamados *subdelegados*, substituyen a los Alcaldes Mayores o Corregidores. No sólo esta reforma se da en las localidades. Aparecen en escena los Diputados del Común y los síndicos Personeros. Ambos personajes se contraponen a los Cabildos ocupados por los aristócratas. Aquellos puestos fueron de elección popular y tenían una semejanza caricaturesca con una Asamblea: los Diputados debían ocuparse del abastecimiento municipal y de la gestión de la hacienda consuejal frente a los Secretarios de Despacho; y los síndicos estaban para "velar y abogar por los

intereses públicos". Pero eran representantes de pacotilla, pues siendo el poder real absoluto, no conseguían otra cosa que lo que quisieran darles los detentores del poder.¹²¹ Es muy clara la manifestación de la ley fundamental de la administración pública capitalista: la centralización.

En Nueva España se produce un cambio en la relación con la Metrópoli al erigir Felipe V la Secretaría del Despacho de Indias por cédulas del 20 de enero y del 11 de noviembre de 1717. Esta Secretaría va desplazando paulatinamente al Consejo de Indias, hasta que Carlos III lo abole prácticamente en 1787, pues casi todas las disposiciones se toman por medio de la Secretaría por Reales Ordenes.¹²²

La introducción del régimen de Intendencias en la Nueva España es tardía, pues se establece hasta fines del siglo XVIII. De este modo se substituyen las alcaldías mayores y corregimientos. El virreinato queda dividido en 12 intendencias, cuyas demarcaciones se denominaron *provincias*. Las antiguas provincias se llamaron *partidos*. Junto al Virrey se nombró un *Superintendente* o *Intendente General* que le quitaba las funciones hacendarias. Para auxiliar al Superintendente se formó la Junta Superior de la Real Hacienda. Con esta medida se le resta poder al virrey, pero se aumenta la centralización de la administración.

Se encuentra pues una dualidad de mando, o mejor dicho una división en el gobierno, con dos jefes de la administración pública. El virrey conserva los cargos de Gobernador, Capitán General y presidente de la audiencia, pero las funciones las desempeña el Intendente, ya que su campo abarca la Real Hacienda, y la economía de la Guerra. Quedaría al virrey la justicia a través de la Audiencia, pero los intendentes provinciales ejercían la policía, la justicia, la guerra, y en general, todo el gobierno, incluyendo la agricultura, la minería, el comercio, las comunicaciones, los transportes y los servicios "sociales".

De esta manera la Corona establecía una gestión gubernamental controlada por intereses opuestos, pues virrey e intendente eran

acérrimos enemigos contendientes por conservar el mando del Estado.

Estos hechos repercutieron en la Iglesia quien tomó la parte del gobierno que mejor le acomodó. Al cederle el rey el impuesto del diezmo, desaparece la razón de ser del Regio Patronato Indiano. La Iglesia acumula bienes materiales, al grado de convertirse de hecho en el principal banquero de la clase dominante, con la que se asoció en negocios e industrias, acrecentando así su capital. Además, tenían a su cargo el crédito, la educación, la asistencia hospitalaria, que ahora se privatiza convirtiéndose en beneficencia caritativa —y consecuentemente es la institución con mayor fuerza política y moral en la colonia.¹²³ Pero esta situación se modifica pronto pues a la corona borbónica no le conviene este predominio eclesiástico que, con frecuencia, enfrentó su poder al mismo rey. En 1717 se prohíbe la fundación de nuevos conventos en América; de 1734 a 1760, se dictan órdenes que limitan la intervención de la iglesia en asuntos civiles, y en 1767 son expulsados los jesuitas de la Nueva España. Mermado el poder político, se dedicó el Estado absolutista a minar el poder económico del clero.

El 26 de diciembre de 1804 se expide la "Real Cédula sobre enajenación de bienes raíces y cobro de capitales de capellanías y obras pías para la consolidación de vales reales". En España, el capital de la iglesia estaba principalmente invertido en bienes raíces —propiedades de manos muertas— que no se vendían ni pagaban impuestos. En cambio en la Nueva España, más de 45 millones de pesos se encontraban prestados a "miles de agricultores, mineros y empresarios bajo prenda hipotecaria y pago de réditos".¹²⁴

De tal manera que, al exigir la iglesia el pago inmediato de esa suma, hizo quebrar a los prestatarios novohispanos. Obviamente éstos eran los criollos, ya que los grandes capitalistas peninsulares no requerían en mayor grado de los servicios crediticios de la iglesia. Esto constituyó un motivo más de descontento en contra de la Metrópoli entre todos los afectados.

Otros aspectos políticos de esa época lo constituyen las repercu-

siones que la invasión francesa a España tuvo en México.

La sustitución de los reyes españoles por el hermano de Napoleón, José Bonaparte, desencadenó una efervescencia libertaria y patriótica en España, que llevó a sus habitantes a convocar a Cortes en la ciudad de Cádiz. Estas cortes tuvieron carácter legislativo y redactaron la Constitución española de 1812, llamada también Constitución de Cádiz, de abierto contenido liberal.

Por ejemplo, "fueron abolidos las mitas o repartimientos de indios y todo servicio personal que (...) se prestase a corporaciones o particulares", y

Decretóse la libertad para establecer fábricas y ejercer industrias sin necesidad de examen, título ni licencia alguna, es decir la libertad industrial y que fuera libre el tráfico interior de los granos.¹²⁵

Estas disposiciones ejemplares, abolen las estructuras feudales más características: el vasallaje y los gremios, sustituyéndolos por el trabajo asalariado y el capital, y estableciendo el libre comercio.

Las ideas librecambistas se erigieron en bandera política de los criollos contra los peninsulares, quienes representaban al monopolio y al proteccionismo metropolitano.¹²⁶

La Corona española no desconoce esta corriente, y a través de diversos decretos establece el "comercio libre y protegido entre españoles, europeos y americanos"¹²⁷. Esto significó la apertura del librecambismo solamente en las relaciones entre la metropoli y sus colonias. Frente al resto de Europa, España persistió en su política proteccionista. El visitador Gálvez al llegar a Nueva España establece toda una serie de medidas proteccionistas del Estado, hacia la minería, que se encontraba agonizante, debido al predominio que los comerciantes ejercían en la economía americana.

Este apoyo se limitó a la Minería. Ni la industria textil ni la agricultura, "Toda otra actividad colonial que pudiera competir con las exportaciones españolas fue combatida".¹²⁸ Sin embargo esta situación no fue sostenida por el inminente desarrollo del comercio

interior de la Nueva España y por la participación competitiva de los ingleses y norteamericanos. Así, a pesar de las prohibiciones españolas, la industria, la agricultura y el comercio novohispanos llegaron a tener un auge importante. Pero fue justamente este período de ascenso económico el que fortaleció la idea independentista en México. En primer lugar, las políticas proteccionistas selectivas, desplazaron los polos de desarrollo centrales hacia el Bajío, el occidente y el norte, lo que "creó nuevas realidades económicas y expectativas políticas antes no contempladas..." y además, al fortalecer el sector extenso colonial para subuncirlo más a España,

despertó la certeza, por una parte, de que la metrópoli sólo cuidaba de sus intereses y que éstos solían contrariar los de la colonia; y por otra, que *Nueva España* era *autosuficiente*, que su desarrollo y *potencialidades podían ser mayores* si prescindía de su atadura con España.¹²⁹

Si bien el auge económico fue general, la distribución de sus beneficios fue muy desigual. Los mineros criollos obtuvieron pingües ganancias, en detrimento de los demás sectores, incluyendo a los peninsulares del Consulado Mercantil. Esto naturalmente agudizó la rivalidad entre los grupos detentores del poder político y económico de la Nueva España. El proceso capitalista se fortaleció, pues,

grandes haciendas, ingenios azucareros, ranchos y estancias ganaderas convirtieron a los campesinos tradicionales en peones y jornaleros, al mismo tiempo que la demanda de mano de obra de las minas y centros urbanos los incorporaba al proletariado cuasi-servil que con gran celeridad se formó durante esta época. (...) Data también [de ella] la formación en gran escala de un proletariado rural móvil que recorrería durante el año las plantaciones de algodón, caña de azúcar y tabaco, o desempeñaba trabajos estacionales en haciendas agrícolas y estancias ganaderas.¹³⁰

Vide supra.

Paralelo a este movimiento económico y también como consecuencia del fortalecimiento capitalista, se incrementa el desempleo y se multiplican los vagos, "plebe enorme que en vano buscaba trabajo".¹³¹

Aunado a este estado económico de las cosas se presentó la coyuntura política de la anarquía española, dando pábulo al juego político de los ayuntamientos novohispanos, los que, con los fermentos nacionalistas de las Cortes Gaditanas y de las ideas de la ilustración francesa, consideran —por primera vez— la independencia política de la metrópoli, como un proyecto viable.

En este contexto se da la guerra de Independencia, de cuyos avatares no me ocuparé ahora, pues sería parcial e incompleto, bajo el pretexto de la limitada extensión de este trabajo.¹³²

En el período que se ha considerado en este capítulo, (1730-1821) la administración pública de los servicios de salud sufre una centralización mayor que en los siglos XVI y XVII.

El ayuntamiento de la Ciudad de México ejercía medidas de saneamiento. Después de que Tenochtitlan, según testimonio de Bernal Díaz, era la ciudad más limpia que hubiera conocido, en el siglo XVIII la mugre y la contaminación de los lagos y canales era tal, que prácticamente había desaparecido la flora y la fauna acuática, fuente alguna vez de nutrimento de los habitantes del Valle de México. Abundan pues, las ordenanzas del mencionado Ayuntamiento para procurar la limpieza de la ciudad. Sin embargo, no fueron nunca cumplidos. Villarroel escribió en 1787:

"...Muchos han sido los edictos y medidas que se han publicado acerca de la limpieza y pavimentación de las calles, pero ninguno ha sido obedecido". Según él, los propietarios —si acaso hacían algo al respecto,— se limitaban a ordenar que los desperdicios de sus casas fueran barridos hasta el canal o acequia más cercana.¹³³

También el Ayuntamiento tenía ingerencia en la dotación de agua y parcialmente en la regulación de los cementerios, los que ad-

ministraba la iglesia. Como ya se dijo anteriormente, el tribunal del Protomedicato fue el órgano rector y ejecutor de algunas de las políticas de salud de la época. Había ciertos problemas en los que la intervención directa del Virrey era necesaria. Especialmente en los campos de la salud pública. No solamente definía las políticas sino además ordenaba la realización de obras tales como la construcción de acueductos, canales, hospitales, las obras de saneamiento y el mantenimiento de medidas de control para hospitales, farmacias, reservas alimentarias y dotación de agua.

Sin embargo en las epidemias era cuando el Virrey desempeñaba una función más estrecha con relación al problema, pues debía tomar en sus manos la organización, coordinación y control de todas las acciones tendientes a limitar el daño, haciendo uso entonces de toda su autoridad, aplicando estrictamente los reglamentos y las sanciones a su incumplimiento. En este campo destacó el conde de Revillagigedo, quien introdujo, sobre todo en la ciudad de México importantes innovaciones en la salubridad pública.¹³⁴

La Audiencia incidía poco en los aspectos de salud pública de la Nueva España. No obstante que existía un "Juez de Hospitales" entre sus miembros, parece que éste sólo se ocupaba del Hospital Real de Indios o Naturales,¹³⁵ puesto que el Rey fue patrono o fundador del mismo. Su administración dependía del Real Patronato y sus rentas eran del Estado. Para su sostenimiento se estableció un impuesto de medio real al año "que todos los indios tributarios de Nueva España estaban obligados a pagar"¹³⁶. Los alcaldes mayores de las provincias recababan el impuesto y lo entregaban al mayordomo del hospital. Con la reforma borbónica fueron los ministros de la Real Hacienda los encargados de cobrar en intendencias y subdelegaciones. El mayordomo del hospital recibía este dinero a través del "Ramo del Medio Real" dependiente de la "Real Caja".

Otras fuentes de financiamiento del hospital, aunque no directamente dependientes de la administración pública, significaron privilegios otorgados por el Estado. Estos fueron la concesión para imprimir cartillas (abecedarias para enseñar a leer a los niños),

prestamos en censo (hipotecas), el Coliseo, monopolio teatral que manejaba el hospital como concesión regia, y la venta al público de los preparados medicinales en la botica del hospital; además, cada comunidad indígena debía ayudar al hospital con una medida de maíz. La función contralora que ejerció el gobierno, se hace patente en la "Real Cédula concediendo a Don José de Cárdenas la mayor-domía" del hospital, en 1741, y en la que se encuentra un plan detallado para la administración de la institución.¹³⁷ Cabe mencionar que la atención a los indios era totalmente gratuita, aunque sin embargo en alguna época se les exigió que presentaran la carta de pago de tributos para ser atendidos.¹³⁸

La Audiencia conocía también eventualmente de algunos pleitos entre los empleados de los hospitales. Sin embargo su función estaba más enfocada hacia lo judicial que hacia la propia administración de la salud pública.

La iglesia fue sin duda la institución que mayor injerencia tuvo en los servicios hospitalarios durante la época colonial. No obstante la participación que tenía en los asuntos de estado, siempre hubo una cierta rivalidad entre el obispo y el virrey, como ya se comentó en otra parte de este trabajo. Pero eso no impedía que en ciertas ocasiones se desarrollaran acciones conjuntas, sobre todo durante las epidemias.

Hubo varios casos en los que el Estado cedió la administración de los hospitales a la iglesia, sobre todo en el siglo XVII. Así, el Hospital Real de San Cosme y San Damián fue administrado por el Patronato Regio, pues recibía los *novenos* reales, hacia el año de 1570. En 1613 pasó a manos de los frailes hipólitos. Caso semejante es el del Hospital Real de la Epifanía o de Nuestra Señora de los Desamparados, que habiendo sido fundado por Pedro López en 1528, pasa a manos del rey por ofrecimiento del hijo del fundador, en 1599. Es de hecho la primera casa de cuna de la Nueva España, hasta 1604 en que es entregado a los juaninos, y cambia su finalidad. El mismo Pedro López funda el Hospital Real de San Lázaro, que en 1787 pasa a depender del Estado español. Cae en bancarrota y desapare-

ce, tras de que las Cortes Españolas lo asignan al Ayuntamiento novohispano en 1820.¹³⁹

La atención que el Estado desarrollaba en cuanto a los servicios de salud, se fue orientando, conforme avanzó el absolutismo borbónico, hacia los aspectos de salud pública. Se modifica el concepto de servicio individual —expresado en la profusa construcción de hospitales— por la tutela administrativa de las comunidades por medio de los servicios públicos. Al mismo tiempo se privatiza, a través de la iglesia, la atención al individuo. Se hace claro que el Estado interviene directamente en las epidemias, es decir, cuando la enfermedad de los individuos es un problema de salud pública.

Es trascendente el que se hubieron tomado decisiones tales como la de la Expedición Balmis, apoyada por el rey de España y secundada por el Virrey Iturrigaray para combatir la viruela en la Nueva España.

2. EL PERÍODO 1821-1857

Tras varios intentos fallidos, por fin se consuma la independencia en 1821. Sin embargo, once años de revolución más o menos continua, han dejado un territorio extenso, despoblado, arruinado por las guerras y traicionado en sus ideales.

