

10
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Estudios
Profesionales Aragón

"CONSIDERACIONES TEORICO - METODOLOGICAS
SOBRE LA PRACTICA MEDICA EN MEXICO"

T E S I S
Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
p r e s e n t a

MA. GUADALUPE TORRES ALVARADO

México, D. F.

1992

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INDICE	3
INTRODUCCION	8
CAPITULO I. ESTRUCTURACION SOCIOLOGICA DE LA MEDICINA Y SU PRACTICA	13
1.1. Un nuevo enfoque, incorporación de elementos histórico-sociales. Sociología Médica	14
1.2. Diferentes análisis e interpretación del proceso salud-enfermedad y la práctica médica	38
1.3. La Medicina Tradicional	53
1.4. Síntesis del proceso salud-enfermedad y del quehacer médico	59
CAPITULO II. INCIDENCIA DE FACTORES ECONOMICO-SOCIALES EN LA PRACTICA MEDICA	63
2.1. El modo de producción capitalista y su relación con la medicina	64
2.2. La práctica médica como práctica social y como proceso de trabajo	79
2.3. Las instituciones públicas vistas como "Industrias de la Salud"	95
2.4. El médico "trabajador de la salud" y "reparador de la fuerza de trabajo". Doble función dentro del capitalismo	104

CAPITULO III. INCIDENCIA DE FACTORES POLITICO-IDEOLOGICOS	
EN LA MEDICINA	109
3.1. El Estado como mediador de la contradicción capital/trabajo para preservar las relaciones sociales capitalistas. .	110
3.2. La seguridad social instrumento de la burguesía para mediatizar la lucha de clases.	131
3.3. Las Políticas de salud como reforzadoras de la ideología capitalista dominante.	143
3.4. La enfermedad como negocio en la sociedad capitalista.	152
CONCLUSIONES	160
BIBLIOGRAFIA	167

A G R A D E C I M I E N T O S

A G R A D E C I M I E N T O S

Mi más profundo y sincero agradecimiento a la Lic. Angela Morales Campuzano por su valiosa dirección, amistad, y gran apoyo manifestados siempre, sin los cuales no hubiera sido posible realizar este trabajo.

A los profesores que integran mi jurado, les agradezco su comprensión y paciencia al revisar y corregir la presente tesis. Gracias a ello, se pudo terminar este trabajo.

A la Dra. Paz Ascencio por sus consejos y sugerencias en la elaboración de algunos aspectos teóricos sobre la práctica médica.

A mi Padre†.

Por su amor, ayuda y apoyo.

A mi Madre.

Que es la persona más maravillosa y querida para mi,
gracias por tu apoyo, ayuda infinita y comprensión en
todas las etapas de mi vida, y por el cariño que siem
pre me has brindado.

A mis Hermanos.

Por su apoyo, quienes siempre me han manifestado su
deseo de que yo terminara mi tesis.

A mi Hijo: Angel Gabriel.

A mi hijo querido, a quien amo, él es el que me impu
sa a seguir adelante y a querer superarme para poder
brindarle una vida mejor.

INTRODUCCION

INTRODUCCION.

Lo que pretende el presente estudio, es tratar de explicar lo que es la práctica médica y lo que representa en la sociedad capitalista mexicana, sin desligarla dentro del contexto general del capitalismo en América Latina. Para esto, se basará - en estudios realizados por teóricos marxistas, por ser esta la que fundamenta el estudio se hará referencia a autores tales - como: Raúl Rojas Soriano, Cristina Laurell, entre otros.

Trabajos en los que se ve a la práctica médica como una - práctica social que no se puede desligar del conjunto de prácticas sociales, puede decirse que "mientras mayor sea la influencia de factores económicos, políticos e ideológicos que ejerza la clase dominante, en mayor grado estará determinada la - práctica médica de las Instituciones Públicas (IMSS, ISSSTE y SSA) en México". En el siguiente análisis se tratará de demostrar la hipótesis que se sustenta. Para esto se hace necesario saber los planteamientos que se presentan en el estudio:

- 1). Existen diferentes enfoques de estudiar el proceso salud-- enfermedad y la consecuente práctica médica y como se verá: ninguno considera lo social como el elemento fundamental - para explicar la problemática de la salud de los grupos sociales.
- 2). La sociología médica plantea que el factor social es fundamental para el análisis del proceso salud-enfermedad y la práctica médica. Y que por tanto, los perfiles epidemioló--gicos tradicionales son eclépticos, si no consideran el fac

- tor histórico-social como causa de los problemas de la salud-enfermedad de los individuos.
- 3). Se mencionarán los conceptos teórico-metodológicos del materialismo histórico-dialéctico como herramientas de análisis dentro de la Sociología Médica.
 - 4). Se tratará de describir como se va conformando el proceso-salud-enfermedad y la práctica médica.
 - 5). Si se habla de medicina institucional, no se puede dejar de lado la medicina tradicional, que tiene vigencia hoy en día, como medicina auxiliar de aquella.
 - 6). Existe una contradicción diferencial entre lo que es la práctica médica y lo que realmente expresa (Instituciones Públicas) en la formación social mexicana. Lo que se trata de demostrar es que está determinada por factores a nivel estructural, esto quiere decir por el "modo de producir" - de la sociedad y también a nivel superestructural, esto es por elementos políticos e ideológicos.
 - 7). Al tomarse en cuenta los factores económicos, en consecuencia se tratará el modo de producción capitalista, ya que la práctica médica es una práctica social más, y se tiene que reconocer el amoldamiento de esta en las condiciones históricas específicas del modo de producción capitalista.
 - 8). Dentro de la incidencia de los factores político e ideológicos en la medicina se resaltarán el papel que tiene el Estado y la seguridad social, como mediador de la contradicción capital/trabajo.

Estos son en resumen, los aspectos que se tratarán con ma yor detalle en todo el análisis.

Ahora bien, en el primer capítulo se abocará a explicar - como es fundamental el elemento histórico-social en la problemática de la salud, esto representa un enfoque diferente en la sociología médica. Se plantearán los diferentes análisis e interpretaciones del proceso salud-enfermedad y la práctica médica. En el tercer inciso se mencionará el papel que tiene la medicina tradicional para el conjunto de la sociedad y por último en el cuarto inciso se hará una síntesis del proceso salud-enfermedad y del quehacer médico.

El capítulo segundo tratará de la incidencia de factores económico-sociales en la medicina y su práctica; para esto en el primer inciso se hablará del modo de producción capitalista en relación con la medicina, ya que no se puede comprender el estudio del uno sin el otro. En el segundo inciso se explicará como es que la práctica médica se conforma como una práctica - social y como proceso de trabajo. Y en los últimos dos incisos dado que están muy relacionados, se estudiará el papel que tiene el médico como reparador de la fuerza de trabajo en las Instituciones Públicas tales como el IMSS, en donde se dedican a poner en "buenas condiciones" al trabajador para que se incorpore a sus actividades.

El tercer y último capítulo tratará de los factores político-ideológicos que inciden también en la práctica médica de

igual manera que los económico-sociales; de donde en el primer inciso se analizará lo que es el Estado con mayor profundidad, y el papel que tiene en la seguridad social; en consecuencia, en el segundo inciso se tratará de explicar lo que es la seguridad social, en donde es instrumento de la burguesía para mediatizar la lucha de clases como lo afirman Raúl Rojas Soriano y varios autores más. De esta forma en los dos últimos incisos se plantearán lo que son las políticas de salud en la sociedad capitalista y así mismo a la enfermedad como negocio dentro de ella.

Es necesario señalar que dentro de esta corriente de la Sociología Médica se intenta analizar el proceso salud-enfermedad y la práctica médica con características metodológicas diferentes. Tiene su validez temporal, como cualquier teoría que trata de estudiar algún fenómeno social.

C A P I T U L O I
ESTRUCTURACION SOCIOLOGICA
DE LA MEDICINA Y SU PRACTICA

CAPITULO I

ESTRUCTURACION SOCIOLOGICA DE LA MEDICINA Y SU PRACTICA

1.1. UN NUEVO ENFOQUE, INCORPORACION DE ELEMENTOS HISTORICO-SOCIALES. SOCIOLOGIA MEDICA.

El proceso salud-enfermedad y la práctica médica son dos aspectos que se presentan aisladamente, dentro del conjunto de prácticas sociales. Esto es, lo que se pretende hacer creer, - con el modelo médico tradicional, es que: la práctica médica - no tiene nada que ver, con los factores sociales, con la problemática social, con las determinaciones sociales. El modelo médico que se sigue considera a la sociedad de manera ahistórica. Esto es lo que se analizará con profundidad, y para sentar las bases de un enfoque diferente en el estudio del proceso salud-enfermedad y su consecuente práctica médica, es una concepción crítica de los fenómenos de salud; la corriente teórica de la sociología médica, que trata de relacionar permanentemente el proceso salud-enfermedad con los procesos sociales que la determinan. De donde la salud y la enfermedad constituyen - un proceso, una relación dialéctica, que no supone la salud sin la enfermedad o viceversa. Así, la salud y la enfermedad constituyen hechos estructurales para toda formación social conocida. En la medida que el trabajo, los procesos productivos son - el eje de la determinación de las relaciones sociales, cuando se trata de excluir en la explicación de los procesos colecti-

vos de enfermedad aparece como una clara expresión ideológica de gran parte de la producción sobre salud.

La medicina tradicional es tratada como si estuviera desligada de factores sociales, políticos e ideológicos... "Tradicionalmente la salud o mejor dicho la enfermedad ha sido aceptada como patrimonio de la práctica médica. Si bien en términos más precisos ésto refiere necesariamente a diferenciar tipos de enfermedad, y tipos de curación alternativas, lo que si podemos afirmar es que el desarrollo capitalista determina que los procesos básicos de enfermedad son inherentes a las actividades médicas. Inclusive esta adjudicación funcional se estructura institucionalmente y fundamenta jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad. Esta apropiación teórica y práctica del área salud no significa que realmente se apropie de la totalidad del área, sino que señala que la práctica médica, instituye una hegemonía respecto de las otras prácticas alternativas. Este proceso no es específico de la práctica médica, sino que se constituye en función de los conjuntos sociales y da por resultado el Modelo Médico. Ahora que este modelo sea un producto social tiende a ser generalmente opacado por la reflexión teórica sobre esta problemática; mas aún podemos decir que gran parte de la acción médica específica ha estado encaminada funcionalmente a negar las determinaciones sociales e ideológicas, tratando de fundar una mirada autónoma. Pero ninguna práctica social estructurada necesariamente en la cotidianeidad puede fundar una autonomía excluyente, más que en términos

ideológicos. El modelo médico instituido definitivamente a partir de la tercera década del siglo XIX, es producto por una parte de una multiplicidad de procesos que se expresan parcialmente pero explícitamente en la autonomía relativa de la práctica médica, y por otra en el nivel de los conjuntos sociales en que esta práctica se constituye y desempeña, es decir, que para nosotros el MM es una construcción social en el cual interviene tanto el personal de salud (básicamente el médico), como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social. El MM es en consecuencia una construcción que supone a la sociedad en que se constituye como parte intrínseca del mismo. Ahora toda sociedad, en la medida que define el área enfermedad-salud como estructural genera necesariamente modelos médicos que expresan en sus caracteres fundamentales a dicha sociedad. La salud de los trabajadores, el manejo de la salud y la enfermedad, la ubicación económica y social de las formas de enfermedad por los conjuntos sociales y por la práctica médica son parte de esa construcción dinámica que denominamos MM. Explicarlos supone en consecuencia describir y analizar los diferentes sectores sociales que la salud-enfermedad relaciona en sus múltiples formas. Generalmente el análisis de esta problemática ha sido reducido al análisis de la práctica médica institucional (privada y/o pública), es decir se ha reducido a describir y analizar el modelo de los médicos, otorgando de entrada una autonomía que si bien parcialmente es lícita tiende a escindir las relaciones de salud de las relaciones sociales generales...Planteada la -

salud y sobre todo la enfermedad como área autónoma por el modelo de los médicos, como escindida de las determinaciones sociales, una de las tareas "no concientes" de la práctica médica será fundamental, "extrañar", imposibilitar la participación de los conjuntos sociales como parte activa del modelo de los médicos".¹

Esto quiere decir que, la práctica médica que se realiza es de tal forma que, sólo considera la enfermedad fáctica (síntomas) y la enfermedad abstracta (diagnóstico) para generar salud. Es una visión empirista positivista que no toma en cuenta los hechos, las determinaciones sociales, la sociedad donde se mueven los individuos, las determinaciones históricas, el modo de vivir, las condiciones reales de existencia de los individuos; una serie de factores como estos, que inciden de forma directa en el proceso de salud y enfermedad de los individuos sociales. En donde este positivismo, considera a la enfermedad como un abstracto, de tal forma que el enfermo y la enfermedad son separados de sus relaciones sociales concretas en la práctica.

El considerar la salud y la enfermedad en el sistema de las determinaciones sociales que operan en el proceso global - desde la etiología hasta la curación, constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud.

¹BASAGLIA, Franco: La salud de los trabajadores. Editorial Nueva Imagen. Serie salud e ideología. México, 1984. p. 12, 13.

Es así que al describir y analizar el modelo médico se podrá descubrir el carácter social, político e ideológico que se esconde atrás de la práctica médica en la sociedad capitalista, y que por tanto su función es la de enmascarar y escindir la - función política de la enfermedad y sobre todo de la salud laboral. de ahí que resulte necesario analizar posteriormente al Estado como mediador de la contradicción capital-trabajo.

El Modelo Médico y el modelo de los médicos, el segundo - es un modelo subordinado al primero; se desprende de esto, que al que se ha estado haciendo referencia hasta este momento es al modelo de los médicos que escinde las determinaciones sociales concretas. A partir de este análisis, se hablará del MM, - según Franco Basaglia..."durante los siglos XVI y XVII; dicho modelo se instituye inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del XIX, y en los E.E.U.U.- en la última mitad del siglo. El MM se instituye prácticamente a partir de la revolución industrial, es decir, se genera conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de libre cambio durante el período clásico de la constitución de la clase obrera, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial; además coincidirá más adelante con el nuevo proceso de expansión colonial. El MM no sólo se instituye con estos - procesos, sino que los expresa en sus dimensiones básicas en el área salud-enfermedad"... "los caracteres estructurales del MM son: su biologismo, individualismo y ahistoricidad, mercantilismo y la eficacia pragmática. En el proceso capitalista se -

exige que estos caracteres sean los determinantes, no solo de la práctica médica, sino del MM".²

Al referirse al biologismo, no es más que la explicación de las causas de la enfermedad por factores biológicos, esto implica que no se considera los factores sociales e históricos; concibe una historia "natural" (bioecológica) sin tomar en cuenta la historia social de la enfermedad. Y de allí el carácter individualista dominante, que se expresará a través de un enfoque teórico y técnico individual.

Los caracteres ennumerados no son fijos, sino que son dinámicos; dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en el nivel económico-político, como en los niveles relativamente autónomos de la práctica médica.

Ahora, el negar los factores socio-históricos por parte del MM, no quiere decir que no tengan cierto nivel de incidencia, lo que sucede a nivel Institucional es que se requiere de un continuo proceso de reconocimiento y desconocimiento del factor social, con el fin de poder preservar las relaciones capitalistas de explotación y las formas sociales de desarrollo. Es por esto, que al presentar informes sobre las tasas diferenciales de morbilidad y de esperanza de vida, tomando como ejemplo a Engels y su libro la clase obrera en Inglaterra, -

²Ibid. I, p. 15.

señalaba las condiciones reales de vida y de salud de los trabajadores, de esta manera, presentando altas tasas diferenciales de morbilidad debido a la inserción en el proceso productivo. Es aquí donde se señala claramente como la pobreza, - lo social incide en la salud-enfermedad de la clase trabajadora. Es así, que el Estado y la clase hegemónica toman ciertas medidas asistenciales para crear una infraestructura sanitaria que conduzca a cambiar las condiciones de nutrición e higiene de los trabajadores.

Es cierto que las medidas tomadas por el Estado son acertadas y condujeron a mejorar las condiciones de salud de los - trabajadores, así paulatinamente el raquitismo y la tuberculosis dominantes en la morbilidad de los trabajadores y de los hijos de los trabajadores en Inglaterra iban desapareciendo.

Ahora bien, surge una duda, como es posible que se negara teóricamente el factor social en el período en que se instituye el MM, cuando el mismo corresponde al período en que las actividades y procesos sociales no sólo aparecen como determinantes de la distribución diferencial de la morbilidad, sino que aparecen como los factores dominantes del abatimiento de - los daños, como las más eficaces acciones para la solución de los principales problemas de salud.

Basaglia refiere:..."La segunda mitad del siglo XIX corres

ponde al período de constitución e institucionalización de un tipo de acción médica que supuestamente definirá su práctica a través de factores no sólo biológicos, sino sociales, y cuya unidad de trabajo es básicamente algún tipo de conjunto social; nos referimos a la Salud Pública que basará sus actividades fundamentales en el desarrollo de la epidemiología"...basada en indicadores biológicos, ahistóricos y a-sociales. Estos indicadores son el sexo, la edad y la localización, desprendidos lógicamente de toda información social.

Se construyen pirámides demográficas, que son utilizadas como expresión de procesos biológicos abstraídos de las determinaciones sociales de los mismos.

En este período, surgen grandes cambios, es una etapa en que, la organización social se reestructura, se implementan nuevas formas de trabajo y productividad que afectarán a los trabajadores en su salud, en donde el Estado hace algunas realizaciones directas de protección a la salud y crea algunas políticas de seguridad social que algunos Estados establecerán en los inicios del período imperialista, y que tendrán eco en los países capitalistas avanzados (es importante señalar que el MM se crea y desarrolla en los países capitalistas metropolitanos)... "El Estado aparece como generando las transacciones sociales necesarias por "encima" de las fuerzas sociales; mejor dicho, disuelve aparentemente la influencia de estas fuerzas, pero aceptando las determinaciones concretas que operan en la

sociedad. Es decir que el Estado maneja lo social a partir de un nivel de realidad distinto que el MM; mientras éste niega o margina las determinaciones sociales, el Estado las asume, no puede hacer otra cosa, y trata en función de los procesos sociales determinantes y de la propia funcionalidad capitalista de establecer las medidas sociales directas o indirectas de salud".³

Cabe señalar que, el Estado como se está tratando en el estudio, cumple una función que es la de mediar las contradicciones entre el capital y el trabajo, esto se explicará con mayor detalle en el tercer capítulo. Ahora bien, volviendo al planteamiento anterior, cabe decir que el proceso capitalista para imponer su hegemonía necesita desarrollar sus propias estructuras y que se manifestarán desde la esfera económica, hacia la esfera de la salud. El proceso capitalista requiere la expansión permanente del capital y la conversión de la mayoría de los bienes producidos en mercancía; la práctica médica y las actividades de salud serán necesariamente convertidas en bienes de cambio a lo largo de todo el proceso.

En 1960, se operan grandes cambios, es en esta década - que surgen hechos sociales de gran importancia que cuestionan al MM que imperaba, se cuestionaba su eficacia del Modelo y se habla de una crisis del mismo, y también una crisis a nivel ge

³Ibid, I. p. 21.

neral... "Los períodos de crisis son, en una perspectiva histórica, períodos de transición; de reestructuración económica, política y social. Así, la actual crisis, gestada en el auge de la posguerra y que irrumpe en todo el mundo capitalista a partir de finales de los años sesenta, significa el agotamiento de un ciclo de acumulación de capital y simultáneamente una profunda redefinición en la relación entre el capital y el trabajo. Esta cuestión se expresa en cambios importantes en la correlación de fuerzas entre las clases de cada sociedad concreta. El análisis de las condiciones de salud en la crisis, entonces, no puede basarse en una simple extrapolación de las tendencias del período anterior, sino que pasa por el reconocimiento de los procesos básicos de la sociedad: económicos, políticos y sociales, y sus implicaciones para el proceso colectivo salud-enfermedad. Pensamos que es en estas coyunturas históricas cuando la superioridad científica de una epidemiología materialista histórica se muestra con claridad, ya que la epidemiología tradicional que se mueve en el terreno fenomenológico, no puede desentrañar las causas de los cambios, los cuales desde una perspectiva biológico-sanitarista parecen azarosos.

Este estudio, pretende fijar cuales son los procesos implicados en la crisis actual, y hacer resaltar el factor social como determinante causal en la explicación del proceso salud-enfermedad; primero en relación con las demás sociedades latinoamericanas, porque la combinación entre ellas, nos da el proceso global de salud-enfermedad de determinada sociedad; y se-

gundo, llegar a determinar como se da este proceso en México - específicamente señalando las tasas de morbimortalidad y la esperanza de vida. Para ésto, es necesario profundizar en cada una de las partes y descubrir sus interrelaciones para poder volver a reconstruir la totalidad.

Tomando como base los planteamientos de Cristina Laurell para señalar:..."el carácter estructural de la actual crisis - que se confirma hoy, con la nueva tendencia recesiva que vive la mayoría de los países capitalistas desde 1979. Las esperanzas de salir de la crisis con la aplicación de las políticas económicas monetaristas se han probado infundadas. Lo más que se ha podido lograr son períodos de crecimiento errático, especialmente apuntalados por el gasto público, alternados con períodos de estancamiento. La actual crisis económica, como cualquiera se caracteriza por la caída de la tasa de ganancia, pero presenta algunos razgos nuevos. La característica más sobresaliente es la presencia simultánea de inflación y desempleo, - que se explica por la estructura monopólica del capital. El mecanismo empleado por las empresas monopólicas para compensar la baja en la demanda consiste en subir los precios, comportamiento que acelera la inflación aún en presencia de un ritmo lento de producción con un nivel de empleo bajo. En realidad, sólo los precios de las materias primas han bajado en este período con consecuencias especialmente graves para los países exportadores de este tipo de productos.

La estructura monopólica del capital, sin embargo, no excluye un incremento en la competencia intercapitalista, que se visualiza más claramente en la competencia entre los capitales de distinto origen nacional. La pérdida de la hegemonía económica norteamericana y el peso creciente del capital alemán y el japonés se expresan entre otras cosas, en el desorden monetario internacional, pero tienen como efecto más profundo una reestructuración de los procesos de trabajo mediante una creciente automatización y una nueva división internacional del trabajo".⁴

La línea de desarrollo seguida por las corporaciones mundiales en aquellos años contribuyeron más a la exacerbación de la pobreza mundial, el desempleo mundial y la desigualdad mundial..."En el pasado reciente hemos visto el nacimiento de una economía mundial y el desarrollo de una división internacional del trabajo. Aunque son muchos los factores complejos que han producido esta división, y existen variaciones dentro de ellos sí es cierto que de un lado están aquellos cuyo excedente económico está siendo expropiado, y en el otro aquellos que realizan la expropiación. Esta división internacional del trabajo permitió a los países que ahora son ricos, desarrollar y multiplicar sus recursos productivos, en tanto que el crecimiento se sofocó o impidió en muchos de los países que ahora son po-

⁴LAURELL, Asa Cristina: Crisis y salud en América Latina. Cuadernos Políticos No. 33, Julio-Septiembre. 1982. p. 32.

bres. Mientras quizá un cuarto de la población mundial fue impulsada a un nivel de comodidad material que unas generaciones atrás solo disfrutaban los aristócratas, la mitad de la población vio plenamente su nivel de vida estacionarse y en algunos (Indonesia, quizá Bangladesh) incluso declinar. Es imposible - separar la cuestión de la distribución desigual de los alimentos (que es la cuestión detrás de la crisis alimentaria no una carencia absoluta de alimentos) del aceleramiento en la desigualdad que el desarrollo de la economía mundial ha fomentado. Históricamente, la crisis alimentaria es simplemente la más reciente de una larga serie de manifestaciones de desigualdad entre las naciones ricas y pobres".⁵

... "Las crisis no son únicamente fenómenos económicos, si no que se mueven en un terreno político; están inscritas en el campo de la lucha de clases. Los problemas de la acumulación - de capital no son ajenos a la correlación de fuerzas entre capital y trabajo. Asimismo, las políticas económicas no sólo se dirigen a intentar corregir problemas económicos sino son una manera de enfrentar a las clases explotadas. Por otra parte, - la sola presencia de elementos económicos y tecnológicos suficientes no garantiza la salida de la crisis, si no existen determinadas condiciones políticas y sociales. La política económica monetaria significa un ataque global a la clase obrera - que se materializa en la caída del salario real, el desempleo

⁵ NAVARRO, Vicente: Salud e Imperialismo. Siglo XXI, México 1983, p. 344.

y los cortes del gasto social. La reestructuración del capital a nivel internacional aunada al recambio tecnológico, reconstituye el ejército industrial de reserva y transforma las condiciones de organización obrera. La crisis económica significa, así crecientes dificultades para la lucha obrera reivindicativa al mismo tiempo que abre una intensificación y ampliación de las luchas sociales y revolucionarias, como lo atestiguan Vietnam, Angola, Mozambique y Nicaragua. Sin embargo, el proceso de polarización política, también a la derecha ha consolidado sus posiciones como lo muestran los gobiernos de Thatcher y Reagan".⁶

Dentro de este panorama, el capitalismo en los países latinoamericanos, en la crisis mundial, tienen ó pasan por los mismos problemas que el capitalismo central heredado y aparte sus problemas particulares de país dependiente o subdesarrollado*. Esto es en las economías dependientes pasa en el campo, de una agricultura de subsistencia a una del cultivo para la exportación; esto implica un cambio en el sistema de producción en este sentido y en consecuencia a este hecho la proletarización del campesinado. Por otra parte el desarrollo industrial sustentado principalmente en la sustitución de importaciones de bienes de consumo básico y duradero, enfrenta crecientes obstáculos por su poca competitividad y la estrechez del mercado interno, al tiempo que no logra cambiar su eje di-

⁶ Ibid. 4, p. 33.

namizador a la producción de bienes de producción. Debido a - que su economía es dependiente de capitales extranjeros para su desarrollo hay un consecuente endeudamiento público desorbi tante en la última década, como en el caso mexicano ó brasileño, con esto agravan la situación económica y política ya que se agudizan los problemas del crecimiento basado en la importa coión de la maquinaria y finalmente se pone en juego la estabi lidad de las economías, debido a los problemas políticos y sociales por los cuales pasan.

