



5
2ej.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
COORDINACION DE SOCIOLOGIA

"ELEMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA CRISIS
DE LA SALUD EN MEXICO"
(1876 - 1988)

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
REBECA CRUZ SANTACRUZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

ABRIL DE 1992





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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
"LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE SALUD EN MEXICO"	6
A) Antecedentes	9
B) Los inicios de una nueva época	24
C) La consolidación del modelo económico , detonador de la crisis de la salud?	44
D) El preludeo de la crisis del sector salud	57
CAPITULO II	
"LA CRISIS DEL SECTOR SALUD"	67
A) La consolidación de la estructura institucional	70
B) Primeras manifestaciones de la crisis en el sector salud	81
C) El sexenio de Echeverría	89
CAPITULO III	
"LA CRISIS Y LAS POLITICAS ACTUALES DEL SECTOR SALUD"	106

A) La crisis del sector salud en el periodo lopezportillista	108
B) 1982-1988: ¿ un cambio en la poli- tica de salud?	122
CONCLUSIONES	131
ANEXOS.....	134
"CONCEPTOS BASICOS".....	135
"EL INFORME FLEXNER Y LA NUEVA CONCEPCION DE LA MEDICINA"	144
BIBLIOGRAFIA	149

INTRODUCCION

El escrito que presentamos es el resultado de varios intentos de trabajo no siempre disciplinado, interrumpido constantemente por largos meses de inactividad y el cual, afortunadamente, concluye hoy; aunque en realidad lo que llega a su fin es sólo una fase necesaria para poder iniciar a corto plazo, nuevas actividades dentro del área en que me desarrollo.

Es indudable que la formación teórico-conceptual a la que nos abrió las puertas el ya inexistente *Seminario del Capital*, así como las materias incluidas dentro de la opción *Historia Social* de la carrera de Sociología entre 1981 y 1985, son la base sobre la que descansa este escrito.

Básicamente, se trata de retomar aquí la idea de que para comprender nuestro presente es necesario buscar en el pasado, procurando construir una historia diferente a la que ha sido escrita, manejada y enseñada por la clase dominante en la conformación del Estado-nación mexicano. Y este intento de construcción de una fracción de la realidad, de un tema específico, será nuestra base para comprender las características actuales del problema que nos ocupa, y comprender también nuestra práctica profesional en ese contexto.

Asimismo, cabe señalar aquí la importancia que tuvieron las discusiones sobre estos elementos teóricos y conceptuales para desarrollar una capacidad de análisis que nos permitiera mantener abiertos los sentidos a los cambios que se presentan en el devenir

social, sin adoptar actitudes dogmáticas que nos impidieran participar en la construcción de espacios sociales nuevos y distintos a los que hoy conocemos.

Es por estas razones que el trabajo tiene la siguiente característica: lejos de tratar de convertirse en una historia de la salud en México, busca mostrar las tendencias que siguieron tres elementos básicos que, a nuestro juicio, integran la estructura de salud nacional. Estos tres elementos son: las políticas de salud, el modelo médico hegemónico y las instituciones de salud.

Conocer la forma como se ha desarrollado esta estructura de salud, nos permitirá, por un lado, explicarnos mejor los obstáculos que se enfrentan cotidianamente para resolver la problemática de enfermedad y de salud en nuestro país, y brindar así, elementos para explicar lo que se ha denominado la crisis del sector salud.

Por otro lado, el conocimiento global que obtendremos sobre esta estructura de salud, será el primer paso para realizar futuras investigaciones sobre otros aspectos de la salud en México, puesto que han sido muy pocos los esfuerzos realizados en el campo de la sociología para abordar este aspecto de la vida nacional.

El sector salud, que en nuestro esquema conceptual está conformado por las instituciones y las políticas de salud, enfrenta una problemática concreta de morbilidad y mortalidad que se debe a diversas causas. Entre éstas tenemos: la falta de servicios

médico-asistenciales suficientes y de calidad, la falta de servicios públicos y de vivienda adecuada, la falta de educación para la salud, la desnutrición por falta de una alimentación adecuada, causada a su vez por los bajos salarios, los altos costos de los medicamentos, etc.

La problemática nacional de salud se manifiesta en gran parte a través de los elementos que mencionamos arriba, sin embargo, no es nuestro objetivo centrar nuestra atención en éstos factores. Nuestro interés se encuentra dirigido fundamentalmente, a esclarecer cómo se han desarrollado los tres elementos que mencionamos antes, como hilos conductores de una problemática, y que desde nuestro punto de vista componen la estructura de salud de la cual echan mano los distintos gobiernos para abordar la situación sanitaria de México.

En otras palabras, nuestro objetivo fue reconstruir, en lo posible, y describir el desarrollo de las tendencias que siguieron las políticas de salud, las instituciones de salud y el modelo médico hegemónico, desde 1940 hasta la fecha, para definir aproximadamente, los momentos en que se generó el desequilibrio entre los elementos de la estructura de salud y la ruptura entre ésta y la problemática nacional de salud.

Desde nuestro punto de vista, los aspectos que determinaron la crisis del sector salud en México fueron dos principalmente:

- 1) La falta de un desarrollo equilibrado entre los tres componentes de la estructura de salud, lo cual, entre otras cosas generó:

2) La ruptura que se presentó entre la estructura de salud y la problemática nacional de salud y enfermedad.

Para lograr este objetivo, el trabajo cuenta con una estructura peculiar. El primer capítulo constituye básicamente una cronología específica que nos servirá de fundamento para tejer algunas interpretaciones, que serán vertidas en los capítulos posteriores. Así, en el tercer apartado se observará que son menos los acontecimientos señalados y más las interpretaciones que se elaboraron sobre la crisis de la salud.

Es evidente entonces que el trabajo de interpretación requirió previamente de un detallado proceso de investigación bibliográfica que no fue tan expedito como hubiéramos deseado. Tal circunstancia se debió a que es reducida la bibliografía sobre la historia de la salubridad y la asistencia en el país, que es muy diferente a la historia de la medicina, y se tuvo que recurrir a diferentes documentos antiguos que no siempre contuvieron lo que se buscaba.

Es por ello que muchos de los acontecimientos descritos en el trabajo remiten a una obra fundamental para el estudio de este tema. Nos referimos a la *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, coordinada y dirigida por el Dr. José Álvarez Amézquita, quien en cuatro valiosos tomos conjuntó los datos históricos más sobresalientes de este tema, desde la época precolombina hasta fines de los años cuarenta.

tanto a nivel nacional como por estados. El resto de la bibliografía nos ha servido para complementar la cronología básica y para conformar una interpretación sobre el tema que se abordó. Cabe señalar que se requiere revisar el Anexo correspondiente a los Conceptos Básicos, para obtener una comprensión mayor de los elementos conceptuales que se manejan a lo largo del trabajo.

Esperamos que este trabajo permita ampliar un poco más la comprensión de un área tan polémica como es la salud institucional en nuestro país, y que genere a su vez interés por otros campos de la investigación social.

Abril de 1992.

CAPITULO I

LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE SALUD EN MÉXICO

En la actualidad, para comprender las características y la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud en nuestro país, es necesario buscar en la historia para recuperar las razones y los ideales que las crearon.