La independencia de Iturbide no tuvo nada que ver con la de Hidalgo y mucho menos con la de Morelos.

Las ambiciones imperiales de Iturbide pronto son combatidas y el 1° de enero de 1823, se pronuncia Santa Anna con el Plan de Veracruz en favor de la república. El general Echávarri, quien es enviado a sofocar el levantamiento, se pronuncia a su vez contra el imperio con el Plan de Casamata, que exigió convocar a elecciones para un nuevo congreso.¹⁴⁰

Se ha de recordar que el primer congreso convocado por Iturbide y la Junta Provisional se reunió el 24 de febrero de 1822, integrado por 100 miembros y fue disuelto el 31 de octubre para crear una

junta instituyente que redactara la Constitución que supuestamente debió haber hecho el Congreso. Ante la rebelión de Santa Anna, Guerrero, Nicolás Bravo y Echávarri, Iturbide decreta la reinstalación del cuerpo legislativo el 4 de marzo de 1823. El 19 presenta su abdicación y el 11 de mayo abandona el país.¹⁴¹

El poder ejecutivo quedó en manos de un triunvirato: Pedro Celestino Negrete, Guadalupe Victoria y Nicolás Bravo, con el nombre de Supremo Poder Ejecutivo.

Al final, se cumplió el llamado del Plan de Casamata y el nuevo congreso se reunió a fines de 1823.¹⁴²

A pesar de la franca corriente centralista de la Nueva España, la Constitución de Cádiz de 1812 que la había dividido en provincias "soberanas" tenía en ese entonces gran arraigo. La centralización iturbidista no logró arraigar en las provincias más alejadas del centro, como las del norte (California, Texas, Sonora, por citar algunas) y Yucatán, Chiapas y Centro América en el opuesto punto cardinal. Los problemas de esas provincias, no se resolvieron en el centro, y a la caída del imperio, estuvieron a punto de independizarse. Esto obligó al Congreso y al Supremo Poder Ejecutivo a optar por una república federal.

Por esas fechas se publicaron todas las constituciones que pudieran servir de modelo, como fueron las francesas, las norteamericanas y la colombiana. Además se menciona que la obra de Hamilton, *El Federalista* tuvo una fuerte influencia en México.

El gobierno de Bustamante se caracterizó por el impulso que dió a la economía del país, gracias a las ideas de Lucas Alamán (funda el primer Banco de avío) y de Lorenzo de Zavala. No obstante, el 2 de enero de 1832 surge otro levantamiento en Veracruz al frente del que se encuentra Santa Anna. Ya en la presidencia, deja a Gómez Farías como vicepresidente encargado del gobierno y él se retira a su hacienda de Manga de Clavo. Gómez Farías establece las reformas eclesiásticas. La reacción que desencadena la reforma

provoca el regreso de Santa Anna y el exilio de Gómez Farías. Hay levantamientos armados en Zacatecas apoyando el federalismo y en Veracruz a favor del centralismo. Santa Anna combate en Zacatecas y derrota a los federalistas. La creación del estado de Aguascalientes a costa del territorio zacatecano es otro acto punitivo de Santa Anna. Se inicia la rebelión de Texas contra el gobierno mexicano y, dado que la libertad de los estados causa tantos problemas a la nación, el Congreso abroga la Constitución de 1824 y se avoca a redactar una Constitución Centralista. Nacen así las "Siete Leyes Constitucionales" del 29 de diciembre de 1836.

En estas leyes persiste la unión entre la iglesia y el Estado.

Teniendo el gobierno la inquietud del analfabetismo, insiste, ahora constitucionalmente, en que se pierdan los derechos ciudadanos "Por no saber leer ni escribir desde el año de 1846 en adelante".¹⁴⁸ Obviamente esto no se logró. En buena parte por falta de dinero, y además por la inestabilidad política del país, que no permitió desarrollar programas de beneficio social.

En la segunda ley se encuentra la creación de un Supremo Poder Conservador, formado por cinco individuos que se renovarían uno cada dos años, y cuya función sería;

guardar y hacer guardar la Constitución de la República sosteniendo el equilibrio constitucional entre los poderes sociales, manteniendo o restableciendo el orden constitucional en los casos en que fuere turbado, valiéndose para ello del poder y medios que la Constitución pone en nuestras manos.¹⁴⁹

Todo lo que promete este juramento se disuelve en la realidad, pues este cuerpo solo puede impugnar a los poderes, y aunque la desobediencia de sus impugnaciones o decisiones se considera delito de alta traición a la patria, no se les otorga ningún instrumento de poder real. Prueba de su ineficacia fueron los siguientes y repetidos golpes de estado, levantamientos y rebeliones que siguieron asolando el país durante muchos años.

La cuarta ley modifica el período presidencial a ocho años, para evitar, al menos esa fue la intención, nuevos golpes de estado por la efervescencia electoral. A pesar de ello, sigue supeditado el ejecutivo al legislativo, pues la elección del presidente es indirecta y con la participación del Consejo y Ministros, el Senado y la Corte de Justicia, quienes propondrán ternas a la Cámara de diputados, la que escogerá a tres individuos para que a su vez las juntas departamentales (estatales) voten por uno de ellos. Cabe mencionar que el Consejo de Gobierno tiene una estructura estamental o corporativa, con participación del clero, la milicia y "las demás clases de la sociedad".

La parte medular de las leyes se encuentra en la sexta, que divide al territorio de la república en departamentos, éstos en distritos, y los últimos en partidos. Los gobernadores serían nombrados por el centro, con base en una terna que propusiera la junta departamental. En la práctica esto nunca sucedió, por las guerras o por la lejanía, pero los estados siguieron siendo "independientes, libres y soberanos". En el *inter* se desarrolló la Guerra de los Pasteles, con Francia. Esto le costó a México \$600,000.00 de indemnización y a Santa Anna una pierna. El país se hundió más en la bancarrota y Santa Anna elevó su popularidad".¹⁵⁰

El 28 de septiembre de 1841 son firmadas la llamadas Bases de Tacubaya, que suspendían los poderes supremos de las Siete Leyes y convocaban a un Congreso Constituyente. Desde luego este nuevo golpe lo encabezó Santa Anna, quien resulta electo Presidente provisional.¹⁵¹ Modifica la estructura administrativa el 13 de octubre de 1841, creando el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, antes llamado de Instrucción Pública e Industria, y el 18 del mismo mes y año modifica el Ministerio de Relaciones Exteriores e Interiores por el de Relaciones Exteriores y Gobernación.¹⁵²

El resultado de este Congreso constituyente son las Bases de Organización Política de la República Mexicana (Bases Orgánicas) del 12 de junio de 1843. En ellas se persiste en el régimen centralista de la república. Se mantiene la unión con la iglesia y el predominio

del legislativo sobre el ejecutivo. Se modifican los ministerios quedando: el de Relaciones Exteriores, Gobernación y Policía; el de Justicia, Negocios Eclesiásticos, Instrucción Pública e Industria; el de Hacienda y el de Guerra y Marina.

Esta profusión de funciones asignadas a un solo ministerio es característica de un sistema con legislativo fuerte y ejecutivo débil, ya que éste puede atender los asuntos de tan variada naturaleza con unos pocos ministros. En cambio las funciones legislativas se recargan con la vigilancia de la hacienda pública, administración de la milicia, aprobación de las relaciones y comercio exteriores, definir la moneda, conocer indultos, administrar los empleos públicos y manejar la política interna.¹⁵³

Continuaron los golpes de estado hasta que Santa Anna, que en uno de aquellos había sido expatriado, regresa ahora defendiendo la Constitución de 1824, junto a Valentín Gómez Farías. Pero la invasión norteamericana irrumpe en la ya de por sí destrozada república, y el federalismo mal entendido evita la unión frente al agresor, y sólo siete estados contribuyeron a la defensa del país.

A pesar de la ocupación norteamericana, se sostuvieron las luchas internas entre centralistas y federalistas. El Congreso nombró a los titulares del ejecutivo, que fueron siete veces cambiados entre el 2 de abril de 1847 y el 20 de abril de 1853.

En 1847 Manuel Peña y Peña, que ocupaba la Presidencia de la República, convocó al Congreso en la Ciudad de Querétaro, pues México estaba ocupado por los norteamericanos, con el fin de firmar la paz. Sin embargo, el estado de cosas demoró la reunión legislativa, y el ejecutivo firmó el tratado de Guadalupe sin la participación del Congreso. La anarquía se hizo más aguda y culminó con la dictadura Santanista a partir del 20 de abril de 1853. El dictador disolvió el Congreso y decretó que gobernaría al país bajo la forma centralista y sin elecciones.¹⁵⁴

La dictadura de "Su alteza Serenísimas" como se hizo llamar Santa Anna, terminó en 1855, cuando el 9 de agosto éste renunció y salió del país unos días después. Ocupó la presidencia Juan Alvarez,

quien con Ignacio Comonfort se habían levantado contra el dictador en Ayutla. "Es preciso advertir que la Revolución de Ayutla... fue llamada por Guillermo Prieto la primera revolución ideológica de México".¹⁵⁵ La considera como parte de un proceso que continúa con la Guerra de Reforma y culmina con la guerra de la intervención francesa. El gabinete de Juan Alvarez estuvo integrado por Melchor Ocampo en el Ministerio de Relaciones Exteriores, Benito Juárez en el de Justicia, Guillermo Prieto en Hacienda e Ignacio Comonfort en el de Guerra. Desafortunadamente hubo diferencias entre Ocampo y Comonfort por la abolición del voto al clero, y acabaron renunciando ambos. Sin embargo, el 23 de noviembre de 1855 se promulga la ley de Administración de Justicia y Orgánica de los Tribunales de la Nación del Distrito y Territorios o "Ley Juárez" que suprimió los tribunales especiales y delimitó a sus campos los militares y eclesiásticos, excluyéndolos de los juicios civiles.

Otra ley, promulgada el 25 de junio de 1856 fue la "Ley Lerdo", referente a la Desamortización de Fincas Rústicas y Urbanas Propiedad de las Corporaciones Civiles y Religiosas y la Ley Orgánica del Registro del Estado Civil del 27 de enero de 1857, la que reglamentó el establecimiento y uso de los cementerios del 30 de enero y la de Obvenciones Parroquiales del 11 de abril o "Ley Iglesias".¹⁵⁶

La siguiente e inmediata tarea del gobierno fue cumplir con el Plan de Ayutla y convocar a un Congreso constituyente extraordinario. En este congreso había mayoría moderada, pero los liberales lograron evitar que se regresara a la Constitución del 24, lo que significaría mantener la relación de la iglesia y el Estado y por lo tanto los privilegios del ejército y del clero. En este clima se genera la constitución que, a partir, de 1857, regiría los destinos del país.

Este período de la historia mexicana, considerado como *congresista*, es en efecto en el que el poder legislativo tiene más fuerza en todo el México independiente.

Las ideas de los enciclopedistas franceses, la Revolución Francesa y las Constituciones norteamericanas, constituyen el fermento

que se desarrolla en España y en México para regir la administración pública por medio de un poder legislativo fuerte. Sin embargo, la idiosincracia mexicana acepta mejor un ejecutivo fuerte, pues sus antecedentes se conforman con el despotismo oriental de los pueblos prehispánicos y la monarquía absoluta de la España del siglo XVI.

México llega a su independencia siendo un país capitalista, colonial, con una división de clases bien marcada. Esta condición es la que provoca el conflicto partidista —liberales *versus* conservadores— característico de este período. La lucha de clases se expresa, en lugar de hacerlo en la forma tradicional, en lucha de partidos, y desde luego de facciones entre partidos. La lucha de clases no se da tradicionalmente porque no obstante estar bien diferenciados en el aspecto económico, no lo están en lo social. Dicho de otra manera, no está totalmente separada la sociedad civil del Estado. El vínculo religioso en las constituciones lo demuestra. Este, es por cierto, un fenómeno curioso en el que el Estado Mexicano retrocede en la historia, pues ya en las Cortes españolas liberales se había comenzado a separar la iglesia del Estado. Y el mismo absolutismo ilustrado favorece la separación. Sin embargo, en México se arrastra desde 1814 la oficialidad de la religión católica, apostólica y romana en todas sus Constituciones.

La administración pública de los servicios de salud en esta época se encontraba fuertemente centralizada en la Ciudad de México. Sin embargo, dada la gran aceptación que la Constitución de 1812 tuvo en la Nueva España, se instituyeron los Ayuntamientos Constitucionales en plazos breves, siguiendo los ordenamientos del Documento Gaditano.

Fueron estos ayuntamientos los que, durante las epidemias, tomaban a su cargo los dictados para combatir los daños. Por ejemplo, en la primavera de 1813 de desató en la Capital la epidemia de "Las misteriosas fiebres del año 13" —que posteriormente Bustamante las indentifica con el paludismo— y fue el flamante Ayuntamiento el que ordenó que se formaran lazaretos en los distintos

cuarteles o barrios en que se dividía la ciudad y nombró a los respectivos médicos responsables. Asimismo se comisionó a los regidores para que se encargaran de la distribución de medicamentos y otros objetos necesarios para el control de la epidemia. Igualmente se encargó de recolectar fondos para financiar los costos. Pero dadas las magnitudes de la epidemia, no fueron suficientes los recursos y se hizo necesario que se prepararan "...instrucciones claras y sencillas para que las pusiese en práctica el pueblo". Y para ese fin fue comisionado el Doctor Luis Montaña: "para redactar estas instrucciones así como para realizar una investigación sobre las cuasas de esta epidemia".

Las investigaciones de Montaña y el folleto, vieron la luz en 1817 bajo el título de: *Avisos importantes sobre el matlalzáhuatl o calentura epidémica manchada que pasa a ser peste y que es frecuente en esta Nueva España, con un modo sencillo y fácil de socorrer a los enfermos donde no haya médico que les asistan, y cuya eficacia y seguridad se experimentó en el año de 1813.*¹⁵⁷

Algo que cabe destacar aquí, es la concepción del Estado sobre la necesidad de la autoatención médica de la población y la adopción de medidas higiénicas preventivas, ante la escases de médicos. Esto revela la política de salud pública del gobierno, desde aquellas fechas, destacando la necesidad de la participación comunitaria en la salubridad. En el aspecto particular, el profesor de Vísperas de Medicina, Dn. Luis Montaña, presenta un estudio epidemiológico sorprendentemente avanzado para la época, siendo probablemente el primero en la Nueva España que relaciona la susceptibilidad de los individuos con su estado nutricional. Se reconoce como fundador del método epidemiológico *científico* al Dr. John Snow que en Inglaterra describe el mecanismo de transmisión del cólera, hasta el año de 1849. Montaña lo hace 32 años antes en México, con un padecimiento desconocido que él identifica como tifo exantemático y que el Dr. Miguel Bustamante considera, en 1979, como paludismo. Sin embargo, las conclusiones epidemiológicas a las que llega son, repito, sorprendentemente exactas.

Un año más tarde, en 1814, se presentó otra epidemia de viruela. Como se ha visto en este trabajo, el Virrey asumía funciones dictatoriales durante las epidemias, y no fue ésta la excepción, a pesar de que Calleja tenía la enconada lucha contra Morelos.