Los planteamientos anteriores, son base para el análisis de los procesos implicados en la crisis actual. Ahora se expli carán algunos aspectos teórico-metodológicos para el estudio del proceso salud-enfermedad y la consecuente práctica médica en los países latinoamericanos, sin profundizar en el análisis ya que lo que importa es el caso mexicano y su práctica médica.

- * Subdesarrollo: Consiste en la forma de funcionamiento de las sociedades capitalistas atrasadas...El desarrollo, y por analogía el subdesarrollo, no es uno e indivisible, sino que, además de tener un carácter específico, irá - cambiando en función al acontecer social de cada época, y ello se reflejará necesariamente en el sentido y cont nido del término. En la etapa actual del subdesarrollo, es necesario hacer gran hincapié en los aspectos materia les del mismo para prevalecer la miseria en la mayoría - de las sociedades atrasadas, a pesar de sus notorios avances recientes en la producción, pero también habrá de incorporarse el concepto de dinámica de conflicto social con una ponderación diferente al caso de sociedades desa rrolladas. Es importante señalar que la definición del a traso incorpora la forma del vínculo de cada sociedad - con el desarrollo capitalista. Por tanto, cambia el subdesarrollo, su carácter en razón de la dinámica del desa rrollo del capitalismo. Sergio de la Peña. El antidesa-- rrollo de América Latina. p. 28, 29, 85.

Según Vicente Navarro:..."Por que habremos de sospechar - que los problemas ocupacionales, de salud y seguridad que se a socian a la industrialización en los así llamados países sub-- desarrollados son y serán cada vez más tan comunes y serior, - quizá incluso más, que aquellos desarrollados.

La respuesta está en el patrón general de la explotación humana y ambiental que se observa en la relación de los países desarrollados y subdesarrollados, incluyendo una vasta despo-- blación ('exterminación') de los habitantes nativos, la mayor parte de ésta en el siglo XIX, así como en las condiciones especiales de trabajo, vida y salud que con frecuencia se encuen-- tran en los países subdesarrollados. Aunque el mundo esté pro-- duciendo más y más alimentos y otros bienes económicos, incluso en relación con su creciente población, la concentración de la riqueza (según medición del PNB per cápita) en 28 países del mundo desarrollado que cuentan con un 27 por ciento de la po-- blación (1972), se ha incrementado dramáticamente desde 1960. El aumento ligero en la riqueza promedio en 104 países del mun-- do subdesarrollado con el 73 por ciento de la población mundial, ha ocurrido al mismo tiempo que se han incrementado las dispa-- ridades mundiales y en el interior de las naciones y la pobre-- za masiva ha comenzado a poner límites al crecimiento".⁷

Existe un número de factores detrás de esta expansión ca-

⁷ Ibid. 5, p. 342.

pitalista. Además de la dinámica inherente que obliga a la industria capitalista competitiva a expandirse, existe un número de condiciones en torno a la interacción entre los países desarrollados y subdesarrollados que también alienta dicha expansión. Por ejemplo, en tanto que el trabajo en los países desarrollados se ha vuelto cada vez más organizado y capaz de exigir mayores salarios, el trabajo en los países subdesarrollados se ha vuelto notoriamente débil y abierto a la aceptación de bajos salarios, lo cual obliga al trabajador a someterse a horarios prolongados de trabajo, a trabajar horas extras y también a laborar más de 48 horas a la semana..."Y como ejemplo de lo anterior se citará el caso de Brasil y México, en donde, en el primero el 24.8% de la población económicamente activa trabajaba 50 horas o más a la semana en 1970; en México en el 78 el 21.8% de las industrias laboraban 49 horas o más a la semana.

Otro efecto de la crisis que acelera el proceso de pauperización son el desempleo y el subempleo. Si bien es cierto que éstos son problemas crónicos de los países latinoamericanos, la crisis la agrava tanto estructuralmente como coyunturalmente. La proletarianización del campesinado, la integración masiva de mujeres y adolescentes al trabajo asalariado y la reestructuración tecnológica de la industria, todos son procesos por la crisis que alimentan el des-subempleo estructural.

Las estadísticas indicadoras tradicionales no muestran un

comportamiento unívoco a este respecto. Esto es, la mortalidad infantil que es considerada como indicador de las condiciones de vida, muestran en todos los países del mundo una tendencia descendiente. Pero esto no quiere decir que se mejoraron las condiciones de vida y de salud; sino que posiblemente las acciones sanitarias son puntuales. De esta manera, si este hecho no demuestra nada, en cambio al mismo tiempo las tasas de desnutrición de segundo y tercer grado se incrementan en un 21% y 84% respectivamente. Este deterioro alimenticio es debido a los cambios en la estructura agrícola y la depresión salarial.

A pesar que los efectos de la crisis no se reflejan en las tasas de mortalidad, se incrementa la desnutrición en los sectores más afectados por la economía. Esto trae aparejado que la pauperización conlleva a un deterioro de sus condiciones de salud, tan es así que las enfermedades infecciosas como: paludismo, son debido a hechos económicos, políticos y no a factores técnicos.

De todo lo expuesto se deduce que, es evidente que la salud de los trabajadores reflejan las condiciones generales de salud de la población. De este modo, los trabajadores en los países subdesarrollados a menudo se ven confrontados por nuevas presiones socio-psicológicas, cargas pesadas de trabajo y el asalto al ruido, la contaminación química y del aire, así como los riesgos de seguridad. Además padecen de bajos niveles de nutrición, servicios sanitarios y de vivienda inadecuados.

en tanto que sus familias y vecinos (si no es que ellos mismos) hacen frente a las pesadas cargas de enfermedades infecciosas, tales como diarrea, malaria, esquistosomias, tuberculosis, lepra y las enfermedades endémicas del cólera y la viruela. Dado un contexto epidemiológico tal, se puede lanzar la hipótesis de que cualquier riesgo experimentado en la industria de los países desarrollados es probable que inflinja una pérdida mayor en incapacidad, enfermedad y muerte cuando se transfiere a los países subdesarrollados".⁸

... "Esto significa que no es posible entender la conformación de los perfiles epidemiológicos, de los grupos sociales a menos de analizar las características de los procesos laborales en los cuales participan, y que originan determinadas formas de consumo de la fuerza de trabajo que se corresponden con patrones específicos de desgaste obrero. Los perfiles epidemiológicos finalmente se derivan de la combinación del desgaste y la reproducción característicos de los distintos grupos, entendiendo que la reproducción no es un elemento disociado de la producción, sino determinado por ella".⁹

... "Tan es así, que existe una concentración mayor de trabajadores en la gran industria, esto implica además de una cen

⁸ Ibid. 7, p. 345.

⁹ LAURELL, Asa Cristina: El carácter social del proceso salud-enfermedad. en Vida y Muerte del Mexicano, ed. Folios ed., Mex. 1982, p. 189-205.

tralización en el aparato industrial, una baja de personal en las demás actividades. Ahora bien, esta nueva división interna del trabajo se basa en dos elementos distintos que están ambos interrelacionados con la crisis. Por una parte obedece a las características de la lucha de clases en los países capitalistas centrales, donde la clase obrera de la posguerra logró una organización y reivindicación muy alta y que hoy se enfrenta a una burguesía que por vías distintas intenta debilitarla".¹⁰

Por otro lado, los países desarrollados, el capital extranjero, trata de transferir a América Latina procesos de trabajo que requieren de abundante mano de obra, de allí deviene, que impliquen tanto riesgo para los trabajadores, debido a que se enfrentan a problemas tales como sustancias contaminantes y la utilización de maquinaria obsoleta en los países de origen, sometiéndolos a su vez a tareas monótonas.

Las industrias química, petroquímica y siderúrgica ejemplifican la exportación de procesos laborales que implican riesgos altos para los obreros y el ambiente. Estas industrias se mueven a la periferia con la finalidad de evitar la legislación laboral y ambiental, resultado de la lucha obrera y ambientalista, y encuentran en América Latina condiciones óptimas

¹⁰ R. Murray. Imperialismo y labor procesal, ponencia presentada en la UNAM. México. 1980.

de operación... "Las industrias como la de asbestos y las de fundición, que ambas manejan sustancias carcinógenas, han sido trasladadas a países como México... La industria automotriz, finalmente ejemplifica procesos laborales monótonos, repetidos y acelerados ritmos de trabajo y alto grado de conflictividad laboral.

Al ir analizando las transformaciones industriales, van apareciendo los elementos que se traducen en condiciones de trabajo concretas; condiciones de trabajo que no son externas al obrero, sino formas de existencia social, biológica y psicológica. La dificultad metodológica de ir aprehendiendo esto en perfiles epidemiológicos estriba en dos problemas. Por una parte no tiene expresiones inmediatas en la morbimortalidad, ya que son procesos que tardan años en concretarse en patologías específicas. El stress y la fatiga no matan necesariamente a corto plazo, sino van minando el organismo poco a poco. Por esto podemos decir que la historia de la enfermedad de una población es social y no natural; que se va gestando en los procesos sociales... "Donde resulta más obvio, los cambios ocurridos en el proceso laboral, es en los accidentes de trabajo. Según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, el número de accidentes de trabajo se duplicó entre 1970 y 1979, los accidentes con invalidez permanente se incrementaron 2.5 veces y las muertes aumentaron casi tres. La tasa de mortalidad por accidente de trabajo, 28.9 por 100 mil, se ubicaría como séptima causa de muerte en la escala de mortalidad general en 1975 y -

como segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años. Cabe señalar que la frecuencia de accidentes en el Brasil es tan alta, que a partir de los años setenta se comenzó a denunciar la situación. Con la reorganización del movimiento sindical a partir de 1978, el problema de la salud del trabajador fue asumido por una serie de sindicatos. Pero para esto, son subregistradas las enfermedades legalmente reconocidas como ocupacionales, ya que en Brasil constituyen entre el 0.10 al 0.32% del total de los riesgos laborales registrados, en México entre el 0.36 y el 0.45%. Por ejemplo, en este país no se registró un solo caso de cáncer ocupacional y casi el 50% de las enfermedades registradas eran neumoconiosis. El mismo año se reportaron 131 casos de sordera, a pesar de que la mayor parte de la industria trabaja con niveles de ruido por encima de 90 decibeles".¹¹

Los daños a la salud, implícitos en el proceso de transformación de los procesos laborales impulsados por la crisis - seguramente no se encuentran entre lo que la ley define como riesgos laborales sino se verifican en lo que se registra como patología "civil". La patología del stress está íntimamente ligada a la organización del trabajo.

Resumiendo, con los planteamientos anteriormente expuestos, se deja ver como el factor social es fundamental para el

¹¹LAURELL, Asa Cristina, "Crisis y...", op. cit. p. 42.

análisis del proceso salud-enfermedad y la práctica médica. Y que, por tanto, los perfiles epidemiológicos tradicionales son eclécticos, si no consideran el factor histórico-social como causa de los problemas de la salud-enfermedad de los individuos. Tan es así, que el modelo médico en el desarrollo capitalista ha funcionado para enmascarar, para escindir la necesaria función política de la enfermedad y sobre todo la salud laboral.

De allí que, para el análisis de la práctica médica y el proceso salud-enfermedad en la sociedad capitalista, se debe relacionar con categorías tales como: estructura y superestructura, esto es tomar en cuenta los factores económico-social y político-ideológico que inciden en la práctica médica. Para esto, hay que romper con el pensamiento sanitario tradicional e iniciar la formulación de nuevos planteamientos teórico-metodológicos dentro del marco del materialismo histórico y el materialismo dialéctico. Para esto, se hace necesario señalar que las herramientas para el análisis del proceso salud-enfermedad y la práctica médica son las categorías del materialismo histórico-dialéctico, a fin de orientar la apropiación teórica de dicho proceso. También se ha planteado como las categorías histórico-sociales, son necesarias para el análisis de la medicina en la sociedad capitalista. En el siguiente punto se tratará de manera somera, las distintas concepciones de este proceso, ya que un análisis histórico del mismo rebasa los límites de este trabajo. De igual modo lo que es la medicina tradicional y lo que representa; el último punto será retomar los plan

teamientos dado a lo largo del capítulo, una síntesis del proceso salud-enfermedad y el quehacer médico.

1.2. DIFERENTES ANALISIS E INTERPRETACION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LA PRACTICA MEDICA.

Tanto el proceso de salud-enfermedad, como la práctica médica han sido estudiados al paso del tiempo por diferentes corrientes metodológicas y teóricas. Todas ellas sin considerar el factor social como el elemento fundamental para explicar el proceso salud-enfermedad en la sociedad capitalista, ... "el análisis del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de la sociología es una tarea sumamente compleja, debido a los problemas teórico-metodológicos que deben enfrentarse cuando se considera lo social como el elemento que permite explicar la problemática de salud de los grupos sociales, así como los demás aspectos con los cuales se relaciona, por ejemplo, la esperanza de vida, la conciencia sobre los problemas de salud, las características de los servicios médicos y el acceso real a ellos, etc".¹²

Esto es lo que se explicará con más detalle al término del capítulo, representa una base para el análisis del proceso salud-enfermedad y de la práctica médica, la tesis de que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir, en el modo de producción capitalista. Es el enfoque diferente sobre el proceso de salud-enfermedad que

¹² ROJAS, Soriano Raúl. "Capitalismo y enfermedad". Folios editores. México, 1982. p. 9.

le da la sociología marxista que se funda en el materialismo - histórico. Para llegar a conocer este análisis, se presentarán primero algunas reflexiones sobre las distintas concepciones - de este proceso, sobre la relación entre el desarrollo de la - medicina y el desarrollo histórico de las formaciones económico-sociales.

Las concepciones del proceso salud-enfermedad se pueden - clasificar en cuatro grupos:

- 1) Mágico-religiosa-empírica.
- 2) Biologicista-positivista.
- 3) Sanitarista.
- 4) Biológico-social-histórica.

1) Mágico-religiosa-empírica fue la primera forma que el hombre desarrolló para tratar de explicarse el proceso de salud-enfermedad. Un ejemplo claro está en la medicina de los aztecas que predominó en mesoamérica, fue una cultura excesivamente religiosa, se curaba con hierbas, plantas, eran los recursos medicinales a que acudieron todas las culturas del mundo en los primeros tiempos en que incipientemente se desarrollaban estas, de esta manera se afirma que cumplieron una función fundamental en la terapéutica indígena.

..."En esta etapa los yerberos, curanderos, chamanes cumplieron una función médico-social, curaban por medio de plan--

tas ancestrales y de remedios caseros. López Austin A., afirma".¹³ Para la medicina azteca, el diagnóstico y pronóstico son de origen divino, humano o simplemente natural. La enfermedad puede atribuirse a la salida del alma (Tonalli) o bien al daño recibido de alguien transformado en animal (nahual). Su terapéutica comprende un arsenal de recursos (religiosos-mágicos o de productos vegetales, animales y minerales) de los cuales su diferenciación es factible, pero cuya combinación es constante.

Lo anterior tuvo validez en su tiempo, dado que no había un desarrollo como el actual, ni la ciencia estaba tan avanzada, ni existían las bases estructurales para este desarrollo ni la tecnología adecuada. Por tal circunstancia, cumplía una función central en la práctica médica de las culturas que nos precedieron.

Arthur Jores señala que..."la humanidad ha pasado por distintos niveles evolutivos que son el arcaico, mágico, mítico, racional y por último el nivel integral. (Para el aspecto que se está tratando, en el nivel mágico, el hombre está enteramente ligado a los acontecimientos naturales y no tiene conciencia ni del tiempo ni del espacio), tiene entonces una conciencia -

¹³ LOPEZ Austin, A. "Textos de medicina náhuatl". Instituto de investigaciones históricas. UNAM. 2a. edición. México, 1975. p. 87.

durmiente, atemporal y aespacial".¹⁴

2) Biologicista-positivista. Es una concepción que se caracteriza, por hecho de que exclusivamente se explican las causas de la enfermedad por aspectos biologicistas, y deja fuera los factores sociales del individuo como ente social; reduce el proceso salud-enfermedad y sus aspectos puramente biológicos y no considera los aspectos histórico-sociales, de esta forma es considerada mecancista dentro de una sociedad estática e individualista... "Floreció como resultado del desarrollo de las fuerzas productivas en los países metropolitanos y se estableció como la corriente dominante del saber y la práctica médica en la segunda mitad del siglo XIX. (...) después que los trabajos de Ehrlich, Koch y Pasteur le dieron la herramienta fundamental: la búsqueda microscópica de los agentes causales de las enfermedades. En ciertos casos se ha acompañado de una búsqueda ad absurdum de un armamentarium que ofrecer para reparar la máquina del cuerpo. Esta perspectiva que parte de una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, ofrece una reparación del daño (atención curativa) más que prevención (Jores, 1967); orienta sus acciones a individuos y no a comunidades, y basa una buena parte de su enfoque en la modificación de la conducta individual".¹⁵

¹⁴ JORES, Arthur. "La medicina en la crisis de nuestro tiempo". México, siglo XXI editores, 1981. p. 4.

¹⁵ NECESIDADES ESENCIALES DE MEXICO. Vol. 4. Coplamar, siglo XXI editores. México, 1983. p. 38.

Con esto se explica el sentido mecanicista que tiene esta concepción, al referirse al cuerpo humano como máquina que se fragmenta para estudiarla y por tanto sólo se hace consideración al individuo ahistórico. Como señala Eduardo L. Menéndez: "este biologicismo conducirá necesariamente a la concepción de una "historia natural" (es decir bioecológica) de la enfermedad, donde la "historia social" de la enfermedad está excluida".

Este nivel de análisis implica, como ya se dijo, un determinado enfoque del proceso salud-enfermedad que no interesa desarrollar ampliamente aquí, pero que resulta necesario mencionar para determinar el papel de la práctica médica en la sociedad capitalista mexicana. Dentro de este nivel de análisis, se estará tratando a la enfermedad y la consecuente práctica médica de la medicina curativa y no a la medicina preventiva.

3) Sanitarista. Con respecto a la anterior, supone avances diferentes, ya no se concibe en forma aislada, ahora los problemas de salud son problemas sanitarios y da soluciones sanitarias. Esto implica que las causas de la enfermedad se deben a problemas sanitarios que hay que resolver, de esta manera dentro de la práctica médica que se realiza, ahora se toman en cuenta diferentes factores que inciden en el proceso salud-enfermedad que según Raúl Rojas Soriano son:..."los factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc.(...) ésta se vincula, por lo tanto con condiciones deterioradas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnu-

trición, educación médica deficiente, presencia de factores físico-químicos o mecánicos en el medio de trabajo".¹⁶ Es un análisis multicausal que considera ya a la sociedad, y no sólo al individuo; pero a una sociedad ahistórica, abstracta, ¿por qué se dice esto? porque no permite establecer un orden, una jerarquía entre los factores sociales y físicos... "comúnmente, lo social ha sido tratado como otro factor más del ambiente - dentro del modelo causal ecológico, procedimiento que equivale a "biologizar" lo social sin reconocer su especificidad propia".¹⁷

Representa sólo un avance cuantitativo al incorporar otras variables en relación a la concepción de salud y la práctica médica, son sólo indicadores de una situación histórica particular, significan datos sin historicidad y, por eso, no son necesariamente indicadores válidos en otro momento histórico. -- (...) esta relatividad y el subjetivismo empirista de los sistemas de estratificación social nos plantean pues, la imposibilidad de realizar más que el análisis particular de cada situación particular, lo que significa en última instancia, no poder establecer ninguna regularidad en los acontecimientos sociales".¹⁸

¹⁶ IBID 12, p. 1, 6.

¹⁷ TIMIO, Mario. "Clases sociales y enfermedad". Edit. Nueva Imagen. México, 1980. p. 14.

¹⁸ IBID 17, p. 17.

No existen categorías generales para poder explicar las causas del proceso salud-enfermedad y la práctica médica en otras sociedades, por lo cual se requiere de categorías explicativas más generales a las que se puedan referir los fenómenos particulares... "aún en pleno siglo XX, con todos los avances de una tecnología que rara vez se detiene a meditar sobre fundamentos teóricos, seguimos desconociendo las formas precisas en que variables como el nivel de vida, el trabajo o el ingreso determinan las condiciones de salud. Ciertamente, reconocer o ver un hecho no es igual a comprenderlo y, menos aún, a explicarlo. Hoy seguimos careciendo de una teoría integrada y de una base de comprobaciones empíricas que permitan asignar un peso específico y su concatenación dialéctica a los diversos factores de índole biológica, psicológica y social que actúan sobre los procesos de salud-enfermedad".¹⁹

El dar soluciones sanitarias a problemas de salud específicos, significa para el Estado una garantía para la inversión extranjera, resulta peculiar hacer resaltar esto, debido a que el Estado es el que protege los intereses de la clase dominante, la burguesía, y que por tanto, como ya se mencionó, las políticas que sigue para defender los intereses del capital, de esta forma están presentes los intereses de clase en el proceso salud-enfermedad y en la práctica médica y su interpretación

¹⁹ FRENK, Julio. "Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones". Revista Ciencia y Tecnología, México. mayo-junio/núm. 26, 1979. p. 133.

está mediada por la ideología que responde a determinados intereses, no obstante que es un proceso real, objetivo. La práctica médica y sanitarista y el saber y las interpretaciones dominantes ponderan excesivamente la dimensión individual de la salud y la enfermedad. Se oculta o menosprecia la existencia - de un proceso colectivo de salud-enfermedad, cuya expresión en daños a la salud reproduce las condiciones sociales existentes y el tipo de relación de una sociedad dada con la naturaleza.

4) Biológico-social-histórica. Esta concepción se ve con mayor claridad con el proceso de industrialización progresiva que se desarrolla en América Latina después de la Segunda Guerra Mundial, trataremos de describir el impacto social de la - práctica médica en los trabajadores, es decir, relacionarla al quehacer médico y la salud-enfermedad de los mismos.

Esto significa que, ni las teorías individualistas (unicau sales), ni las multicausales explican en forma real el proceso de enfermedad y salud, ya que estas últimas sí consideran varios factores, pero en forma desordenada, sin historicidad, - consideran factores biológicos y no sociales. Esta epidemiología está basada en indicadores tales como sexo, edad, etc.

La euforia del gran desarrollo médico que produce la teoría unicausal va a condicionar, entre otras causas, la permanencia hegemónica del concepto capitalista de salud-enfermedad con adecuaciones en el último período. Esta adecuación consis-

te en considerar la causalidad como multifactorial (multicausal) pero esta explicación conserva la misma estructura, o sea, se reconoce que en la producción de la enfermedad intervienen muchos factores, pero éstos serán considerados en igualdad de condiciones o con un peso relativo, determinado estadísticamente, mas no ofrecerá ninguna explicación de como estos factores se estructuran históricamente; la enfermedad seguirá siendo expresada (clasificada) en términos biológicos y no en términos de categorías sociales.

- ..."Pese al dominio hegemónico del pensamiento médico, en los últimos años, ha sido puesto en entredicho especialmente - en América Latina, donde las contradicciones se presentan en forma más manifiesta. Estas contradicciones fundamentales son:
- a) Los grupos humanos enfermos presentan características diferentes a la simple suma de casos de individuos enfermos.
 - b) La gran mayoría de los padecimientos pueden ser solucionados con una baja tecnología y que ya existe (como las medidas preventivas) a pesar de lo cual, no pueden ser aplicadas en el modo de producción capitalista y además son rechazadas - por la población que sobrevalora la medicina privada, individualista y curativa a la cual el sistema le ha condicionado.
 - c) "El desarrollo económico" no se acompaña de la desaparición de ciertas enfermedades llamadas de la pobreza (desnutrición, infecciosa, etc.), sino más bien tiende a redistribuirlas y provocar nuevas (enfermedades degenerativas en los

países centrales, accidentes de trabajo en los países en vías de industrialización).