Sólo de esta manera lograremos encontrar respuestas a las innumerables incógnitas que se nos aparecen con frecuencia en estos años. ¿por qué la Secretaría de Salud, organismo que atiende la salud de la población abierta, no cuenta con el presupuesto suficiente para lograrlo? ¿a qué se debe el hecho de que no se hayan podido abatir sensiblemente los principales problemas de salud del país, a pesar de que se cuenta con una de las estructuras hospitalarias más grandes de Latinoamérica?, aún más, ¿por qué vuelven a aparecer enfermedades que se habían declarado erradicadas?

Es por esta razón que nuestro primer capítulo se dedicará a abordar, en primer lugar, algunos de los hechos más sobresalientes en la conformación de las principales instituciones de salud en México.

En esta reconstrucción, es necesario remontarnos a los momentos finales del porfiriato, puesto que fue precisamente en esa época cuando surgieron algunos de los principales organismos sanitarios de nuestros días.

En efecto, fue entre 1880 y 1910 que los gobiernos realizaron acciones de tipo legislativo, entre ellas algunos decretos que favorecieron la salubridad nacional. También se elaboraron reformas al código sanitario y se crearon normas y disposiciones para reforzar las acciones asistenciales y de saneamiento que existían.

Estos datos nos permitirán visualizar mejor las acciones que se llevaron a cabo en los años mencionados, para la organización jurídica, legislativa y administrativa, y que conformaron los cimientos para levantar la infraestructura para la salud que conocemos ahora.

En otro apartado se describirán los hechos sobresalientes que permitieron el inicio y consolidación de la institucionalización de la salud a partir del período posrevolucionario, pasando por el período del cardenismo, en el cual se sentaron las bases para dictar políticas de salud más definidas, así como para consolidar la infraestructura nacional contemporánea de la atención médico-sanitaria, la cual es profundamente cuestionada en nuestros días.

Abordaremos también, la evolución de las políticas de salud, a través de las principales instituciones y programas, ubicándolos en el contexto del proceso de industrialización, hasta aproximadamente el año de 1970, fecha en que se manifestó abiertamente la crisis económica, política y social del país, y por supuesto de la estructura de salud que, hasta los años sesentas, había ayudado a resolver, aparentemente, los problemas sanitario-asistenciales de México.

AD ANTECEDENTES.

Durante el porfiriato, la política económica tenía como objetivo lograr un estado de paz social que permitiera la inversión de capital extranjero y el consiguiente "desarrollo" tan deseado por este gobierno.

De esta manera, se impulsaron los transportes y las comunicaciones, se luchó por tratar de integrar un mercado nacional y se destinaron recursos económicos y humanos a la producción agrícola para exportación.

Estas medidas tuvieron éxito, pues la producción agrícola alcanzó entre 1903 y 1904 un valor de 50 millones de pesos, en comparación con el bienio de 1887-1888 que fue de 20 millones. De la misma manera aumentaron su valor la producción minero-metalúrgica y la producción industrial manufacturera.¹

El crecimiento de las comunicaciones fue vertiginoso. En 1875, fecha en que arribó al poder el general Díaz, México contaba con 640 kilómetros de red ferroviaria; para 1884 había en servicio 5,731 kilómetros, y para 1891, cuando se fundó la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas, funcionaban ya 10,000 kilómetros.

Gracias al desarrollo de las comunicaciones que observamos en el párrafo anterior, y a la abolición de las aduanas interiores, en 1898, el tráfico mercantil creció y los mercados locales fueron conformando un mercado nacional.

¹ Cfr. COSÍO VILLEGAS, Daniel (coordinador)
Historia General de México Tomo III. México. El
Colegio de México, 1977 pp. 232-233

Sin embargo, este panorama halagador se veía constantemente opacado por las epidemias y las endemias, que eran muy frecuentes en un país insalubre como el México de entonces.

Para darnos una idea de este problema de salubridad nacional, mencionaremos algunos datos sobre los indicadores de salud de la población de aquellos años. En 1880, el promedio de vida en la capital era de 28.5 años, en Veracruz, en 1881, fue de 21 años, en Orizaba de 35 y en Jalapa de 38.

En el mismo período, en Coahuila se morían anualmente 32 personas por cada mil habitantes, mientras que en Morelos la cifra se elevaba a 57 y en el Distrito Federal no llegó a bajar de 40.² Los coeficientes más bajos se encontraban en las costas y al norte del país, y no en la meseta central como se suponía entonces.

Entre las patologías que causaban más bajas entre la población infantil estaban las infectocontagiosas como: diarrea y enteritis, tosferina, neumonía, paludismo, viruela y bronquitis. Enfermedades de las que se morían, antes de cumplir un año de edad, aproximadamente la mitad de los niños nacidos vivos.

...las más graves enfermedades no eran las epidemias venidas del exterior, aunque muchas veces fueron

² Cfr. COSÍO VILLEGAS, Daniel *Historia moderna de México. El porfiriato. Vida Social.* México. Hermes, 1972 p. 48

las más temidas, sino las
endemias: diarreas y
enteritis en el centro y
en el norte, paludismo en
las costas y lugares pan-
tanosos, la neumonía en el
altiplano y la viruela en
la región central.³

Las enfermedades infectocontagiosas eran las que causaban más estragos en la población, principalmente a la población urbana que, en 1896, registró más de la mitad de las defunciones a nivel nacional.

Según los autores sanitarios de la época, entre los que se encontraba Eduardo Liceaga como principal representante de esta corriente en nuestro país, las epidemias prosperaban debido a lo inadecuado de la habitación popular, a la falta de agua potable, a la escasez e impureza de los alimentos, a la ignorancia de la gente como factor causal del desaseo personal, y al mal estado higiénico de la ciudad.

Estas circunstancias representaron un obstáculo para el desarrollo económico que buscaba el gobierno porfirista, basado en la inversión extranjera; por lo que se requería instrumentar medidas preventivas urgentes y poner un alto a esta situación que estaba acabando con la población productiva del país.

Desde esta perspectiva, que proponía cuidar la fuerza de trabajo que impulsaba el desarrollo económico,

³ COSÍO VILLEGAS, Daniel *Historia moderna de México. El Porfiriato. Vida Social.* pp. 57-58

era natural que se aceptara la introducción de los principios de la Higiene Social, filosofía médica que tuvo sus orígenes en Europa y que se proponía:

"...conservar la salud, prolongar la duración de la vida y mejorar la condición física de la especie humana y, para conseguirlo, no intenta principalmente curar a los enfermos sino evitar que los sanos se enfermen;"⁴

Esta labor preventiva quedó en manos del Consejo Superior de Salubridad -organismo que fue fundado en 1833 como continuación de la institución colonial denominada Protomedicato-, y entre sus principales funciones estaban las de vigilar la enseñanza de la medicina, de la higiene y la salud públicas.

Sin embargo, este órgano no tuvo la autoridad suficiente para instrumentar por sí mismo las medidas sanitarias que se requerían, sino hasta que éstas se convirtieron, durante el porfiriato, en una necesidad para el desarrollo económico del país.

El 28 de julio de 1833, se reorganizaron los servicios de Higiene Pública y se asentó que el Consejo Superior de Salubridad tendría carácter nacional. Además, se nombraría una Junta de Sanidad en cada uno de los principales puertos de la República, y el presidente

⁴ ALVAREZ AMEZQUITA, José, et.al. *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*. vol.I SSA México, 1960. p. 461

estaría autorizado para dictar medidas contra las epidemias graves en cualquier parte del país.