Así pues, ordena la instalación de la Junta Superior de Sanidad, que se integra el 18 de mayo con

"Don. Ramón Gutiérrez del Mazo, intendente y jefe político, que ocupó la presidencia en representación del Excmo. Virrey; doctor Guri-di y Alcocer, en representación del Ilmo. Arzobispo; regidor Juan Ignacio Vértiz, como individuo de la diputación provincial, si estuviese establecida; el Conde de Cortina, maestro escuela de esta Santa Iglesia Metropolitana; doctor Juan José Gamboa, en calidad de vecino; y los doctores, Antonio Serrano, físico honorario de cámara de S.M. y director de la Escuela de Cirugía, y Rafael Sagaz, ex catedrático de dicha escuela".

Esta Junta recibe la comisión, entre otras, de elaborar una "Instrucción para ministrar la vacuna", la que manda imprimir el Virrey Calleja. Esta "Instrucción" no estuvo dirigida a los médicos, sino al pueblo, con el objetivo de "impedir los estragos de la epidemia". Igualmente el virrey ordenó la publicación de un bando "prohibiendo a los tenderos y baratilleros que compren o reciban en prenda las frazadas y ropa que entrega la caridad a los infelices afectados por la epidemia" aplicando multas hasta de 10 pesos a los transgresores.

Como otra medida, "La Junta Municipal de Sanidad [sic] hizo un llamado al pueblo" para conminarlo a vacunarse. Hela aquí.

... Habitantes de México, nada tenéis ya que desear en orden a pruebas de que la vacuna preserva en este país de las viruelas. Oid con desprecio, si es que todavía se vierten, los discursos contrarios a la vacunación como oíríais al que a las doce del día os dijere que era de noche; Y continuad apresurandoos a conducir vuestros hijos y pupilos a que se les ministre la vacuna, con lo que satisfareis a las obligacio-

nes que Dios os ha impuesto de que veais por su conservación, y llenareis los deseos de esta junta y del excelentísimo Ayuntamiento Constitucional, que se desvelan por vuestra salud y que os reencargan cuideis de que se repita la operación hasta que les salga el grano vacuno en aquellos niños que no lo logran en la primera vez, pues sólo habiendo tenido aquel grano quedan libres de ser atacados por las viruelas naturales. México 17 de mayo de 1814 *El Mariscal de Castilla Marqués de Ciria, José Ignacio Nájera, Secretario.* 158

En las provincias también fueron los Ayuntamientos los que ejercieron la administración en los casos de epidemia, aunque en la mayoría de los casos, dados sus pocos recursos, no resultaron muy eficientes y requirieron la ayuda del gobierno de la capital, ayuda que se reducía a aquellas provincias muy cercanas a la ciudad de México. También la iglesia participó en estas luchas, igualmente con recursos limitados.

En el ejército insurgente, Dn. Ignacio López Rayón ordenó el uso de la inoculación, ante la presencia de un brote de viruela en Zacatlán, durante los meses de junio y julio de 1814. La acción tomada fue eficiente y se evitaron muchas muertes entre el sufrido ejército sureño.

Contrasta la decisión del caudillo insurgente con la pusilanimidad del gobierno colonial, quien se opuso casi constantemente a la inoculación que tenía menores peligros que la enfermedad. {La *inoculación* consistía en escarificar la piel de una persona sana, con una aguja impregnada con el pus de una lesión variolosa de un enfermo. Así se provocaba una viruela benigna en el inoculado, quien quedaba inmune ante el contagio natural de la viruela grave, casi siempre mortal}.

En el mismo Zacatlán, el Dr. Carlos Ma. Bustamante, destacado constituyente, junto con el presbítero del lugar, organizaron un modesto hospital para atender a los enfermos de viruela y a los insurgentes heridos que llegaban de Apan y Tulancingo.¹⁵⁹

En el resto del territorio siguieron funcionando los hospitales y

las instituciones virreinales encargadas de la salud pública. La consumación de la independencia no modificó sustancialmente la administración. La Regencia del Imperio Mexicano, presidida por Agustín de Iturbide e integrada por Manuel de la Bárcena, Isidro Yáñez, Manuel Velázquez de León y Antonio Pérez, Obispo de Puebla, decretó el 8 de noviembre de 1821¹⁶⁰, el establecimiento de cuatro ministerios que denominó Secretarías de Estado y del Despacho Universal. Estas fueron la Secretaría de Estado y del Despacho de Relaciones Interiores y Exteriores, la de Estado y Despacho Universal de Justicia y Negocios Eclesiásticos, que entre sus funciones tenían:

Todo lo correspondiente á las tres juntas supremas que debe haber de cirugía, medicina y farmacia, con el albeiterado [veterinaria], y los empleados de estos vocales y sus subalternos.¹⁶¹

la del Estado y del Despacho de Guerra y Marina y la del Estado y Despacho de Hacienda.

Las mencionadas juntas supremas no se formaron, pues siguió funcionando el Protomedicato, la Facultad Médica del Distrito (Federal), los Ayuntamientos, y algunas Juntas de Sanidad —municipales y provinciales— que trabajaban temporalmente durante las epidemias.¹⁶² El 2 de mayo de 1822:

ya se proponía en el Congreso Nacional, que el Gobierno exitara al Tribunal del Protomedicato á que propusiera las reformas que ya se hacían necesarias en la enseñanza y en el ejercicio de la Medicina, proposición que desgraciadamente no se llegó a discutir ni menos a resolver, por las revoluciones que desde entonces empezaron en el país á absorber absolutamente los ánimos.¹⁶³

Dn. José Mendivil, como Gobernador civil del Distrito Federal, hizo publicar, el 7 de febrero de 1825, "La primera disposición de la administración del México independiente dirigida a proporcionar

a los ciudadanos, 'salubridad, comodidad y cuantos bienes trae consigo una buena policía'..." en un Bando de Policía y Buen Gobierno que contiene cincuenta artículos

que van desde la obligatoriedad del aseo de las calles (...) hasta lo referente a fondas, vinaterías, etc., y la obligación a los maestros de obras en casas y accesorias de construir letrinas en las primeras y albañales en las segundas, bajo pena de hacerlo a su costo.¹⁶⁴

Establecido el gobierno presidencial, Guadalupe Victoria se refiere a "... las víctimas que ha arrebatado la peste..." haciendo mención a la epidemia de viruela que invadió los estados de Chiapas, Tabasco y Yucatán en 1826 y 1827. Según el presidente, la epidemia no causó grandes estragos "... a merced de las providencias que han dictado sus gobiernos respectivos para contener los progresos del mal, así como los de Veracruz para evitar el contagio".¹⁶⁵

En ese mismo informe, menciona los trabajos de la Comisión del Desagüe de Huehuetoca. (1º de abril de 1828). Probablemente las acciones de los gobiernos estatales no hayan influido mucho en la benignidad de la epidemia, dado que los recursos específicos eran muy escasos, pero es importante destacar, como lo hace el presidente del Congreso José Ma. Bocanegra al responder al mencionado informe "...ni se oirá sin interés y gloria patricial el crece y aumento en que están los interesantes ramos del crédito público nacional..., seguridad pública, salubridad,..."¹⁶⁶

En el gobierno de Vicente Guerrero, una nueva epidemia de viruela aparece en las costas del golfo de México en 1829. El 10 de marzo de ese año se promulga un decreto-ley, que "faculta al gobierno para gastar hasta 6 000 pesos en la propaganda del fluido vacuno en el Distrito Federal y territorios y cuide su conservación en los Estados".¹⁶⁷ En noviembre de ese año llega la epidemia a la Ciudad de México, por lo que se expide el Reglamento de la Propagación de la Vacuna en el Distrito Federal, para lo que se organizan

juntas de vacunación en cada parroquia. Además se publica un Bando el 21 de diciembre [1829] "con las prevenciones encaminadas a cuidar de la perpetuidad de la vacuna en el D.F."

Según Erosa-Barbachano, las disposiciones concernientes a la propagación de la vacuna a los estados, no se cumple,¹⁶⁸ pero en el informe presidencial se dijo que "se dictaron algunas providencias que han surtido el buen efecto de no dejar progresar esta epidemia desoladora".¹⁶⁹

Como un acto de dirección administrativa del Estado, el entonces secretario de Justicia y Negocios Eclesiásticos, Dn. José Ignacio Espinoza, pide la cooperación de la iglesia para la vacunación por "deseo" del señor vicepresidente de la República Dn. Lucas Alamán, "dadas 'las miras benéficas que se propone en aquella medida de salubridad el Supremo Gobierno y en que tanto se interesa la existencia y prosperidad de la nación'".¹⁷⁰

Lucas Alamán puso mucho interés en los aspectos sanitarios y de prestaciones de servicios de salud, como se hace patente en la Memoria que como Secretario de Estado y del Despacho de Relaciones Interiores y Exteriores presenta en la Sesión del 8 de noviembre de 1823. En el ramo de Sanidad en ese año no se presentaron graves pandemias. Las enfermedades mantuvieron su carácter endémico en los litorales pero no invadieron las tierras altas. Como una disposición sanitaria se ordenó que los correos que llevaban correspondencia de México a Veracruz, llegaran sólo hasta Jalapa, relevándolos ahí personal autóctono para completar el tráfico y viceversa. Aún sin conocer las causas últimas, se sabía que los residentes de aquellas zonas habían adquirido inmunidad natural contra la fiebre amarilla, que azolaba dichas regiones. De este modo se interrumpía efectivamente el mecanismo de transmisión de la enfermedad, evitando que llegaran enfermos a la capital.

Es de primordial interés el capítulo que escribe sobre la vacuna. Lo inicia con la mención al impacto económico que significa, la enfermedad variolosa, por atacar especialmente a "la clase jornalera que habita en los campos y que es tan necesaria para el progreso

de nuestra agricultura". Y dado que la distribución de la vacuna no era ni con mucho la indispensable, sobre todo en provincia,

El gobierno conoció desde luego cuan urgente era propagar de nuevo el pus vacuno, y á este efecto dispuso que las juntas de sanidad de las provincias donde no lo haya, se lo procuren de aquellas más inmediatas donde exista, sea remitiéndolo en hilas, costas ó vidrios, y si estos medios no alcanzasen por el de niños que de una en otra población vayan siendo sucesivamente vacunados, y que conseguido se provea á su conservación formando los reglamentos necesarios para administrarlo, á cuyo fin se circularon de nuevo los que se dispusieron por el gobierno español.

En cambio en el ramo de hospitales, el panorama es desalentador, pues "La ruina de las fortunas de los particulares y la decadencia de la Hacienda pública, han producido el atraso que padecen los réditos de los capitales con que en gran parte se sostenían los establecimientos de beneficencia." Como un paliativo, —y así lo hace saber Alamán— se fundó en la Ciudad de México "una junta de beneficencia á imitación de las de sanidad" así como el encargo al Ayuntamiento de los hospitales que estaban en manos de religiosas hospitalarias, cuyas ordenes fueron suprimidas. A pesar de todo esto, los hospitales estaban en bancarota.

Es interesante que este rubro de hospitales lo trate bajo el Capítulo de Caridad; hay que recordar que, desde el siglo XVIII la mayor parte de estos establecimiento dejaron de pertenecer al patrimonio real, para que fuera la iglesia, o mejor dicho los eclesiásticos quienes los administraran. Ahora, en las condiciones económicas precarias que atravesaba el país, el Estado —ejerciendo su función tutelar— debía retomar esa responsabilidad.¹⁷¹

Otros mandatos gubernamentales relacionados con la salud, destacan el interés del Estado por este aspecto. Por ejemplo, el 17 de junio de 1825, la Primera Legislatura del Estado de Veracruz decreta la convocatoria para investigar sobre "...un antídoto eficaz pa-

ra curar la fiebre amarilla" ofreciendo un premio de cien mil pesos en efectivo. En el mismo Estado de Veracruz, en 1830;

El vicegobernador Manuel Marín Pérez, en la Ley núm. 186, decreta que "los ladrones nativos o avecindados en la Tierra Caliente y [que] conforme a la Ley deben ser condenados a presidio, se destinarán a la policía de Veracruz bajo la inspección del Ayuntamiento."

La explicación de esta Ley se encuentra en el conocimiento de que los individuos "aclimatados" en la región de fiebre amarilla no padecían esta enfermedad.¹⁷²

Es interesante señalar que, en el caso del premio ofrecido, éste quedó desierto, a pesar de que fue reiterado en 1880.¹⁷³

Los trabajos del Dr. Carlos Finlay, de nacionalidad cubana, quien descubrió el mecanismo de transmisión de la fiebre amarilla por medio de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, muriendo incluso de la enfermedad como consecuencia de sus experimentos, los que llevó a cabo en su propia persona, fueron publicados hasta el 15 de agosto de 1881 y aceptados por la Comisión Americana hasta 1901.¹⁷⁴

La "resistencia" que tenían los naturales de las zonas endémicas, se conocía muy bien desde la época colonial, y de ahí las disposiciones preventivas. Ya se ha comentado la referente a los correos y esta de la policía tiene la misma base. La población residente en esas regiones, había adquirido inmunidad por la exposición constante y repetida al agente causal, hubieran o no tenido manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Otra peste que asoló al territorio fue el cólera. Probablemente entró a la república por Tampico y por Yucatán en 1833.

La actuación del gobierno jalisciense se ha tomado en este trabajo como ejemplo de lo que la administración pública llevó a cabo en ese conflicto.

En el mes de febrero de 1832, el Congreso del Estado de Jalisco

solicita de la Junta Superior de Salud Pública del Estado, que conforme

- Un "reglamento minucioso y circunstanciado que comprenda tanto las medidas precautorias que deben tomarse para evitar la internación del *cólera morbus*, como para auxiliar a la humanidad doliente en caso de que se verifique el contagio".¹⁷⁵

La Junta respondió que era poco lo que se podía hacer dado el desconocimiento que en el mundo prevalecía sobre el padecimiento, pero recomendó la ventilación y limpieza de las habitaciones y el aseo público. Propuso que todos los médicos de la entidad se integraran en una comisión que estudiara el problema.

El gobernador del Estado, José Ignacio Herrera, mandó publicar el decreto 471 el 23 de febrero de 1832 en el que

se faculta omnímodamente al gobierno para que de acuerdo con su consejo y ayuda a la Junta Superior de Salud Pública dicte todas las medidas que estime convenientes para proveer al Estado de cuantos auxilios necesite si fuera atacado del cólera... erogando para ello los gastos que sean precisos del erario...¹⁷⁶

Por su parte el gobierno de la República, al mando de Anastasio Bustamante, estableció algunas medidas de sanidad internacional, sometiendo a cuarentena a los barcos que procedían o hubieran tocado puntos en los que el cólera existiera.¹⁷⁷

Testimonio de este hecho se encuentra en las Cartas sobre México de Becher, comerciante alemán que arriba a Veracruz el 31 de diciembre de 1831 y que refiere que:

...el primer bote que se nos acercó a un costado [del barco] fue el *Sanitario*, ¡para anunciarnos que, 'como veníamos de Europa, donde señorea-ba el cólera', teníamos que guardar cuarentena!¹⁷⁸

El Ayuntamiento de Guadalajara tomó otras medidas preventivas contra el cólera: el vocal Juan José Serrano propuso, en la sesión del 28 de enero de 1833 la "construcción de 6 carretones que recojan de parte de noche los excrementos que se arrojan en las esquinas". Otro vocal, el 31 de mayo del mismo año, pidió que se construyeran 9 carretones, uno por cuartel, en lugar de los 6 solicitados por Serrano. Pero además el Ayuntamiento ordenó que se construyeran "caños subterráneos grandes en las medianías de las calles para que desagüen en ellas las de las casas".