- d) Ni la unicausalidad ni la multicausalidad explican por qué algunos individuos aparentemente en igualdad de condiciones se enferman y otros no, y por qué en unos individuos la enfermedad sigue un curso determinado y en otros un curso diferente (se explica porque tienen diferentes antecedentes históricos)".²⁰

En el libro ¿Medicina para quién? nos señalan que existen tres tendencias de la medicina con fundamento en la composición social y las correspondientes actitudes políticas y sociales. Resumiendo cada una de ellas se dirá que:..."La primera es la tendencia pro países centrales: influenciados por la medicina en los países imperialistas, por los avances en cuestiones tales como genética, trasplantes, quieren copiar el modelo de estos países. Los que se encuentran dentro de esta categoría, tratan de reproducir esa tecnología tanto en Universidades como en los servicios de salud, trabajan en el campo de las investigaciones fundamentalmente sin práctica, éstas son en las ciencias básicas de salud (bioquímica, fisiología) y lo que hacen es tratar de reproducir las investigaciones norteamericanas, copia fiel de ellas. Políticamente se expresan hacia la medicina privada de las clases con mayores recursos, es una

²⁰MERCADO, F. et. a., ¿Medicina para quien? Ediciones nueva sociología. México, 1980. p. 43, sig.

medicina elitista, y se da en los países contrarrevolucionarios de América Latina.

En segundo lugar, la tendencia pro-nacional desarrollista: Estos son grupos de profesionales que trabajan en las Universidades y en los mandos medios de las instituciones de salud, - tratan de ligar el desarrollo de las acciones de salud a los planes del desarrollo nacional. Con esto no se quiere decir que traten de cambiar las condiciones existentes de salud, ni cuestionan a las instituciones de salud, sino que sólo tratan de centralizar la investigación, la formación de recursos humanos e incluso de fusionar las instituciones de salud y de seguridad social. Ahora bien, a quién beneficia el que no se cuestiona a la medicina tal como se lleva y que se sigan reproduciendo las mismas condiciones de explotación de la enfermedad?, - pues a la industria farmacéutica, a las transnacionales del fármaco. Por otro lado, incluso toman en cuenta la concepción multicausal, se adhieren a ella, y llegan a tomar en cuenta el factor social, pero en forma no dialéctica, niegan el materialismo dialéctico.

Por último, está la tendencia crítica. Son profesionales de la salud con una ideología diferente a las demás tendencias ya que buscan una solución histórica al proceso salud-enfermedad y sí la ven como eso, como proceso, se puede afirmar que son más críticos, por esto, son relegados sus análisis, y ellos son discriminados en el ejercicio profesional. Buscan cambiar

la ideología imperante, las relaciones sociales existentes. - Tienen dos expresiones políticas que son: el populismo y la revolucionaria. La primera, esto es el populismo médico oscila - entre la teoría multicausal y la dinámica de la lucha de cla--ses, y la segunda, es la alternativa revolucionaria de la medícina, que se ha dado en países socialistas, pero de manera co--rrecta, con el marco teórico conceptual de salud, sin embargo se cuenta con los elementos fundamentales para iniciar su construcción. Y estos son:

- 1.- Una concepción materialista dialéctica de la causalidad social de la salud-enfermedad.
- 2.- La caracterización del tipo, frecuencia, distribución y gravedad de las enfermedades por clase social.
- 3.- Rescatar el conocimiento médico para las masas en el cuidado para la salud.
- 4.- La organización para la salud es poder popular.
- 5.- El funcionamiento se establece en función de la eficacia y no sólo de la eficiencia.
- 6.- La planificación de la salud en relación a las condiciones sociales, psicológicas y biológicas de los trabajadores y sus aliados, es elaborada y ejecutada por los trabajadores de la salud y el resto de los trabajadores.
- 7.- La priorización de la medicina preventiva sobre la curativa.
- 8.- Desarrollo y aplicación por las masas de la tecnología su--ficiente para la solución de los problemas, desechando la tendencia a la supraespecialización y la sofisticación teg

nológica.

- 9.- Consideran como graves las enfermedades que afectan a grandes grupos humanos y que tienen consecuencias sociales y no solo por la gravedad de cada caso individual.
- 10.- Reclassificar las enfermedades según sus características, - considerando no solo sus aspectos biológicos sino también sus manifestaciones económicas, sociales, psicológicas y - sus posibilidades de resolución.
- 11.- El desarrollo de las fuerzas productivas se aplican sin - restricciones a la eliminación de la enfermedad y el mejoramiento de la salud".²¹

En la teoría y en la práctica, lo anterior sería lo ideal si se aplicara en los países de latinoamérica, pero no sucede como se ha planteado, sino todo lo contrario.

Ahora bien, se pasará a señalar las etapas del desarrollo de la medicina, que son tres elementos: en primer lugar, hay un desarrollo contradictorio en la medicina, esto se debe a que a veces la medicina es considerada de un modo y luego cambia, esto quiere decir que el desarrollo de ella se ha venido dando en forma acelerada algunas veces, y otras se retrocede; - unas veces el médico es considerado lo máximo en el saber, y o tras un elemento explotado por el sistema. Tiene un carácter - contradictorio, ya que unas veces está junto con las clases de

²¹IBID. 20, p. 48

minantes y otras con las dominadas.

La segunda característica es, que nunca ha existido una medicina, siempre ha habido varias alternativas y de ella se ha escogido una y en la medida que ha ido avanzando la sociedad, se hace hegemónica con respecto a otras. Tanto es así que hay veces que, en los períodos de la historia si se tiene una posición diferente, se apoya otra alternativa médica, apareciendo como científica, contraria incluso a la sociedad, casos concretos como la Acupuntura, la Herbolaria, la Homeopatía (de la herbolaría se hará mención en el siguiente punto, se hace necesario destacar, ya que representa una alternativa muy importante dentro de las prácticas que se dejan de lado), etc. incluso en las etapas más iniciales de la medicina cuando existía el médico brujo. El médico brujo era una persona que sabía las propiedades que tenían las plantas. La última etapa de la medicina tiene bases económicas, sociales, ideológicas y culturales muy concretas. Su desarrollo es armónico en relación al conjunto de la sociedad, no hay saltos, no hay sociedades de carácter racionalista con medicina religiosa dominante, o sociedades con medicina racionalista dominante. Hay un desarrollo, pero también contradictorio.

En la actualidad se puede escoger una alternativa u otra de la medicina, pero si elegimos una oficial, significa una contradicción con el desarrollo de la sociedad. Por ejemplo, un médico que se dedique a la Herbolaria o a la Acupuntura, aparece como elemento no armónico en la sociedad.

En el siguiente punto, se destaca la importancia de la -
herbolaria, desde sus inicios en México, y se señala el papel
que tiene actualmente, esto es, la Medicina Tradicional.

1.3. LA MEDICINA TRADICIONAL.

Por otro lado, actualmente tiene vigencia la denominada ... "medicina tradicional, llamada también mágica o popular, es la que expresa las creencias y actitudes que el pueblo tiene a cerca de la salud y la enfermedad, las cuales resultan ser un reflejo de su organización social, económica y familiar, de su mundo religioso y cultural".²²

Es la medicina a la que tiene que recurrir la masa del pueblo, debido a que no tienen los medios económicos para pagar - las consultas en clínicas particulares, y cuando carecen de la seguridad social que prestan las instituciones de salud pública.

Lo que se trata de explicar aquí es qué es la medicina - tradicional y que papel juega en el desarrollo industrial de - México, y de esta forma dejar claro el porque hoy en día se - conforma como una medicina auxiliar. Esto, con el fin de llegar a comprender el desarrollo que ha tenido la práctica médica en el modo de producción capitalista mexicano y la comprensión del análisis de la misma desde el punto de vista de la sociología médica marxista basada en el materialismo histórico - dialéctico.

²² LOPEZ Acuña, Daniel. "México hoy". Cap. VIII. Salud y seguridad social: Problemas recientes y alternativas. México Siglo XXI, 1980. p. 177.

Ahora bien, resulta claro decir que esta medicina tradicional tuvo sus orígenes con la cultura indígena, se basaba en la herbolaría, y las personas que la llevaban a cabo eran los curanderos, y hoy en día todavía se practica por la masa del pueblo.

De esta forma, con la llegada de los españoles (cultura europea) se implantan formas de organización nuevas en lo económico, político, religioso y social; dando por resultado formas de actuar y de pensar diferentes. Es así como se traslapa la cultura europea-occidental a la cultura mexicano-tradicional, dando por resultado formas nuevas de desarrollo en los preceptos religiosos con la tarea de introducir cambios en las raíces del pueblo mexicano. Es por esto que se crean formas coherentes para detener esas prácticas tradicionales, ya que el catolicismo, ideología dominante en México colonial, acepta abiertamente la medicina indígena, pero reprueba el ritual mágico que la acompaña. Cabe señalar, que no se analizará a fondo el pensamiento médico-europeo, sino las repercusiones que tuvo esta en la medicina tradicional.

... "A medida que la incipiente sociedad colonial va estructurando una definida división de clases, en que la cultura médica está representada por los españoles (al considerarse la actividad universitaria y regirse por el Protomedicado y la autoridad virreinal, apareciendo el ejercicio médico como la combinación de actividades de los médicos, cirujanos y boticarios)

el único recurso accesible al pueblo es la medicina tradicional. A partir de entonces, el análisis de la función ejercida por aquélla deberá, necesariamente, considerar la estrecha relación de los factores económicos con los culturales".²³

Es aquí donde las diferencias culturales se unen a las económicas, por el hecho anterior. Mientras la cultura médica europea incorpora fundamentalmente recursos terapéuticos, para que, adecuados a su marco teórico, proporcionen novedades a ensayar, y la medicina popular en el mismo proceso pero en dirección opuesta, esta poniendo en juego su sobrevivencia cultural, su adecuación al status quo vigente, para coexistir... "A fines del siglo XVIII la medicina occidental sufre un proceso de renovación y esos cambios son debido a la cultura francesa que llega a México, la práctica médica sufre modificaciones también, la enseñanza médica tiene transformaciones y estos factores inciden en el siglo XIX en donde la estructuración de la sociedad es compleja debido a que se ha conformado como nación independiente y la relación entre la cultura occidental y la cultura tradicional toman nuevas formas. De donde el positivismo es la médula rectora de la medicina mexicana y bajo su influencia los hombres y las instituciones se perfilan en una concepción nueva".²⁴

²³ORTIZ Quesada, Federico: "Vida y muerte del mexicano" Vol.2. México. Folios Ediciones, 1982. p. 25.

²⁴ORTIZ Quesada, Federico: "Salud en la pobreza", Edit. Nueva Imagen, México, 1982. p. 42.

La enseñanza es esencialmente positivista y afrancesada. Con esto, se puede observar claramente la influencia que ha tenido el pueblo mexicano de otras culturas, es así que, primero fue la española, luego la francesa y por último la norteamericana. De donde, en el México contemporáneo la medicina oficial promueve a partir de entonces la aplicación y el desarrollo de los esquemas que cobran auge en Norteamérica; la química de síntesis augura adelantos colosales en el renglón de los medicamentos; la instrumentación se desarrolla a pasos acelerados, bajo la influencia del ímpetu que se despliega después de la Primera Guerra Mundial. De esta forma, asoma la cara una nueva cultura dominante, la cual personifica a la medicina occidental y centraliza sus actividades en la sociedad estadounidense. Es así, que la herbolaria y las prácticas médico-populares se les considera manifestaciones de una sociedad que pertenece al pasado.

A manera de conclusión, se dirá que, con la creciente industrialización de la medicina, la práctica médica se va haciendo más compleja y se va dejando de lado la herbolaria que al seguir otros modelos evolutivos se descarta la medicina tradicional (y sólo la utilizará la población marginada), con modelos tales de influencia norteamericana, la cual personifica a la medicina occidental y de ahí el surgimiento de la industria farmacéutica que no hace más que combinar las dos (plantas para hacer pomadas y medicamentos). Aquí se presenta una contradicción, supuestamente consideraban a la herbolaría o sea

a la medicina tradicional como anticuada; pero que es lo que - hacen las firmas farmacéuticas, pues saquear los recursos vegetales de éste y muchos otros países. Lo anterior hace pensar - que si se hubieran seguido explotando nuestros recursos y ha--ciendo investigaciones con la herbolaria, hoy estaría México - más desarrollado en este sentido. Pero claro, resulta obvio que al ser dependiente en todo sentido de otras culturas, entendi--da la dependencia tanto en lo económico, social, político e i--deológico, y fundamentalmente de la cultura norteamericana, - nuestro desarrollo esta dirigido por intereses hegemónicos que de ningún modo permitirán un desarrollo completo y autónomo; - ya que los monopolios farmacéuticos absorben el mercado o in--dustria nacional.

La medicina oficial ha sido utilizada por la clase domi--nante para legitimizar su poder, pues su acción se limita a intervenir en la reparación del daño a nivel individual, y a nojar sus prácticas bajo los postulados de una concepción mecanicista, mientras los principios de la cultura tradicional apli--cados al concepto salud-enfermedad, que deparan una concepción más humana en tanto más cercana a la realidad de estos fenóme--nos, han sido marginados y desplazados.

De esta manera, que se adopte un criterio científico au--téntico respecto de aquellos aspectos de la medicina tradicio--nal tan espléndidamente dotada de recursos, que puedan ser útiles en la lucha contra la enfermedad. Además, vale mencionar -

que... "un modelo médico como el vigente, que no toma en cuenta los aspectos culturales de un pueblo, muestra que no está tratando con personas enfermas, sino con meras abstracciones. La investigación de lo útil de una y otra práctica médica, mediante un proceso dialéctico que supere las dos corrientes de pensamiento, la tecnocientífica y la tradicional, permitirá conocer toda la serie de mediaciones sociales, individuales, culturales, religiosas, políticas que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

1.4. SINTESIS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LA PRACTICA MEDICA.

En su nivel más general, el proceso salud-enfermedad está determinado por la dialéctica del hombre con la naturaleza y del hombre con otros hombres. Es por esto, que resulta indispensable utilizar las herramientas del materialismo histórico y dialéctico para el análisis.

Era necesario considerar todos los elementos anteriores para brindar un panorama más amplio sobre los conceptos teórico metodológicos, que resultan indispensables para estudiar de manera concreta el proceso salud y enfermedad y el quehacer médico; ya que al hablar de uno, se tiene necesariamente que hacer referencia al otro, o viceversa, por el hecho de que están íntimamente ligados entre sí, en relación dialéctica. Es por esto que, partiendo del análisis del proceso salud y enfermedad se conocerá como se presenta la práctica médica en la sociedad capitalista, primero a nivel general y luego a nivel más específico, el caso de la sociedad capitalista mexicana.

El definir lo anterior, representa un paso en el estudio de la medicina y su consecuente práctica. Existen diferentes enfoques de ver el proceso salud-enfermedad, pero ninguno considera al factor social como causa determinante, y lo histórico, para explicar el proceso; o si lo hacen, es de manera aislada, no como parte de un conjunto de factores que tienen his-

toricidad, y que forman parte de una sociedad concreta determinada. Por esta razón, el estudio que se realiza esta basado en la sociología médica marxista, que sustenta sus bases en el materialismo histórico y el materialismo dialéctico, de Marx y - Engels; para lo cual se hace uso de una serie de herramientas teóricas, al igual que en el apoyo de diversos estudios empíricos, puede decirse que "mientras mayor sea la influencia de factores económicos, políticos e ideológicos que ejerza la clase dominante, en mayor grado estará determinada la práctica médica en México". En el siguiente análisis se tratará de demostrar la hipótesis y de esta manera llegar a proporcional al final elementos de juicio para fundamentar políticas tendientes a modificar la práctica médica.

La teoría marxista, explica de manera crítica a la realidad social, de forma concreta, tomando en cuenta las determinaciones reales de los fenómenos. Esto es lo que la diferencia de las demás teorías. En el Capital como en la Situación de la clase obrera de Engels se hace referencia al factor social como causa fundamental de la problemática de la salud. De donde se basará el análisis del proceso salud es en las consideraciones tales del materialismo histórico, como modo de producción, en este caso el capitalista, claro haciendo referencia a las - determinaciones históricas.

El estudio de la práctica médica no se puede desligar del análisis, del capitalismo porque este nos da las pautas para -

demostrar la hipótesis que se maneja a lo largo de todo el trabajo. Existe una situación diferencial entre lo que es la práctica médica y lo que realmente expresa (las Instituciones) en la formación social mexicana. El interés es el de destacar que está determinada por factores a nivel estructural, esto quiere decir por "el modo de producir" de la sociedad y también a nivel superestructural, esto es por los elementos políticos e ideológicos, que crea el Estado (instrumento de la clase que intenta el poder y los medios de producción) para cuidar los intereses de la misma, y de esta manera seguir produciendo mayor plusvalía, y por lo tanto reproduciendo las relaciones sociales de producción capitalista que necesita el sistema capitalista.

Con los planteamientos anteriores, se busca demostrar que la práctica médica está influenciada o determinada por factores a nivel estructural, siendo así una práctica social y un proceso de trabajo (en el segundo capítulo), el otro es a nivel superestructural, en donde los factores políticos e ideológicos inciden en la práctica médica, ya que están presentes los intereses de clase y su interpretación está mediada por la ideología, que responde a determinados intereses, no obstante que es un proceso objetivo real.

..."El proceso salud-enfermedad además del componente biológico y del componente económico-social, tiene un componente ideológico (superestructural) ya que la salud-enfermedad nunca

aparece como "problema" sino hay una interpretación del proceso que es su manifestación material. Esto quiere decir que su carácter doble (material e ideológico) le da su existencia social. La salud-enfermedad como fenómeno material existe independientemente de lo que los hombres pensemos de ella -aunque lo que hagamos la determine- pero la caracterización (interpretación) que se le da en un momento dado es lo que la define. Esta caracterización se basa en las necesidades de una sociedad, traducidas en ciertos valores y es por tanto de carácter ideológico. Esa "interpretación" obedece obviamente a intereses de clase definida".²⁵

Dentro de este marco teórico se rechazan las concepciones unicasales biologicistas del proceso salud-enfermedad, así como las concepciones multicausales ecologicistas, y enfatiza la importancia del proceso económico-social sobre el proceso salud-enfermedad.

²⁵MERCADO, F.: ¿Medicina para quién? Ediciones de nueva sociología. México, 1980. p. 32.

C A P I T U L O I I
INCIDENCIA DE FACTORES ECONOMICO-
SOCIALES EN LA PRACTICA MEDICA

CAPITULO II

INCIDENCIA DE FACTORES ECONOMICO-SOCIALES EN LA PRACTICA MEDICA

2.1. EL MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA Y SU RELACION CON LA -
MEDICINA.

La práctica médica, es una "vieja" práctica, la cual no - puede mantenerse desvinculada de las determinaciones concretas y su articulación con estructuras históricas de organización - social. Así la idea de neutralidad de la práctica médica en - cuanto práctica científica es sólo un camino privilegiado para proceder a una independización, la supuesta neutralidad que ha de descalificarse de manera crítica, a partir del análisis del proceso de trabajo médico, de su dinámica interna general, y - de las relaciones que lo determinan externamente.

Se impone precisar, la consideración de la antigüedad de la medicina, el sentido en el que aquella antigüedad se reafirma en cuanto se anula, en la concreción histórica en la que sólo puede aparecer siempre como nueva. De que forma esta práctica transita de la vieja sociedad, hacia aquella que va desarrollándose, recompuesta por las nuevas relaciones que la especificarán, se afirma así como el ángulo privilegiado del cual sus antecedentes históricos son relevantes.

Se desprenden dos consideraciones a explorar, cuya distin

ción es analítica. En primer lugar la medicina utilizará todo el conjunto de conocimientos y técnicas que desarrollara antes del capitalismo para valorar las nuevas funciones que habrá de cumplir, reflejo de las modificaciones que se darán en su objeto. Al revés que con las prácticas contemporáneas de este modo de producción, no hay entonces una inmediata correspondencia - cuya disposición aparece en principio como una posibilidad, algo que se obtendría a través de la propia práctica. Esto remite a la segunda de aquellas direcciones, pues como proyecto, - como posibilidad, la adecuación de la práctica médica a sus - nuevas articulaciones en la estructura social sólo pasa de lo - virtual a lo efectivo a través de la rearticulación de las relaciones que sus agentes establecen con los demás agentes sociales.

Para los agentes de la medicina, se trata de producir una posición para sí mismos, en la propia estructura social según como disponen en ella su práctica.

En general, la práctica médica en el capitalismo puede expresarse, de una mejor manera si se considera la forma por la cual uno de los conceptos básicos que, permiten una interpretación de la práctica médica a partir del materialismo histórico, ha sido utilizado frecuentemente. Este concepto es la estructura social que se identifica con el modo de producción, considerando que..."como todos y cada uno de los modos de producción, el capitalista es concebido como articulación de una supraes--

estructura con una infraestructura. La infraestructura constitda por prácticas sociales infraestructurales (pleonasma intencional), y la supraestructura por prácticas sociales supraestructurales. Además de las prácticas infraestructurales y supraestructurales contienen, objetos materiales, y no materiales cubiertos por esas prácticas... Al relacionar prácticas en relación a objetos comprometidos en ellas, se tiene el objeto que el proceso de conocimiento busca apropiarse como constitdo por prácticas sociales estructuradas. No obstante, en esa a apropiación cognitiva, el adjetivo estructurada se transforma - en sustantivo: estructura de las prácticas sociales. En otras palabras, la estructura, como constituida del objeto que ha de ser cognitivamente apropiado, asume en el proceso de conocimiento el estatuto de concepto que domina la inteligibilidad - de las prácticas (sociales) infra y supraestructurales entre - sí articuladas".¹

De la última frase, ha de identificarse una doble aceptación del término estructura: Objeto a conocer por un lado; y - objeto conocido, adquiere un determinado estatuto epistemológico, por otro.

En el conocimiento de la práctica médica como práctica social se ha procedido en el conjunto de los trabajos cientifi--

¹L. Pereira, Capitalismo e Saúde, Apêndice en el M.C.F. -
Donnangelo y L. Pereira Saúde e Sociedade, Sao Paulo,
Livraria duas. Cidades, 1976. p. 99.

cos que se dedicaron a reconocer el amoldamiento de esta práctica de las condiciones históricas específicas del modo de producción capitalista, pero la relación de esta práctica médica con la forma de organización social aparece, casi exclusivamente como consecuencia de una estructura dada y raquíticamente - en su dimensión de participante activo en el proceso constitutivo que se viene dando.

... "El modo de producción capitalista establece determinadas relaciones de producción, relaciones de explotación, encaminadas a la obtención de mercancías y de una cada vez mayor - cuota de plusvalía, dada por el obrero, que trabaja bajo el control del capitalista, este proceso dirigido a la obtención de plusvalía, implica un proceso de consumo de la fuerza de trabajo y sus consecuencias: el padecimiento de enfermedades y accidentes propios del régimen fabril, envejecimiento prematuro y reducción de la vida del obrero".²

La forma en la que este consumo del obrero se da, no solo ocurre, sino que trasciende a los demás aspectos de su vida, - dado que durante el proceso de trabajo, el obrero consume sus energías, y los riesgos a los que se expone, van deteriorando su salud en forma paulatina y constante.

El desarrollo de la forma en la que, el proceso de traba-

² ROJAS, Soriano Raúl. op. cit. pp. 61.

jo se desarrolla en relación con la medicina se explicará en - el siguiente punto.

Hecha ya la descripción de la conformación social del sistema feudal, se mencionará en forma breve cual era el panorama en lo que se refiere a la organización de los servicios dirigidos a la salud, tomando como referencia lo descrito por Milton I. Roemer:..."En la Europa del medievo, el mayor poder organizado, se encontraba en manos de la Iglesia, siendo los monjes y Sacerdotes, que se encontraban en los monasterios los portadores de conocimientos médicos, monjes y sacerdotes intentaban la curación de los enfermos. Las propiedades de los señores feudales tenían curanderos al servicio del señor feudal y su familia; igual que en Roma, también atendían a los siervos del feudo, principalmente por el valor económico de éstos. Con el renacimiento, el auge de las universidades -que formaban médicos metódicamente- y el desarrollo de las ciudades, los doctores en medicina se apartaron de los castillos feudales y se instalaron en las ciudades en calidad de médicos "libres".³

..."En la Inglaterra isabelina, las autoridades de los pueblos y ciudades tenían la responsabilidad de atender a los "pobres que lo merecieran". Entre las responsabilidades sociales había un tipo de servicios médicos prestados por un doctor,

³ROEMER, I. Milton. "Perspectiva mundial de los sistemas de salud" Siglo XXI editores, 1980. p. 18.

nombrado por el Superintendente de los Pobres. Las ciudades ma yores, como París y Londres tenían lugares de refugio para los ancianos, los indigentes y los impedidos, que sin eso hubieran mendigado y muerto en las calles. La iglesia fue la que dio el primer paso, y le siguieron las autoridades municipales".⁴

La cita anterior, deja ver la preocupación ya existente - por los problemas de salud, debido probablemente por el factor económico, que se ve seriamente afectado por el aumento cons-- tante de problemas de salud, y afectaban el proceso productivo.