En 1877, el Consejo Superior de Salubridad quedó bajo el mando de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública, pero dos años después, el Consejo pasó a depender de la Secretaría de Gobernación y, por primera vez en la historia de México, el poder ejecutivo tuvo un representante oficial en materia de Higiene y Salud Públicas.

Esta acción fue definitiva en la estructuración posterior de una sociedad cuyo Estado fomenta y defiende las acciones de salud pública como una de sus funciones primordiales.

En 1884, asumió la presidencia del Consejo el Dr. Eduardo Liceaga, quien fue un hombre de ideales humanitarios y amigo cercano del Gral. Porfirio Díaz, lo cual fue determinante para llevar a cabo obras sanitarias como el desagüe del Valle de México, o bien para expedir leyes que no eran bien recibidas en los estados de la República porque "violaban" su autonomía en nombre de la salud y el progreso económico.⁵

Como parte de esta política, el 15 de julio de 1891 se expidió por decreto presidencial el primer Código Sanitario de alcance nacional. Este suceso representó un avance frente a los códigos locales que existían en los diferentes estados, puesto que impedían acciones conjuntas que fueran eficaces contra las epidemias que afectaban a la población local.

⁵ Para mayor información sobre el problema del "Federalismo centralista", Cfr. ALVAREZ AMEZQUITA, José *et. al., op.cit.* Vol. I pp. 420-423

Sin embargo, la labor del Consejo que más repercusiones tuvo, sobre todo a nivel económico, fue la que se desarrolló en los puertos y fronteras del país. Dicha labor se enfocó a los problemas endémicos de paludismo y fiebre amarilla, obteniendo resultados sorprendentes en poco tiempo.

Para 1910, Porfirio Díaz declaró orgulosamente que, gracias a la labor del Consejo Superior de Salubridad, la fiebre amarilla había desaparecido del territorio. Este suceso benefició, obviamente, al sector agrícola para exportación, pero sobre todo, al comercio exterior.

Sin embargo la mayor cantidad de acciones que llevó a cabo este organismo, se realizaron en el Distrito Federal, en donde se dedicó a vigilar, hasta donde le fue posible, la salubridad de las casas-habitación, de los teatros, cines, expendios comestibles, fábricas, etc. También se encargó de vigilar "la salud de las mujeres públicas" y de las casas de cita, pues las enfermedades venéreas eran, entonces, uno de los principales problemas sanitarios de la ciudad de México.

Asimismo, el Consejo impulsó dos grandes obras de ingeniería sanitaria que se llevaron a cabo durante el porfiriato. La primera fue la introducción de agua potable proveniente de los manantiales de Xochimilco, que se inauguró el 20 de julio de 1908. La segunda obra se terminó de construir oficialmente en septiembre de 1909 y fue el desagüe del Valle de México.

En cuanto a los avances que se refieren a la asistencia médica, el Consejo Superior de Salubridad puso a funcionar varios consultorios para atención materno-infantil, donde se aplicaban las vacunas que existían en el país para evitar enfermedades infectocontagiosas en la población infantil.

Por otro lado, el 5 de febrero de 1905, el general Díaz inauguró el Hospital General de México en las afueras de la ciudad. El proyecto de esta obra fue elaborado por el Dr. Eduardo Liceaga y el Ingeniero sanitario Roberto Gayol.

El nosocomio contaba con 900 camas y su diseño era de lo más moderno con respecto a los hospitales de esos años, y contaba con todo lo necesario para brindar atención médica de excelencia.

Sin embargo, el trabajo realizado en este período sufrió los embates de la revolución. Durante el movimiento armado de 1910, el Consejo Superior de Salubridad tuvo más trabajo debido al continuo movimiento de tropas que causaron la distribución de las epidemias a lo largo y ancho del territorio mexicano sin que se pudieran controlar.

La situación económica del país era precaria. Los sectores más afectados fueron la producción agrícola y la industria manufacturera que abastecían al mercado interno. La leva^o enrolaba a los hombres que hacían producir las tierras, se destruyeron vías de comunicación y transportes en los combates. Por otro lado, disminuyó la producción minera por la escasez de

^o Reclutamiento de soldados.

mano de obra y de capitales que salieron del país.

Los comercios y las fábricas cerraron y creció, por consiguiente, la desocupación así como la especulación con los alimentos.

Todos estos factores, conjugados con la insalubridad y los graves brotes epidémicos, aumentaron la mortalidad general. El problema epidemiológico principal durante la revolución fue el tifo.

En 1915 los focos epidémicos más importantes se reactivaron, con la particularidad de que los movimientos de tropas extendieron a todo el territorio nacional la enfermedad, pero especialmente a los estados de la mesa central, a Oaxaca, Chiapas, y otros muchos, alcanzando un gran número de enfermos graves.

En la capital el problema fue aún mayor, debido a que durante la ocupación de la ciudad por las tropas de Obregón, los zapatistas dañaron las bombas de Xochimilco que abastacian de agua al Distrito y bloquearon la ciudad. Como consecuencia del sitio, escasearon los alimentos y se cuadruplicaron los precios con respecto al interior, con lo que, además de los problemas que ya implicaba la falta de agua, se sumaron los que causan la falta de víveres.

El hambre y la falta de agua potable ayudaron a generalizar la enfermedad, las acciones del Consejo no respondieron a las necesidades de la población. Solamente en el Hospital General había 600 tifosos de 900 camas que tenía el nosocomio.

En este contexto, el 16 de marzo de 1914 renunció a la presidencia del Consejo Superior de

Salubridad el Dr. Eduardo Liceaga, quien, al despedirse, expresó su esperanza porque en un futuro no muy lejano, sus sucesores pudieran ver la desaparición de las enfermedades transmisibles de los cuadros de mortalidad.

El 29 de agosto de 1916 se nombró al doctor y general José María Rodríguez, nuevo presidente del Consejo. En un informe del Dr. Rodríguez puede observarse claramente la concepción sobre la salud y la enfermedad que existía en esa época:

"...la base de la higiene está en la posibilidad de los medios que se tengan para practicarla, y por eso he querido...dejar sentado este principio: "La higiene huye donde se ensayorea la miseria."

En 1916 Alberto J. Pani, secretario de Hacienda, realizó un estudio por encargo de Carranza que tituló, "La higiene en México". En dicho estudio, Pani habló de la obligación que tiene el Estado de impulsar la higiene y la salud públicas.

El estudio es brillante y está muy bien documentado. Su objetivo principal fue analizar las instituciones encargadas de proporcionar salud durante el porfiriato, y se refirió concretamente al Consejo Superior de Salubridad.

Pani atacó ferozmente a este organismo

⁷ ALVAREZ AMEZQUITA, J. et al. *op.cit.* vol. II p. 56

porfirista llegando al grado de despreciar su labor y reconocer únicamente su acierto en la iniciativa de llevar a cabo las obras del desagüe del Valle de México y la introducción del agua potable.

El argumento que al parecer propició el desconocimiento del trabajo efectuado por una de las instituciones que iniciaron la Historia de la salubridad en México, se aprecia en el siguiente párrafo:

...como la inercia de las instituciones es tal, que sigue manifestando su fuerza aún después de que aquéllas han muerto, precisa un conocimiento profundo de los errores cometidos y de los daños que estos han originado, para precaverse del peligro inminente de vaciar, en los viejos moldes, la futura reorganización de la República.