El 1º de julio de 1833 el mismo Ayuntamiento publica "Las prevenciones contra el cólera", folleto en el que se regulan el comportamiento de los individuos, su alimentación y sus diversiones.

Se nombró un encargado para

vigilar que todas las órdenes de policía dictadas para prevenir el contagio fueran vigorosamente cumplidas, [y] se le asignó la cantidad de \$100.00 mensuales durante el tiempo que durara la epidemia,...¹⁷⁹

El 2 de agosto del mismo año, en el climax de la epidemia, el Ayuntamiento de Guadalajara nombra la Junta de Beneficencia, integrada por el licenciado Gregorio Dávila, vocal del Ayuntamiento, Dn. Francisco Romero, que funge como Secretario, siete vocales y un escribiente. Si bien la Junta funciona con aportaciones voluntarias privadas, el 24 de agosto recibe \$500.00 del Ayuntamiento "pues sus fondos se habían agotado". El 23 de octubre, pasada ya la epidemia, la Junta se disuelve.¹⁸⁰

Si bien la administración pública se mantenía centralizada en la Ciudad de México, como ya se ha dicho antes, el ejemplo de Guadalajara y uno más en Chiapas, publicado en la Gaceta Médica de México del 8 de abril de 1883, en el que un grupo de médicos es comisionado por el gobierno estatal para estudiar el cólera,¹⁸¹ dan muestra de que los Estados estaban comprometidos con las funciones gubernamentales inherentes al cuidado de la salud de sus pobladores.

Pero no solamente en los aspectos epidemiológicos tuvo ingerencia el Estado en esa época. La formación de médicos y farmacéuticos ocupa una buena parte del quehacer gubernamental, creando o modificando escuelas y planes de estudio, quehacer en el que, circunstancialmente, se involucraron los gobernantes, en buena parte como actos propiamente administrativos que les competían, pero además por ser médicos. —Gómez Farías, Mora, Liceaga, tomando medidas en cuanto a la instrucción pública. Así, el 23 de diciembre de 1830 se promulga una ley que prohíbe que estudien cirugía quienes no tengan el Bachillerato en Artes, reúne la medicina y la cirugía en una sola disciplina y regula el ejercicio de médicos y boticarios extranjeros. Un año después, el 21 de diciembre de 1831 se decreta la desaparición del Protomedicato y se crea la Facultad Médica del Distrito Federal, solicitud que el grupo de médicos profesores había efecutado desde 1823.¹⁸²

La Legislatura autoriza al gobierno el 19 de octubre de 1833 para revisar los planes de enseñanza y crear la Dirección de Instrucción Pública.¹⁸³

Gómez Farías emite entonces un bando en el que suprime la Nacional y Pontificia Universidad, la Escuela de Cirugía y establece una comisión formada por Andrés Quintana Roo, Juan José Espinoza de los Monteros, José Luis Mora y José Bernardo Couto, para preparar la reforma educativa.¹⁸⁴

La Dirección de Instrucción Pública creó y organizó con base en la ley del 23 de octubre de 1833, seis establecimientos de Instrucción Pública que fueron:

1° El de Estudios preparatorios que se situó provisionalmente en el Hospital de Jesús.

2° El de Estudios ideológicos y humanidades que se puso en el Convento de San Camilo.

3° El de Ciencias Físicas y Matemáticas que quedó en el Cole-

gio de Minería.

4° El de Ciencias Médicas que se mandó abrir en el ex-convento de Betlemitas.

5° El de Jurisprudencia que se colocó en San Ildefonso.

6° y último, el que se destinó a la enseñanza de la ciencias eclesiásticas, el que se mandó situar en el Colegio de San Juan de Letrán.

Se creó además otro Establecimiento que se consagró para los estudios de Agricultura y se le mandó colocar en el Hospicio Huerta de Santo Tomás.¹⁸⁵

Otra decisión gubernamental importante de esa época se refiere a la enajenación por el Estado de varios establecimientos para la instrucción pública, entre ellos el Hospital de Jesús, cuyo propietario, el Duque de Monteleone —pariente político de los descendientes de Hernán Cortes— no le prestaba la menor atención.

La Junta tuvo una vida efímera, ya que al asumir Santa Anna de nuevo el poder, derogó todas las leyes progresistas que había promulgado Gómez Farías y entre ellas, la existencia de la Junta, reinstalando la Universidad.

Fue hasta el 18 de agosto de 1843 que "se volvió a establecer otra *Junta Directiva General de estudios...*" la que "se instaló en la Universidad, el lunes 29 de septiembre del mismo año.¹⁸⁶

Esta Junta nombró representaciones en los estados de la República. Gracias a ello se restableció en Michoacán el Colegio de San Nicolás, en la antigua Valladolid, hoy ciudad de Morelia.¹⁸⁷

La confusión política que prevaleció en ese entonces, se reflejó naturalmente en la administración pública del país. Así, después de reabierto la Universidad por Santa Anna, en 1834, se reglamentó el 2 de junio la instrucción pública y el 12 de noviembre vió la luz un nuevo plan de estudios. Fué el 29 de abril de 1835 cuando, por ley, se confirmó el restablecimiento de la Universidad. El 9 de noviembre de 1836 se le asigna un presupuesto raquíscico al Establecimiento de Ciencias Médicas y ese mismo año se vuelve a abrir la Escuela de Cirugía.

En 12 de enero de 1842, se dió un Ordenamiento para la enseñanza médica, organizando la Escuela de Medicina y se hizo el Reglamento...¹⁸⁸

La Universidad fue clausurada una vez más por Comonfort en 1857, reabierta por Zuloaga en 1858, cerrada nuevamente por Juárez en 1861, revivida por la regencia y extinguida al fin por Maximiliano en un decreto del 30 de octubre de 1865. La Escuela de Medicina, Cirugía y Farmacia se estableció concluyentemente por decreto del 5 de diciembre de 1867 en la Ley Orgánica de Instrucción Pública.¹⁸⁹

Con relación al ejercicio médico, en este período las principales leyes promulgadas fueron pocas. Así el 18 de noviembre de 1834 se reinvidican

las leyes expedidas por Bucareli en 14 de Mayo de 1777, y por Revillagigedo en 26 de Mayo de 1793 y en 23 de Abril de 1794, por las que se previno á los médicos, boticarios y parteras, que prestaran sus auxilios a los enfermos inmediatamente y a cualquier hora que fueran llamados, y que acudieran a rendir sus declaraciones a la justicia tan luego como fueran citados, incurriendo, de no hacerlo así, en severas penas.

Este bando se refrendó en 1843.¹⁹⁰

Santa Anna establece el pago de impuestos por el ejercicio profesional de comadronas, parteras, dentistas, médicos y cirujanos.

En 1846, en el Reglamento del Consejo de Salubridad se delimitan las responsabilidades de los flebotomianos y de las parteras, para que no realicen determinadas maniobras sin la indicación médica.¹⁹¹

Se ha dicho ya que la administración pública se desarrollaba principalmente en la Ciudad de México, aunque desde luego las provincias hacían lo suyo. Pero la Salud pública fue el aspecto —quizás— que sufrió más de la centralización.

Desde la época temprana del México independiente, el gobierno se preocupa por concluir el "Desagüe de Huehuetoca", que evitaría las inundaciones frecuentes de la ciudad capital, con el consecuente riesgo de epidemias que provocaban. El 18 de abril de 1826 se nombra un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores e Interiores y otro del Gobierno del Estado de México, para que elaboren un informe del estado actual de las obras al presidente Guadalupe Victoria. Sin embargo, aún en 1831, bajo el régimen de Anastasio Bustamante, se promulgan las leyes del 9 de febrero, en la que se autoriza a que el gobierno proceda "desde luego a hacer ejecutar las obras urgentes que demanda del desagüe de Huehuetoca, invirtiendo en ellas hasta la cantidad de veinte mil pesos"; del 6 de abril, en la que se aclara que la autorización de gastos "no se contrae a las del canal solamente, sino que se extienda a todas las que sean necesarias, a juicio de los peritos, para precaver de inundación a la ciudad Federal"; y la del 21 de noviembre, en la que se le autoriza el gasto de cincuenta mil pesos más, con el mismo fin. Además, el 7 de mayo de 1832 se asignan \$50,000.00 para el desagüe de las lagunas del Valle de México.¹⁹² Pero, en 1877, Porfirio Díaz declarará en su informe al iniciar las labores del Congreso que "El desagüe del Valle y Ciudad de México, obra tantas veces proyectada, está de nuevo en estudio, habiéndose comenzado ya algunos trabajos."¹⁹³ Parece que el drenaje de la Ciudad de México es cuento de nunca acabar.

En el aspecto de Policía y buen Gobierno, ya se ha mencionado el bando de Dn. José Mendivil de 1822. (*vide supra*). El 7 de febrero de 1825 se emite nuevamente, así como en 1834 y en 1844. Las variantes entre los diferentes bandos son mínimas.

Durante la gestión de Dn. José Justo Corro, el 20 de marzo de 1837 se promulga la Ley —reglamento provisional para el gobierno interior de los Departamentos— en cuyo artículo 78, refiriéndose a los Prefectos, dice a la letra: "Celaran muy particularmente sobre la propagación y conservación del pus vacuno."¹⁹⁴

El gobierno se mantiene pendiente de los problemas sanitarios

a pesar de los difíciles tiempos que transcurren en todo este período. Dn. José Joaquín Herrera, decreta el 24 de mayo de 1849, la autorización para que el gobierno invierta \$25,000.00 en cada uno de los territorios y \$50,000.00 en el Distrito Federal para combatir el cólera asiático "en caso que llegue esta epidemia". Esto significa una política preventiva importante, pues no se trata de remediar el daño ya instalado, sino de adelantarse a los acontecimientos para no sufrir sorpresas desagradables.¹⁹⁵

Como otro ejemplo, se citarán los reglamentos municipales para el Ayuntamiento de México, el que en su artículo 6 se refiere, entre otras funciones a las de:

Limpia de calles y barrios. Policía de Salubridad y disposiciones dictadas por el consejo superior de Salubridad en lo relativo a los cementerios, pompas fúnebres, vacunas, epidemias, juntas de sanidad o caridad. Registro de médicos, cirujanos y obstetrices.¹⁹⁶

En el México independiente hubo varias instituciones encargadas de la administración de los servicios de salud. Probablemente el más antiguo, salvo el Protomedicato, que obsoleto fuera del régimen colonial, aumentó su ineficiencia por inanición, ya que el Estado no le atendía, pero sus miembros tampoco rompían la inercia que les invadía, como órgano rector, legislativo de los quehaceres médicos y sanitarios surgió el Consejo Superior de Salubridad. Esto sucede hasta 1833, aunque sólo el 4 de enero de 1841 marca la creación definitiva de dicho Consejo. Sin embargo esto no cambió mucho la situación, pues el Consejo era una imitación en cuanto a sus funciones del Protomedicato extinto. Su madurez la alcanzó hasta los años ochentas, cuando el país también guardaba un estado favorable para la estabilización administrativa.

La prestación de servicios por instituciones estatales corre con mejor suerte. Así, el Cuerpo Médico de Cárceles, ya existente en 1820, se encargaba de otorgar servicios médicos en la cárcel Municipal de Belem, en forma ininterrumpida. Fungían como médicos

de emergencias y legistas o forenses. Para 1880, el 15 de septiembre se promulgó una ley que creaba los Servicios Médicos de Comisarías.

Las funciones de estos servicios, comprendían

"dar diariamente consulta á los enfermos pobres de la demarcación y *ministrar la vacuna*; prestar los primeros auxilios, *que antes se obligaba á los médicos civiles inmediatos*, a enfermos y heridos... tomar la primera sangre, reconocer y curar en la Comisaría á los heridos que caigan en poder de la autoridad y asistir a las diligencias de fe de cuerpo muerto; expedir los certificados y redactar la parte correspondiente de los actos que se relacionen con su intervención, describiendo exactamente las lesiones y detallando su clasificación probable; expedir *gratis*, despues de pasar á dar fe del cuerpo muerto, los certificados de defunción que soliciten los necesitados, y *proponer*, por fin, *las medidas de higiene y de salubridad pública* que en su concepto deban dictarse por el Municipio, para el mejoramiento de la demarcación que les está encomendada",¹⁹⁷ (los subrayados son míos).

La misma ley citada, en 1880 crea en el Distrito Federal un Cuerpo de peritos médico-legistas y un Cuerpo Médico Legal, como auxiliares de la Administración de Justicia. Estuvieron encargados, los peritos, de practicar los exámenes toxicológicos frente a la sospecha de envenenamiento; hacer el reconocimiento de las personas; las autopsias de cadáveres que les fueran consignados por la autoridad competente, y de concurrir a las audiencias y diligencias legales a que se les citara. Los miembros del Consejo Médico Legal, fungían como peritos asesores en los casos que lo ameritaran.¹⁹⁸

El período hasta aquí estudiado, ha sido el de formación del Estado Mexicano. Se ha tratado de plantear cómo influyen la administración prehispánica y la colonial española, al enfrentarse, en el sincretismo de una nueva nación. México independiente evoluciona

para conformar un Estado con características propias, pero que contiene los gérmenes de sus antepasados. Ahora ya tiene una identidad y puede, en el porfiriato y en la revolución, crecer y consolidarse por si mismo. Ha obedecido a la historia, haciendo su propia historia.

TERCERA PARTE

MÉXICO HOY Y MAÑANA

CAPÍTULO I

LA SALUD ACTUALMENTE

El Estado Mexicano en la actualidad, ha desarrollado una política social *sui generis*, que permite, dentro del dominio político y la dirección administrativa ejercidas con mayor intensidad y cobertura, la declaratoria de más altos niveles de bienestar y mejores condiciones de vida. Efectivamente, y especialmente en el ámbito de la salud, la mortalidad general ha disminuído para ubicarse entre los parámetros de los países medianamente desarrollados; su estructura se ha modificado desplazando de los primeros lugares a los padecimientos infecciosos y parasitarios para ocupar su lugar los crónico-degenerativos como la diabetes y los tumores.

Han elevado su frecuencia los accidentes y las muertes violentas y han descendido un poco las tasas de mortalidad materna e infantil. En cuanto a la morbilidad, también se ha modificado. Las enfermedades transmisibles vulnerables por vacunación como la poliomielitis, la tosferina, el sarampión y la tuberculosis de las meninges han descendido significativamente. De difteria prácticamente ya no hay casos y el tétanos ha sufrido muy ligeras modificaciones favorables; hay un aumento considerable en las enfermedades no transmisibles que han desplazado a las de transmisión sexual y a la tuberculosis.