En la medida en la que las clases de jornaleros o artesanos iban desarrollándose, se formaron gremios, entre cu yas funciones estaba la de ayuda colectiva de los enfermos. Un hermano impedido era ayudado económicamente y se le pagaban los medicamentos y los servicios médicos.

La idea de crear un seguro, aparece no solo entre los comerciantes y artesanos, sino además en Europa central, entre - los residentes de un ducado o un pueblo. Así, a mediados del - siglo XIX, los sistemas de "seguro voluntario de enfermedad" - eran comunes entre las clases económicas inferiores de Europa.

El proceso de industrialización en la Europa occidental, - ocasionó un desarrollo acelerado y constante en las ciudades,

⁴IBID 3, op. cit. p. 19.

y dentro de ellas los taugurios. Se inicia la organización de la clase obrera, se formuló la filosofía socialista y apareció el humanitarismo como doctrina social. Se describió la sórdida condición de los pobres en Londres y, motivado por el deseo de reducir las epidemias que pudieran contagiar a todas las clases, el Parlamento Inglés promulgó las primeras leyes de higiene pública, en 1848. Algo semejante ocurre en Alemania y Francia poco después. Se invocaron las facultades del Estado para asegurar el buen aprovisionamiento de agua, aislar y poner en cuarentena los casos de enfermedades infecciosas y vacunar contra la viruela. Los derechos del individuo fueron suprimidos - para impedir la propagación de enfermedades entre las masas.

..."Poco a poco, los beneficios de los programas de seguro de salud se extendieron a las personas de ingresos mayores y ocupaciones específicas. También se ampliaron los beneficios para que comprendieran más tipos de servicios médicos. El seguro de salud era parte de todo el movimiento de seguridad social en pro del retiro de las personas de edad y la asistencia a los pobres. El seguro de desempleo y los subsidios familiares vendrían después. El concepto de responsabilidad del patrón en los accidentes industriales solo iría apareciendo gradualmente en todos los países industrializados, entre ellos, - después de 1910, Estados Unidos. Las leyes de compensación para los obreros disponían el remplazo en metálico de las pérdidas salariales cuando la incapacidad se debía a un accidente de -- trabajo, y la atención médica necesaria. La lucha contra las -

antiguas doctrinas legales de "relaciones de amo-criado" y "aceptación de riesgos" es una epopeya de conflictos sociales - que al final conducen a atribuir a la dirección de una empresa la responsabilidad de los riesgos de trabajo".⁵

... "Cuando las naciones europeas se apoderaron de áreas económicamente atrasadas de Asia y Africa, se crearon sistemas de medicina colonial, destinados en principio a proteger a los colonos europeos y las fuerzas militares enviadas a ocupar la colonia para la madre patria, sistemas que fueron extendiéndose lentamente a las poblaciones indígenas".⁶

En los países industrializados el gobierno asumía la responsabilidad ante algunas enfermedades de tipo infeccioso, grave y crónica, porque representaban un peligro evidente para la comunidad. Los hospitales para enfermedades mentales se empezaron a manejar por todas partes y por el gobierno.

Al finalizar el siglo XIX, primero en Alemania (1859) y - después en otros países, la tuberculosis fue objeto de un reconocimiento análogo con sanatorios especiales fundados primero por sociedades voluntarias y después por ciudades y provincias.

En Estados Unidos, este proceso se llevó a cabo en menos tiempo. En el período colonial se establecieron sistemas de -

⁵ IBID. 4.

⁶ IBID. 4.

cuidado médico limitado para los pobres, siguiendo el modelo isabelino. Hacia 1750 se fundaba el primer hospital para pobres en Filadelfia. Los marineros mercantes eran importantes para el progreso económico, y se fundó un servicio hospitalario especial para ellos en 1798. En algunas ciudades se organizaron juntas de higiene pública, siendo hasta 1869, cuando se organizó el primer personal facultativo estatal de tiempo completo para la prevención de enfermedades, en Massachusetts. Así, para la Primera Guerra Mundial, existía ya en el mundo servicios de salud, más o menos organizados. Una empresa colectiva dirigida a la salud a favor de diversos sectores de la población o para diversas fases del servicio general de salubridad. Aún a pesar de este desarrollo en pro de la salud, la atención médica era considerada más bien una cuestión de tipo personal, más que una responsabilidad social.

Es importante y trascendental, describir en forma breve como se dio la formación del capitalismo en México, esto servirá para entender todo su desarrollo posterior y su actual situación.

El capitalismo en México, se da a través de un proceso similar al ocurrido en aquellos países, que de igual forma fueron colonizados. Al respecto refiere Agustín Cueva:..."Si con algún movimiento fundamental de la historia ha de relacionarse la colonización de América Latina, es con la acumulación originaria en escala mundial, entendida como un proceso que a la par

implica la acumulación sin precedentes en uno de los polos del sistema, supone necesariamente la desacumulación, también sin precedentes en el otro extremo".⁷

... "Por lo tanto y a condición de no tomar la concentración esclavista o feudal de tierras en América por un proceso de acumulación originaria local, es evidente que el movimiento metropolitano de transición al capitalismo frenó, en lugar de impulsar, el desarrollo de este modo de producción en las áreas coloniales. Tal como lo percibió Marx, el excedente económico producido en estas áreas, no llegaba a transformarse realmente en capital en el interior de ellas, donde se extorsionaba al - productor directo por vías esclavistas y serviles, sino que fluía al exterior para convertirse allí en capital".⁸

Durante la época colonial, las formas de producción que - se dieron eran el taller artesanal y el obraje, ambos con un - desarrollo incipiente, casi nulo, debido principalmente a toda una serie de trabas, frenaban el avance del capitalismo, y que poco a poco fueron destruidas, para dar paso al capitalismo como modo de producción dominante. Este hecho se dejó sentir a - partir de 1850, siendo en forma patente en las ramas de la economía como la industria de transformación, la industria extrac

⁷CUEVA, Agustín. "El desarrollo del Capitalismo en América Latina". Siglo XXI, 3a. edición. p. 13.

⁸IBID. op. cit. citando: El Capital, México. Siglo XXI, 1975. Vol. 3. pp. 942-943.

tiva y en los ferrocarriles.

El desarrollo de las relaciones capitalistas es distinto en estas industrias, y responde a factores internos y externos que influyeron en mayor o menor medida para su consolidación - en dichas ramas de la economía, así se inicia la formación del proletariado mexicano como una clase diferenciada socialmente de aquella poseedora de los medios de producción.

Ocurre otro hecho importante, posterior a la guerra de independencia: se inicia un proceso de industrialización que genera un incremento en el incipiente proletariado, impulsado por el gobierno en 1830, a través del proyecto de industrialización mediante la creación del Banco de Avío, dirigido a la promoción industrial de la rama textil. Esto permite la instalación de - las primeras máquinas para el hilado y el tejido de algodón. Por su parte la minería resurge por estas mismas fechas -1825- posterior a la decadencia a que la llevó la guerra de independencia, esto apoyado, por el capital británico que permite un auge en la minería.

En 1837 se inician los primeros intentos para construir - la línea de ferrocarril que uniría la ciudad de México con el puerto de Veracruz. La hacienda por su parte, continuó siendo la forma de organización del trabajo en el campo más importante durante las primeras décadas del siglo pasado y se prolongó hasta la revolución de 1910, la tecnología en esta área se man

tuvo sin cambios, los campesinos se encontraban encasillados a la hacienda y generalmente recibían como pago a cambio de su trabajo, vales para cambiarlos por productos en las tiendas de raya de los dueños de la hacienda, y sólo en raras ocasiones se recurría al trabajo asalariado.

El capitalismo, se dejó sentir con mayor fuerza a partir de 1855, cuando el liberalismo tomó el poder y se dedicó con energía a producir y aplicar una serie de reformas, dirigidas - contra el poder temporal, político y económico de la iglesia y contra las comunidades indígenas, con el propósito de promover el desarrollo capitalista estimulando la acumulación origina--ria con toda violencia, para lo cual empezó por disponer la - destrucción de la propiedad no privada de bienes raíces. Situación que favoreció a la hacienda como forma de organización y producción agropecuaria, ya que la desamortización de los bienes de la iglesia promovida por la ley Lerdo, permitió la compra y concentración de grandes extensiones de tierra por parte de los terratenientes.

"La penetración de las relaciones capitalistas de producción consolidó el trabajo asalariado y acentuó la división del trabajo, con la consiguiente explotación del proletariado, cuya organización era precaria o nula para hacer frente al capital".

La especialización en el trabajo se acentuó, y las condi-

ciones de trabajo, se presentaron más difíciles para cierto grupo de trabajadores, con un menor grado de calificación, por ejemplo: los más desfavorecidos por las relaciones de producción y la forma concreta de organización del proceso productivo, eran los trabajadores que carecían de calificación alguna, los analfabetos, por lo tanto, los que se encontraban con un mayor grado de inseguridad en el trabajo por la constante presión de contingentes desempleados, las condiciones del trabajo eran obviamente más difíciles, y se enfrentaban a situaciones en las que, los daños ocasionados a su salud eran mayores, el envejecimiento prematuro y la menor esperanza de vida de los trabajadores, los accidentes de trabajo, también eran mayores, y cada vez más graves.

La presencia del capitalismo se dejó sentir con mayor fuerza en la rama industrial, y empezó a desplazar a los artesanos y por otro lado que el proletariado que trabajaba en esta rama, tenía como única propiedad, su fuerza de trabajo. Las condiciones de trabajo eran por demás adversas para el trabajador; jornadas de trabajo de 12 horas diarias, el "descanso" semanal y los días "festivos" no se pagaban si no se trabajaban, no existía responsabilidad alguna de los accidentes de trabajo o de enfermedad, ni tampoco en caso de vejez, o por jubilación debido a la incapacidad para seguir trabajando, además el riesgo que corría el trabajador de ser "eliminado" del trabajo, sin justificación alguna y sin indemnizarlo. Aunado a todas estas situaciones adversas, el Estado tenía por principio no in-

tervenir en las relaciones obrero patronales, pues esto equivaldría a ir en contra de los principios de la doctrina del liberalismo. Ante tal situación no es difícil concluir por que y cómo se dio un alto nivel de explotación de la clase obrera, - traduciéndose necesariamente en el detrimento de las condiciones del trabajador, en un mayor número de accidentes de trabajo y una gran miseria, así como un poder adquisitivo cada vez menos. Ya lo dice Raúl Rojas Soriano:

... "La consolidación de ese modo de producción trajo consigo, como una necesidad ineluctable, un incremento en la población asalariada, pero no mejoraron las condiciones materiales de vida. Enriquecimiento del capitalista y mayor miseria - para la clase proletaria es una ley natural de la acumulación capitalista: "A medida que se acumula el capital, tiene necesariamente que empeorar la situación del obrero, cualquiera que sea su retribución (alta o baja)... Por eso es que en un polo - es acumulación de riqueza, y en el contrario, es decir, la cla se que crea su propio producto como capital, acumulación de miseria, de tormentos de trabajo, de esclavitud, de despotismo y de ignorancia y degradación moral". (Marx 1973a, 1:547).

La formación del proletariado en México, se desarrolla - desde la época colonial en algunas de las ramas de la minería, extendiéndose hasta las últimas décadas del siglo pasado, cuando el modo de producción capitalista impone su hegemonía a la formación social mexicana, por lo tanto el proletariado se con

forma como una clase social sujeta a los imperativos del capital.

Sólo a través de la organización conjunta del proletariado será posible que éste se libere de la explotación capitalista, al respecto nos refiere Raúl Rojas S.: Empero, la toma de conciencia del proletariado de su situación objetiva en la estructura social, la de formar una clase para sí, con condiciones idénticas de explotación y, por tanto, con propósitos comunes: su emancipación, es un proceso muy complejo que no se presenta de la misma manera en todas las ramas de la economía, depende tanto de la posición que tiene en el proceso de la producción, como del nivel de organización obrera y del nivel de la lucha de que se dé en un momento histórico. Cuando se pasa de la clase en sí a la clase para sí, es cuando empieza a darse la lucha obrera organizada, a través de sindicatos, partidos políticos, etc., con el fin de combatir la explotación del capital. Se buscan mejores condiciones de empleo y de trabajo, de vida en general, con un proyecto político-ideológico que trasciende la lucha por mejorar los salarios. Este proceso se lleva a cabo en una sociedad donde imperan las relaciones de explotación capitalista y una superestructura político-jurídica e ideológica que genera un marco adecuado (Estado, leyes, tribunales, concepciones de la sociedad) para que se reproduzcan dichas relaciones".⁹

⁹ ROJAS S. Raúl. op. cit. pp. 102.

2.2. LA PRACTICA MEDICA COMO PRACTICA SOCIAL Y COMO PROCESO DE TRABAJO.

La articulación existente de la medicina con el resto de las demás prácticas sociales, resulta ser el punto a partir del cual es posible aprender su carácter histórico, posición que permite una aproximación adecuada al objeto de estudio -aprender su carácter histórico- a través de dos caminos discernibles analíticamente: el estudio de la medicina como práctica social y además (y/o también) como proceso de trabajo.

Atendiendo al estudio de la medicina independientemente de toda conceptualización, que se haga de la misma, Ricardo Bruno Mendes G. en "Medicina e Historia", dice: "La medicina a parece como práctica reiterada en las sociedades humanas, como acto humano, como actividad de una parte de los miembros de una sociedad a través de la cual se definen como pertenecientes a ella, en la medida en que a través de esta actividad logran reproducir su existencia valiéndose de los medios en ella producidos en conjunto, para tal fin. La medicina aparece pues en primer lugar como trabajo".¹⁰

Ahora bien, la categoría "trabajo" implica la participación de cualquier actividad institucionalizada que actúa como fuente de obtención directa -por quien desempeña- de los medios

¹⁰ BRUNO, Ricardo. "Medicina e Historia". Siglo XXI Editores, - 1984. p. 30.

naturales de existencia.

Trabajo, es un proceso que ha existido desde que el hombre se diferencia radicalmente de los animales superiores, y le ha permitido obtener de la naturaleza, las materias necesarias para su subsistencia, utilizando para ello en forma cada vez más perfecta, los instrumentos de trabajo que construye en consciente.

"El trabajo es la condición básica fundamental de toda vida humana. Y lo es en tal grado que hasta cierto punto debemos decir que el trabajo ha creado al propio hombre" (Engels s.f. 74).

Existe una relación de cosa-efecto, en el trabajo y la elaboración de instrumentos de trabajo, y a su vez con el desarrollo del cerebro humano a la formación del lenguaje, a la capacidad de abstracción y a la elaboración de conceptos. Situación que permite que el trabajo sea un proceso planeado, que tiene o forma existencia ideal en el cerebro antes de materializarse y además, dirigido intencionalmente; es la apropiación de la naturaleza, apropiación práctica guiada por el pensamiento teórico (conceptos, leyes, teorías); es la diferencia fundamental existente entre la especie humana y las demás especies animales, diferencia que es el salto cualitativo de gran importancia en el desarrollo de la humanidad y que ha permitido el desarrollo del hombre.

La capacidad que el hombre posee le ha permitido modificar la naturaleza de manera consciente, con el propósito de dominarla, en escala cada vez mayor, desarrollando con esto, en forma paralela, las fuerzas productivas. Por consiguiente, el trabajo se presenta como un proceso consciente, que surge del hombre mismo, ligado a su historia, independientemente de las formas concretas que pueda adoptar en determinadas circunstancias sociales.

El trabajo dirigido a crear valores de uso, para satisfacer necesidades tanto objetivas como subjetivas; Raúl R. S. atendiendo a lo ya mencionado dice del proceso de trabajo como categoría universal: "La actividad racional encaminada a la producción de valores de uso, la asimilación de las materias naturales al servicio de las necesidades humanas, la condición general del intercambio de materias entre la naturaleza y el hombre, la condición natural eterna de la vida humana y por lo tanto independiente de las formas y modalidades de esta vida común a todas las formas sociales por igual" (Marx. 1973 a. I; 136).

La medicina se determina entonces, en tanto que trabajo puede entrar en las formulaciones presentadas como cualquier otro trabajo. Formulaciones abstractas, sólo válidas porque, - construídas a partir de los trabajos particulares y de su organización en un conjunto articulado, permiten criterios de inteligibilidad capaces de dirigir su percepción más concreta.

La medicina al concebirse como trabajo, obliga a distinguir como cualquier trabajo, sus tres elementos simples: "la actividad orientada a un fin -el trabajo mismo-, su objetivo y sus medios".

Todo el proceso de trabajo está determinado "desde fuera" por el objeto, por la idealización del producto que lo antecede, sirviendo como conductor, por las relaciones sociales que sitúan cada trabajo dentro de la división social de trabajo.

Para la comprensión del proceso de trabajo médico se presenta una particularidad, que en la mayoría de las veces llega a ser causa de una serie de contradicciones, tanto en el sentido de la existencia de incoherencias teóricas, como sobre todo, en el sentido de la polarización de la práctica, donde a partir de esto, llegan a originarse eventuales ambigüedades en su aprehensión por el pensamiento. Se trata de su objeto y de las características especiales que lo marcan como portador indisociable de la propia necesidad que, hecho objetivo, motiva el trabajo. El objeto de trabajo incorpora las propias necesidades para la realización de este mismo trabajo.

Ahora bien, en cuanto objeto natural, la cosa natural se redefine como virtualidad del producto, constituyéndose esta a proximación intelectual del objeto en un comportamiento esencial a la operación como su posterior manejo.

El objeto de trabajo que aquí se trata, pasa también por una aprehensión intelectual, por esa adaptación de lo natural al proyecto y, puesto que se trata siempre de un proceso reiterado a los instrumentos que se constituyan para llevarlo a cabo. El desprendimiento del objeto de sus concepciones naturales se presenta como primer momento de este trabajo, doblemente determinado por la finalidad que el trabajo escogió y por los instrumentos que utilizará;

... "El objeto así desprendido, en la medida en que pierde su naturalidad o se conforma al proceso en que entra, se determina entonces como proceso de trabajo"¹¹

Al ser tomado para el proceso de trabajo, el objeto sufre una modificación, por ejemplo, el cuerpo humano enfermo sufre una transformación, en la medida en la que el cuerpo médico interviene, es la intervención del médico haciendo objetivo de trabajo médico, en el cuerpo humano enfermo. Con la condición de que los elementos de toda la naturaleza que caracterizan la necesidad inscrita en el primero reaparezcan en el segundo, ya elaborados; en esta medida aparecen entonces como objeto del trabajo médico.

El trabajo médico modifica al objeto natural, pero le impone la naturaleza de ese objeto, y aún cuando es modificado,

¹¹ IBID. 10, p. 31.

es insociable del portador de la necesidad que lo designó como objeto posible, y al proseguir en su trabajo, el médico continúa incorporándose a la figura material de ese portador.

Dentro del proceso de trabajo ingresa el médico, como portador de la necesidad del enfermo, solo parcialmente transformado en objeto, y no un objeto unilateralmente apropiado por el trabajo, al terminar el proceso de trabajo no sale éste, no es un producto que debe corresponder a necesidades, sino el portador de las necesidades entonces atendidas durante el proceso.

La coexistencia en el mismo espacio del cuerpo de un objeto de trabajo y de una necesidad, implica por lo menos dos con secuencias:

Primero, la medicina tiende a confundir su objeto y su fin. Cuando se concibe como "arte de curar" destaca este último, cuando se proclama conocimiento de la enfermedad y de los modos de acabar con ella da relieve al primero y, con mayor frecuencia, a considerarse "arte y ciencia de curar" y mezcla las dos; la cuestión sería ociosa si, la confusión del trabajo médico con la ciencia que le es correlativa no tuviese casi siempre por objeto obscurecer sus características de práctica social.

En segundo lugar, la presencia de lo social de manera in-

mediata en el trabajo médico, como externo, como necesidad, como objeto de trabajo del médico. "la necesidad es el propio objeto de la práctica", por lo tanto es incorrecto decir como antes, que el objeto del trabajo médico resulta del desprendimiento de un objeto de trabajo de sus conexiones naturales, en la medida en que objeto y necesidad se confunden en un mismo cuerpo; no es "natural" el objeto que la medicina toma para el trabajo, sino cargado ya de todas las determinaciones que marcan el cuerpo de su existencia social. De este modo, lo social esta presente en el trabajo médico de manera inmediata, aunque las formas históricas de esta invasión varíen, en contraste -- relativo con los trabajos que producen bienes que destacan, en el espacio y en el tiempo, de la necesidad que los motivó: el trabajo del agricultor o del artesano se originan igualmente -- hacia las necesidades "externas" y el conocimiento del mercado que delimita la calidad y la amplitud del trabajo a emprender explica esa orientación, pero sólo de esta forma mediatizada -- se expresarán las necesidades en el nivel interno del propio -- proceso de trabajo. --Nunca se concebirá al agricultor como a -- un trabajador de la alimentación--, a no ser quizá en una forma de organización del trabajo social anterior a su división.

Al pasar del plano de lo social, donde se sitúa a la medicina como un trabajo, al plano de la técnica, en el que se puede analizar internamente este trabajo, es necesario retener aquellas determinaciones más generales, que aquí aparecen por -- nueva cuenta especificadas. Aserción que deberá entenderse, co

mo el proceso de trabajo, en su sentido social determina la necesidad que lo mantiene; pero sólo lo hace porque la repone como necesidad satisfecha en sus propios términos, esto es, según su propia lógica.

La aproximación al trabajo requiere de su conceptualización, que se hará, elaborando una teoría del objeto, y dado que el objeto carga consigo la necesidad, la teoría del objeto se traduce como teoría de la necesidad, corresponde en este caso a la patología, asumir la función de definir dónde y cuándo se justifica la necesidad.

... "Así, el concepto de "enfermedad", gana objetividad - que permite extenderlo más allá de los límites de la práctica, hasta fundamentar la necesidad médica como componente esencial del hombre, quedando para la historia la explicación de la diferenciación de esta necesidad, preferentemente bajo la forma de los efectos de la ignorancia que puede imputarse a cada época histórica con relación a los que le suceden: las necesidades siempre habrían estado presentes en su forma "pura", aunque encubiertas tanto por las estructuras culturales que no permitían su manifestación, como por el desconocimiento que cegaba los ojos que podrían haberlas reconocido"¹²

La medicina batalla únicamente con las necesidades del -

¹² IBID. 11, p. 35.

propio enfermo que lo conducen hasta ella, de donde surge la - presunta necesidad legítima de la extensión de la teoría del - objeto (la patología), a la condición de teoría de las necesi- dades y la concepción de las mismas como naturales, dado que - la patología como tratamiento positivo de fenómenos reales no puede identificar su objeto (de conocimiento), sino como un con- junto permanente de regularidades en el ser humano.

Objeción que se presenta falsa y verdadera. Su verdad se deriva en la coexistencia en el "cuerpo" de una necesidad médi- ca y de un objeto de trabajo que acarrea la particularidad pa- ra la práctica de que todas las demás determinaciones que defi- nen ese cuerpo, en el mundo real donde existen concretamente, - sean llevadas a su interior, donde no pueden ser ignoradas, pe- ro si trabajadas de otra forma, de ahí que la práctica se diri- ja en forma simultánea al mismo objeto y a la necesidad misma, procedimiento que puede ser calificado como artificial, cierta- mente, pero en el recurso metodológico (que se distingue del - mero verbalismo) en cuanto que es capaz de interponer una me- diación necesaria, para la progresión cada vez más concreta del objeto del conocimiento.

Toda apreciación del objeto de trabajo médico que se de- tenga en el cuerpo anatomo-fisiológico se equivoca, por lo tan- to, al desnudar al contenido técnico de este trabajo de su na- turaleza inmediata social, pues esta inmediata se manifiesta precisamente en el hecho de que este objeto se superpone a una

necesidad que lo antecede. Resulta artificial reducir esta necesidad a una teoría de aquel objeto, en tanto que por lo contrario la teoría se funda en la necesidad: Sería más conveniente, al fin de cuentas, decir que el hecho patológico sólo es captable como tal, es decir, como una alteración del estado normal, en el nivel de la totalidad orgánica y, tratándose del hombre, en el nivel de la totalidad individual consciente donde la enfermedad se convierte en una especie de mal. Realmente está enfermo, incluso en el sentido biológico de la palabra.