La cita nos muestra con claridad la intención del gobierno emanado del proceso revolucionario, para construir una nueva forma de vida institucional que no tuviera que ver con el pasado inmediato.

Por esta razón, el 5 de febrero de 1917, fecha en que fue promulgada la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se señalaron tres puntos

* FANI, Alberto J. *La higiene en México.* México. Balleasca, sPds p. 10
También puede encontrarse en *Salud Pública de México*
Nov.-Dic. 1928. Vol. 30, No. 6 pp. 873-872

fundamentales para la salubridad y la asistencia nacionales.

El primero de ellos sugirió que el Consejo Superior de Salubridad dejara de ser el organismo oficial encargado de la salubridad nacional, y que se instaurara otra entidad autónoma que fuera capaz de asumir esas funciones.

Sin embargo, el Consejo Superior de Salubridad no desapareció, sino que se transformó en el Consejo de Salubridad General, organismo con potestad jurídica para dictar disposiciones y normas que debían obedecerse obligadamente en toda la República.

En segundo lugar, se creó el Departamento de Salubridad Pública en el mismo mes de febrero. Este se conformó como un organismo autónomo que podía subordinar a su autoridad a las demás dependencias del Ejecutivo Federal, siempre y cuando se tratara de asuntos de higiene pública. El doctor y general José María Rodríguez quedó a cargo de la dirección de dicho Departamento, y fue entonces el encargado de continuar con la labor que Liceaga iniciara en 1884.

El último punto se refiere a la inclusión del artículo 123, en donde se exigía a los patrones proporcionar instalaciones de trabajo higiénicas y hacerse responsables de los accidentes profesionales que sufrieran sus empleados. De este artículo derivan, desde la Ley Federal del Trabajo, hasta el Reglamento de Higiene del Trabajo. Además, dentro de los 31 incisos de dicho artículo constitucional:

"México ratifica la existencia del Derecho a la Salud, abarcando el mismo todas las proyecciones del trabajo, principio básico de nuestro régimen de sociedad, valor perenne de la mano y de la mente de ese *homo faber* que es la eterna fuente de bienes de todas las culturas."^p

Este artículo es importante también debido a que en su fracción XXIX se estipularon las siguientes declaraciones que forman los antecedentes jurídicos para el establecimiento de la seguridad social en el país:

"Se consideran de utilidad social, el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal, como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la provisión popular."¹⁰

^p ALVAREZ AMEBQUITA, José et.al. *op.cit.* vol.I p.25

¹⁰ IMSS *Informe de Labores del Instituto Mexicano del Seguro Social.* (1952-1953). México. IMSS. p.4

Con estas disposiciones que constituyeron puntos fundamentales de la Constitución de 1917, se logró que la salubridad y, posteriormente, la asistencia, fueran del dominio federal, estatal y municipal. lo cual ayudó a los trabajadores y autoridades sanitarias a enfrentarse a los obstáculos legales que impidieron en años anteriores, la extensión de estos servicios a todo el país.

En 1918, mientras la lucha revolucionaria proseguía, el Dr. José Ma. Rodríguez, presidente del Consejo de Salubridad General, y ahora también jefe del Departamento de Salubridad Pública, continuó la lucha contra las enfermedades transmisibles, principalmente contra el tifo y la amebiasis disenterica, pues esta última, que era considerada exclusiva de regiones tropicales por expertos internacionales, se encontraba en México por todo el territorio, al grado de que se le consideraba ya, una endemia que además se complicaba con tuberculosis y paludismo.

En este contexto y debido a la constante oposición popular a las medidas de salud, el Dr. Rodríguez propuso implantar una "dictadura sanitaria", y agregó que sólo imponiendo leyes sanitarias por la fuerza se lograría que la gente aprendiera a obedecer legislaciones posteriores por su propia iniciativa, cuando se dieran cuenta de que les beneficiaban.

Esta propuesta fracasó, pues se alegó que el gobierno revolucionario debía convencer y no imponer medidas de ningún tipo, como se hacía en el viejo régimen.

En general, las acciones de salubridad instrumentadas durante este lapso consistieron en: despiojamientos, adecuada canalización de excretas, fumigaciones, petrolización de pantanos, tratamiento de aguas estancadas, vacunaciones y otras que, como se observa, podían ayudar a resolver algunos problemas de salud pública que afectaban el país.

Las actividades asistenciales durante este período fueron realizadas por la Beneficencia Pública y la Privada, las cuales se encargaban, entre otras cosas, de curar a los heridos que resultaban de los enfrentamientos armados de ese tiempo.

Hasta estos momentos, la enseñanza y la práctica médicas habían seguido los fundamentos humanitarios de la escuela francesa, conocida como Higiene Social, los cuales se reflejan en las acciones de salud pública que llevaron a cabo los distintos gobiernos durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera década del XX.

Este modelo respondía a las necesidades de la época, debido a que la principal actividad económica de México durante el período comprendido entre 1878 y 1910 fue la producción agrícola para exportación, y se requería de un modelo que fuera capaz de enfrentar, cuando menos desde sus fundamentos filosóficos, el grave problema que representaban las epidemias y que tenía repercusiones económicas y sociales muy desfavorables para México. Es decir, se requería mantener sana a la

mayor parte de la población que en ese entonces, se dedicaba a la agricultura.

El "higienismo" cumplió esta función durante la segunda mitad del siglo XIX, y no fue sino hasta principios del XX que comenzó a ser sustituido por el modelo médico que hoy conocemos.

B) LOS INICIOS DE UNA NUEVA EPOCA

Los años veintes significaron para nuestro país una época de transformaciones en todos los campos de la sociedad, incluyendo el de la salud. Fue precisamente en estos años que se introdujo en México una concepción diferente sobre la enseñanza de la medicina, que modificó asimismo la práctica y el saber médicos.

Esta novedosa noción de la medicina se debió, como parte culminante de la evolución de este campo del conocimiento, al estudio realizado por el Dr. Abraham Flexner, el cual fue publicado en 1910 con el auspicio de la Fundación "Carnegie". El trabajo, denominado "Informe Flexner", constituyó una severa crítica a la educación médica de Estados Unidos y Canadá, y entre sus conclusiones, se incluyeron puntos que posteriormente se transformaron en verdaderas normas para la formación de profesionistas de la medicina en todo el mundo.

Según Julio Frenk, las recomendaciones de este informe se pueden resumir en cinco puntos esenciales:

1. La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas.
2. Sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos.
3. Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación clínica en laboratorios y la experiencia clínica.
4. Las escuelas sin la calidad necesaria deben ser cerradas.

5. Las escuelas deben estar afiliadas a universidades.¹¹

En México, como ya vimos, el higienismo fue el fundamento de la política de salud durante el porfiriato. Esto se debió a que las condiciones de producción así lo requerían. Es decir, la agricultura para exportación, principal rama económica de este periodo, requería por fuerza de una política que beneficiara a la mayoría de la población que participaba en esta actividad. Por otro lado, esta política también favorecía a las compañías extranjeras con intereses en esta rama productiva.