Los servicios de salud han crecido en tamaño y extensión. Su organización ha sufrido los cambios propios de ese crecimiento que, aunque no necesariamente siempre ha sido adecuado y favorable para resolver los problemas de salud del país, sí ha tenido importantes impactos en beneficio de la población. El mejor ejemplo de ello es la extensión de los servicios a la población rural por me-

dio de la solidaridad social, sistema que se conoce con el nombre de IMSS-COPLAMAR. Paralelamente, se han hecho esfuerzos para aplicar un modelo de atención primaria a la salud en las áreas urbanas y suburbanas, con resultados desiguales en las diferentes instituciones que integran el sector salud. Se puede considerar como el mejor avance en la administración pública de los servicios de salud a la reforma constitucional del Artículo 4º.

Hasta antes de las recientes tendencias constitucionales, el derecho a la salud era sólo una parte de los servicios asistenciales y de las prestaciones otorgadas por la seguridad social, (...) Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud no sólo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose, al lado de aquellos, en la cada vez más larga lista de los derechos sociales.¹⁹⁹

Dentro del Estado capitalista la administración pública va invadiendo las funciones de la sociedad civil (*vide supra*). Esta invasión se lleva a cabo, entre otras maneras, a través del otorgamiento de derechos y garantías que, aún significando obligaciones para el Estado, también requieren correspondencia de la sociedad civil. La dirección administrativa la ejerce el gobierno por medio de los servicios que brinda a la población, ya que esto implica reforzar ciertas jerarquías para la producción de subjetividad. (véase el capítulo VI).

El Estado reconoce, califica, selecciona y jerarquiza dichas necesidades; asigna, organiza y usa recursos escasos, y produce resultados que afirman como deseables y benéficos para las necesidades y exigencias planteadas.²⁰⁰

Esta cita confirma el planteamiento de este trabajo.

En México el Estado tiene una característica congénita: resultado del absolutismo español y con influencia del despotismo prehispánico, es paternalista, autoritario y con un ejecutivo fuerte. "La

Constitución de 1917 expresa y reconoce (...) la concepción y legitimación del Estado como institución central y rectora.²⁰¹ Pero la estructura social mexicana es heterogénea, también por razones congénitas. La concepción sociológica de la España del siglo XVI que se desborda en el mestizaje —otro mestizaje que se une al árabe-español— permite la creación de una nueva nación: la mexicana, la que, a pesar de muchas crisis de identidad, se ha consolidado en ese mosaico armonizadamente desordenado que es nuestra sociedad "heterogénea". Pues esa sociedad accede a los servicios de cuatro maneras fundamentales: como autoproducción, que puede ser individual, por medio de remedios caseros o algún tipo de medicina tradicional, que produce y consume los servicios sin intervención del mercado; como tipo mercantil bajo control público o no regulado, en los servicios privados "científicos" o en la medicina tradicional y las llamadas paralelas. La relación es de compra-venta del servicio y lo demanda población con cierta capacidad económica que le permite pagar por el servicio; un tipo más es el de transferencias institucionales públicas que pueden ser con pago inmediato como los ofrecidos a población abierta por las diversas instituciones de salud y que cobran "cuotas de recuperación" por ejemplo. Pueden ser con "cuota fija", como todas las instituciones públicas de la seguridad social, y pueden ser sin aportación monetaria, como la solidaridad social. Por último, un cuarto tipo se refiere a transferencias institucionales privadas que otorgan ciertos servicios por contrato (como obligación constitucional señalada en el Artículo 123), por derecho, como los empleadores lo reciben del IMSS y por beneficencia, como los servicios del Hospital Español, el Inglés y otros.²⁰² Esto se traduce que, para 1986, el 50.18% tuviera derecho al IMSS y al ISSSTE,²⁰³ aparte de otras instituciones de seguridad social. La atención a población abierta tiene una cobertura legal del 44%, por lo que teóricamente un 6% de la población quedaría no protegida por el Estado.

El esquema con el que se otorgan los servicios de salud en México obedece a la conformación que históricamente ha venido adqui-

riendo. Las diversas necesidades sociales han condicionado que se crearan instituciones para responder a esas demandas. Esto ha significado tener duplicidades en el otorgamiento de servicios, en la capacidad instalada y una desigualdad en las prestaciones. En 1965, se crea la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública y Seguridad Social que integra a la entonces SSA, al IMSS y al ISSSTE. Se concerta principalmente que las inmunizaciones y la detección de la tuberculosis se efectúe en las tres instituciones a toda la población sea o no derechohabiente de las de seguridad social. Las personas sospechosas de padecer tuberculosis son enviadas a la institución a la que pertenecen para su diagnóstico y tratamiento. Se intenta la coordinación en otros programas con menor éxito. Desaparece por decreto presidencial del 26 de noviembre de 1979. En 1977 se establecen los Grupos Interinstitucionales de Programación y Presupuestación Sectorial (GIPPS) que en salud se integran con la SSA, el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, dividido en salud y en seguridad social. Este grupo elabora el Plan Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social, cuyos instrumentos son los Programas de Acción del Sector Público (PASP) y que, sancionados por las instituciones participantes, regulan las actividades anuales de cada institución, conformando entre todos el Marco Sectorial de Salud, Asistencia y Seguridad Social.²⁰⁴ La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 29 de diciembre de 1976, formaliza la reforma administrativa y sectoriza al gobierno.

El 14 de mayo de 1986 por decreto presidencial la sectorización se enuncia así:

Artículo 48. A fin de que se pueda llevar a efecto la intervención, que conforme a las leyes, corresponde al Ejecutivo Federal en la operación de las entidades de la Administración Pública Paraestatal, el Presidente de la República las agrupará por sectores definidos, considerando el objeto de cada una de dichas entidades en relación con la esfera de su competencia que ésta y otras leyes atribuyen a las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos.²⁰⁵

El Sector Salud inicialmente no agrupa al IMSS, al ISSSTE y al DIF, de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 22 de diciembre de 1976.²⁰⁶

Las reformas de 1982 le confieren a la SSA la conducción de "la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinan."²⁰⁷ El 5 de febrero de 1983 se adiciona el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, elevando a rango constitucional el derecho a la protección de la Salud y previniendo una ley reglamentaria.²⁰⁸ Así el 7 de febrero de 1984 se publica la Ley General de Salud (D.O. 2ª. Sección, p.14 y sig.). Para dar congruencia a la dependencia con la Ley, el 21 de diciembre de 1984 se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en sus artículos 26 y 39 para cambiar el nombre de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de Salud y ajustar sus funciones para "Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud..."²⁰⁹

Actualmente el Sector Salud se conforma con: La Secretaría de Salud, como coordinadora sectorial, dos subsectores, uno que agrupa a los Institutos Nacionales de Salud que son los de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría, y el Hospital Infantil de México; el otro subsector es el de asistencia social que está constituido por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de la Senectud. Además, consta de las funciones, programas y servicios de salud, del IMSS, del ISSSTE y de las demás dependencias de la administración pública federal que otorgan servicios médicos. Como puede verse, este sector es funcional y no exclusivamente estructural. Esto ha permitido que las instituciones de seguridad social mantengan su unidad administrativa y financiera, su

particularidad operativa, pero se integren en lo técnico-normativo al sector.²¹⁰ Las leyes del Seguro Social y del ISSSTE se modifican en 1982 para normar las relaciones de estas instituciones con la Secretaría de Salud e integrar el Sector y, sobre todo, el Sistema Nacional de Salud.

En otra vertiente, en 1983 se promulga la Ley General de Planeación como norma para el Sistema Nacional de Planeación Democrática. Se integra el grupo básico de Programación Sectorial los Grupos Interinstitucionales. El resultado es el Programa Nacional de Salud 1984-1988 que tiene una característica peculiar: establecer la coordinación, concertación e inducción para relacionar a los gobiernos estatales y municipales y a los sectores social y privado con el gobierno federal.²¹¹ Desde el mandato del presidente López Portillo, se instalan los Coplades (Comités de planeación del desarrollo estatal) y los Coplanu (igual pero para el municipio) que han venido funcionando hasta donde históricamente es posible, pero que significan una infraestructura útil y funcional para la integración de una futuro Sistema Nacional de Salud.

Como se ha visto especialmente en este capítulo, la administración pública de las instituciones de salud en México en los últimos años ha incrementado su participación y ha extendido su cobertura mucho más que en los períodos históricos anteriores.

Diferentes etapas en la evolución del capitalismo conducen a organizaciones distintas de la relación entre las clases. Esta relación determina —condiciona a veces— las modalidades que adopta el sistema político y, por lo tanto, el Estado en su intervención social.²¹²

Rodríguez Araujo nomina al estado Mexicano como "bonapartista", basándose en tres características: el dominio político sobre la burguesía por medio de la burocracia política y la economía regida por el Estado; una alianza y control administrativo de las clases populares y la corporativización de las masas; la legitimación de lo interno a través de la política exterior y el papel de intermediario

que ejerce el Estado en las negociaciones internacionales. Esto resulta en un gobierno que, como en el caso de Luis Bonaparte se apoya en los campesinos y en los obreros, es autoritario y las clases sociales son débiles. Por lo tanto el ejecutivo es fuerte y el legislativo sumamente débil.²¹³

La lucha de clases, las revoluciones burguesas como la de 1910 y la rivalidad entre los poderes, generaron el acrecentamiento de las funciones del Estado y consecuentemente la organización gubernamental.²¹⁴

El Estado Mexicano en este período crítico sin duda, cumple con la ley de la centralización de la administración pública enunciada por Marx. La proliferación de instancias, el crecimiento del aparato burocrático, la extensión de la política social, fortalece al poder ejecutivo, paradójicamente, aunque la descentralización administrativa sea una de las finalidades y de las estrategias que con mayor intensidad se ejercen. La descentralización administrativa consolida la centralización política.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVAS

A partir de 1987, se inicia en el país el proceso de sucesión presidencial. En el ambiente de una grave y creciente crisis económica, se plantea la disyuntiva entre reducir el gasto social o poner en peligro la estabilidad que se ha sostenido durante seis décadas en el país, en cuanto a la ausencia de enfrentamientos armados intestinos.

El gobierno optó por mantener en los límites tolerables el gasto social y asimismo continuar con la política social —refiriéndonos en

este caso a la salud— que ha venido ejerciendo durante prácticamente toda su historia.

México tiene un franco avance en este campo, muy por encima de muchos otros países, incluso más desarrollados económicamente. Los logros ya señalados, aunque no totalmente satisfactorios, son alentadores. Así por ejemplo, los ya mencionados GIPPS propusieron en los Programas de Acción del Sector Público (PASP) referentes a salud y seguridad social, un esquema de atención primaria a la salud, con tres niveles de atención, en 1977, un año antes de que en la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, en Alma Ata, URSS, se discutieran estas estrategias.

El proceso de integración de un Sistema Nacional de Salud debe continuar. México cuenta ya con una infraestructura de Servicios de Salud que le permitirá dar el paso hacia la creación de un Sistema Nacional de Seguridad Social que se extienda a toda la población, permitiendo una igualdad en la prestación del derecho a la protección de la salud, ya que la seguridad social implica el otorgamiento de prestaciones para el bienestar integral y no solamente de atención médica, lo que incrementaría el nivel de vida de la población en general.²¹⁵

Las acciones presentadas en los escenarios 1989, 1994 y 1998, son de gran valor para la previsión de todo el sistema en cuanto a la secuencia de pasos que se señalan en cada uno de los capítulos. Así pues parece lógico que para la integración del sistema se continúe con los estudios de factibilidad y el mejoramiento de los diagnósticos de salud, así como las adecuaciones al marco legal en lo jurídico, fiscal y administrativo, ya muy avanzadas, y la homologación, coordinación y concertación dentro del sector y con otros sectores. La segunda fase de evaluación a la mitad del período, será de gran utilidad para proponer y efectuar los ajustes y la corrección de desviaciones que se requieran. Esto siembra las bases para poder, al final del sexenio (1994), consolidar el control sobre el sistema, evaluando suficiencia, eficiencia, cobertura y midiendo el impacto o efecto sobre la situación de salud de la población.

En la consolidación de la descentralización es fundamental el fortalecimiento del municipio como cédula primordial de todo el sistema, ya que si funciona en este nivel, queda prácticamente garantizado su funcionamiento en la jurisdicción, el estado y la región. Esto no significa que la sumatoria de los municipios conforme los otros niveles. Resulta indispensable reforzar los Coplades y Coplamu. Sería su integración la que garantice su consolidación. La planeación de funciones generales en los niveles geográficos intermedios permitirá una significativa disminución en el gasto tanto financiero como de fuerza de trabajo, aplicando procesos ergonómicos en la formación, capacitación y mantenimiento del fundamental recurso humano. Así, al finalizar el período, se habrá reforzado no solo a la instancias operativas, sino también a las normativas mediante un proceso depurativo que no permita la indefinición de funciones en los niveles centrales.

Logrados los principales objetivos, el esquema de atención primaria universal podrá ser implantado, ya que habrán desaparecido los principales obstáculos y cuellos de botella que actualmente lo dificultan. Del mismo modo, se podrá aspirar a mejores niveles de calidad en la atención, adoptando la tecnología apropiada, desarrollando personal capacitado, y utilizando los recursos óptimos. Las normas serán más aplicables y razonables, la supervisión más útil, fácil y completa y la coordinación más eficiente. La consolidación del servicio civil de carrera en el sistema, será un logro encomiable, así como la certificación profesional y la funcionalidad de colegios y concejos para las diferentes disciplinas de la atención a la salud.

Uno de los problemas quizá más trascendentes en la administración pública de los servicios de salud es el financiamiento de las diversas instituciones. Las condiciones históricas han generado los diferentes mecanismos de financiamiento de dichas instituciones, especialmente las que atienden a la llamada población abierta. El financiamiento del sistema nacional de salud debe ser en sí un mecanismo redistributivo de la riqueza y no un elemento que favorezca estamentos en la población. Una relación razonable entre finan-

ciamiento y gasto es garantía de una buena atención a la salud, además de reflejar una buena administración, que permita la liberación de recursos en los rubros optimizados, para ser utilizados en investigación y desarrollo de la salud.

Cabe destacar por su importancia, las numerosas alusiones a la ventaja de impulsar las acciones médico preventivas como una política fundamental del sistema. A ello lo complementa la asignación de funciones de salud pública a las instituciones de seguridad social, como un modelo definido para incrementar la eficiencia de los recursos dedicados a la encomiable tarea de mejorar, mantener y superar la salud individual, familiar y colectiva de nuestro país.