En forma general, es el enfermo quien en la mayoría de las ocasiones juzga si está enfermo o no, si es "normal" o no. Ser normal para el sujeto o individuo, implica que éste pueda retomar una actividad parada, interrumpida por una experiencia que logró sacarlo, desubicarlo de su estado de normatividad, el no puede realizar esta actividad, por cierta incapacidad que lo ubica a sí mismo como mediocre, y sólo en la medida en que la actividad que pueda desempeñar, aún cuando no sea la misma a la realizada antes de sufrir o padecer dicha enfermedad o incapacidad, sea reconocida socialmente éste podrá retornar a ese estado de normatividad. Ante este hecho "la norma científica tiende a inclinarse ante la norma vital".

La transgresión de la normatividad vital que no necesita reducirse a una normatividad biológica, ya por el hecho de ser concebible en el plano de la totalidad individual consciente, se presenta como atributo de la situación histórica particular en que esta totalidad puede instituir sus normas.

La necesidad a la que se enfrenta la medicina sólo puede pensarse, por lo tanto, como particularidad históricamente determinada de un objeto más circunscrito, el cuerpo humano portador de esta necesidad, ya distinto del cuerpo anatomo-fisiológico. Si el objeto del trabajo médico no puede ser reducido al cuerpo anatomo-fisiológico, porque este cuerpo es el de un hombre históricamente determinado, tampoco puede serlo a la conciencia psicológica que este hombre tiene de su cuerpo, ya que ésta es también concebible como históricamente determinada.

En la medida en que la multiplicidad de las determinaciones que marcan el cuerpo expresan la forma mediante la cual el hombre se relaciona con el medio físico y con los demás hombres y también por estas relaciones, el cuerpo anatomo-fisiológico aparece como un cuerpo investido socialmente.

La normatividad social, para fines de la práctica médica no puede ubicarse en forma concreta, es necesario definirla a partir de la estructura social, de la organización social en la combinación, en el mismo movimiento de todas las determinaciones que especifican al ser humano, no reducible nunca a una sola de ellas, siendo reconocido como tal, en las condiciones originales en que los patrones de referencia instituidos que permitían juzgarla así, sigan siendo válidos es normal, si se considera como "modo de vivir la vida" socialmente adecuado. Lo socialmente adecuado, en la normatividad social, está dado por la forma en que la sociedad dispone del cuerpo, antes que nada

como agente de trabajo, lo que adquiere su significado en la - estructura histórica de la producción. Esta es, la cantidad de cuerpos socialmente necesarios.

En un primer nivel, el objeto de la medicina determina - pues en cuanto a fuerza de trabajo, la capacidad de trabajo. El conjunto de las facultades físicas y mentales que existen en la corporeidad, en la persona viva de un ser humano y que - él pone en movimiento cuando produce valores de uso de cual- - quier índole; fuerza de trabajo que sólo existe en condiciones históricamente determinadas, bien definidas, es a partir del - significado adquirido por su situación en cada una de las es-- tructuras sociales de producción históricamente determinadas, - la fuerza de trabajo reviste un significado diferente para la medicina.

Si al atender el médico a su objeto de trabajo, lo ve como el fin útil que se propone, y si el trabajo médico en especial recibe concomitantemente en el objeto su fin -en forma de una solicitud-, de ahí se sigue que al dirigirse al cuerpo tomado como fuerza de trabajo, la medicina debe incorporar las determinaciones específicas de esta fuerza de trabajo como características de su propio proyecto y objeto.

"El trabajo médico debe discriminar en la fuerza de trabajo la que se dirige a sus características especiales de productividad, esto es, las características particulares de uso de -

cuerpo en el trabajo útil concreto en que se emplea, y tomar-- las como referencia para la realización de la cura". Considera ción que es el reflejo en el proyecto terapéutico de la mani-- festación diferencial de la situación llamada enfermedad, de a cuerdo con las estructuras de normatividad peculiares de cada forma de actividad, es decir, la patología se manifiesta en di versas formas, aparece señalada como necesidad con distintos - énfasis, repercutiendo en las personas totales con resonancias siempre originales, distintas.

Tal juicio no se efectúa en base a criterio meramente psi cológico, es el resultado del reflejo de la conciencia y de un juicio que el propio modo de vivir la vida ya había efectuado; teniendo como consecuencia de este hecho el costo del cuidado médico, incluidas en él las medidas materiales, exámenes, fár macos, aparatos, dietas, etc., y no materiales, como la reorga nización de la distribución de las actividades en el tiempo, - implica posibilidades diferenciadas de realización por parte - de las distintas fuerzas de trabajo, esto revela que no es só lo a través de sus recursos económicos sino además por la nor matividad social, la situación diferencial que dado su carác-- ter útil y específico, ocupan en la estructura social.

Debe el trabajo médico, discriminar, en la fuerza de tra bajo, la marca que se le da por su situación económica en la - estructura productiva. El significado económico distinto y la medicina dará cuenta de esta diversidad a través de un cuidado

diverso y aún cualitativo. Se trata aquí del reflejo en el pro
yecto terapéutico y de las estructuras de normatividad peculia
res de cada situación económica de la fuerza de trabajo.

El objeto de la medicina se determina, de acuerdo al aná
lisis anterior, como fuerza de trabajo, y como fuerza de traba
jo puesta en funciones bajo determinadas relaciones de produc-
ción, esto es, como clase social.

La fuerza de trabajo como clase social, es decir, el lugar
que ocupa la fuerza de trabajo dentro de la estructura social,
por la posición relativa que el conjunto de agentes sociales -
mantienen recíprocamente en las sociedades, en lo referente a
la producción en la relación existente con los objetos de tra-
bajo y con los medios de producción, en funciones diferencia--
das de propiedad económica y de posición. Medios y objetos de
trabajo no son manejados como independientes en el proceso de
trabajo de tales relaciones con los hombres, mantienen entre -
sí, a través de sus relaciones con estos medios y estos obje--
tos: el proceso de trabajo, tal como se puede analizar fuera -
de estas relaciones constituyéndose por lo tanto en abstrac- -
ción, necesaria para el conocimiento, pero que no expresa lo -
real.

"Las relaciones de producción están constituidas, en una
sociedad dividida en clases, por una doble relación que englo-
ba las relaciones de los hombres con la naturaleza en la pro--
ducción material. Las dos relaciones son relaciones de los a-

gentes de la producción con el objeto y los medios de trabajo (las fuerzas productivas), y así, por este rodeo relaciones de los hombre entre ellos, relaciones de clase. Estas dos relaciones conciernen así: a) a la relación del no trabajador (proprietario) con el objeto y con los medios de trabajo; b) a la relación del productor inmediato (o del trabajador directo) con el objeto y con los medios de trabajo. Estas relaciones comparten dos aspectos: a) la propiedad económica; se entiende con esto el control económico real de los medios de producción, es decir, el poder de destinar los medios de producción a aplicaciones determinadas y de disponer así de los productos obtenidos; b) la posesión; se entiende con esto la capacidad de emplear - los medios de producción, es decir, el dominio sobre el proceso de trabajo" (N. Poulantzas, las clases sociales en el capitalismo actual. México, Siglo XXI, 1983. p. 18).

La medicina toma para sí, como objeto, las estructuras de normatividad de las clases sociales. Estructuras que no aparecen "puras", porque reflejarían las condiciones objetivas de existencia de cada clase que los trae consigo, son el resultado del filtraje de ese reflejo a través de una estructura de normatividad dominante. Siendo la normatividad (disposición de instaurar valores como normas y enjuiciar variaciones de los criterios que sirvieron a aquella instauración en función de las normas establecidas), un conjunto de prácticas materiales que se refieren y que son indisociables de un conjunto coherente y organizado de concepciones, se trata de una práctica político-

ideológica, se deduce de esto, que son prácticas político ideo
lógicas las que toma la medicina.

La práctica médica se polariza en relación con la contra-
dicción fundamental de clases que caracteriza a cada forma de
organización social, y lo hace orientándose en forma positiva
hacia la clase dominante en cada forma social.

Al lidiar con estructura de normatividad y por tanto con
prácticas político-ideológicas, la medicina contribuye a la re
producción de relaciones de clase, y lo hace desarrollando y am
pliando en forma coherente, con los principios generales de or
ganización de la superestructura, los materiales que le son -
proporcionados por las diversas clases a las que atiende.

2.3. LAS INSTITUCIONES PUBLICAS VISTAS COMO "INDUSTRIAS DE LA SALUD".

En nuestro país existen tres formas de atención médica que están estructuradas y adquieren modalidades específicas, según el grupo social al que están dirigidas. Estas formas son: los servicios médicos de la seguridad social (Instituto Mexicano - del Seguro Social, IMMSS, Instituto de Seguridad y Servicios - Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, y la medicina asistencial representada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA).

De las tres Instituciones de Seguridad Social, la que mayor porcentaje de población atiende, es el IMSS, ya que es la que atiende a los trabajadores de la industria y la construcción, y por tanto, es a la que se le asignan mayores recursos económicos, esto es debido a que se debe poner en condiciones favorables al trabajador en el menor tiempo posible, para que se reincorpore al proceso productivo. Una línea más que nada - se refiere a la Institución de Seguridad Social del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde la mayoría de los trabajadores asegurados por el IMSS se encuentran en una situación - clave dentro del sistema productivo. Es por esto que el acceso real a los servicios de seguridad social es diferenciado en - cuanto a las condiciones concretas de existencia y de organización de los grupos sociales y de la necesidad que tienen el aparato productivo y el mismo Estado de tales grupos. Por otro

lado, en cuanto a los asegurados por el ISSSTE, el estado necesita a la burocracia estatal para su propio sustento y legitimación y tiene que "cuidar" de la salud de dicho grupo social. Y por último la SSA, la población que atiende es la que no participa directamente en el proceso productivo, como son los desempleados y subempleados (este aspecto se tratará con mayor detalle en el siguiente capítulo).

Es necesario mencionar que las instituciones públicas de salud, tiene diferenciaciones en cuanto a tipo de población que es atendida y también en cuanto a acceso real a las mismas, situación que depende de la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo, del nivel de organización de los grupos de las características que adopta en determinados momentos la lucha de clases, de la importancia que para la legitimación del Estado tengan ciertos grupos sociales, todo lo cual se encuentra enmarcado dentro de las particularidades del desarrollo capitalista impuesto a nuestro país por el capital internacional y la burguesía nacional.

La influencia de la industria en el desarrollo de las especialidades médicas se observa en su historia, en donde el médico está inserto..."en una formación socioeconómica particular que determina su práctica, es decir, que su trabajo sufre los cambios que el modo de producción le impone en su organización. Así de un profesional liberal se ha convertido en un trabajador asalariado y su actividad artesanal corre el riesgo de

perderse en "la administración científica" del trabajo. Filosofía administrativa que tiene por objeto controlar de la mejor manera el trabajo alineado, rasgo esencial de este sistema es el control de toda actividad laboral, desde la más simple, hasta la más compleja. Esta peculiar organización del trabajo médico se ha logrado mediante departamentos de control y planeación con la inevitable separación entre dirigentes y dirigidos. En dicha organización, se obedece primordialmente a criterios eficientistas cuyo objeto es incrementar cada vez más la posibilidad de dar consultas y atender enfermos, pero sin tomar en cuenta los aspectos humanos o científicos de la práctica médica. Los hospitales se ven convertidos en fábricas, los pacientes en cosas. Tal organización es eminentemente jerárquica, con niveles muy marcados, los internos y residentes por un lado, - los jefes y supervisores por el otro. El trabajo del médico se fragmenta cada vez más (se especializa), y recuerda el trabajo fabril, en donde cada uno de los talleres (especialidades) se elabora una parte del producto, realizado por la fábrica en su totalidad. Atomización impuesta para la producción en serie. - Los turnos laborales para los de menos antigüedad llegan a ser hasta de 36 horas continuas. No existe una participación democrática en la administración de las labores médicas. A los médicos les ha sido quitado el poder para organizar su proceso de trabajo".¹³

¹³ ORTIZ Quesada, Federico: "Salud en la pobreza" CEESTEM-Nueva Imagen. México, 1984. pp. 70-81.

En el modo capitalista de producción se determina la organización de la medicina, mediante la incorporación de la división del trabajo, en la forma de especialidades médicas, que se basaron en teorías que abandonaron la concepción humoral de la enfermedad en favor de las que sostienen que ésta se origina en lesiones localizadas en los órganos. Así, con esta noción era factible especializarse en cardiología, enfermedades del corazón; urología, enfermedades del riñón, etc.; la especialización se desarrolló con las mismas características en diversos países occidentales, siempre de acuerdo a su grado de industrialización, y propició una práctica médica en torno a la fábrica-hospital... "El especialista mutila al objeto de su práctica y al hacerlo se mutila a sí mismo. Este tipo de actuación en los hospitales, recuerda la fragmentación del trabajo fabril, en donde cada uno de los talleres se hace parte del producto que es realizado por la fábrica en su totalidad. Un paciente es visto por diversos especialistas antes de tener la solución de su padecimiento".¹⁴

El médico y el paciente están insertos en la misma organización socioeconómica y las condiciones en que se ejerce el trabajo médico, son determinadas por ese intermediario del Estado que es el seguro social. En esta institución, el médico es un empleado que no toma las decisiones sobre su proceso de trabajo, pues éstas se atribuyen a los administradores de la insti-

¹⁴IBID. 13. p. 79.

tución. Tampoco posee el control sobre sus medios de trabajo, pues éstos pertenecen o a la industria quimicofarmacéutica o a la de material o equipo, las cuales actúan de acuerdo a los intereses del mercado. Además el acto médico siempre resulta diferente, según sean las condiciones en que se efectúe. La mayoría de los centros institucionales se encuentran organizados con base en los principios de una administración científica; obedecen a un eficientismo cuyo único objeto es atender un número cada vez mayor de pacientes, en donde se somete al trabajador de la salud, en este caso el médico, a jornadas excesivas de trabajo. En la medida en que la atención médica se ha desviado hacia las instituciones, ha tenido que cambiar el viejo estilo de relación médico-paciente, por otro despersonalizado, y en este sentido deshumanizado, en el que los aspectos técnicos del caso tiene la primacía que antes se atribuyó a los aspectos humanos. En efecto ni el médico, ni el paciente, son tomados en consideración, en cuanto a su contenido humano, por el capital. En este tipo de sociedad mercantil capitalista se dan relaciones materiales entre personas y relaciones sociales entre cosas. Ninguno de ambos participan en las decisiones acerca de la atención médica, pues son el gobierno, las compañías de seguros, las industrias quimicofarmacéuticas y las de material y equipo, así como los administradores, quienes determinan las decisiones en el campo de la salud.

Con lo anterior se describió el fenómeno de la práctica médica, pero se necesita una introducción para la comprensión

del análisis que se hace en este punto y en el siguiente. Se puede decir que existen diferentes líneas importantes de interpretación de análisis, cuya diferencia descansa en la valoración diferencial que atribuyen a los dos "momentos de la articulación entre medicina y sociedad".

El afirmar que las Instituciones Públicas son vistas como Industrias de la Salud, es una posición metodológica que dista mucho de ser aceptada en algunos aspectos por otros enfoques teóricos, esto es, no se está totalmente en desacuerdo. Solo se le critican aspectos como: ¿si la práctica médica es un trabajo productivo o improductivo? sobre esta cuestión, Ricardo Bruno Mendes G. en su libro "Medicina e Historia" hace un análisis crítico en donde resalta lo anterior; partiendo de la consideración de que la práctica médica es una práctica social más del conjunto de prácticas de la sociedad, y que ésta conforma un proceso de trabajo en cuanto su objeto de trabajo lo es en la fuerza de trabajo que hay que reparar, para que esté en condiciones de volver a insertarse en el proceso productivo. Tal apreciación preliminar del objeto de estudio no debe tomarse como pretensión de neutralidad, como aquella cómoda situación del científico cuyo objeto salta a la vista como indiscutible, en apariencia preservado del debate y de la contaminación por las ideologías antagónicas: tal neutralidad no pasa de ser un espejismo producido por las circunstancias y todo trabajo científico crítico entiende su distanciamiento, de las luchas sociales, producido por las características de su objeto

de estudio, como el camino más rápido hacia la esterilidad, y - correlativamente busca poner en claro el ángulo que conviene a su objeto, respecto a los intereses sociales presentes.

Se hace referencia al fenómeno de la asalarización que afectó a los agentes del trabajo médico en el modo de producción capitalista, el hablar de asalarización en la práctica médica, no implica necesariamente que todo asalariado pertenezca forzosamente a la clase obrera. Esto quiere decir que no por esto - se le va a considerar que participa en la producción. Por otro lado, también subsiste la práctica médica "libre". Se dice que estas dos producciones de servicios médicos, tanto la producción individual "libre", como la de la fuerza asalariada, tienen pertenencia de clase distinta.

En lo referente al carácter productivo o improductivo de los agentes asalariados del trabajo médico, se dice en primer lugar que "...El trabajo médico...puede ser directamente productivo, al incorporarse al trabajador colectivo, cuidando de la fuerza de trabajo, contribuyendo (al aumento de la productividad) al participar de la organización del proceso productivo y al mantener la fuerza del trabajo en condiciones de ser consumidas. Así, al seleccionar, mantener y recuperar la fuerza - de trabajo, al aumentar su productividad, al disminuir los riesgos a que está sometida, la medicina participa de la organización del proceso productivo, disminuyendo el tiempo de trabajo necesario y aumentando el plusvalor producido. De esta manera,

el cuidado médico es un trabajo humano que, incorporado a la - mercancia - fuerza de trabajo- que crea valores, contribuye a la disminución relativa de su valor (tiempo de trabajo necesario) y al aumento de los valores que crea (plusvalor). No obstante, el cuidado médico, al contribuir al aumento de la productividad, participa en el aumento del plusvalor relativo disminuyendo el tiempo de trabajo necesario, y puede contribuir a la creación de plusvalor absoluto, en la medida en que, al man tener al trabajador en buenas condiciones de salud, hace posible la realización de jornadas extraordinarias de trabajo. En síntesis, se puede decir que la salud, como valor biológico, puede ser considerada como un atributo de la fuerza de trabajo para que pueda ser consumida mejor en el proceso productivo. Pero, paradójicamente, la fuerza de trabajo como mercancia, in corpora para su manutención un cuanto de trabajo, cuyo efecto no es aumentar su valor, sino hacer posible el aumento de su explotación. Para la realización de esta función, determinada por la articulación de la medicina con lo económico, en el modo capitalista de producción, el trabajo médico puede asumir las siguientes formas: 1) que el médico sea asalariado directamente por la Industria (en este caso, el médico se incorpora al trabajador colectivo, con lo que se extrae una parte de plus valor de su trabajo); 2) que el médico sea asalariado de una - empresa de prestaciones de servicios médicos (en este caso, el médico es el trabajador directo, al que se le extraerá el plus valor de la empresa que asume claramente, las características capitalistas, en las que la ecuación es D-M-D', donde D' es ma

por que D); 3) que el médico sea asalariado por el Estado, a través de los esquemas de previsión social. En los dos casos, según este enfoque, el trabajo médico es productivo, ya que el dinero empleado en la compra de sus servicios se transforma en capital. En este caso (la asalarización por el Estado), el esquema se vuelve más complejo, ya que el dinero que compra los cuidados médicos proviene de dos fuentes distintas: una parte. ...la otra la paga el propietario (capitalista) y aunque el trabajo no esté directamente bajo su organización, cumple las mismas funciones que en los casos anteriores, la recuperación y mantenimiento de la fuerza de trabajo. Por otro lado, cuando el cuidado médico se aplica al ejército de reserva y al lumpen-proletariado a través de los servicios de beneficencia o de los centros de salud, la relación que se establece es puramente de prestación de servicios, en los que se remunera el trabajo médico, tratándose por lo tanto, de una relación comercial y no de una operación de capital. Este tipo de trabajo está más directamente ligado a las instancias de la superestructura que al proceso productivo, o sea, está más ligado a la instancia de lo político y de lo ideológico".¹⁵

¹⁵A.S.S. Arovca. "Crítica a la Medicina Preventiva". Siglo XXI Editores. p. 218-221.

2.4. EL MEDICO "TRABAJADOR DE LA SALUD" Y "REPARADOR DE LA FUERZA DE TRABAJO". DOBLE FUNCION DENTRO DEL CAPITALISMO.

Según el punto anterior, la primera idea es que el trabajo médico es productivo en cuanto participa de la organización del proceso de producción. La segunda interpretación de análisis que sustenta Bruno Mendes es la de que trabajo productivo es aquel que produce mercancías de tal manera que repone el fondo (capital) de donde cobra su salario y, aparte de ello, da origen, bajo la forma de mercancías, a una ganancia, que el propietario del capital que emplea dicho trabajo productivo se apropia.

La primera consideración que se hace es que "un trabajo efectuado en condiciones sociales determinadas, y remite así directamente a las relaciones sociales de explotación de un modo de producción determinado". Es pues, trabajo productivo en un modo de producción determinado el trabajo que da lugar a la relación de explotación dominante de este modo: lo que es trabajo productivo para un modo de producción, puede no serlo para otro. El trabajo va a ser productivo en la medida que éste se obtiene en mercancías como unidad de valor de uso y valor de cambio"...Se dirá así que es trabajo, en el modo de producción capitalista, el que produce plusvalor al reproducir directamente los elementos materiales que suben de sustrato a la relación de explotación".¹⁶

Es pues inadecuado intentar caracterizar al trabajo médico como productor de mercancías porque concurre a la reproducción de la fuerza de trabajo; la fuerza de trabajo se determina como mercancía, desde luego, pero esta determinación es el resultado histórico del proceso de separación de los trabajadores directos de sus medios de producción.

..."De esta manera, el trabajo médico no puede, de ningún modo, ser considerado como productivo en el modo capitalista de producción, ya que no es capaz de producir una mercancía autónoma, un valor de uso material cualquiera, del que los propietarios de los medios de producción de que este trabajo se vale pudieran apropiarse, sustrato material de un plusvalor que determinaría tal trabajo como productivo en ese modo de producción".¹⁷

De esta forma, se está dejando claro que el trabajo médico no es productor de plusvalía, puesto que no participa directamente en el proceso productivo y no produce mercancías, ya que ésta sólo se puede llamar como tal, cuando detenta un valor de uso y un valor de cambio que pueden cambiarse en el mercado.

Y de esta forma se puede considerar "indirectamente productivo" el trabajo médico, cuyo objeto está constituido por -

¹⁶N. POULANTZAS. "Las Clases Sociales en el Capitalismo Actual" México. Siglo XXI, 1983. p. 200.

¹⁷IBID, 11. p. 122.

poseedores individuales de fuerza de trabajo productiva, efectivamente integrada en el proceso de producción o sólo potencialmente, e "improductivo" el trabajo médico cuyo objeto está constituido por poseedores individuales de fuerza de trabajo - improductiva. Un ejemplo de esto pueden ser, en la primera, de fuerza productiva un obrero, y en la segunda acerca de la fuerza de trabajo improductiva, un comerciante.

En este nivel de análisis, se señalará por último que existen dos tipos de trabajo médico:

- 1.- Primero es el trabajador médico asalariado del capital industrial como el asalariado del Estado. En un mismo nivel de abstracción en este caso, el trabajo médico busca calificar a la fuerza de trabajo potencial, desde el punto de vista del capital, de interés o no para su consumo productivo. Siendo el proceso capitalista de producción un proceso de consumo productivo de la fuerza de trabajo, el capitalista escoge en el mercado la fuerza de trabajo que le interesa consumir, como escogería cualquier otra mercancía (objeto e instrumento de trabajo) que haya de ser consumida productivamente en aquel proceso (...) se trata de trabajo del capitalista, necesario a la consecución del proceso de producción de mercancías y de plusvalor. Se trata además de trabajo improductivo. Lo que ocurre en este momento es la transformación del capital dinerario en capital productivo, compra de fuerza de trabajo productiva, acto de la circulación en el que el valor de cambio, por lo tan

to, cambia de figura." Se concluye que siendo pues un trabajo imbricado en la infraestructura, no en el momento de la producción inmediata, sino en el de la circulación, este tipo de trabajo médico aparece como trabajo improductivo necesario para la reproducción del ciclo de capital.