De esta manera, el trabajo médico consistió importantemente en las actividades de campo, sanitarias y de educación, las cuales se realizaban fuera del hospital; y la atención individual constituyó en menor escala, una parte primordial de esta política.

Sin embargo, durante los años veintes, y con un movimiento revolucionario todavía fresco, el cual pugnaba por convertir a nuestro país en una nación próspera e independiente en materia económica, en este territorio, decíamos, se encontró un campo virgen para el nuevo modelo médico conocido como "medicina científica" o modelo médico científico.

Este modelo, respaldado por la investigación de A. Flexner también se conoce como modelo médico curativo-asistencial debido a que se dedica básicamente a remediar el daño causado por la enfermedad, a través de una estructura hospitalaria que brinda asistencia médica.

¹¹ Para una información más detallada sobre este informe, revisar el Anexo.

Actualmente se le conoce también como modelo médico hegemónico, por la expansión que tuvo a nivel internacional después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los Estados Unidos alcanzaron su poderío económico y político, e impusieron entre otras cosas una nueva visión del mundo, en lo general, y de la medicina, en particular.

De esta manera, en 1920 y con el presidente Alvaro Obregón, se inició la conformación de un modelo médico propio de nuestro país, basado en los adelantos científicos de la época, obviamente hablamos de la medicina científica. Este modelo médico mexicano, que iniciaba su estructuración, se caracterizó, en este periodo, por una política de salud que incluyó dos estrategias básicas: la salubridad y la asistencia.

En el terreno de la salubridad, y con el Dr. Gabriel Malda al frente del Departamento de Salud Pública, se dispuso que el Instituto Bacteriológico Nacional se transformara, el 31 de mayo del mismo año, en el Instituto de Higiene para ampliar las actividades de este centro en el campo de la investigación científica, particularmente el área de las enfermedades transmisibles.

También se contempló la necesidad de preparar técnicos y médicos higienistas que fueran buenos defensores de la salubridad pública, puesto que el difícil panorama epidémico se exacerbó con la Revolución, volviendo a infestar zonas donde ya se habían controlado el paludismo y la fiebre amarilla.¹²

¹² En 1921, se publicó un decreto del presidente Alvaro Obregón que ordenó la formación de una comisión especial para la campaña contra la fiebre amarilla. En esta campaña intervino tenaz y directamente la Fundación Rockefeller.

Un ejemplo de esta terrible situación lo representa la pandemia de influenza española o gripe que se desató en 1914 y que sólo pudo controlarse hasta 1920.

En el terreno asistencial, se realizaron los mayores esfuerzos de acuerdo a las recomendaciones generales del nuevo modelo médico científico. En primer lugar, se reorganizó la Beneficencia Pública, a la que se asignaron la totalidad de los productos de la Lotería Nacional. Asimismo, se inició la reparación física de los edificios del Hospital General, se adquirió radium para el tratamiento del cáncer y un aparato de rayos X que donó el presidente Obregón.

Otra disposición significativa en esta área fue un aviso realizado el 18 de mayo de 1920, donde se pidió a los médicos que tuvieran título, llevarlo al Departamento de Salubridad para revisarlo, pues sólo podrían ejercer la profesión quienes tuvieran este documento o quienes comprobaran saber medicina aún sin tenerlo.

El 2 de junio de 1921, y con la asistencia del General Alvaro Obregón, presidente de la República, el Dr. Gabriel Malda señaló en su discurso de toma de posesión del nuevo Departamento de Salubridad, varios puntos de la acción sanitaria realizada después de la Revolución. Entre ellos cabe resaltar dos que recibieron el mayor apoyo de las autoridades sanitarias por ser totalmente nuevos.

El primero se refirió a la protección a la infancia y el otro, a la creación de nuevas institu-

ciones que sirvieran de apoyo al desarrollo de las nuevas políticas de salud.

Para ello, en 1921 se fundó el primer centro de Higiene Infantil de la ciudad de México, llamado "Eduardo Liceaga"; y en marzo de 1922 se creó una importante institución, la Escuela de Salubridad¹³, donde se prepararía personal con especialización en la materia.

En 1924, el director del Hospital General, Dr. Genaro Escalona, comisionó al doctor Ignacio Chávez para organizar el pabellón No. 21 de dicho hospital, para el área de cardiología; al doctor Abraham Ayala González que organizaría el pabellón No. 11 para gastroenterología y al Dr. Aquilino Villanueva para que organizara el pabellón No. 5 destinado a vías urinarias.

Con este panorama y el que presentaremos a continuación, nos percatamos de que la década de los veinte significó un conjunto de modificaciones en la política de salud estatal, que manifestaban la presencia de la nueva concepción de la medicina a nivel internacional.

Hasta el momento, mediados de los veinte, hemos podido notar la tendencia hacia la legitimación del proceso de escolarización de la carrera de medicina, lo que implica la obtención de una serie de conocimientos científicos, así como de actitudes y pautas de comportamiento específicas, a fin de obtener un título y ejercer la profesión de médico.

También se advierte la importancia que se otorga al desarrollo del hospital como "lugar de trabajo" del médico, a diferencia de la tendencia

¹³ Hoy Instituto Nacional de Salud Pública.

observada durante el porfiriato; y por último, encontramos la intención de impulsar la especialización médica con la creación de pabellones destinados específicamente al desarrollo de las áreas de la medicina que se mencionaron arriba.

Como señalamos antes, la línea conceptual de la medicina científica siguió introduciéndose durante la segunda mitad de los años veintes. Durante el mandato presidencial del general Plutarco Elías Calles, quien tomó posesión del cargo en diciembre de 1924, se nombró al Dr. Bernardo J. Gástelum como jefe del Departamento de Salubridad.

En 1925, Calles dispuso que sólo se registrarán en el Departamento de Salubridad los títulos de los médicos que hubiesen sido aprobados por la Universidad Nacional de México, para lo cual se realizaba un exhaustivo examen.¹⁴

La disposición resaltó el papel de la Universidad Nacional de México, la cual fungió como autoridad en lo que se refería al conocimiento médico. En efecto, era esta institución la que decidía quién era capaz de realizar el trabajo de médico y quien no lo era. Este hecho significó que el Estado mexicano iniciara un control sobre la "producción" de médicos a nivel nacional.

Estos datos nos muestran claramente los cambios que, en lo general, se estaban presentando en esa época. Por un lado, se requería romper con las estructuras económicas, políticas y sociales que durante años conformaron nuestro país... y se rompieron. Por otro lado se

¹⁴ Cfr. México a través de los informes presidenciales. tomo XII, La Salubridad General. SSA, Secretaría de la presidencia. México, 1970 p. 106.

buscaba edificar una nación cuyo estado estuviera sustentado en los principios científicos, técnicos y administrativos más importantes de la época, y que se conjugaban en un país como Estados Unidos, y hasta la fecha se sigue tratando de alcanzar el modelo de nación "desarrollada" que representa nuestro vecino del norte.

Sin embargo, la situación económica que dejó la Revolución, fue muy difícil de superar. De hecho, el país comenzó a estabilizarse a partir de los años cuarenta. Mientras tanto, los sucesos económicos que ocurrieron en el país entre 1924 y 1928, tuvieron gran influencia en el deterioro de las condiciones de salud de nuestro pueblo.