CONCLUSIONES

1. La división de la sociedad en clases provoca la dicotomía de la atención médica en medicina de pobres y medicina de ricos.
2. El trabajo intelectual y dentro de éste, el trabajo médico, se reducen a trabajo abstracto en el modo de producción capitalista y sufren la atomización de tareas como el trabajo fabril, para abatir los costos de producción, sufriendo la aplicación del "Principio de Babbage" y de las técnicas "Taylorianas".
3. La formación de recursos humanos para el ejercicio de la prestación de salud está enfocada hacia la restauración del daño y no considera al hombre en su contexto social. Se dirige hacia las enfermedades y no hacia el enfermo.
4. Los insumos para la prestación médica se producen y se adquieren bajo un modelo de dependencia tecnológica, cultural y económica de las metrópolis desarrolladas y no con base en las necesidades reales del país.
5. La prestación del cuidado médico se produce como mercancía en el capitalismo.
6. El trabajo intelectual o improductivo favorece la circulación de la plusvalía al objetivarla en la valorización del producto.
7. La relación de dominio-sumisión entre el médico y el paciente está determinado por la acción de las jerarquías de la sociedad capitalista en la producción de la subjetividad.
8. En el capitalismo, la salud se maneja como categoría filosófica y no como concepto científico. Se le considera el "método general" para explicar globalmente el fenómeno salud-enfermedad.
9. Este concepto de salud es clasista dominante, y sirve para reproducir la ideología capitalista al considerarlo una norma social.
10. La salud es un instrumento de la administración capitalista para ejercer el dominio político y la dirección administrativa.
11. La prestación de servicios de salud como instrumento de go-

- bierno tiene sus antecedentes en la "policía médica", del cameralismo alemán.
12. La manera en que se otorgan los servicios médicos en la actualidad, depende de como se conforma la "policía médica" en los países europeos metropolitanos de la América Colonial.
 13. La medicina entre los aztecas se profesaba como una artesanía enseñada de padres a hijos, sin la intervención del Estado. Este, sin embargo, tenía importantes funciones de salud pública. Entre los mayas, también la enseñanza es de tipo familiar y oral, pero estaba regida por los sacerdotes la autorización para practicar el arte médico-religioso de la curación.
 14. La conquista de la Nueva España se desarrolla paralelamente con la terminación del feudalismo en España. Las instituciones socio-económicas son de un capitalismo incipiente y muy poco medievales.
 15. El humanismo de España, expresado por Vitoria, las Casas, Córdoba y Montesinos, determina la condición de los indios como humanos, y por lo tanto, su relación con el Estado novohispano, prevaleciendo el convencimiento sobre la fuerza en lo jurídico, aunque en la realidad hubiera habido abusos graves, éstos siempre fueron denunciados ante el rey, quién sentenció siempre en favor de aquellos, como sus súbditos que eran.
 16. La influencia árabe-judía en España hace que los hospitales sean una institución habitual y necesaria para el Estado español, por lo que en México, la creación de hospitales es una práctica común de los conquistadores.
 17. La participación del Estado novohispano en la salud pública y el ejercicio de la medicina es prácticamente inmediato a la consolidación política. La creación del protomedicato es uno de los actos de administración pública de la salud más tempranos. Le sigue la creación de la escuela de medicina en Tlaltelolco.
 18. El Estado monárquico absolutista español —transportado a la Nueva España— expropia las funciones de la sociedad civil mediante la centralización de la administración pública. Ejerce el

dominio político sobre las funciones económicas y dicta minuciosamente las directrices administrativas —por ejemplo, a través del protomedicato— de esa sociedad civil que se enfrenta al Estado tutelar característico del modo de producción capitalista.

19. La centralización del poder en España repercute en la administración de los hospitales de la Nueva España. La crisis económica del Siglo XVII había provocado la privatización de muchos hospitales en manos del clero, y la desaparición de otros. Sin embargo, en el Siglo XVIII retorna a la corona y consecuentemente al virreinato la administración de los hospitales por medio de los ayuntamientos. De 1730 a 1821, la administración pública de los servicios de salud sufre una centralización mayor que en los años anteriores.
20. La administración pública de los servicios de salud se orientó hacia los aspectos de salud pública. Se modifica el concepto de atención al individuo —a través del hospital— por la tutela administrativa a las comunidades por medio de los servicios públicos. La curación al enfermo, se privatiza dejándola en manos de la iglesia. Pero en las epidemias, problema de salud pública, el Estado interviene con medidas tan importantes como la vacunación y el aislamiento de enfermos, así como exigiendo el cumplimiento de medidas de higiene personal y pública.
21. El México independiente, a pesar de la difícilísima situación económica, política y social que soporta, nunca deja de preocuparse por la salud de sus habitantes. A pesar de la centralización de los servicios en la ciudad de México, los Ayuntamientos estatales mantienen vigentes las disposiciones de administración pública referentes a la vacunación, a la investigación científica en medicina, a la atención hospitalaria, a la enseñanza y en fin, a todos los aspectos de salud individual y colectiva que la policía y buen gobierno establece.
22. La política de salud del Estado Mexicano actual, es consecuencia de su historia. El gobierno, desde la Colonia hasta hoy, nun-

ca se ha desligado de la preocupación de la salud de los habitantes. La culminación de la administración pública es haber establecido el Derecho Constitucional a la protección de la salud. El dominio político y la dirección administrativa de la administración pública capitalista se ha dado indudablemente en el Estado Mexicano. Sin embargo, la relación social entre el gobierno y la población no ha perdido el sello que, que hace ya cerca de quinientos años, le diera el humanismo español de Vitoria y el legalismo de Hernán Cortés: el predominio del *Ius intergentes* sobre el *Ius naturalé* que determinó las conquistas de otros países.

NOTAS

- ¹ ILLICH, IVAN, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, versión directa al español de Juan Tovar. Joaquín Mortiz, S. A., México, 1978.
- ² LAURELL, CRISTINA, "Medicina y capitalismo en México", *Cuadernos Políticos*, núm. 5, jul.-sept. 1975:80.
- ³ MERCER, HUGO, "Medicina, política y sociedad", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, núm. 84, 1978.
- ⁴ DA SILVA AROUCA, A. S., "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención", *Medicina: economía y política, Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Año XXII, Nueva Época, núm. 84, abril-junio 1976, p. 38.
- ⁵ POLACK, J. C., *La medicina del capital*, traducción Lina Bumaza y Eduardo Bronchelo Gilisolo. ed. Fundamentos, Madrid, 1974, p. 17.
- ⁶ BERLINGUER, G., *Medicina y política*. Ediciones círculo de estudios, México, 1977, p. 28.
- ⁷ PARACELSO, *apud* Polack, J.C., *op. cit.*, p. 20.
- ⁸ POLACK, J. C., *op. cit.*, p. 21.
- ⁹ BERLINGUER, G., *op. cit.*, pp. 92-93.
- ¹⁰ OPS-OMS, *Las condiciones de salud en las Américas. 1981-1984*. Publicación científica, núm. 500, OPS, Washington, 1986, p. 191.
- ¹¹ OMS, *Atención primaria de salud*, conferencia internacional. Alma - Ata, 6 al 12 de septiembre de 1978, Rusia, p. 25
- ¹² MARX, KARL, *El Capital*, libro I, capítulo VI, (inérito) traducción y notas de Pedro Scaron, presentación de José Arico. Biblioteca del pensamiento socialista. Serie Los Clásicos. 6ª edición, Siglo XXI México, p. 80.
- ¹³ MARK, KARL, *op. cit.*, p. 82.
- ¹⁴ DA SILVA AROUCA, A. S., *op. cit.*, pp. 37 y 42.
- ¹⁵ POLACK, J. C., *op. cit.*, p. 39
- ¹⁶ En el sector público la atención médica se intercambia por cuo-

- tas "de recuperación", obrero-patronales o de trabajo de beneficio social. En el sector privado, por dinero.
- 17 DA SILVA AROUCA, A. S., *op. cit.*, p. 43.
 - 18 GLUCKSMANN, ANDRÉ, *Hacia la subversión del trabajo intelectual*, traducción de Óscar Barahona y Uxoá Doyhamboure, prólogo de Julián Meza. Serie popular Era, ed. ERA. S. A., México, 1976, p. 93.
 - 19 GLUCKSMANN, A., *Idem.*, p. 98.
 - 20 OPS-OMS "Las enfermedades transmisibles en el hombre". Washington, 1972.
 - 21 LENÍN, "Materialismo y empiriocriticismo", *Obras escogidas en doce tomos*, tomo IV, ed. Progreso, Moscú, 1976, p. 119.
 - 22 BARRIENTOS, L. M., "La categoría filosófica de materia", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, XX-78, oct.-dic., 1974, pp. 89-94.
 - 23 OPS-OMS, Plan Decenal de Salud para las Américas, Documento Oficial núm. 118, Washington, enero 1973.
 - 24 OPS-OMS, *Idem.*, p. 5.
 - 25 ALTHUSER, LOUIS, "Ideología y aparatos ideológicos del Estado. (Apuntes para una investigación)" *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, XX-78, oct.-dic., 1974, p. 10.
 - 26 ALTHUSER, LOUIS, *Idem.*, p. 11.
 - 27 MARX, KARL, *Crítica de la filosofía del Estado de Hegel*, ed. Grijalvo, México, 1968, p. 11.
 - 28 MARX, KARL, *Idem.*, p. 13.
 - 29 Cfr. MARX, *op. cit.*, pp. 11-13.
 - 30 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), Título 1, Capítulo 1, Artículo 4º, 36ª ed., Porrúa, México, 1968, pp. 7-8.
 - 31 MARX, KARL, "La cuestión judía", *Los anales franco-alemanes*, 2ª, ed. Martínez Roca, Barcelona, 1970, pp. 232-233.
 - 32 MARX, KARL, *Crítica...*, *op. cit.*, p. 84.
 - 33 GUERRERO, O. O., "La administración pública del Estado capitalista", tesis de doctorado, FCPS, DES, UNAM, p. 95.
 - 34 MARX, KARL, "Las luchas de clases en Francia de 1848 a 1850",

- Obras escogidas en dos tomos, tomo I*, ed. Progreso, Moscú, 1977.
- 35 GUERRERO, O. O. *op. cit.*, p. 253.
- 36 MARX, KARL, *El Capital*, 5ª ed. Siglo XXI editores, tomo I, vol. I, capítulo VIII, México, 1977, p. 354.
- 37 POLACK, J. C., *La medicina del capital*. ed. Fundamentos, Madrid, 1974, p. 31.
- 38 LAURELL, A. C., *et. al.*, "Enfermedad y desarrollo. Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, XXII-84, abril-junio, 1975, p. 156.
- 39 DA SILVA AROUCA, A. S., "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención". *Ibidem.*, pp. 37-38.
- 40 Cfr. GONZÁLEZ CASANOVA, P., *Sociología de la explotación*, Siglo XXI ed, México, 1971, *apud* Da Silva Arouca, A. S., *op. cit.*, p. 44.
- 41 GUERRERO, O. O., "Dialéctica de la administración pública". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. XXIV-92, abril-junio, 1978, p. 75.
- 42 GUERRERO, O. O., *La Teoría de la Administración Pública*. Harper & Row Publishers, HARLA, México, 1986, p. 3.
- 43 GUERRERO, O. O. *Id.*, p. 4.
- 44 GUERRERO, O. O., *Id.*, p. 21.
- 45 ROSEN, G., *De la policía médica a la medicina social*, traducción de Humberto Sotomayor Salas, Siglo XXI ed. México, 1985, p. 140.
- 46 ARTEAGA NAVA, E., *La Constitución Mexicana comentada por Maquiavelo*. Siglo XXI editores. y UAM-Azcapotzalco, 1987, p. 17.
- 47 ROSEN, G., *op. cit.*, pp. 144-145.
- 48 ROSEN, G., *op. cit.*, pp. 146-147.
- 49 BREIHL, J., "La medicina comunitaria, ¿una nueva policía médica?" *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales.*, núm. 84, año XII, Nueva Época, abril-junio, FCPS-UNAM, México, 1976. p. 62.

- 50 DEUTSCHER, L., *Las raíces de la burocracia*, citado por Breilh, J., *op. cit.*, p. 62.
- 51 BREIHL, J., *op. cit.*, p. 61.
- 52 ROSEN, G., *op. cit.*, p. 158.
- 53 ROSEN, G., *Idem.*, p. 169.
- 54 ROSEN, G., *Idem.* pp. 173-175.
- 55 GUERRERO, O. O., *La teoría...*, *op. cit.*, p. 322.
- 56 ROSEN, G., *op. cit.*, pp. 181-227.
- 57 WITTFOGEL, KARL A. *Despotismo oriental. Estudio comparativo del poder totalitario.* ed. Guadarrama, Madrid, 1966. pp. 41 y siguientes.
- 58 WITTFOGEL, K. A., *Ibid.*
- 59 RÜSTOW, *apud* Wittfogel, *op. cit.*, p. 47.
- 60 HERNÁN CORTÉS Y BERNAL DÍAZ DEL CASTILLO, citados por Wittfogel, *op. cit.*, p. 56 (nota).
- 61 ARMILLAS, *apud* Wittfogel, *op. cit.*, p. 57 (nota).
- 62 WITTFOGEL, KARL A., *op. cit.*, p. 125.
- 63 WITTFOGEL, KARL, A., *Ibidem.*, p. 326.
- 64 SOMOLINOS, D'A. G., "i. Medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la conquista". *Capítulos de historia médica mexicana*, Sociedad Mexicana Hist. Filos. Méd., México, 1978, p. 24, nota 16.
- 65 SOMOLINOS, d'A. G., *Ibid.*, p. 68.
- 66 LEÓN PORTILLA, MIGUEL. *La filosofía Náhuatl estudiada en sus fuentes.* Instituto Indigenista Interamericano, México, 1956, p. 92.
- 67 SOMOLINOS D'A. G., *op. cit.*, p. 70 y siguientes.
- 68 BARQUÍN, M., *Historia de la medicina. Su problemática actual*, 5ª. ed. F. Méndez Oteo, México, 1980. p. 78.
- 69 SOMOLINOS, G. D'A., *op. cit.* p. 91.
- 70 CASTILLO FERRERAS, VÍCTOR M., "Los mexicanos y su sociedad", *Historia de México*, tomo 3, Salvat, México, 1974, pp. 247-253.
- 71 LEÓN PORTILLA, MIGUEL, "La educación entre los mexicas",

- Historia de México*, tomo 3, Salvat, México, 1974, pp. 279-290.
- 72 BARQUÍN, M., *op. cit.*, pp. 77-78.
- 73 BENAVENTE, FRAY TORIBIO DE (MOTOLINIA), *Relaciones de Nueva España*. 2ª ed., UNAM., México, 1964., p. 130.
- 74 BARQUÍN, M. *op. cit.*, pp. 94-95.
- 75 GURRÍA LACROIX, S., "El Hallazgo de América y el descubrimiento de México" *Historia de México*, tomo 4. Salvat, México, 1974, p. 2.
- 76 Cfr. *Pequeño Larousse Ilustrado*, "España". Ediciones Larousse, París, 1976, 2ª parte, pp. 1275-79.
- 77 ZAVALA, SILVIO, *Ensayos sobre la colonización española en América*. SepSetentas núm. 12, México, 1972, p. 105.
- 78 GUERRERO, O. O., *La administración pública del Estado capitalista*. ed. INAP., México, 1979, pp. 172 y siguientes.
- 79 ROJAS GARCIDUEÑAS, J. J., *Vitoria y el problema de la conquista en Derecho Internacional*, bajo el signo de "abside", núm. 6, México, 1983, p. 21.
- 80 ZAVALA, S., *op. cit.*, p. 17.
- 81 ZAVALA, S., *Ibidem.*, p. 39.
- 82 ROJAS GARCIDUEÑAS, J. J., *op. cit.*, p. 26.
- 83 GURRÍA LACROIX, J., *op. cit.*, p. 3.
- 84 ROJAS GARCIDUEÑAS, J. J., *op. cit.*, pp. 24-25.
- 85 HERÍQUEZ UREÑA, PEDRO, *Las corrientes literarias en la América Hispánica*. 2ª ed., FCE, México, 1954, p. 24.
- 86 HENRÍQUEZ UREÑA, P., *Ibidem.*, pp. 20 y siguientes.
- 87 ZAVALA, S., *op. cit.*, p. 53.
- 88 VALERO SILVA, JOSÉ, *El legalismo de Hernán Cortés como instrumento de sus conquistas*. Serie historia, 13. Instituto de Investigaciones Históricas., UNAM, México, 1965. p. 20.
- 89 ROJAS GARCIDUEÑAS, J. J., *op. cit.*, pp. 73 y siguientes.
- 90 VALERO SILVA JOSÉ, *op. cit.*, p. 16.
- 91 MIRANDA, JOSÉ; *Las ideas y las instituciones políticas mexicanas*, primera parte. 1521-1820. UNAM, México, 1978, p. 27.
- 92 MIRANDA, J., *Ibid.*, pp. 30 y siguientes.