- 2.- El segundo tipo de trabajo médico es quienes perciben salarios de empresas capitalistas de producción de servicios médicos (...) En donde lo que tratan es de disminuir los riesgos a que esta sometida la fuerza de trabajo a través del control sobre el ambiente y las condiciones de trabajo. Es aquí donde el capitalista tiene el cuidado de que el conjunto de elementos de la producción (fuerza de trabajo y medios de producción) sean consumidos de la manera más productiva posible sin desperdicios; equivale al trabajo de explotar el trabajo productivo. En esa medida, puede ser por lo menos cercano al trabajo de supervisión y de dirección (...) Su función principal consiste en extraer plusvalor a los obreros en "recaudado".¹⁸

También se hace referencia al trabajo médico liberal y calificar este trabajo como productivo está totalmente fuera de cuestión, puesto que no se trata de trabajo asalariado por el capital, sometido a relaciones capitalistas de producción. Son propietarios de sus instrumentos de trabajo, venden sus servicios por ingreso-salario o por ingreso-ga-

¹⁸ IBID. 11. p. 138.

nancia, pero no por capital variable.

Con lo anterior se explica con detalle como el médico es reparador de la fuerza de trabajo y supuestamente productor de plusvalía.

C A P I T U L O I I I
INCIDENCIA DE FACTORES POLITICO-
IDEOLOGICOS EN LA MEDICINA

CAPITULO III

INCIDENCIA DE FACTORES POLITICO-IDEOLOGICOS EN LA MEDICINA

3.1. EL ESTADO COMO MEDIADOR DE LA CONTRADICCION CAPITAL/TRABAJO PARA PRESERVAR LAS RELACIONES SOCIALES CAPITALISTAS.

Para hablar del Estado y del papel que juega en la práctica médica, se tiene que hacer referencia a la estructura y a la superestructura; al modo de producción que condiciona el proceso de la vida social, política y espiritual... "Un modo de producción, como dice de una manera esquemática Engels, comprende diversos niveles o instancias: lo económico, lo político y lo ideológico, es un todo complejo con predominio en última instancia de lo económico, predominio para el que se reservará el nombre de determinación.

Se trata de un tipo de relación entre las instancias, en cuyo interior la estructura determinante del todo exige la constitución misma -la naturaleza- de las estructuras regionales, asignándoles un lugar y distribuyéndoles funciones; las relaciones que constituyen así cada nivel nunca son simples, sino que están superdeterminadas por las relaciones de los otros niveles. Más aún, la determinación en última instancia de la estructura de todo por lo económico no significa que lo económico retenga siempre allí el papel dominante. Si la unidad que es la estructura con predominio implica que todo modo de pro--

ducción posee un nivel o instancia predominante, lo económico solo es determinante en la medida que asigna a tal o cual instancia el papel dominante, es decir, en la medida en que regula el desplazamiento de predominio debido a la descentralización de las instancias. Dicho de otro modo, definir rigurosamente un modo de producción consiste en descubrir de que manera particular se refleja, en el interior de éste la determinación de la última instancia por lo económico, reflejo que delimita el índice de predominio y de superdeterminación de aquel modo. Por ejemplo en una formación social determinada por el modo de producción capitalista, el papel predominante por regla general lo detenta lo económico, lo que no es sino el efecto del predominio en esa formación, de ese modo, que a su vez se caracteriza, en su "pureza", por el papel predominante que detenta lo económico.

Estos datos son esenciales para captar la operación mediante la cual una estructura regional se constituye en objeto de ciencia, por una parte, y el orden lógico de la elaboración científica a saber, el orden necesario que enlaza legítimamente los diversos conceptos, según su lugar en el proceso de pensamiento, por otra".¹

En este capítulo, en efecto, se tratará más particularmen

¹POULANTZAS, Nicos: Poder político y clases sociales en el estado capitalista. Editorial Siglo veintiuno. México, 1976. p. 5-7.

te la superestructura política del Estado en el modo de producción capitalista, es decir, definir el concepto en dicho modo, para poder llegar a plantear el papel que desempeña el Estado dentro de la práctica médica y el proceso salud-enfermedad. Es to es, la influencia que tienen los factores superestructurales en la práctica médica, es decir los factores político-ideológicos. (En los capítulos anteriores quedó planteado como inciden los factores estructurales, -lo económico y lo social- en la medicina).

Entrando en lo vivo del problema: las estructuras políticas -lo que se llama superestructura política- de un modo de producción y de una formación social constituyen el poder institucionalizado del Estado... "El Estado posee la función particular de constituir el factor de cohesión de los niveles de una formación social. Esto es precisamente lo que el marxismo expresó al concebir el Estado como factor del "orden", como "principio de organización", de una formación, no ya en el sentido corriente de orden político, sino en el de la cohesión del conjunto de los niveles de una nidad compleja".²

Engels nos dice (cita Lenin en su libro Estado y Revolución):... "El Estado es más bien un producto de la sociedad cuando llega a un grado de desarrollo determinado; es la confesión de que esa sociedad se ha enredado en una irremediable con-

²IBID. 1. p. 43.

tradicción consigo misma y está dividida por antagonismos irreconciliables, que es impotente para conjurarios. Pero a fin de que estos antagonismos, estas clases con intereses económicos en pugna no se devoren a sí mismas y no consuman a la sociedad en una lucha estéril, se hace necesario un poder situado aparentemente por encima de la sociedad y llamado a amortiguar el choque, a mantenerlo en los límites del "orden", y ese poder - nacido de la sociedad, pero que se pone por encima de ella y - se divorcia de ella más y más, es el Estado. Aquí aparece expresada con plena claridad la idea fundamental del marxismo en cuanto al papel histórico y a la significación del Estado. El Estado es producto y manifestación del carácter irreconciliable de las contradicciones de clase. El Estado surge en el sitio, momento y grado en que las contradicciones de clase no pueden, objetivamente conciliarse, y viceversa: la existencia del Estado demuestra que las contradicciones de clase son irreconciliables.

Según Marx, el Estado es un órgano de dominación de clase, un órgano de opresión de una clase por otra, es la creación del "orden" que legaliza y afianza esta opresión, amortiguando los choques entre las clases. Y tiene un papel de mediador aparente, adquiriendo cierta independencia aparente respecto a una y otra clase".³

³ LENIN: El Estado y la revolución. Editorial progreso. Moscú. p. 6, 7.

El hecho de que el Estado detenta allí una función de "orden", de orden político sin duda -en los conflictos políticos de clase- pero también de orden global -de organización en sentido amplio- en cuanto a factor de cohesión de la unidad. El Estado impide, pongamos por caso, el estallido del conflicto político de clase en la medida en que ese conflicto refleja, y no en una relación de fenómeno-esencia -la unidad de una formación-. El Estado impide que se consuman las clases y la "sociedad", de aquí es una expresión que indica que impide el estallido de una formación social. Si es cierto que los clásicos del marxismo no elaboraron teóricamente esta concepción del Estado, no es menos cierto que se encuentran en sus obras numerosas indicaciones a este respecto. Así, Engels nos precisa una función de "orden" del Estado como organización para la conservación de las condiciones de la producción, y por lo tanto de las condiciones de la existencia y el funcionamiento de la unidad de un modo de producción y de una formación social.

El Estado, en su papel de cohesión de la unidad de una formación, papel particularmente importante en la formación capitalista, realiza varias funciones: económica, ideológica y política. Esas funciones son modalidades particulares del papel globalmente político del Estado: están sobredeterminadas por -y condensadas en- su función propiamente política, su función en relación con el campo de la lucha política de clases. Alrededor de esa función y de esa relación se ordenarán los análisis que siguen.

La línea de demarcación entre la relación del Estado con las clases dominantes y su relación con las clases dominadas - puede constituir un hilo conductor en el estudio de ese Estado. El Estado capitalista presenta de particular que el predominio propiamente político de clase no está presente en ninguna parte bajo la forma de una relación política clases dominantes- - clases dominadas, en sus instituciones mismas. Todo ocurre, en esas instituciones, como si la "lucha" de clases no existiese. El Estado está organizado como unidad política de una sociedad de intereses económicos divergentes, no intereses de clase, si no de "individuos primados", sujetos económicos, lo cual se refiere a la relación del Estado con el aislamiento de las relaciones sociales económicas que es, en parte, su propio efecto. Partiendo de ese aislamiento, la función política del Estado - presenta una ambivalencia, según se trate de las clases dominantes o de las clases dominadas.

1). Respecto de las clases dominadas, la función del Estado capitalista es impedir su organización política, que superaría su aislamiento económico, manteniéndolas en el aislamiento que es en parte su propio efecto. Esa función es asumida de una manera muy particular, que permite distinguir radicalmente ese Estado de los otros Estados. El Estado capitalista mantiene la desorganización política de las clases dominadas por una parte gracias a su efecto de aislamiento sobre las relaciones sociales económicas, y por otra parte gracias al partido que - saca de ese efecto, presentándose como la unidad del pueblo-na

ción compuesto de personas políticas-individuos privados. Esa función es, pues, desempeñada a la vez por medio de la ocultación a los ojos de las clases dominadas de su carácter de clase y por medio de su exclusión específica de las instituciones del Estado en cuanto clases dominadas.

2). Por el contrario, respecto de las clases dominantes, - el Estado capitalista trabaja permanentemente en su organización en el nivel político, anulando su aislamiento económico, - que es, también aquí, su propio efecto así como el de lo ideológico.

Ese primer carácter del Estado capitalista procede de la autonomía específica, en las formaciones capitalistas, de la lucha política y de la lucha económica, del poder político y - del poder económico, de los intereses económicos de clase y de los intereses políticos de clase. El Estado capitalista, con - dirección hegemónica de clase, no representa directamente los intereses económicos de las clases dominantes, sino sus intereses políticos: es el centro del poder político de las clases - dominantes al ser el factor de organización de su lucha política. Gramsci lo expresó muy bien al comprobar que... "la vida del Estado es concebida como una formación continua y una continua superación de equilibrios inestables...entre los intereses del grupo fundamental y los de los grupos subordinados, equilibrios en que los intereses del grupo dominante se imponen, pero hasta cierto punto, es decir, no hasta un mezquino interés econó-

mico corporativo. En ese sentido, el Estado capitalista lleva inscrito en sus estructuras mismas un juego que permite, en los límites del sistema, cierta garantía de intereses económicos - de ciertas clases dominadas. Esto forma parte de su función, - en la medida en que esa garantía esta conforme con el predominio hegemónico de las clases dominantes, es decir, con la constitución política de las clases dominantes, en relación con el Estado, como representativas de un interés general del pueblo. Es cierto que el concepto de Estado capitalista implica una función específica de la ideología política, una forma de poder - que esta fundada sobre un "consentimiento" particularmente organizado y dirigido a las clases dominadas; sin embargo, el carácter del Estado capitalista de que aquí se trata, no se limita solo al condicionamiento ideológico. La noción de interés - general "del pueblo", noción ideológica pero que comprende un juego institucional del Estado capitalista, denota un hecho real: ese Estado permite, por su misma estructura, las garantías de interés económico de ciertas clases dominadas, contrarios - eventualmente a los intereses económicos a corto plazo de las clases dominantes, pero compatibles con sus intereses políti-cos, con su dominación hegemónica".⁴

Es aquí donde se señala el carácter del Estado, que es el de mediar las contradicciones entre la burguesía y el proletariado, entre el capital y el trabajo. Ahora bien, conociendo -

⁴IBID. 1. p. 58, 238, 239, 247.

su función, se puede pasar a plantear la relación de éste con las prácticas médicas en México.

El Estado que representa los intereses de la burguesía se ha visto en la necesidad de establecer sistemas de seguridad social con el fin de proporcionar los medios para restaurar la salud del proletariado para mantenerlo en buenas condiciones para el capital y reincorporar esa mano de obra a la brevedad posible al proceso productivo. El Estado se convierte en el administrador de la seguridad social; esto se debe a que con la expansión industrial, diversos sectores productivos en algunos países europeos, con sistema capitalista como Alemania, Inglaterra, Francia, la clase proletaria se vio en la necesidad de organizarse, debido a que las condiciones de trabajo eran deplorables para su salud, y las medidas preventivas eran nulas; surgen los sindicatos, esta lucha organizada del proletariado contra los capitalistas es para conseguir mejoras en las condiciones de trabajo y de vida para los obreros.

"Las luchas económicas de los obreros durante el último tercio del siglo pasado dieron por resultado que en Alemania - Otto Leopold von Bismarck, llamado el canciller de hierro, formulara tres leyes que serían la base de los sistemas de seguridad social instaurada en buena parte de los países del mundo. La primera ley se promulgó en 1883, se refiere al "Seguro Obligatorio de Enfermedad", la segunda se dictó en 1884 y comprende el "Seguro por Accidentes de Trabajo de los Obreros y Em-

su función, se puede pasar a plantear la relación de éste con las prácticas médicas en México.

El Estado que representa los intereses de la burguesía se ha visto en la necesidad de establecer sistemas de seguridad social con el fin de proporcionar los medios para restaurar la salud del proletariado para mantenerlo en buenas condiciones para el capital y reincorporar esa mano de obra a la brevedad posible al proceso productivo. El Estado se convierte en el administrador de la seguridad social; esto se debe a que con la expansión industrial, diversos sectores productivos en algunos países europeos, con sistema capitalista como Alemania, Inglaterra, Francia, la clase proletaria se vio en la necesidad de organizarse, debido a que las condiciones de trabajo eran deplorables para su salud, y las medidas preventivas eran nulas; surgen los sindicatos, esta lucha organizada del proletariado contra los capitalistas es para conseguir mejoras en las condiciones de trabajo y de vida para los obreros.

"Las luchas económicas de los obreros durante el último tercio del siglo pasado dieron por resultado que en Alemania - Otto Leopold von Bismarck, llamado el canciller de hierro, formulara tres leyes que serían la base de los sistemas de seguridad social instaurada en buena parte de los países del mundo. La primera ley se promulgó en 1883, se refiere al "Seguro Obligatorio de Enfermedad", la segunda se dictó en 1884 y comprende el "Seguro por Accidentes de Trabajo de los Obreros y Em-

pleados de las Empresas Industriales" y la tercera, formulada en 1889 se refiere al "Seguro Obligatorio de la Invalidez y Vejez". Con estas leyes se abre el camino para otorgar una protección "más humana" a la clase productiva, pero lo que se buscaba en realidad era establecer los canales adecuados para evitar que las reivindicaciones que exigía el proletariado, y que amenazaban a la burguesía, rebasaran los límites permitidos por el sistema capitalista".⁵

Las medidas que adopta el Estado sobre la seguridad social son debido al interés que tiene el capitalista de que el obrero esté en condiciones favorables para su inserción en el proceso de trabajo, por eso su interés en la salud del trabajador, ya que representa un elemento básico para la producción, y es concebido como "máquina humana" que si se encuentra en buenas condiciones se podrá exigir de ella un mayor rendimiento para incrementar la productividad del trabajo y elevar de esta manera la tasa de plusvalía.

Para plantear la participación del Estado en la salud, se abocará el estudio a la creación de las instituciones de salud en México. Milton Terris ha establecido una clasificación de la atención médica en la que divide en tres grandes tipos a los sistemas de prestación de servicios que cubren a la mayoría de

⁵ROJAS Soriano, Raúl: Capitalismo y enfermedad. Folios editores. México, 1982. p. 78, 79.

la población, a saber:..."1) La asistencia pública, dominante en la mayor parte de los países precapitalistas con servicios semifilantropicos gubernamentales destinados a las clases populares y, en ocasiones, con programas operados por agencias de seguridad social para el proletariado industrial o la burocracia estatal; 2) el sistema de seguros de salud, dominante en las naciones capitalistas industriales ya sea con participación gubernamental o con esquemas de práctica privada, de carácter obligatorio o voluntario, limitado a algunos grupos de trabajadores o extendido a toda la población y; 3) los servicios nacionales de salud, dominantes en los países socialistas, con cobertura universal de la población, acceso gratuito, personal asalariado, regionalización y con una administración unificada de los servicios de salud pública, de atención hospitalaria y de atención externa".⁶

Lo anterior, representa un elemento básico que actúa en el trasfondo de muchos de los sistemas de seguros de salud y en algunos de asistencia pública, pero como libre empresa directa no es el esquema básico de prestación de servicios para la mayor parte de la población en ningún país del mundo.

Es importante agregar a esto la distinción que hace Milton Roemer con respecto a la operación de los sistemas de atención

⁶TERRIS, Milton: Los tres sistemas mundiales de atención médica: tendencias y perspectivas, en la revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI, 1980. p. 177.

médica en los servicios de seguridad social, para así completar el cuadro de posibilidades organizativas de los servicios de salud, y de esta manera ubicar mejor el caso mexicano. Según Roemer... "existen dos grandes tipos: un sistema directo de atención médica, en el que los servicios son prestados por personal asalariado y en instalaciones que son elementos constitutivos de las agencias de seguridad social, en donde tanto los recursos humanos como los materiales y financieros están sujetos a control, supervisión y políticas jerárquicas, y un sistema indirecto de seguridad social, en el que se contrata a trabajadores de salud y a instituciones independientes para que presten servicios de atención médica".⁷

Otra tipología de acceso a los servicios de salud es: ... "La formación social mexicana es heterogénea. En razón de esta diversidad, existen en los países distintas formas de acceso a los servicios y bienes que satisfacen las necesidades esenciales. Así, en materia de salud se pueden distinguir cuatro tipos o formas generales de acceso a los servicios: a) autoproducción, en la cual él o los individuos producen o utilizan directamente el servicio sin la intermediación del mercado; b) tipo mercantil, en el cual los satisfactores se adquieren en el mercado; c) transferencias institucionales públicas, en las cuales el usuario o consumidor adquiere los bienes o servi

⁷ ROEMER, Milton: Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México, 1980. Siglo XXI. p. 119.

cios en una institución pública, con diversas modalidades de pago; d) transferencias institucionales privadas, con formas de pago diferentes de la transacción mercantil.

Esta clasificación se basa en la forma o modalidad de pago y si éste cubre total o parcialmente el costo del servicio, así en el caso de autoproducción no existe, por definición, pago alguno por el servicio. En el tipo mercantil la forma de pago se ajusta a las normas del mercado; existen varios subtipos de esta modalidad, según el grado de regulación de la ganancia. Las transferencias institucionales públicas se subclasifican de acuerdo con la presencia o ausencia de pago, y en el primer caso, si el pago tiene forma de cuota fija que da derecho al servicio, o de pago específico por servicio recibido. En todos los casos, sin embargo, el pago realizado es menor al costo del servicio. Las transferencias privadas se han clasificado según su origen jurídico en transferencias privadas por derecho, transferencias privadas por contrato de trabajo y transferencias de beneficiencia.

La población puede acceder a los servicios de salud mediante uno o varios tipos, e incluso diversos subtipos de acceso, de tal forma que estos no resulten excluyentes".⁸

Pero, antes de entrar al escenario mexicano cabe hacer -

⁸COPLAMAR: Salud, necesidades esenciales de México. Coplamar-Siglo XXI. México, 1983. p. 124, 125.

algunas consideraciones sobre la práctica privada en materia de servicios de salud. Los que la ejercen lo hacen de manera individualista, sin considerar las necesidades colectivas; esto es afán de lucro, ya que se trata de un régimen de libre empresa en donde la salud se convierte en una mercancía, alcanzable mediante un intercambio comercial; la ganancia es el eje de modalidad de este ejercicio. La medicina que se practica, es curativa y rehabilitatoria y no preventiva, su población de pacientes es mínima debido a que los precios son altos, están por encima del poder de compra de la masa de la población, y solo el que puede recurrir a ella. Es más frecuente su práctica en lugares o zonas urbanas, en donde la población tiene mayor capacidad económica y no donde se necesita realmente, en las regiones rurales. Por esto se dice que la medicina es un negocio en la sociedad capitalista.

... "La evolución histórica de la medicina estatal latinoamericana es consecuencia de la influencia de los grupos capitalistas que, provenientes del extranjero, se asociaron a los locales y que juntos propiciaron su implantación. Así, los países que lograron un desarrollo capitalista temprano fueron los que crearon unidades estatales de sanidad; Argentina, Uruguay y Brasil, por ejemplo. lo hicieron desde fines del siglo XIX. Aquí vale la pena mencionar el importante papel que desempeñaron en el establecimiento de estas unidades sanitarias en Latinoamérica el gobierno federal de los Estados Unidos, la Oficina Sanitaria Panamericana y empresas privadas, tales como la -

Unit Fruit Company y las del clan Rockefeller.

De aquí se comprende por que, a fines del siglo pasado y principios de este, el desarrollo de la sanidad fue primero ma rítima y después terrestre, pues tenía por objeto principal - proteger las materias primas, recurso necesario para el desa-- rrollo del comercio y que posteriormente se ligó a la produc-- ción de la industria, cuando la concentración del capital así lo requirió.

Es de este modo como se instauraron algunos ministerios - dedicados a funcionar en el campo de la salud de los países la tinoamericanos, en la década 1930-1940, cuyas funciones acompa ñaron a los cambios políticos y sociales que acontecieron du-- rante este período, y poco después, con el surgimiento de la - industrialización, aparecieron los seguros sociales, los cua-- les tienen como finalidad asegurar el aumento de la capacidad productiva de los trabajadores, reparar los daños que acaezcan con motivo del proceso de trabajo y, en fin, reducir los cos-- tos de producción de la fuerza laboral.

La diferencia entre organismos sanitarios -salubridad y se guro social- estriba en sus fines, los cuales se hacen eviden-- tes en los tipos de estrato poblacional a que se dedican, pues los primeros tienen como función política, ya que se dirigen - al ejército de reserva -subempleados y desempleados-, y la se-- guridad social, en cambio, cuyas atenciones se centran en los

trabajadores, cumple una función indirectamente productiva. Si se analiza la evolución histórica de estos organismos sanitarios latinoamericanos, es posible tener en evidencia, una vez más, que la política sanitaria ha sido determinada por la formación económico social, a través de múltiples mediaciones que ocultan esta relación: medicina estatal, medicina del capital, manifestaciones ambas que dentro de un modo de producción capitalista, que todo lo penetra, terminan por identificarse y por ser lo mismo".⁹

Lo que interesa aquí es el caso mexicano, que ofrece una amplia gama de matices que no permiten hacer una caracterización tan fácil. Se trata de un sistema de servicios de salud del primer tipo que refiere Milton Terris, y al cual ya se hizo mención, al esquema de la asistencia pública, que incluye los rudimentarios servicios asistenciales y de salud pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a los servicios médicos de algunas dependencias e instituciones estatales, a un exagerado número de agencias de seguridad social que otorgan una prestación "directa" de servicios médicos y a los servicios privados que atienden a los minoritarios y acaudalados núcleos de la clase media alta y la burguesía.

... "Además de los servicios de salud tradicionales, para

⁹ ORTIZ QUESADA, Federico: Salud en la pobreza. CEESTEM-Nueva imagen, México, 1984. p. 59.

fines prácticos (curanderos, brujos, etc.), puede hablarse, para fines prácticos de tres grandes tipos de atención profesional a la salud. En primer lugar, el que se ajusta en teoría, - al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es responsable de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud. Tal es el caso de los servicios médicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Departamento del Distrito Federal (DDF), del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), del Instituto Nacional Indigenista (INI) y de los hospitales e institutos descentralizados que funcionan bajo los auspicios de un patronato mixto, público y privado, en el que por lo general tiene una intervención amplia la SSA, tales como el Instituto Nacional de Cardiología, el Instituto Nacional de enfermedades de la Nutrición, el Hospital Infantil de México, - etc. En segundo término, el de las Instituciones de Seguridad Social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales o paraestatales, basado en un derecho gremial a la prestación de servicios, los de salud entre ellos, a través de diferentes fórmulas de financiamiento, generalmente tripartita o bipartita, es decir, con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno. Dentro de esta categoría se ubican los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), de los Ferrocarriles Nacionales (FNM), de la Se-

cretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), de la Secretaría de Marina (SM) y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), dependiente de la Secretaría de la Defensa. Finalmente, en tercer lugar, los servicios de salud privados, constituidos por profesionales que trabajan en forma individual, o por grupos reunidos en unidades de atención externa y/u hospitalaria, que prestan servicios como un negocio, sujetos a las leyes del mercado y al régimen de libre empresa. En este sentido cabe agregar que los seguros privados de salud, tanto individuales como de grupo, son una práctica poco frecuente, en la sociedad mexicana, a diferencia del sistema que existe en los Estados Unidos. Esta modalidad se reduce a los trabajadores de algunas instituciones bancarias y algunas personas de la clase media que compran seguros médicos individuales".¹⁰

Habría que agregar que estos tipos de servicios de salud están distribuidos en forma desigual entre las clases sociales como ya se mencionó, dado que la capacidad económica es diferente; en este caso en primer lugar los que tienen mayor poder de adquisición son algunos sectores de la clase media y principalmente la burguesía, el que sigue es el de los trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y para sus familiares derechohabientes (es aquí donde el obrero se ve obligado a comprar la salud, ya que ni esto le pertenece) y por últi

¹⁰ LOPEZ Acuña, Daniel: La salud desigual en México. México, 1982. Siglo XXI. p. 99.

mo están los grupos sociales marginados, quienes no tienen derecho a la seguridad social, porque no forman parte del proceso productivo y son ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados de la ciudad, etc.