En efecto, en el período comprendido entre 1920 y 1928, la industria sufrió graves daños por la fuga de divisas, lo que hizo necesario el reajuste de salarios a los obreros de algunas ramas, y la disminución de los días laborables, en otras.

Esta situación se reflejó también en el sector comercial, el cual sufrió los embates de esta crisis que propició la quiebra de negocios por la incapacidad de consumo de la población, aún de los artículos de primera necesidad como el maíz.

Por otro lado, la producción agrícola descendió a consecuencia de las afectaciones de tierras de grandes propietarios, los cuales se negaron a continuar produciendo en estas condiciones. El crédito al campo se restringió y sólo se desarrollaron cultivos de plátano, café y caña de azúcar.

Las medidas que tomó el gobierno para aumentar la producción agrícola fueron, entre otras, la creación del ejido y de la Escuela Nacional de Agricultura. Sin embargo, aún en 1926 hubo necesidad de importar maíz y trigo para satisfacer la demanda interna.

Para el año de 1927, a pesar de que se redujeron los precios del maíz, del frijol y del trigo, se observó una reducción en el consumo de estos productos. Este problema se reflejó en el aumento de las tasas de mortalidad general en los periodos que van de 1925 a 1929 y de 1930 a 1934, pues la situación económica continuó su periodo crítico hasta los inicios de los años cuarenta. (Ver cuadro I)

Existían otros problemas como las constantes bajas en los precios de la plata y el petróleo, que ocasionaron desempleo y pugnas entre los sectores populares, comerciales, empresariales y el gobierno. El Estado mexicano aprovechó las medidas asistenciales para suavizar las relaciones de éste con los trabajadores.

Así, en abril de 1928, se inició el servicio de higiene industrial y previsión social, y en diciembre del mismo año apareció un proyecto de Código Federal del Trabajo.

Durante este periodo de 1920 a 1929, las políticas de salud se dedicaron a homogeneizar la legislación sanitaria, de tal forma que las disposiciones del Departamento de Salubridad se extendieran a toda la República. Asimismo, se comenzó la organización de un sistema de atención médica hospitalaria que respondiera a los requerimientos de la población trabajadora de entonces.

C U A D R O I
 REPUBLICA MEXICANA
 TASA DE MORTALIDAD GENERAL
 1895-1939

PERIODO	TASA
1895-1899	33.1
1900-1904	34.5
1905-1910	33.2
1910-1921	---
1921-1924	25.1
1925-1929	25.5
1930-1934	25.6
1935-1939	23.3

Fuente: BUSTAMANTE, Miguel E. *et. al.* La salud pública en México. 1959-1982. S.S.A., México, 1982 p. 13

Mientras tanto, Obregón había sido reelecto presidente, pero la situación política del país propició que el 17 de julio de 1928 fuera asesinado. De esta forma se nombró a Emilio Portes Gil como primer mandatario, mientras se realizaban nuevas elecciones.

El primero de diciembre de 1928, el presidente provisional designó a Aquilino Villanueva jefe del Departamento de Salubridad, quien planteó que era imposible resolver en un periodo presidencial el problema sanitario-asistencial, ya que era poco tiempo. Sin embargo, dijo que era un deber reconocer este hecho para que sirviera de base a las acciones de los futuros gobiernos.

Se refirió asimismo al paludismo como la enfermedad que atacaba con mayor intensidad a las regiones más productoras del país al igual que la fiebre amarilla y la uncinariasis.¹⁵

La acción sanitaria comenzó en Tampico y siguió con el estado de Veracruz, que como sabemos eran importantes zonas comerciales (portuarias), petroleras y de producción agrícola y eran constantemente atacadas por enfermedades epidémicas.

Otras acciones que se llevaron a cabo en este lapso fueron: el decreto del 22 de abril de 1929, que creó el servicio de Higiene Infantil; y un decreto del 16 de mayo del mismo año, que creó el servicio de Higiene Industrial. Por último, se crearon las Unidades Sanitarias Cooperativas, éstas últimas fueron antecedentes de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados.

¹⁵ Parasitosis intestinal ocasionada por gusanos del género *Uncinaria*.

Según Alvarez Amézquita, el lapso que va de 1924 a 1929, se caracterizó por el uso de la "dictadura sanitaria", que años antes había propuesto el Dr. José Ma. Rodríguez y que fuera rechazada en su momento. El Dr. Alvarez Amézquita refiere que en estos años se comenzó a crear una conciencia médica colectiva, nacional, tanto en el aspecto preventivo como en el asistencial, pero, agregaríamos, restringida a la población urbana.

En 1930 resultó electo Pascual Ortiz Rubio y éste nombró al Dr. Rafael Silva jefe del Departamento de Salubridad. Sin embargo, este galeno, como el anterior, sólo ejerció sus funciones durante dos años, hasta enero de 1932.

De 1928 a 1933 se observó una crisis económica internacional que alcanzó su climax en 1929, 30 y 31, la cual, aunada a la propia crisis interna de México, trajo efectos terribles en todos los aspectos de nuestra economía.

No había crédito accesible, el comercio, la industria y la minería se encontraban en quiebra, el poder de compra disminuyó constantemente y con él la alimentación y la resistencia física del pueblo mexicano. Lo anterior explica, en parte, la serie de declaraciones, programas y acuerdos sobre salud que se tomaron de 1929 a 1934, año en que se celebró la Segunda Convención del Partido Nacional Revolucionario (PNR).

Cabría preguntarse entonces ¿por qué el Estado dedicó tanta atención y esfuerzos al problema sanitario-asistencial? La respuesta clara y precisa se encuentra en el Boletín del Departamento de Salubridad,

que inició su nueva época en 1930, y donde se incluyó una editorial para el primer número, con el siguiente título: "La higiene, base de la economía nacional". En esta editorial se plasmaron las siguientes ideas:

Desde el punto de vista económico se considera actualmente al hombre como un valor social; por tanto, debe considerarse a la vida humana como un capital. La riqueza de nuestro país, la riqueza de nuestros estados, su progreso, imposible sin ella (la higiene), están, forzosamente, en relación directa con el número y calidad de sus fuentes productivas. Ahora bien, ninguna existe que produzca tanto como el hombre. Si es una obligación de los gobiernos trabajar intensamente por el progreso de su país, aumentar y mejorar la calidad de sus fuentes de producción, deberá ser, por tanto, su obligación máxima cuidar a sus individuos... El cuidado de los individuos es pues, un asunto de economía nacional, y, por lo mismo, un asunto de obligación gubernamental. El dinero gastado en él, no es como hasta hace poco se había pensado, y como todavía, por desgracia, muchos piensan, un despilfarro, sino un negocio; el mejor negocio que puede hacer un país, un estado."

En 1931, se promulgó la Ley Federal del Trabajo, en donde se especificó cuáles serían considerados como riesgos profesionales así como enfermedades del trabajo. También se decretó el uso obligatorio del certificado de defunción, a nivel nacional, el cual fue propuesto y revisado por el Departamento de Salubridad.

Al poco tiempo, Ortiz Rubio renunció por desavenencias con el General Calles, lo que permitió que en 1932 fungiera como presidente Abelardo L. Rodríguez y con él, inició su colaboración el doctor Gastón Melo para la jefatura del Departamento de Salubridad.