- 93 MARTÍNEZ MARÍN, CARLOS, "Los primeros tiempos de la Nueva España", *Historia de México*, tomo 4, Salvat. México, 1974, p. 180.
- 94 CHÁVEZ, IGNACIO, "México en la cultura médica", *México y la Cultura*. SEP., México, 1946, p. 689.
- 95 MURIEL, JOSEFINA, *Hospitales de la Nueva España*. Publicaciones del Instituto de Historia (Primera Serie núm. 35), tomo I, cap. III, México, 1956, p. 49.
- 96 CHÁVEZ, IGNACIO, *op. cit.*, p. 686.
- 97 UNESCO, "El Correo", junio 1974, año XXVII, *passim*.
- 98 SOMOLINOS D'ARDOIS, GERMÁN, *op. cit.* II, *passim*.
- 99 BARQUÍN, M., *op. cit.*, p. 261.
- 100 CHÁVEZ, IGNACIO, *op. cit.*, pp. 690-691.
- 101 BARQUÍN, MANUEL, *op. cit.*, p. 271.
- 102 CHÁVEZ, IGNACIO, *op. cit.*, p. 691.
- 103 MARTÍNEZ MARÍN, CARLOS, *op. cit.*, p. 192.
- 104 OTS CAPDEQUI, J. M., *El Estado español en las Indias*. 4ª ed., México, 1965, p. 67.
- 105 MARTÍNEZ MARÍN, CARLOS, *op. cit.*, p. 193. y siguientes.
- 106 BARQUÍN, M., *op. cit.*, p. 262.
- 107 SOMOLINOS D'ARDOIS, GERMÁN, *op. cit.* II. p. 142 y siguientes.
- 108 BARQUÍN, M., *op. cit.*, 262
- 109 CHÁVEZ, IGNACIO, *op. cit.*, p. 692.
- 110 BARQUÍN, M., *op. cit.*, p. 263.
- 111 FLORESCANO, E., GIL SÁNCHEZ, I. "La época de las reformas borbónicas y el crecimiento económico 1750-1808", *Historia general de México*, 1ª reimpresión de la 2ª ed. corregida, tomo 2. El Colegio de México, México, 1980, p. 185.
- 112 FLORESCANO, E., GIL S. I., *Ibidem.*, p. 193.
- 113 FLORESCANO, E., GIL S. I., *Idem.*, p. 195.
- 114 MIRANDA, JOSÉ, *op. cit.*, p. 144.
- 115 MIRANDA, J., *Idem.*, p. 145.
- 116 MIRANDA, J., *Idem.*, pp. 146-147.
- 117 MIRANDA, J., *Idem.*, p. 149.

- 118 MIRANDA, J., *Idem.*, pp. 147-153.
- 119 MIRANDA, J., *Idem.*, pp. 175-185.
- 120 MIRANDA, J., *Idem.*, pp. 186-187.
- 121 MIRANDA, J., *Idem.*, pp. 187-188.
- 122 MIRANDA, J., *Idem.*, p. 189.
- 123 FLORESCANO, E., GIL SÁNCHEZ, I., *op. cit.* pp. 196-197.
- 124 MURIEL, J. *Hospitales de la Nueva España* Fundaciones del Siglo XVI, Publicaciones del Instituto de Historia, Primera Serie, núm. 35, tomo I, México, 1956, p. 125.
- 125 MIRANDA, JOSÉ, *op. cit.*, p. 224.
- 126 FLORESCANO, E., *et al.*, *op. cit.*, p. 225.
- 127 FLORESCANO, E., *et al.*, *Ibidem.*
- 128 FLORESCANO, E., *et al.*, *Idem.*, p. 228.
- 129 FLORESCANO, E., *et al.*, *Idem.* p. 291 (el subrayado es mío).
- 130 FLORESCANO, E., *et al.*, *Idem.* p. 293.
- 131 VILLORO, LUIS, "La revolución de independencia", *Historia general de México*, tomo 2, 1ª reimpression de la 2ª ed. corregida El Colegio de México, México, 1980, p. 315.
- 132 Para consultar sobre este período, véase entre otras obras: *Historia general de México*, El Colegio de México, 1980. tomo 2, el ensayo de LUIS VILLORO (pp. 303 y sig.); *Historia de la Revolución de Nueva España* de JOSÉ GUERRA (Fray Servando T. de Mier.) IMSS, 1980. 2 tomos (faccimilares); *El Manuscrito Cárdenas*, IMSS, 1980, faccimiliar; *El Indio Mexicano* de CARLOS MA. DE BUSTAMANTE, IMSS, 1981, Faccimiliar; *Historia de México*, Salvat, 1976, tomo 6 *passim*.
- 133 COOPER, DONALD B., *Las Epidemias en la Ciudad de México, 1761-1813*, Serie Historia, Colección Salud y Seguridad Social, IMSS, México, 1980, p. 36.
- 134 COOPER, D. B., *Idem.*, pp. 47-51.
- 135 COOPER, D. B., *Idem.*, pp. 51-52.
- 136 MURIEL, J., *Hospitales de la Nueva España*, *op. cit.*, p. 125.
- 137 MURIEL, J., *Idem.*, pp. 127-128.
- 138 MURIEL, J., *Idem.*, p. 129.

- 139 MURIEL, J., *op. cit.*, tomo II, pp. 223-243.
- 140 VÁZQUEZ, J. Z., "Los primeros tropiezos", *Historia general de México*, tomo 3. 1ª reimpresión de la 2ª ed. El Colegio de México, México, 1981, p. 13.
- 141 VÁZQUEZ, J. Z., "El Imperio Mexicano", *Historia de México*, tomo 7, Salvat editores de México, S. A., 1974, pp. 13-15
- 142 VÁZQUEZ, J. Z., "Los primeros tropiezos", *op. cit.*, p. 15.
- 143 VÁZQUEZ, J. Z., *Idem.*, p. 17.
- 144 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Administración Pública", *México a través de los informes presidenciales*, tomo 5, vol. I, México, 1976, pp. 4 y 41.
- 145 GAMBOA, J. M., *Leyes constitucionales de México durante el siglo XIX*, México, 1901, pp. 313 y siguientes.
- 146 VÁZQUEZ, J. Z., "Los primeros tropiezos", *op. cit.*, pp. 3 y siguientes.
- 147 VÁZQUEZ, J. Z., *Idem.*
- 148 GAMBOA, J. M., *op. cit.*, p. 363.
- 149 GAMBOA, J. M., *Ibidem.*, p. 366.
- 150 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Administración Pública", *op. cit.*, p. 160.
- 151 VÁZQUEZ, J. Z., *op. cit.*, pp. 75-76.
- 152 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Administración Pública" *op. cit.*, p. 195.
- 153 GAMBOA J. M., *op. cit.*, pp. 442-444.
- 154 DE LOS REYES, A., "La segunda república federal y la dictadura Santanista. (1848-1854)", *Historia de México*, tomo 7, Salvat, 1974, p. 147.
- 155 DE LA TORRE VILLAR, E., "La Revolución de Ayutla", *Historia de México*, tomo 7, Salvat, 1974, p. 260.
- 156 DÍAZ, L., "El liberalismo militante", *Historia general de México*, tomo 3, El Colegio de México, pp. 98 y 99.
- 157 HERNÁNDEZ TORRES, ALICIA, "El sitio de Cuautla y las epidemias de 1813-1814", *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. E. Florescano y E. Malvido, compiladores. Colección

- Salud y Seguridad Social. Serie Historia. tomo II. IMSS, 1982, p. 557.
- 158 HERNÁNDEZ, T. A., *Ibid.*, pp. 562-563.
- 159 ARELLANO ZAVALETA, MANUEL en: Bustamente, Carlos María de, *El Indio Mexicano o Avisos al Rey Fernando Séptimo para la pacificación de la América Septentrional*. Edición facsimilar de la de 1817, 1818. Estudio histórico y coordinación de la paleografía, Manuel Arellano Zavaleta. IMSS, México, 1981, pp. CV - CVI.
- 160 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Administración Pública", *México a través de los informes presidenciales 1976*, tomo 5, vol. I México, pp. 41-47.
- 161 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Administración Pública", *Idem.*, p. 47.
- 162 FLORES Y TRONCOSO, FRANCISCO DE ASIS, *Historia de la Medicina en México, desde la época de los indios hasta el presente*, con un prólogo del Dr. Porfirio Parra, ed. facsimilar de la 1ª ed. de la Secretaría de Fomento, México, 1886, advertencia de Gonzalo Aguirre Beltrán, tomo II, IMSS, México, 1982, p. 435. (479 de la ed. facsimilar).
- 163 FLORES Y T. F. A., *Ibid.*, p. 453. (499 de la ed. facsimilar).
- 164 BUSTAMANTE, MIGUEL E., "La situación epidemiológica de México en el siglo XIX", *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, E. Florescano y E. Malvido, compiladores. Colección Salud y Seguridad Social, Serie Historia, tomo II, IMSS, 1982, p. 469.
- 165 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La salubridad general", *México a través de los informes presidenciales*, tomo 12, México, 1976, p. 3.
- 166 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Administración Pública", *op. cit.*, p. 30.
- 167 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Administración Pública", *Idem.*, p. 63 nota 8.
- 168 EROSA-BARBACHANO, ARTURO, "La viruela, desde la independencia (1821) hasta la erradicación", *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, *op. cit.*, tomo II, p. 545.

- 169 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Salubridad General", *México a través de los informes presidenciales*, op. cit., p. 4.
- 170 EROSA-BARBACHANO, A. op. cit., p. 545.
- 171 POINSETT, J. R. *Notas sobre México*. (1822), traducción de Pablo Martínez del Campo, prólogo y notas de Eduardo Enrique Ríos. Editorial Jus, México, 1950, pp. 416-420.
- 172 BUSTAMANTE, M. E., op. cit., p. 418.
- 173 BUSTAMANTE, M. E., *Idem.*, p. 454.
- 174 BUSTAMANTE, M. E. *Idem.*, p. 427.
- 175 OLIVER, LILIA, "La pandemia del cólera morbus. El caso de Guadalajara, Jal., en 1833." en *Ensayos sobre la historia de la epidemias en México*, op. cit., tomo II, p. 569.
- 176 OLIVER, L., *Ibidem.*, p. 569.
- 177 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Salubridad General" op. cit., p. 4.
- 178 BECHER, C. C., *Cartas sobre México. La República Mexicana durante los años decisivos de 1832 y 1833*, traducción, notas y prólogo de Juan A. Ortega y Medina. Nueva Biblioteca Mexicana núm 3, Facultad de Filosofía y Letras UNAM, México, 1959, p. 58.
- 179 OLIVER, L., op. cit., pp. 570-572.
- 180 OLIVER, L. *Idem.*, pp. 574-575.
- 181 RUIZ Y SANDOVAL, GUSTAVO, "La enfermedad coleriforme de Chiapas", *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, op. cit., tomo II, p. 584.
- 182 FLORES Y TRONCOSO, FRANCISCO, DE ASIS, *Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta la presente*, op. cit., tomo III, p. 19 (21 de edición facsimilar).
- 183 FLORES Y T. F. A., *Idem.*, tomo III, p. 19 (21 de edición facsimilar).
- 184 MARTÍNEZ CORTÉS, FERNANDO, *¿Sirve para algo la Historia de la Medicina?* Scie El Preguntador, núm. 2, Editorial del seminario la medicina del hombre en su totalidad, S. A. de C. V. México, 1981, p. 50.

- 185 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *op. cit.*, pp. 21-22 (23 y 24 de la edición faccimilar).
- 186 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *Idem.*, p. 29 (33 de la edición faccimilar).
- 187 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *Ibidem.*, p. 29 (33 de la edición faccimilar).
- 188 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *Idem.*, p. 766 (828 de la edición faccimilar).
- 189 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *Idem.*, p. 767 (829 de la edición faccimilar).
- 190 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *Idem.*, p. 768 (830 de la edición faccimilar).
- 191 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *Ibidem.*, p. 768 (830 de la edición faccimilar).
- 192 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Ciudad de México", *México a través de los informes presidenciales*, tomo 16, vol. I, México, 1976, pp. 20, 60-61.
- 193 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Ciudad de México". *Idem.* vol. 2., p. 122.
- 194 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Ciudad de México". *Idem.* vol. 1., p. 111.
- 195 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Ciudad de México". *Idem.*, p. 323.
- 196 SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA, "La Ciudad de México". *Idem.*, p. 430.
- 197 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *op. cit.*, tomo III, p. 773 (837 de la edición faccimilar).
- 198 FLORES Y TRONCOSO, F. de A., *Idem.*, p. 774 (838 de la edición faccimilar).
- 199 DÍAZ ALFARO, S., "Derecho Constitucional a la protección a la salud", *Derecho constitucional a la protección de la salud*, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa S. A. Librero-Editor, México, 1983, pp. 16-17.
- 200 KAPLAN, M., "El derecho a la protección de la salud y el estado

social de derecho", *Derecho constitucional... op. cit.*, p. 38.

²⁰¹ KAPLAN, M., *Idem.*, p. 49.

²⁰² "La respuesta social al proceso de salud-enfermedad en México", *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2 000. 4 Salud*. 2ª ed. COPLAMAR., Siglo XXI editores, S. A. de C. V., México 1983, pp. 124-133.

²⁰³ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, *Las razones y las obras. Gobierno de Miguel De la Madrid*. Crónica del sexenio 1982-1988. Cuarto año. FCE., México, 1987, Apéndices p. 779.

²⁰⁴ SOBERÓN, G., *et. al.*, *Hacia un sistema nacional de salud*. UNAM, s/f, pp. 149-150.

²⁰⁵ SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, "Decreto por el que se reforma la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal", *Diario Oficial*, 14 de mayo de 1986, p. 2.