De esto se puede inferir que la medicina privada es más usual que recurra a ella la burguesía; el proletariado a las Instituciones de Seguridad Social para que se repare esa fuerza de trabajo averiada y por último los grupos marginados a las instituciones de asistencia pública que financia el Estado.

El Estado ha concentrado sus esfuerzos en la atención de los sectores más productivos de la sociedad, reforzando y asegurando los recursos de las instituciones encargadas de atenderlos, para esto crea una serie de políticas que refuerzan la ideología dominante (de las cuales se tratan con más detalle en el punto 3.3.). Y en lo referente al gasto público, que es el eje rector de la economía de un Estado con amplios márgenes de intervención económica y social, alcanza también las áreas de salud y la seguridad social. Las políticas generales del Estado tienen una expresión concreta, ya no sólo propositiva, al momento de traducirse en recursos que permitan echar a andar los programas existentes y que hagan posible dinamizar y expandir la esfera de influencia de los servicios que se requieren o se deben proporcionar. En este sentido, sin embargo, el fi--

nanciamiento y el gasto de las principales instituciones de salud en México difiere por parte del Estado, debido a que se concentra más la inversión o recursos económicos en el IMSS. Daniel López Acuña nos dice:..."para el 35% de la población del país, que son los derechohabientes de alguna institución de seguridad social se destinan más de 46 mil millones de pesos para gastos de seguridad social, mientras que para el 65% restante, es decir, para más de 44 millones de personas, sólo se destinarán a través de la SSA, un poco más de 14 mil millones de pesos, lo que resulta evidente es una concentración de recursos económicos en el sector clave de la producción industrial, con el consecuente abandono de las grandes mayorías marginadas".¹¹

A que se debe esto, pues a que en tanto el papel del Estado sea el de financiador de la reproducción de la fuerza de trabajo, se concentrará aún más en los sectores más productivos y se relegará a la población más alejada del epicentro de la producción industrial, que constituye el eje de la acumulación de capital en el modelo económico mexicano.

Para entender con mayor claridad lo antes expuesto, se procederá a hablar sobre lo que es la seguridad social en el siguiente capítulo y se enmarcarán las características de las instituciones de seguridad social, tales como: el IMSS, el -

¹¹ IBID., 10. p. 199.

ISSSTE y la SSA; para una mayor comprensión sobre lo que es y representa la seguridad social en México.

3.2. LA SEGURIDAD SOCIAL, INSTRUMENTO DE LA BURGUESIA PARA MEDIATIZAR LA LUCHA DE CLASES.

"La seguridad social surgió a fines del siglo pasado como elemento de mediación política, fórmula para el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo y reivindicación de las clases trabajadoras. Por tanto, posee en sus diversas modalidades la naturaleza de un instrumento político, ideológico y económico del Estado que plantea la anulación de las contradicciones de clase existentes en una sociedad capitalista por la vía de la gestión bipartita o tripartita de servicios de bienestar social. Es un instrumento híbrido, pues beneficia a algunos grupos asalariados que han ejercido presiones políticas importantes, que son estratégicos en la producción o claves en la estructura del poder (como el ejército y la marina); da también protección social y relativa seguridad económica a grupos desamparados, y por otro lado, constituye una alianza de clases antagónicas, un freno político que canaliza los conflictos de clase a través de la aglutinación de las masas bajo la bandera de las reivindicaciones sociales en los servicios, no en las condiciones de producción. Finalmente puede considerársele como una estrategia para conservar la capacidad productiva de la fuerza de trabajo".¹²

Como reivindicación de las grandes mayorías, la seguridad

¹² LOPEZ Acuña, Daniel: Salud, seguridad social y nutrición en México hoy. México, Siglo XXI, 1984. p. 209.

social en México muestra un atraso notable. Es así, que del total de la población, un 65% no es derechohabiente de ninguna - institución de seguridad social; los incrementos de personas - cubiertas por la seguridad social en los últimos 10 años no han sido muy cuantiosos; los niveles de seguridad económica son bajos; las prestaciones sociales son insuficientes, se ejerce a través de ellas una muy pobre redistribución del ingreso; los servicios de salud de la seguridad social son predominantemente curativos y rehabilitatorios; existen importantes desigualdades entre los derechohabientes que pertenecen a diferentes - esquemas de seguridad social, y entre las mismas instituciones de seguridad social hay diferencias y similitudes que se hacen necesarias mencionar posteriormente, cuando se hallan establecido las características de las instituciones de seguridad social.

Durante la década de los cuarentas y primeros años de los cincuentas, se desarrollan algunas actividades necesarias para consolidar la atención médica, como su forma preponderante de la gestión estatal, en el ámbito del sector salud. En este lapso en particular durante sus primeros años, se impulsa la construcción de la infraestructura hospitalaria, por todo el país; se promulga la ley del seguro social y se inaugura su régimen en las principales ciudades de la república; se crea un número considerable de hospitales e instituciones especializados que coadyuvan a generalizar la prestación de los servicios médicos, política esta que debe interpretarse como un elemento más de -

la estrategia del Estado para reforzar la hegemonía político--ideológica del bloque dominante en la estructura social mexicana. Las instituciones médicas, incorporadas al aparato estatal, adquieren su connotación más importante como espacios de poder, no únicamente resultado de su materialización como instrumento de poder, sino sobre todo por el papel que juegan en la constitución de esas relaciones entre los diversos grupos sociales, bajo el signo interpretativo de la lucha de clases.

... "En 1943, se instituyó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la fusión del antiguo Departamento de Salud y la Secretaría de Asistencia Pública, de más reciente creación. La salud de las masas campesinas quedó asignada a la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de los servicios coordinados de Salud Pública en los estados (antes servicios rurales de cooperación). La seguridad social comenzó, con pasos lentos desde fines de los años cincuentas, a cubrir a algunos sectores campesinos con capacidad contributiva, a través del régimen de extensión de campo, pero éste se ha encaminado únicamente hacia los núcleos de trabajadores agrícolas más organizados y más relevantes para la producción nacional.

En ese año de su creación tiene lugar el primer congreso de asistencia, en donde se hace patente la prioridad otorgada por el Estado a expandir sus servicios de asistencia y primordialmente los de atención médica, para la cual era necesario que se expandieran sus servicios, que aumentara los pocos re-

cursos hospitalarios de que se disponía en ese momento. Esta - política asistencial se encuadraba en el impulso que el Estado mediante su intervención en los diversos ámbitos, intentaba dar a la industria en general y en particular a la de la construcción, la que alcanzó a representar en 1945 un 6.5% del producto nacional bruto y el 19% del total de la producción industrial".¹³

Los propósitos que se tenían eran viables, pero distaron mucho de llegar a concretarse; se quedaron en proyectos, en la práctica sucede que muchos hospitales se quedaron en proyecto, y otros, una vez construídos total o parcialmente, no fueron - dotados del equipo ni del personal adecuado ni necesario. Tal deficiencia se debió a las modificaciones del gasto público que se hicieron en administraciones posteriores, las cuales se pusieron en vigor en función de algunos cambios en la forma en - que se estimó que el Estado debía encarar el problema de las - relaciones entre el sistema económico-político y los problemas de salud.

..."La Ley del Seguro Social fue promulgada en enero de - 1943. Su proyecto había sido elaborado por una comisión creada en 1941 para tal fin. En ella se incluían, además de los delegados estatales, representantes obreros provenientes de importantes centrales sindicales como la Confederación de Trabajadq

¹³HANSEN, R. D.: La política del desarrollo mexicano. México. Siglo XXI, 1979. Cuadro 3-3.

res de México (CTM) y la Federación de Trabajadores al Servicio del Estado, así como de algunos sindicatos de industria más poderosos: electricistas, mineros, petroleros, ferrocarrileros y textiles. Eventos posteriores habrían de revelar la heterogeneidad de la posición obrera ante el seguro social. Mientras algunos de esos sindicatos se opusieron después a su incorporación al seguro -actitud que mantienen hasta la fecha-, el carácter corporativo de las grandes centrales oficiales se hizo patente, sobre todo en los primeros años de vida de la institución. La representación patronal incluía a sus organizaciones más importantes: Confederación de Cámaras Industriales, Confederación Patronal de la República Mexicana, Asociación Nacional de Empresarios de Industria Textil, etc. Algunas de éstas, se arrojaban su calidad de voceros de la "fracción industrial y progresista de la burguesía", núcleo de empresarios nativos medios y grandes de la mejor tradición nacionalista.

El texto de la ley y los mecanismos adoptados para su implantación revelan claramente su propósito básico, a corto y mediano plazo, en el sentido de garantizar el mantenimiento y la recuperación de la fuerza de trabajo empleada en determinados sectores de la industria, y la creación de fondos monetarios adicionales a los ya disponibles en el Estado, para ampliar sus posibilidades de financiamiento destinados a impulsar el proceso de industrialización en el país, en este caso, de la industria de la construcción, la de fabricación de equipo médico y la químico-farmacéutica, a cuyo objeto se impuso un

sistema compulsivo de ahorro a través de las cuotas obrero-patronales, sujetas a un régimen de capitalización".¹⁴

En suma, el Estado ha concentrado sus esfuerzos, en la atención de los sectores más productivos de la sociedad, reforzando y asegurando los recursos de las instituciones encargadas de atenderlos... "Las instituciones de seguridad social, estatales y paraestatales, se pagan con las cuotas de sus afiliados y con las aportaciones del Estado. Sólo los servicios de la SSA están financiados, casi en su totalidad, por el Estado. Esto hace que los servicios de la SSA sigan siendo, en parte, servicios de beneficencia, en parte servicios subsidiados. A todo lo anterior se agrega que los servicios públicos de salud han venido a ser instrumento de intermediación política con el que el Estado sofoca parcialmente las demandas más exigentes de los núcleos organizados de trabajadores agrícolas e industriales, otorgando concesiones en los servicios sin modificar las condiciones de producción".¹⁵

La atención médica jugaba así un papel sumamente importante en la estrategia estatal. A pesar de los múltiples contratiempos y obstáculos con que se tropezó, la estrategia estatal fue exitosa. Al finalizar 1946, y después de solo 3 años, el IMSS había integrado una reserva general de previsión que as-

¹⁴ORTIZ Quesada, Federico: Vida y muerte del mexicano. Folios editores. México, 1983. p. 63.

¹⁵IBID. 12. p. 104.

cendió a \$115 014 064.73 invertidos principalmente en valores de renta fija, en otras obligaciones de fácil realización, existencia en almacenes y en bienes inmobiliarios. Del total de los egresos en ese período (41% de los ingresos), 68% correspondieron a prestaciones en especie (atención médica).

... "El IMSS inició sus servicios en 1944 en la ciudad de México en una situación sumamente hostil, al ser impugnado por grupos de organizaciones obreras; utilizado por algunas otras como mecanismo para mejorar sus posiciones relativas frente a las centrales más poderosas; aprovechado por los patrones para debilitar la organización de los trabajadores en sus fábricas, y para intentar el rescate de concesiones obtenidas como resultado de las luchas obreras. Había sido objeto de las ambiciones de ciertos grupos que deseaban su dirección y, finalmente habían sido empleados como instrumento de ataque a sus directivos, por grupos políticos opositores, así como entre rivales en la prensa nacional, voceros de la derecha o del Estado. ... Evidentemente, la implantación del seguro social representaba la posibilidad de fincar una base material que legitimara - su función directiva, así como ofrecer la oportunidad a la burocracia sindical de aparecer como defensora de los trabajadores, a los que supuestamente representaba"...¹⁶ Este hecho generó uno de los movimientos más importantes de oposición. La Central Obrera de la CTM era un grupo antagonico y aglutinó un

¹⁶ IBID. 14. p. 67.

Frente Nacional Proletario, y lo que pretendía en última instancia era el de mejorar su posición frente al Estado y los trabajadores, impugnando al régimen del seguro social y denunciando la falta de representantes de algunos sectores del movimiento organizado, al discutirse el anteproyecto de ley. Pero con esto no quiere decir que, tal inclusión significara que la representación mejoraría los intereses de los trabajadores, dado que como señala Pereyra,..."sindicatos obreros, federaciones de campesinos y empleados públicos..., casi todas las instituciones creadas por la sociedad para organizar la participación política y defender los intereses inmediatos de sus sectores, han sido incorporadas a la maquinaria estatal".¹⁷

Para esto, no fue en vano, los intentos que hizo la CTM, ya que se le concedieron siete de los diez sitios que ocupa la representación obrera en la Asamblea General, máxima autoridad del Instituto; las restantes se distribuyeron entre la Confederación de Obreros y Campesinos de México, la Confederación Regional de Obreros Mexicanos (CROM) y la Confederación Proletaria Nacional. Debe recordarse además que según los artículos 248 y 256 de la ley vigente en la actualidad, el ejecutivo federal se reserva el derecho de sentar las bases que permitan determinar las organizaciones de los trabajadores y patrones que hallan de intervenir en la designación de los miembros de la Asamblea General, así como nombrar al Director General.

¹⁷ PEREYRA, Carlos: "Estado y Sociedad" en México hoy. Siglo XXI. México, 1984. p. 303.

Es por esto que el Estado ejerce un alto grado de control efectivo, y lo que trata es de hacer converger los intereses - interclasistas y evitar las confrontaciones de clase, en una - situación coyuntural en la que había una convergencia de intereses de determinadas fracciones de la clase obrera con los de la burguesía industrial -garantizar el mantenimiento y recuperación de su capacidad de trabajo-, y como un impulso más a la acumulación del capital a través del proceso de industrialización de la economía, que en esos años pasaba a primer plano.

Por otro lado, hay que dejar claro que, lo que interesa - destacar es el papel que juega la seguridad social en la sociedad mexicana y para esto no se profundizará en el análisis de la evolución histórica, solo se señalarán algunas referencias históricas para comprender la importancia de ésta y señalar el carácter de la seguridad social.

..."A partir de 1940, las tendencias generales de los servicios de salud fueron:

- 1). El crecimiento acelerado de los servicios médicos de las - instituciones de seguridad social.
- 2). La extensión de una red hospitalaria de la SSA que final-- mente quedó inconclusa.
- 3). Las campañas de inmunización fueron privilegiadas sobre el resto de las medidas de medicina preventiva.
- 4). La perspectiva de introducir servicios médicos al campo,- mediante programas diversos. De esta forma, la atención a

la salud se volvió casi exclusivamente curativa por medio de servicios médicos prestados en hospitales. Con excepción de las campañas de inmunización, no se recurrió al resto - de recursos preventivos. Los servicios no personales fueron prácticamente ignorados en las políticas de salud, a - excepción de la campaña contra el paludismo y de las de erradicación de la viruela (1952)".¹⁸

A principios de 1960, las instituciones de atención médica juegan un papel muy importante en el desenvolvimiento de la estrategia estatal; en esta fecha se transforma la antigua Dirección de Pensiones Civiles en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

... "Un aspecto importante de la transformación de esa dependencia, fue no solo el incremento de derechohabientes de ese instituto, sino también la considerable ampliación de los servicios médicos, que proporcionaba como parte de sus prestaciones; de 1961 a 1965 se duplica el número de derechohabientes - del ISSSTE. Es necesario señalar que el decreto de ley para - crear el ISSSTE se expide un poco después de la violenta huelga del Sindicato Nacional de trabajadores de la Educación, uno de los más grandes del país y quizá el más importante de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE).

¹⁸ COPLAMAR: Salud, necesidades esenciales de México. Coplamar-Siglo XXI. México, 1983. p. 119.

Como señala Poulantzas, las medidas para preocuparse el -
concenso, por parte del Estado, no pueden darse en el aire, re-
quieren de una base material que fundamente el proceso legiti-
mador y que representen por necesidad alguna mejoría en las -
condiciones de vida de las clases populares. Si bien la crea--
ción del ISSSTE podría interpretarse como respuesta más o menos
directa a las presiones de un determinado grupo social, en es-
te caso los trabajadores del Estado, su expansión posterior a-
celerada; el gran incremento en el número de establecimientos
de las instituciones de Asistencia Pública; la creación de o-
tras instituciones, como el Instituto Nacional de Protección a
la Infancia (INPI), así como ciertos sucesos ocurridos todos -
entre 1960 y 1964, ejemplifican con elocuencia una modalidad -
específica de utilización de estos elementos del aparato esta-
tal para el mantenimiento hegemónico de las clases en el po-
der".¹⁹

La evolución histórica de las instituciones de atención -
médica, dista mucho de presentar un patrón de crecimiento cong-
tante, continuo, uniforme, todo lo contrario, tal patrón de -
crecimiento, se distingue por sus saltos y sus estancamientos
sucesivos, o incluso por sus retrocesos ocasionales en algunos
aspectos. De esta forma se puede resumir, que, en nuestro país
existen tres formas de atención médica que están estructuradas
y adquieren modalidades específicas según el grupo social al -

¹⁹ IBID. 18. p. 100.

que están dirigidos. Estas formas son: los servicios médicos - de la seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, etc.); la medicina asistencial representada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF), y de los gobiernos de los estados, y la medicina privada. Además con estas tres formas reconocidas oficialmente por las autoridades coexiste la llamada medicina tradicional. En este sentido, también cabe señalar, que dentro de estas instituciones de seguridad social, existen diferencias notables, - que se hacen necesarias mencionar, y que no se pueden dejar de lado, y serán tratadas en el último punto del presente trabajo.

3.3. LAS POLITICAS DE SALUD COMO REFORZADORAS DE LA IDEOLOGIA CAPITALISTA DOMINANTE.

En este punto, se tratará de dar énfasis en la importancia de las políticas emprendidas "en pos" de la salud, pero con la tendencia que esta lleva en sí, la de la reproducción de la ideología dominante.

El Estado ha de crear una serie de políticas para mantener en "buenas condiciones de salud" al trabajador, para favorecer al sistema capitalista, esto es, que la fuerza de trabajo se encuentre en condiciones adecuadas para hacer posible su inserción en el proceso productivo, dichas políticas se presentan favorables para mantener la salud del trabajador, pero con el fin último de mantenerlo en condiciones de producir, en el sistema capitalista.

Ahora bien, ha de considerarse que, no se trata de reproducir únicamente la fuerza de trabajo como tal, es necesario - mantener y reproducir la ideología dominante, y esta reproducción ideológica, la realiza el Estado a través de los aparatos ideológicos del Estado, al respecto nos dice Laclau, citando a Poulantzas:..."En el interior de la estructura de varios niveles (de una formación social) separador por un desarrollo desigual, el Estado posee la función particular de constituir el - factor de cohesión de los niveles de una formación social. Pero más tarde, la razón básica que da para justificar su concep

ción acerca de los aparatos ideológicos del Estado es la siguiente:

Si el Estado se define como la instancia que mantiene la cohesión de una formación social y que reproduce las condiciones de reproducción de un sistema social mediante el mantenimiento de la dominación de clase, es obvio que las instituciones en cuestión -los aparatos ideológicos del Estado- cumplen exactamente la misma función".²⁰

Ahora bien, si las políticas de salud son reforzadoras de la ideología dominante, surge la necesidad de definir el concepto de ideología, para poder situar posteriormente las políticas de la salud, en función de la clase dominante.

... "Ideología (del griego idea, aspecto, imagen, concepto y logos, teoría), es un sistema de puntos de vista e ideas sociales que tienen que ver con ella las opiniones políticas, la conciencia jurídica, la moral, la filosofía, la religión. Siendo una parte de la conciencia social, la ideología tiene su base en las condiciones de la vida material de la sociedad, refleja las particularidades del régimen económico. En la sociedad dividida en clases la ideología reviste inevitablemente un carácter de clase. La ideología dominante en la sociedad es la clase que gobierna, la cual utiliza todos los medios de que -

²⁰ LACLAU, Ernesto. Política e Ideología en la Teoría Marxista. Capitalismo, Fascismo, Populismo. Siglo XXI, 1978. pp. 73-74.

dispone para imponerla a las demás clases".²¹

La ideología puede quedar a la zaga del nivel de desarrollo o adelantársele: tiene carácter de sucesibilidad, es decir, las nuevas ideas y puntos de vista no aparecen al vacío, sino que se apoyan en las precedentes. La ideología no refleja pasivamente la vida económica de la sociedad, sino que influye activamente sobre ella, a través de las acciones de las clases, los grupos sociales, los partidos y el Estado.

En virtud de su independencia relativa, la ideología se rige por sus propias leyes de nacimiento, desarrollo e interacción con otros fenómenos sociales.

Un análisis de la cita anterior sugiere puntos a aclarar, a saber..."En la sociedad dividida en clases la ideología reviste inevitablemente un carácter de clase."La ideología dominante en la sociedad es la de la clase que gobierna, la cual utiliza todos los medios de que dispone para imponerla a las demás clases". Se deduce de lo anterior, que es la clase que detenta el poder, la que gobierna, por lo tanto, la que impone las políticas que se han de llevar a cabo, en el terreno propio de la salud.

²¹ AZAROV, N. I., Aizkovich, A...otros. Diccionario de Filosofía Marxista. Tradc. Alejo Méndez G. Ediciones de Cultura popular, S. A. 1977. p. 159.

Es por demás sabido que los problemas de salud, ocurren y han ocurrido desde siempre, siendo única diferencia el incremento de los problemas de la salud. Con el desarrollo de la sociedad industrial, los peligros ambientales para la salud se han visto incrementados, diversificados, tales problemas son: las radiaciones, la contaminación atmosférica, los automóviles, las nuevas sustancias químicas industriales y las nuevas dro--gas. A esta serie de "atentados" contra la salud se plantean - posibles soluciones, con el fin de disminuir las repercusiones que sobre la salud se presentan.

La incidencia de las enfermedades no es, meramente de tipo físico, que hace alusión al ambiente, es también importante en esta incidencia, el medio social en el que se mueve el individuo. Es la sociedad, la que ha creado los peligros contra los que ahora se lucha, en el ambiente físico, y es la sociedad, - el medio ambiente social, el que de manera importante determina las actitudes y el comportamiento de los individuos. Ya lo dice Milton Terris: los problemas de salud pública, nuevos a - antiguos, son esencialmente sociales, que no se pueden solucionar más que en términos de un sistema social. La tarea de los responsables de salud pública consiste en convencer a la sociedad de su obligación de tomar medidas sociales adecuadas, gu--bernamentales o de otro tipo, para soluciones los problemas específicos de salud y participar en la implementación del sistema. Eliminar la necesidad de desarrollar sistemas sociales efectivos de salud, para concentrarse únicamente en los problemas

del comportamiento individual, es no solo una simplificación, sino una evasión de las responsabilidades que impone la salud pública".²²

Se ha visto que el desarrollo histórico, con respecto a las políticas de salud, han ido cambiando poco a poco, tan es así, que antes no se podía curar ciertas enfermedades, pero ahora - con los adelantos y las políticas actuales de salud de las Instituciones Públicas, más que nada el IMSS, cuenta con aparatos y técnicas curativas más avanzadas, ha ido al parejo del crecimiento del país y del desarrollo científico, y ha hecho - en cuestiones de salud, más que las otras Instituciones Públicas.

Ha crecido, pues la población derechohabiente ya no sólo la integran obreros, sino también otro tipo de trabajadores, como son las costureras, los taxistas, los trabajadores de la construcción, los campesinos, etc., y todo esto contribuye a su crecimiento. Con respecto a las otras Instituciones Públicas, como el ISSSTE y la SSA, también han evolucionado, pero en menor grado que el IMSS, debido a que en éste se concentran un mayor número de derechohabientes.

Se puede decir que las políticas de salud que se tenían en 1940, difieren de las actuales; las de 1940 se pueden carac

²²TERRIS, Milton: La revolución epidemiológica y la medicina social. México. Siglo XXI, 1982. pp. 72-73.

terizar por:

- 1) Atender solamente a una fracción de la población. Se ha favorecido a la población urbana, en particular a los trabajadores de las ramas económicas modernas y del Estado. Las - Instituciones de Seguridad Social que atienden primordialmente a estos grupos concentran la mayor parte de los recursos humanos, financieros y materiales del sector salud. Actualmente se atiende también a la gente del campo tanto - como a la urbana, pero es cierto que se concentran los recursos financieros en las ramas económicas modernas.
- 2) El modelo curativo anterior de atención a la salud era costoso, y no reportaba beneficios a la salud de la población porque llegaba a unos cuantos. Ahora el beneficio se extiende. Hay más hospitales, el IMSS en los 80's empezó a crear una infraestructura hospitalaria en donde se puede atender a un mayor número de derechohabientes; pero aún así, dado - el incremento tan alto de población en México, no se dan abasto para atender a todos, ya que los hospitales son insuficientes, por ejemplo, los de Ginecología están tan saturados, que las pacientes tienen que esperar horas enteras (a veces) para que se desocupe una cama y puedan atenderlas.
- 3) La relación médico-paciente era y es autoritaria y distante, en donde el médico se guarda muchas veces el diagnóstico, y el paciente no se atreve a preguntar: qué tiene porque le impone el médico con bata blanca. También el trato con el personal que labora en las Instituciones Públicas es impersonal, aunque a este mismo, se le dan cursos de relaciones hu

manas que se imparten en las mismas Instituciones.