Para este año, la crisis económica disminuía y había algo de optimismo, puesto que se observó un aumento en el consumo popular, así como la disminución del número de desempleados, los cuales, durante 1932, se comportaron de la siguiente manera: mientras que en junio fueron 335 454, en julio se redujeron a 274 191 y en agosto a 259 981.

En 1933 se llevó a cabo la Segunda Convención del Partido Nacional Revolucionario en donde se elaboró el Primer Plan Sexenal, el cual contuvo los siguientes puntos sobre salubridad:

1) Aumento del presupuesto Federal. Se aumentaría 3.40% del total en 1934 hasta llegar a 5.50% en 1939, pues se acordó alargar el período presidencial a seis años. Este aumento se destinaría al interior del país.

2) Se separarían partidas del presupuesto estatal y de los ayuntamientos para salud.

3) Impulso a los principios técnicos en materia de alimentación según regiones y tipos humanos.

4) Preferente la lucha contra la mortalidad infantil.

5) Obligación de los ayuntamientos de dotar de servicios públicos a la comunidad. Se crearían instituciones de crédito para realizar tales obras.

6) Coordinación de servicios federales y locales desde el punto de vista técnico sanitario dentro de los preceptos de una ley que se expediría para el caso.

En 1934, Abelardo L. Rodríguez promulgó un nuevo Código Sanitario en donde se introdujo la tesis de que "la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios en la República, son de interés público". También se estipuló que el Departamento de Salubridad fundaría institutos de investigación para estudiar los problemas propios, especialmente los padecimientos tropicales. Estas y otras medidas servirían para lograr la aplicación posterior de una política sanitaria general en la República.

Fue en el sexenio de Lázaro Cárdenas cuando se inició en nuestro país un periodo de estabilidad política, la cual se debió principalmente a la consolidación de un sistema institucional, cuya manifestación encontramos en la creación de múltiples organismos que en adelante regirían la vida económica, política y social de México.

En este lapso, el Estado impulsó el desarrollo agrícola e industrial, como elementos necesarios para estimular la conformación de un México moderno. En el

Área de la salud, se impulsaron nuevas ideas que quedaron plasmadas en el Plan Sexenal elaborado para funcionar de 1934 a 1940, y donde puede observarse la inquietud por extender la acción gubernamental de los servicios de salubridad y de asistencia a las zonas rurales.

Esta inquietud encontró su cauce al realizarse dos hechos históricos de la mayor significación: en primer lugar, se efectuó el Primer Congreso de Higiene Rural en la ciudad de Morelia, Michoacán, donde se recomendó, entre otras cosas, la creación de los servicios rurales cooperativos, los cuales quedaron instalados en el año de 1936, por acuerdo presidencial, en treinta y cuatro puntos del país y cuyos presupuestos fueron cubiertos en 92% por la Federación y el 8% restante, por los campesinos.

Estos servicios se conocieron también como "servicios sanitarios ejidales colectivos" o "servicios médicos ejidales", y su instauración fue una respuesta estatal a las demandas que la población hacía a los gobiernos emanados de la Revolución.

Un dato interesante que nos muestra la concepción política para brindar servicios médicos en ese periodo, se refiere a los parámetros para seleccionar las regiones a donde se destinaron los servicios médicos ejidales, los cuales fueron, entre otros: a) principalmente en zonas agrícolas económicamente activas, b) en las regiones más pobladas y c) a los núcleos de población que fueran capaces de aportar sus cuotas.

En este último punto se consideraban dos tipos

de población subsidiada; por un lado, la población que aportaba sus cuotas y por lo tanto tenía derecho a recibir atención integral, es decir, asistencia médica y sanitaria. Por otro lado se encontraba la población no aportante, la cual recibía exclusivamente atención sanitaria.

Estos parámetros de selección nos muestran que durante el cardenismo se condicionaron, también, los servicios que el Estado otorgó a la población, de acuerdo a las aportaciones económicas que ésta podía retribuirle.

En el área asistencial encontramos el segundo hecho importante del sexenio del general Cárdenas, en materia de salud, nos referimos a la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública, el 31 de diciembre de 1937. Se creó por decreto presidencial, para lo cual, se fusionaron dos organismos de prestigio, el Departamento de Asistencia Social Infantil, organismo creado en junio de 1937, también por decreto presidencial, y la Dirección de la Beneficencia Pública del Distrito Federal; así, la nueva Secretaría de la Asistencia Pública comenzó a funcionar el 3 de enero de 1938.

En el proyecto de ley que mandó el presidente Cárdenas al H. Congreso de la Unión, encontramos los siguientes conceptos que constituyeron la base teórico-política para crear este organismo:

El Estado Mexicano reconoce que debe sustituirse el concepto de beneficencia por el de asistencia pública, en virtud de que los servicios que demandan

los individuos socialmente débiles deben tender a su desarrollo integral, sin limitarse a satisfacer exclusivamente sus necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, sino esforzándose por hacer de ellos factores útiles a la colectividad en bien de los intereses generales del país. Precisa por lo tanto, crear un órgano dependiente directamente del Ejecutivo a fin de que, dentro de las normas de la política general demarcadas por aquél y con la cooperación y ayuda de las demás dependencias del Estado, puedan ampliarse a todo el país, mediante servicios coordinados con los gobiernos de las entidades federativas; organizándose la nueva Secretaría en forma que le permita al mismo tiempo que utilizar las cantidades que el Erario Federal le asigne, disfrutar de los productos de las beneficencias pública y privada...¹⁷

Con el fin de cumplir los objetivos planteados en la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública y de los servicios médicos rurales cooperativos, se creó en 1938 la Escuela Superior de Medicina Rural del

¹⁷ BUSTAMANTE, Miguel, *et. al.* La salud pública en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1992 p. 69

Instituto Politécnico Nacional para formar médicos rurales cuyo interés primordial consistiera en ofrecer sus servicios en el campo.

El problema de las deficientes condiciones de salud de la población campesina e indígena fue un aspecto importante del Plan Sexenal. En éste se señalaba que la situación sanitaria de la época "minimizaba la energía de la gente", por lo cual, había llegado el momento de "otorgar a la salud pública la importancia que merece".¹⁸ Cabe aclarar que los datos revisados nos muestran que la política de salud de este sexenio continuó enfocándose principalmente a la prevención de epidemias, endemias y la mortalidad infantil.

La preocupación palpable del gobierno mexicano por extender en este período sus acciones sanitarias y asistenciales al sector rural, se debió principalmente a que el Estado inició a mediados de los años treinta el desarrollo de un modelo económico que permitiría a nuestro país construir una base industrial semejante a la de los "países desarrollados".

Para tal fin era necesario y fundamental contar con un sector agrícola fuerte y altamente productivo, y superar la desarticulación que éste había sufrido, así como las condiciones de extrema miseria en que había dejado el movimiento armado de 1910 a la población rural que representaba aproximadamente el 67% del total de los mexicanos. Para ello, al elaborar el Primer Plan Sexenal, se pensó que la mejor manera de

¹⁸ SOLIS, Leopoldo
y social en México.
1978 pp. 17

Planes de desarrollo económico
SEP SETENTAS núm. 215, México,

desarrollar la agricultura sería elevando los niveles técnicos de los campesinos, y reemplazando los métodos rudimentarios de cultivo.