²⁰⁶ ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, "Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Reglamentos interiores", *Diario Oficial*. Miscelánea documental núm. 12, Secretaría de Gobernación, México, Septiembre de 1985, pp. xxxvii y siguientes.

²⁰⁷ ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, *Idem.*, p. xxvi.

²⁰⁸ ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, *Idem.*, p. xxxii.

²⁰⁹ ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, *Idem.*, p. xxxiv.

²¹⁰ OPS-OMS, grupo de estudio, "Características de la organización de la atención médica en México/1964-1984. Informe". Enero de 1985, p. 17.

²¹¹ OPS-OMS, *Ibid.*, p. 19.

²¹² RODRÍGUEZ ARAUJO, O., *La reforma política y los partidos en México*. Siglo XXI editores, México, 1979, p. 19.

²¹³ RODRÍGUEZ ARAUJO, O. *Idem.*, p. 22.

²¹⁴ GUERRERO, O. O., "La administración pública congresional", *Cuadernos de Política y Administración Pública* núm 1., fotocopia s/f, p. 5.

²¹⁵ IEPES, "Planeación para la consolidación del Sistema Nacional de Salud". Sesión de Puebla, marzo, 1988, *passim*.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTHUSER, LOUIS, "Ideología y aparatos ideológicos del Estado". (Apuntes para una investigación). *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*. XX-70. Oct.-dic. 1974. p. 10
- ARELLANO ZAVALA, MANUEL. "Estudio histórico y coordinación de la paleografía". Bustamante, C. M. *El indio mexicano o avisos al Rey Fernando séptimo para la pacificación de la América Septentrional*. IMSS. México, 1981.
- ARTEAGA NAVA, E. *La Constitución Mexicana comentada por Maquiavelo*. Siglo XXI editores y UAM-Azcapotzalco, 1987.
- BARQUÍN, M. *Historia de la medicina. Su problemática actual*. 5ª ed. F. Méndez Oteo. México, 1980.
- BARRIENTOS, L. M. "La categoría filosófica de materia". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*. XX-78, oct.-dic. 1974. p. 89.
- BECHER, C. C. *Cartas sobre México. La República Mexicana durante los años decisivos de 1832 y 1833*. Traducción, notas y prólogo de Juan A. Ortega y Medina. Facultad de Filosofía y Letras. Nueva Biblioteca Mexicana núm. 3. UNAM. México, 1959.
- BENAVENTE, FRAY TORIBIO DE (MOTOLINIA). *Relaciones de la Nueva España*. 2ª ed. UNAM. México, 1964.
- BERLINGUER, G. *Medicina y política*. Editorial Círculo de Estudios. México, 1977.
- BREHIL, J. "La Medicina Comunitaria, ¿Una nueva policía médica?" *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Núm. 84, año XXII. Nueva época. Abril-junio, 1976.
- BUSTAMANTE, CARLOS MARÍA DE. *El indio mexicano o avisos al Rey Fernando séptimo para la pacificación de la América septentrional*. Edición facsimilar de la de 1817. IMSS, México, 1981.
- BUSTAMANTE, MIGUEL E. "La situación epidemiológica de México en el siglo XIX". *Ensayos sobre la historia de las epidemias en Mé-*

- xico. E. Florescano y E. Malvido, compiladores. Colección Salud y Seguridad Social. Serie Historia. IMSS, 1982. 2 tomos.
- CASTILLO FERRERAS, VÍCTOR M. "Los mexicas y sus sociedad". *Historia de México*. Tomo 3. Salvat. México, 1974.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917*. 36ª ed. Porrúa, México, 1968.
- COPEL DONALD B. *Las epidemias en la Ciudad de México 1761-1813*. Colección Salud y Seguridad Social. Serie Historia. IMSS. México, 1980.
- COPLAMAR. "La respuesta social al proceso salud-enfermedad en México". *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. 4. Salud. 2ª ed. Siglo XXI editores. México, 1983.
- CHÁVEZ, IGNACIO. "México en la cultura médica". *México y la Cultura*. SEP. México, 1946.
- DE SILVA AROUCA, A. S. "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención". *Medicina: economía y política. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Año XXII-84. Nueva época. Abril-junio, 1976.
- DE LA TORRE VILLAR, E. "La Revolución de Ayutla". *Historia de México*. Tomo 7. Salvat, 1974.
- DE LOS REYES, A. "La Segunda República Federal y la dictadura Santanista (1848-1854)". *Historia de México*. Tomo 7. Salvat 1974.
- Diario Oficial*. Secretaría de Gobernación "Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Reglamentos interiores". Administración Pública Federal. Miscelánea Documental. Núm. 12. México. Septiembre, 1985.
- _____. Secretaría de Gobernación. "Decreto por el que se reforma la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal". 14 de mayo de 1986. p. 2.
- DÍAZ ALFARO, S. "Derecho Constitucional a la protección a la salud". *Derecho Constitucional a la Protección a la Salud*. Grupo

- editorial Miguel Ángel Porrúa, S. A. Librero-editor. México, 1983.
- DÍAZ, L. "El liberalismo militante". *Historia General de México*. El Colegio de México. México, 1980.
- EROSA BARBACHANO, ARTURO. "La viruela, desde la Independencia (1821) hasta la erradicación". *Ensayos sobre la Historia de las Epidemias en México*. E. Florescano y E. Malvido. Compiladores, Colección Salud y Seguridad Social. Serie Historia. IMSS. México, 1982. 2 tomos.
- "España". *Pequeño Larousse ilustrado*. Diccionario. Ediciones Larousse. París, 1976.
- FLORESCANO, E, GIL SÁNCHEZ, I. "La época de las reformas borbónicas y el crecimiento económico 1750-1808". *Historia General de México*. El Colegio de México. 1ª reimpression de la 2ª edición corregida. Tomo 2. México, 1980.
- FLORES Y TRONCOSO, FRANCISCO DE ASIS. *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta el presente*. Con un prólogo del Dr. Porfirio Parra. Advertencia de Gonzalo Aguirre Beltrán. Edición facsimilar de la 1ª edición. Secretaría de Fomento. México, 1886. IMSS. México, 1982. 4 tomos.
- GAMBOA, J. M. *Leyes constitucionales de México durante el siglo XIX*. México, 1901.
- GLUCKSMANN, ANDRÉ. *Hacia la subversión del trabajo intelectual*. Traducción de Óscar Barahona y Uxoá Doyhamboure. Prólogo de Julián Meza. Serie Popular Era. Ed. Era., S. A. México, 1976.
- GONZÁLEZ CASANOVA, PABLO, *Sociología de la explotación*. Siglo XXI, editores, México, 1971.
- GUERRA, JOSÉ. (MIER, SERVANDO TERESA DE) *Historia de la Revolución de la Nueva España*. Edición facsimilar con un estudio y anexos preparados por Manuel Calvillo. 3ª edición facsimilar de la primera, Londres, 1813. IMSS, México, 1980. 2 tomos.
- GUERRERO OROZCO, O. "Dialéctica de la Administración Pública" *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. XXIV-92. Abril-junio, 1978. p. 75.

- _____ *La Administración Pública del Estado Capitalista*. Ediciones INAP. México, 1980.
- _____ *La teoría de la Administración Pública*. Harper & Row Publishers. HARLA. México, 1986.
- _____ "La Administración Pública congresional" *Cuadernos de Política y Administración Pública*. Núm. 1. Fotocopia s/f.
- _____ "La Administración Pública del Estado capitalista". Tesis de doctorado. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, División de Estudios de Post-grado. UNAM. México s/f.
- GURRÍA LACROIX, S. "El hallazgo de América y el descubrimiento de México". *Historia de México*. Tomo 4. Salvat, 1974.
- HENRÍQUEZ UREÑA, PEDRO. *Las corrientes literarias en la América Hispánica*. 2ª Edición. FCE. México, 1954.
- HERNÁNDEZ TORRES, ALICIA. "El sitio de Cuautla y las epidemias de 1813-1814". *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. E. Florescano y E. Malvido. Compiladores. Colección Salud y Seguridad Social. Serie Historia. IMSS. 1982. 2 Tomos.
- IEPES "Planeación para la consolidación del Sistema Nacional de Salud". Sesión de Puebla. Marzo, 1988.
- ILICH, IVÁN. *Némesis Médica. La expropiación de la Salud*. Versión directa al español de Juan Tovar. J. Mortiz. México, 1978.
- KAPLAN, M. "El derecho a la protección de la salud y el Estado Social de Derecho". *Derecho constitucional a la protección de la salud*. Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, S. A. Librero-editor. México, 1983.
- La Administración Pública. *México a través de los informes presidenciales*. Secretaría de la Presidencia. México, 1976. Tomo 5, vols. 1-5.
- La Ciudad de México. *México a través de los informes presidenciales*. Secretaría de la Presidencia. México, 1976. Tomo 16. vols. 1-4.
- LAJOUS, ALEJANDRA, coordinadora. *Las razones y las obras. Gobierno de Miguel De la Madrid*. Crónica del sexenio 1982-1988. Presidencia de la República-FCE. México, 1984-1988. 6 tomos.
- La salubridad general. *México a través de los informes presidenciales*. Secretaría de la Presidencia. Tomo 12. México, 1976.

- LAUREL, CRISTINA. "Medicina y capitalismo en México". *Cuadernos políticos*, núm 5. Jul.-sept. 1975: 80.
- _____ et. al. "Enfermedad y Desarrollo. Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. XXII-84. Abril-junio, 1976.
- LEMOINE, ERNESTO, compilador. *Manuscrito Cárdenas*. Edición facsimilar y paleográfica con un estudio histórico y apéndice documental. IMSS. México, 1980.
- LENIN. "Materialismo y Empiriocriticismo" *Obras Escogidas en 12 tomos*. Editorial Progreso. Tomo IV. Moscú, 1976.
- LEÓN PORTILLA, MIGUEL. *La filosofía nahuatl estudiada en sus fuentes*. Instituto Indigenista Interamericano. México, 1956.
- _____ "La educación entre los Mexicas" *Historia de México*. Salvat. México 1974, T.3
- MARTÍNEZ CORTÉS, FERNANDO. *¿Sirve para algo la historia de la Medicina?* Serie el preguntador, núm. 2. Editorial del Seminario: La Medicina del hombre en su totalidad, S. A. de C. V. México, 1981.
- MARTÍNEZ MARÍN, CARLOS "Los primeros tiempos de la Nueva España". *Historia de México*. Tomo 4, Salvat. México, 1974.
- MARX, KARL. *Crítica de la filosofía del Estado de Hegel*. Grijalvo. México, 1968.
- _____ "La cuestión judía". *Los anales franco-alemanes*. 2ª edición. Martínez Roca. Barcelona, 1970.
- _____ *El Capital. Crítica de la economía política*. Traducción, advertencia y notas de Pedro Scaron. Biblioteca del Pensamiento Socialista. 5ª edición. Siglo XXI editores. México, 1977. 3 tomos, 8 vols.
- _____ *El Capital. Libro I. Capítulo VI (inédito)*. Traducción y notas de Pedro Scaron. Presentación de José Arico. Biblioteca del Pensamiento Socialista. Serie Los Clásicos. 6ª edición. Siglo XXI editores. México, 1978.
- _____ "Las luchas de clases en Francia de 1848 a 1859". *Obras Escogidas en dos tomos*. Editorial Progreso. Moscú. 1977. 2 Tomos.

- MERCER, HUGO. "Medicina, política y sociedad". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*. Núm. 64. México, 1978.
- MIRANDA, JOSÉ. *Las ideas y las instituciones políticas mexicanas*. Primera parte, 1521-1820. UNAM. México, 1978.
- MURIEL, JOSEFINA. *Hospitales de la Nueva España*. Fundaciones del Siglo XVI. Publicaciones del Instituto de Historia, primera serie. Tomo I, núm. 35. México, 1956.
- _____. *Hospitales de la Nueva España*. Editorial Jus. Tomo II. México, 1960.
- OLIVER, LILIA. "La Pandemia del Cólera Morbus. El caso de Guadalajara, Jal. en 1833" *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. E. Florescano y E. Malvido. Compiladores. Colección Salud y Seguridad Social. Serie Historia. IMSS. México, 1982. 2 tomos.
- OMS. *Atención primaria de la Salud*. Conferencia Internacional. ALMA-ATA. Rusia, 6 al 12 de septiembre, 1978.
- OPS/OMS. *Las enfermedades transmisibles en el hombre*. Washington, 1972.
- _____. Plan decenal de salud para las Américas. Documento oficial núm. 118. Washington, enero de 1973.
- _____. "Características de la organización de la atención médica en México. 1964-1984". Informe del grupo de estudio. Enero de 1985.
- _____. *Las condiciones de salud en las Américas. 1981-1984*. Publicación científica núm. 500. Washington, 1986.
- OTS CAPDEQUI, J. M. *El Estado Español en las Indias*. 4ª edición. FCE. México, 1965.
- POINSETT, J. R. *Notas sobre México (1822)*. Traducción de Pablo Martínez del Campo. Prólogo y notas de Eduardo Enríque Ríos. Editorial Jus. México, 1950.
- POLACK, J. C. *La medicina del Capital*. Traducción de Lina Bumaza y Eduardo Bronchelo Gilosolo. Editorial Fundamentos. Madrid, 1974.
- RODRÍGUEZ ARAUJO, OCTAVIO. *La Reforma Política y los Partidos*

- en México. Siglo XXI editores. México, 1979.
- ROJAS GARCIDUEÑAS, J. J. *Vitoria y el problema de la conquista en derecho internacional*. Bajo el signo de "Abside" núm. 6. México, 1938.
- ROSEN, G. *De la policía médica a la medicina social*. Traducción de Humberto Sotomayor Salas. Siglo XXI editores. México, 1985.
- RUIZ Y SANDOVAL, GUSTAVO. "La enfermedad coleriforme de Chiapas". *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. E. Florescano y E. Malvido. Compiladores. Colección Salud y Seguridad Social. Serie Historia. IMSS. México, 1982. 2 tomos.
- SOBERÓN, G. *et al.* *Hacia un sistema nacional de salud*. UNAM. sff.
- SOMOLINOS D'ARDOIS, G. *Capítulos de Historia Médica Mexicana*. Soc. Mex. Hist. Filos. Medicina. Tomos I y II. México, 1978.
- UNESCO. "El Correo". Año XXVII. Junio, 1974.
- VALERO SILVA, JOSÉ. *El legalismo de Hernán Cortés como instrumento de su conquista*. Serie Histórica, núm. 13. Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM. México, 1965.
- VÁZQUEZ, J. Z. "El imperio mexicano". *Historia de México*. Salvat. México, 1974.
- _____ "Los primeros tropiezos". *Historia general de México*. 1ª reimpresión de la 2ª edición corregida. El Colegio de México. México, 1980.
- VILLORO, LUIS. "La Revolución de Independencia". *Historia General de México*. 1ª reimpresión de la 2ª edición corregida. El Colegio de México. México 1980.
- WITTFOGEL, KARL A. *Despotismo oriental. Estudio comparativo del poder totalitario*. Editorial Guadarrama. Madrid, 1966.
- ZAVALA, SILVIO. *Ensayos sobre la colonización española en América*. SepSetentas, núm. 12. México, 1972.