- 4) Predominio de las inmunizaciones y los programas de control de vectores sobre el resto de los recursos preventivos. Las acciones preventivas realizadas se concentran en cuanto a servicios personales en campañas permanentes y periódicas - de vacunación, que han coadyuvado a erradicar flagelos antes epidémicos (viruela, 1952) y a abatir enfermedades cíclicas y esporádicas (polio, sarampión, tosferina, difteria y tétanos).

Ahora existen campañas para prevenir enfermedades infecto-contagiosas, como la faringitis, amigdalofaringitis, a través de los medios masivos de comunicación. También hay campañas para prevenir el SIDA y las enfermedades gastrointestinales. Antiguamente los canales del Estado estaban bloqueados para esas tareas de educación para la salud. Pero sobre riesgos en el trabajo no hay.

- 5) En cuanto a las acciones preventivas no personales se ha dado prioridad a programas congruentes con el modo etiológico basado en el papel de los insectos y otros animales como vectores. En estos programas se ha obtenido importantes victorias (erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana, 1963; abatimiento y control de otras enfermedades transmisibles), pero a pesar de esto no se ha mejorado las condiciones materiales de vida.

Los servicios no personales de salud han seguido un desarrollo fragmentado, y eso ha limitado sus alcances. Se han obtenido éxitos parciales. Los servicios de agua potable y --

drenaje han venido aumentando rápidamente su cobertura, aun que el déficit en la materia sigue siendo alto. Las campañas de saneamiento ambiental en localidades rurales han sido de alcance reducido. Igualmente se han realizado programas de control y vigilancia de alimentos y bebidas, de ingeniería sanitaria y de nutrición.

- 6) Otras acciones importantes han sido el decreto de yodatar la sal de consumo humano para combatir el bocio endémico y, más recientemente, de añadir flúor para evitar la caries dental. El control de la fauna nociva, al menos por lo que se refiere a sus efectos en los casos de rabia humana, registró avances en el pasado, pero en los últimos años parece haberse estacionado.

Entre las políticas de salud que se han desarrollado, se encuentra la educación para la salud, la vigilancia epidemiológica y nutricional. Pero en lo que se refiere a prevención de accidentes y de salud ocupacional no hay nada. Sólo como medida preventiva en el IMSS el programa de fomento a la salud, y esto es no tanto porque se preocupe el capitalista del trabajador en sí, sino porque pierde dinero si se incapacita y tiene que aportar más cuota para el seguro del trabajador.

- 7) Actualmente las Instituciones Públicas e incluso la medicina privada cuenta con políticas de salud en cuanto a medidas preventivas para control de la Diabetes Mellitus, del niño sano y de la tercera edad, así como del control prenatal. Estos programas son para vigilar al paciente que acuda

cada mes a consulta. Estos programas son preventivos, no curativos.

- 8) Otra política de salud importante, dados los altos índices de contaminación en México son las medidas preventivas que se han tomado para disminuir ésta por medio del control de vehículos en circulación. El programa "Hoy no circula" ha dado resultados que no han solucionado totalmente el problema, ya que las fábricas también contaminan en un 40% (y los autos en un 60%).
- 9) En materia de enseñanza, el IMSS ha fomentado últimamente los cursos de capacitación y especialización para los trabajadores de la salud. En este sentido ha tenido avances, ya que anteriormente el personal no estaba tan bien preparado en salud pública como ahora.

Estas son algunas de las políticas de salud que se tienen actualmente, en comparación con tiempos anteriores, (se está hablando de los 40's en adelante, hasta 1990) se han desarrollado en cuanto a prevención de enfermedades, tanto en Instituciones públicas como privadas. Estos son algunos éxitos en materia de educación para la salud, pero no por esto se mejoran las condiciones de vida de la población mexicana.

3.4. LA ENFERMEDAD COMO NEGOCIO EN LA SOCIEDAD CAPITALISTA.

Es aquí donde se pueden enmarcar con precisión las similitudes y diferencias que hay en el sector de salud mexicano, y de allí que se explique a la enfermedad como negocio para la - sociedad capitalista.

La lógica con la que ha operado el Sistema de Salud Mexicano (SSM) ha sido determinada por la lógica bajo la cual opera el capitalismo; que las características, especializaciones, similitudes y diferencias que se registran hoy en el SSM, a más de ser el resultado histórico de una evolución peculiar enmarcada en la propia evolución capitalista mexicana, están traduciendo el tipo de organización sanitaria que requiere un sistema como el nuestro, con características claras de ser capitalista y dependiente no en tanto lo que debe ser, sino lo que - es.

Carlos Rodríguez Ajenjo nos dice que cuando se hable de - práctica médica no se debe hacer referencia de tal forma que - se hable de que es una, sino que en la práctica médica se conforman diversos organismos de una multidisposición institucional, subdividida a su vez en una larga serie de subinstituciones o servicios de aplicación particular. Tan es así que el - SSM se puede subdividir en tres subsectores distintos, aunque ninguno de ellos guarda una composición homogénea en su interior..."por una parte la medicina privada que atiende a un porcentaje de la población que se estima en un 15% y que capta al

rededor del 11% de los recursos médicos disponibles; por otro lado, la medicina de la seguridad social, que sumada en sus distintas variantes, protege al 35% de la población y que corresponde aproximadamente el 60% de los recursos médicos; y finalmente, sólo el 12% de los recursos médicos se destinan al subsector de la medicina estatal, que en teoría debe cubrir el 50% de la población y cuyos recursos e instalaciones sólo alcanzan en realidad a cubrir el 35% de la misma.

En primer lugar se dirá que en el interior de todo el SSM se mantiene una constante, en este caso, es que los trabajadores son explotado en elevada tasa. A partir de esto, se pueden apreciar diferencias más o menos notables que a su vez explican la presencia de condiciones laborales muy diferentes entre los trabajadores de una misma rama o categoría.

La medicina privada, al centrar su acción en labores de carácter curativo, con elementos de sofisticada complejidad y con atenciones médicas y paramédicos superficiales y mercantilizadas, somete a sus trabajadores a la atención de un cierto tipo de pacientes (denominado por ella misma "clientela"), y en base a su necesidad de ahorrar en gastos de atención obliga a los trabajadores que emplea a desarrollar sus labores con el máximo de rendimiento (con lo que obedece a la exigencia de una elevada productividad), al tiempo que mantiene abatidos los salarios y casi ausentes cierto tipo de remuneración parasalariales.

La medicina de la seguridad social, ávida de elevar la cantidad de los servicios que proporciona, sin elevar el número de personal contratado, y tendiendo a abatir siempre sus propios costos, así como el tiempo de la atención, ha logrado incrementar el rendimiento por trabajador sin expandir su plantilla. Por eso recientemente se señalaba que "los aumentos de cobertura que anunciaron tanto el IMSS como el ISSSTE, utilizan datos en forma parcial, incrementando la productividad de estas instituciones". De ahí la situación de los trabajadores empleados por este tipo de atención, que si bien obedece a la constante del sector, reviste particulares modalidades que a su vez podría explicar en parte el tipo de reivindicaciones laborales planteadas por ellos. Y hasta hoy en día, no se cambia este tipo de explotación, en las instituciones de salud como el IMSS, que quiere incrementar el rendimiento de los trabajadores, sin expandir su plantilla.

Finalmente, el subsector más desproporcionado, el que recibe una dotación económica menor (ya que sus afiliados no son los del proletariado industrial, los que participan en la producción, sino población subempleada y marginada), y que por otro lado, teóricamente debe cubrir el 50% de la población -por lo general constituidas por las clases menos favorecidas, como desempleados o subempleados, sectores laborales competitivos y no organizados, o la población de zonas "deprimidas o marginadas"- lo representa, como ya se dijo, la medicina estatal, básicamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En -

esta dependencia los trabajadores (particularmente los de las categorías más bajas) resienten el control patronal sobre su proceso de trabajo, resiente igualmente las elevadas cargas de tareas y ritmos agobiantes de jornadas prolongadas, de tal forma que sus condiciones laborales son deficientes y sus salarios los más bajos del SSM en su conjunto".²³

Si brevemente se analiza la población que ha sido cubierta bajo estas diferentes modalidades de servicio, se observará que a raíz de haberse instaurado la seguridad social ocurre una concentración de la medicina privada en un porcentaje de la población, a la cual sustrae con celeridad recursos económicos y excedentes, a la vez que la medicina estatal especializa sus acciones en labores preventivas y de atención secundaria básicamente; y la medicina de la seguridad social debe concentrar su cobertura -en un uso de otro lado más político- a atender las necesidades de sectores crecientes del proletariado industrial, precisamente a aquellos que resulten más valiosos para el propio capital, así como aquellos sectores de importancia menos y a otros de los servicios..."De esta forma, en 1977 estaban asegurados el 65% de los trabajadores de la industria extractiva, el 58% de los activos en el sector de servicios, el 50% de los de la industria de transformación, el 49% del transporte, el 48% de la electricidad, el 34% del comercio, el 5% de los obreros de la construcción y el 2% de aquellos dedica-

²³ RODRIGUEZ Ajenjo, Carlos. "Vida y muerte del mexicano". op. cit. p. 156.

dos a la agricultura y/o ganadería"...²⁴ De ahí pues, la aberrante diversificación de la cobertura ya analizada.

Falta mencionar, las diferencias que existen entre las - instituciones de salud, para finalizar y llegar a explicar con esto, que la enfermedad es un negocio en la sociedad capitalista.

Existen varias diferencias, entre estas están: La distribución diferenciada del gasto, esto tiene una importancia capital, la política financiera del Estado, en cuanto a gasto en - salud y seguridad social ya que no sólo de ella depende el ingreso salarial y parasalarial, sino porque de ella depende (en última instancia) la situación laboral misma. Son clarísimas - las diferencias en cuanto a cantidades que se destinan a la medicina menos "productiva" para el sistema (la estatal) y aquella que cuida a la parte más valiosa de la mano de obra (la seguridad social), esto puede explicarse en virtud de la funcionalidad capitalista, más que a los buenos o justos propósitos estatales.

Otra diferencia es la absorción diferenciada de fuerza de trabajo. Aquí se piensa que la institución de salud que debe atender a la mayor parte de la población captara un porcentaje mayor de trabajadores, pero ocurre que la medicina de la segu-

²⁴ IBID. 23. p. 157.

ridad social y -proporcionalmente la medicina privada- concentran la mayor parte de sus recursos para atender a sus respectivas "cuotas" de población. Esto quiere decir que el IMSS (seguridad social) sobrepasa en número de trabajadores a la medicina estatal, es así que mientras el IMSS es atendida por más de 500 mil trabajadores, la SSA emplea a solo 400 mil, con una mayor carga laboral.

Por último las diferencias salariales, no se puede dejar de lado, porque nos representa un panorama lleno de distribuciones injustas y es aquí donde se representan con más vigor. Desde que se inició la seguridad social, se consideró que los trabajadores de la misma, estaban mejor pagados que los de la medicina estatal y aún de los de la medicina privada, en consecuencia, éstos tenían que trabajar en otros empleos (doble empleo) para poder subsistir.

Recientemente, si bien estas diferencias se mantienen, ya no son tan marcadas, esto es, ahora por la crisis del sistema capitalista, existe un deterioro creciente del poder adquisitivo, del nivel de vida y de bienestar de aquellos otrora calificados de "trabajadores predilectos del sector". Ahora, el conjunto de trabajadores en general, sufre las consecuencias de la crisis, pero fundamentalmente ha golpeado a los sectores -previamente desprotegidos, a los cuales se suman hoy sectores otrora beneficiados económicamente con la expansión de los servicios o del crecimiento de las cabezas del sector (la seguri-

dad social). Las diferencias salariales, no hacen sino expresar el conjunto de diferencias y tratos diferenciados de los trabajadores del sector, a la vez que se constituyen en elemento de lucha. Desde hace ya tiempo, la nivelación salarial, el incremento de salarios, retabulación o reclasificación, aparecen como demandas emanadas de este orden de cosas, levantadas por un creciente número de trabajadores que saben de sobra la imposibilidad aparente de hacer efectivo aquello de que "a tra bajo igual, salario igual".

Estas breves notas solo pretenden dar un panorama del Sistema de Salud Mexicano y con esto, dejar claro el porque representa la enfermedad un negocio, la medicina oficial institucionalizada reproduce un sistema social injusto que beneficia preponderantemente a las minorías que detentan el poder y manipulan el dinero.

La atención médica que se proporciona dentro de la seguridad social adquiere ciertas características que hacen que la medicina, a pesar de ser una ciencia social, se convierta en un medio para poner al obrero en condiciones adecuadas de salud para que se le explote. La atención médica, salvo algunas excepciones, pierde su contenido social y se convierte en mero acto mecánico donde el médico se erige en juez supremo y no toma en cuenta o no concede la debida importancia a las características socioeconómicas y culturales de la población que atiende. Por otro lado, y a manera de conclusión, los descubrimientos -

médicos benefician de modo principal a los ricos, a costa de los pobres, hecho que ha propiciado el ejercicio y la práctica de una medicina de clase, la cual privilegia la curación de las enfermedades raras, de aquellas que requieren de técnicas costosas y que sólo son accesibles a una minoría muy reducida. Esta práctica médica, no hace nada con respecto a la desnutrición, no previene ni corrige los riesgos laborales, ya que su enfoque es eminentemente individualista y reparador del daño, una vez sufrido éste.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES.

La medicina como "arte de curar" al igual que cualquier otra forma de trabajo humano, debe empezar por aprenderse, y el inicio de estudio debe recaer en el establecimiento de su carácter histórico.

A partir de aquí se derivan líneas interpretativas importantes, cuya diferencia descansa en la valorización diferencial que se atribuye a los dos "momentos" de la articulación entre medicina y sociedad. Una de ellas es la que hace referencia a factores históricos y sociales para el análisis de la práctica médica, autores tales como: Raúl Rojas Soriano, Vicente Navarro y Franco Basaglia, entre otros. Se afirma que las herramientas de trabajo para el análisis de ésta, deben ser las categorías del materialismo dialéctico, y que solo con esta se tendrá una apropiación del objeto de estudio más real.

Cabe señalar que no se puede hablar de la enfermedad sin hacer referencia a la salud, esto debe ser un proceso, ya que la enfermedad determina la salud, y viceversa. Existen diferentes enfoques para el estudio del proceso salud-enfermedad en la Sociología Médica siendo un enfoque diferente el estudiar a la práctica médica ligada al modo de producción capitalista, en donde se encuentra determinada por factores estructurales (eco

nómicos, sociales) y factores superestructurales (político-ideológicos).

Por otro lado, la práctica médica es una práctica social más del conjunto de prácticas sociales en el modo de producción capitalista; en donde se conforma como proceso de trabajo en la medida que su objeto de trabajo lo es la fuerza de trabajo que tiene que reparar para ponerla en condiciones buenas para el proceso productivo.

Dentro de la misma corriente de la Sociología Médica Marxista existen diferentes tendencias. Una la que considera a las Instituciones Públicas como "industrias de la salud". Y otras que afirman lo contrario. En el presente estudio, se descubrieron ambas, dejando en claro que las Instituciones Públicas, o sea el trabajo médico que subsidia el capital social, o sea, el Estado, no es productor de plusvalía, ni es productivo en la medida que no participa directamente en el proceso productivo y aunque repara la fuerza de trabajo, no por esto (aumento en la productividad) se dice que es trabajo médico productivo.

Por tanto, el trabajo médico "libre", o sea, la práctica médica individual, no tiene carácter ni productivo ni improductivo, ya que es una práctica con herramientas propias y su fin

es vender sus servicios por ingreso-salario.

Se puede entender la práctica médica actual como trabajo médico asalariado, este carácter que se le da, permite explicar más claramente la conformación de este fenómeno de estudio.

Por otro lado el Estado juega un papel fundamental en la sociedad capitalista, como mediador entre la contradicción capital/trabajo, para que no existan conflictos entre las clases. Para esto, crea la seguridad social que sirve como medidas preventivas, para cuidar esa fuerza de trabajo, para que se encuentre en condiciones adecuadas para el trabajo. Por tanto, las políticas de Salud que se crean, refuerzan la ideología capitalista dominante con respecto a éstas, se puede decir que:

- 1.- En cuanto a las medidas preventivas adoptadas en cuestión de educación en la salud, esto es, los mensajes difundidos por los medios masivos de comunicación, a pesar de ser una medida acertada, no tiene la respuesta adecuada por parte de la población mexicana. Debido a ésto, como medida más radical, se debería ayudar para que se cambien las condiciones de vida de la población, pues se afirma en los comerciales que se deben comer frutas y verduras para preve-

nir un cuadro de farinjoamigdalitis; pero no se cuenta con los medios adecuados para una alimentación balanceada. La población que detenta un salario mínimo apenas puede cubrir sus necesidades más esenciales y no cuenta con el dinero suficiente para alimentarse en forma balanceada. Esto quiere decir, que el factor económico y social es muy importante para llevar adecuadamente una medicina preventiva.

- 2.- Otra política de salud sería que además de los cursos que se imparten en las Instituciones Públicas, se complementarían con adiestramiento a los médicos sobre riesgos de trabajo, ya que es una de las áreas de su trabajo que está más saturada, debido a que los accidentes de trabajo suceden u no tras otro, día con día, por las condiciones deplorables que tienen en los centros de trabajo. Estos cursos no existen actualmente, y serían de gran ayuda para el médico.

- 3.- Otro de los problemas más notorios en las Instituciones Públicas, ya sea IMSS, ISSSTE o SSA, es la falta de personal. Las cargas de trabajo son intensas y repercuten en detri--mento a la atención del derechohabiente. A este aspecto le deberían dar más atención los administradores de las Instituciones de Salud y solucionarlo aportando mayor presupuegto a los Sindicatos, para la contratación de personal capacitado que preste sus servicios en esas Instituciones de -
Salud.

4.- Lo anterior conlleva al siguiente punto, teniendo falta de personal a nivel hospitalario, el problema se agudiza, debido a que no hay valoración ó detección temprana de secuelas crónico-degenerativas como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Artritis degenerativa, etc., esto se debe a que por un lado existe falta de personal y por otro, el número de derechohabientes supera la demanda del Seguro Social. Debería de llevarse un control real de las necesidades de los servicios en cuanto a personal e instalaciones adecuadas y el material que se requiera para prestar un servicio de calidad en las Instituciones Públicas de Salud.

5.- Para que se pueda llevar a cabo la medicina preventiva que propone el Estado con sus políticas de salud, se debe de crear mayor infraestructura, como: que se generen más empleos, con mejores salarios, para que se puedan llevar a cabo las medidas adecuadas de prevención.

6.- Que haya mejor distribución de los alimentos que se producen en el campo, ya que muchas toneladas se desechan para evitar que el precio del producto caiga; en lugar de que el producto se abaratara y beneficiara a más población.

Por último, cabe señalar que la enfermedad tiene un entorno biológico-social y económico-político, que determina la forma de enfermarse y de curarse. Este es el nivel de interpretación de análisis que aquí se expuso con mayor detalle, el de la Sociología Médica Marxista; dejando de lado las interpretaciones mecanicistas, en donde consideran a la práctica médica y el proceso salud-enfermedad por factores ahistórico e individualistas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

1. AROVCA, A. S. A.: Crítica a la Medicina Preventiva.
Siglo XXI Editores. p. 218-221.
2. BARTRA, Roger: Marxismo y sociedades antiguas.
Edit. Grijalbo. México, 1975.
3. BASAGLIA, Franco: La salud de los trabajadores.
Edit. Nueva Imagen. Serie Salud e
Ideología. México, 1978.
4. BERMAN, Daniel: Muerte en el trabajo.
Edit. Siglo XXI. Colec. Salud y
Sociedad. México, 1983.
5. BONINO, Donatella: El Compañero Médico.
Edit. Nueva Imagen, México, 1979.
6. BRUNO MENDEZ, Ricardo: Medicina e historia.
Edit. Siglo XXI. México, 1984.
7. MARX, CARLOS: El Capital.
México. Siglo XXI, 1975. Vol. 3.
pp. 942-943.

8. COPLAMAR: Salud, necesidades esenciales de México.
Coplamar—Siglo XXI. México, 1983.
9. CUEVA, Agustín: El desarrollo del Capitalismo en América Latina. Siglo XXI, 3a. Edición. p. 13.
10. ENGELS, Federico: La situación de la clase obrera en Inglaterra. Edit. Jucar, España, 1979.
11. FRENK, Julio: Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones. Revista Ciencia y Tecnología. México. Mayo-Junio. No. 26. 1979.
12. GONZALEZ, Pablo. et. al.: México hoy.
Edit. Siglo XXI, México, 1984.
13. JORES, Arthur: La medicina en la crisis de nuestro tiempo. Edit. Siglo XXI, 1981.
14. KAHLER, Erich: Que es la historia?
Edit. FCE. México, 1966.
15. KNOX, E. G.: La epidemiología en la planificación de la atención de la salud. Edit. Siglo XXI. México, 1982.

16. LACLAU, Ernesto, et. al.: Estado y política en América Latina. Edit. Siglo XXI. México, 1985.
17. LAURELL, Asa Cristina: Medicina y capitalismo en México. Edit. Cuadernos Políticos, No. 5. Julio-Septiembre, 1975.
18. LAURELL, Asa Cristina: Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos, No. 17. Julio-Septiembre, 1978.
19. LAURELL, Asa Cristina: La política de salud en los ochentas. Cuadernos Políticos, No. 23. Enero-Marzo, 1980.
20. LAURELL, Asa Cristina: Crisis y salud en América Latina. Cuadernos políticos, No. 33. Julio-Septiembre, 1982.
21. LAURELL, Asa Cristina: Ciencia y Experiencia Obrera. Edit. Cuadernos Políticos, No. 41. Julio-Diciembre, 1984.
22. LOPEZ ACUÑA, Daniel: La crisis de la medicina mexicana. Revista controversia. UAP. No. 17, 1976.

23. LOPEZ ACUÑA, Daniel: Problemas recientes y alternativas.
Edit. Siglo XXI. México, 1980.
24. LOPEZ AUSTIN, A.: Textos de medicina nahuatl.
Instituto de investigaciones históricas.
2a. ed. México, 1975.
25. MARTINEZ CORTES, Fernando: Medicina y trabajo.
Edit. Medicina del hombre en su totalidad.
México, 1983.
26. MARX, Carlos: El capital.
Edit. FCE. Tomo I. México, 1980.
27. MCKEOWN, Thomas: Introducción a la medicina social.
Edit. Siglo XXI. México, 1981.
28. MERCADO, F. et. al.: ¿Medicina: para quién?
Ediciones Nueva Sociología. México,
1980. p. 43, sig.
29. NAVARRO, Vicente: Salud e imperialismo.
México, Siglo XXI, 1983.
30. ORTIZ QUESADA, Federico: Salud en la pobreza.
Edit. Nueva Imagen. México, 1982.

31. ORTIZ QUESADA, Federico: Vida y muerte del mexicano.
Tomo I y Tomo II. Edit. Folios Ediciones.
México, 1982.
32. PANZIERI, Raniero: La división capitalista del trabajo.
Edit. Pasado y presente, México, 1977.
33. POULANTZAS, N.: Las clases sociales en el capitalismo actual. México. Siglo XXI, 1983. p. 200.
34. RICCHI, Renzo: La muerte obrera.
Edit. Nueva Imagen, Serie Salud e Ideología. México, 1981.
35. ROEMER, Milton: Perspectivas de los sistemas de salud.
Edit. Siglo XXI. México, 1980.
36. ROJAS SORIANO, Raúl: Capitalismo y enfermedad.
Edit. Folios ediciones. México, 1982.
37. ROJAS SORIANO, Raúl: Sociología médica.
Edit. Folios ediciones. México, 1982.
38. ROJAS SORIANO, Raúl: Métodos para la investigación social.
Folios edit. México, 1983.

39. S.S.A.: La salud pública en México. 1959-1982.
Edit. Secretaría de Salubridad y Asisten-
cia. México, 1982.
40. TERRIS, Milton: La revolución epidemiológica y la medici-
na social. Edit. Siglo XXI. México, 1983.
41. TIMIO, Mario: Clases sociales y enfermedad.
Edit. Nueva Imagen. México, 1981.