Esta política sólo benefició a los pequeños y medianos propietarios que contaron con el dinero necesario para adquirir la tecnología moderna que requerían y restringió aún más la posibilidad de transformar las condiciones de pobreza de otros grupos de campesinos e indígenas.

De esta manera, la política de desarrollo agrícola que adoptó México no permitió conformar un sector rural que fuera capaz de formar parte integrante, fundamental y complementaria del desarrollo industrial.

Por el contrario, una gran masa de trabajadores agrícolas que habían ocupado un importante lugar en la producción de la riqueza económica durante el porfiriato¹⁹, se encontraron de pronto desplazados de este sitio, y pasaron a formar parte, en algunos casos, del conglomerado industrial que recibió un fuerte impulso, sobre todo, la industria ligera que no requería de alta tecnología, o bien, se convirtieron en "ejército industrial de reserva", campesinos sin tierra en espera de los "beneficios" de la reforma agraria.

El motivo por el cual nos interesa resaltar la transformación que sufrió la población en este periodo tiene que ver con el proceso de definición del modelo médico mexicano, el cual enfocó y caracterizó los servicios que prestaba a los dos grandes polos o

¹⁹ Para mayor información sobre desarrollo económico y salud en el porfiriato, consultar la tesis de licenciatura de HERNANDEZ ZINZUN, alberto *Desarrollo económico-social y políticas de salud en México (1876-1984)* Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, U. N. A. M., México, 1985.

sectores poblacionales, de acuerdo a la participación de cada uno en la producción nacional.

De esta manera, y como veremos más adelante, el modelo de desarrollo económico adoptado propició, entre otras cosas, la creación de instituciones sanitarias de carácter nacional que cualifican al modelo médico mexicano, es decir, al modelo médico que se estaba conformando en nuestro país y que tiene sus características propias; aunque responde en términos generales a las características del modelo médico hegemónico.

En otras palabras, como el desarrollo económico nacional requería asegurar el funcionamiento correcto y eficaz de la industria, había que garantizar la capacidad y permanencia de la fuerza de trabajo que allí laboraba. Por lo tanto, era fundamental velar por la salud de los trabajadores de la industria, los cuales, debido a su trabajo calificado eran muchas veces individuos incapaces de ser sustituidos y representaban muchas pérdidas a las empresas en caso de que enfermaran o sufrieran un accidente de trabajo.

De esta manera, el Estado Mexicano se vió obligado a constituir un organismo que se encargara de brindar servicios médico-asistenciales a la población productiva nacional. Así nació el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual, comenzó a funcionar en el siguiente sexenio, con financiamiento tripartita, como actualmente lo conocemos.

Pero por otro lado, fue necesario crear también una institución que velara por aquélla parte de la población que, en términos del modelo de desarrollo

económico adoptado, no era productiva, en otras palabras, nos referimos a los millones de trabajadores agrícolas que quedaron en posición de desventaja al término de la Revolución de 1910.

Esta institución fue la Secretaría de la Asistencia Pública la cual, como ya vimos, se creó en 1937 durante el sexenio que abarcó de 1934 a 1940, y fue conformada para atender fundamentalmente a los "débiles sociales".

C) LA CONSOLIDACION DEL MODELO ECONOMICO. ¿ DETONADOR DE LA CRISIS DE LA SALUD?

En el lapso que cubre aproximadamente de 1940 a 1958, el modelo de desarrollo industrial que había adoptado México después de la Revolución, comenzó a rendir sus primeros frutos, sobre todo aprovechando la coyuntura que brindó la Segunda Guerra Mundial.

Sin embargo, la política de justicia social que había impulsado Cárdenas y que beneficiaba directamente a campesinos ejidatarios y obreros industriales, se escamoteó dando paso a una política que favoreció casi exclusivamente al gran capital.

En efecto, en el Segundo Plan Sexenal, formulado por el Partido de la Revolución Mexicana para el periodo de 1941 a 1946, se postuló la necesidad de desarrollar una política agraria encaminada a terminar lo más pronto posible el reparto de tierras, a consolidar la reforma agraria realizada hasta la fecha y a lograr que la producción ejidal llegara a ser la base de la economía agrícola del país, para de esta forma organizar la producción y distribución de los bienes y mejorar así las condiciones económicas y sociales de los campesinos y demás mayorías populares.²⁰

Pero como veremos más adelante, el balance que se realizó nos demuestra el fuerte impulso que tuvieron todas las obras públicas en beneficio de la gran producción agrícola y de la producción industrial, en contraposición con el insignificante esfuerzo que se realizó por consolidar la economía nacional en favor de las grandes mayorías.

²⁰ cfr. SOLIS, Leopoldo *Op.cit.* pp. 27-30

En el área de la salud, este periodo tuvo también grandes logros asistenciales que, como vimos en el apartado anterior, respondieron a la tendencia cada vez más consolidada de brindar servicios "integrales" a la población productiva, es decir, a la población que se encontraba inmersa en el modelo nacional de desarrollo industrializador.

En términos políticos, el lapso que hemos mencionado fue decisivo para impulsar la imagen de un nuevo Estado popular y democrático que se preocupaba por la salud de los mexicanos.

En efecto, fue en estos años que el sistema institucional logró reunir en varias corporaciones de alcance nacional a los movimientos obrero y campesino, y posteriormente al llamado "sector social", logrando así un control parcial sobre las demandas sociales y sus soluciones, entre ellas, la salud.

Así, en el Plan Sexenal elaborado para el sexenio de Manuel Avila Camacho, se expuso la necesidad de asegurar al pueblo su salud física, aumentar la fuerza de trabajo disponible y hacer posible el mejor disfrute de la riqueza producida y el incremento del bienestar nacional, todo ello mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la colectividad. Para lograrlo, aparte de tomar medidas sanitarias específicas se debería:

...hacer un estudio respecto de la conveniencia de reunir las actividades que estaban encomendadas al Departamento de Salu-

bridad y a la Secretaría de la Asistencia Social en una sola Secretaría de Salubridad y Asistencia Social."²¹

Además, la asistencia pública se iba a encargar de contribuir a la defensa de los "económicamente débiles" y el gobierno trabajaría arduamente para que la asistencia social se extendiera a todo el país y no se circunscribiera al Distrito Federal.

Sin embargo, otro proyecto de ley se adelantó a la creación de la citada Secretaría; nos referimos a la Ley del Seguro Social, la cual se aceptó el 31 de diciembre de 1942 y fue promulgada el 19 de enero de 1943. Cabe hacernos aquí una pregunta, ¿por qué si las políticas de salud tienen que ver directamente con las necesidades económicas del país, el proyecto de Ley del Seguro Social mandado en 1939 al Congreso de la Unión y calificado como "el más evolucionado que se había presentado hasta el momento",²² no fue aceptado sino siete años después a pesar de que habría sido un elemento necesario en los momentos que se iniciaba el proceso de industrialización en México?

La respuesta no es tan sencilla, pero creemos que este hecho responde directamente a la necesidad que tenía el Estado de contar primero con un poder económico, político y social que fuera suficiente para enfrentar en posición de fuerza los riesgos que implicaría la instauración del Seguro Social, sobre todo

²¹ SOLÍS, Leopoldo *op. cit.* pp. 45-46
²² MORENO CUETO, Enrique *et. al.* *Sociología histórica de las instituciones de salud en México.* IMSS, 1962 pp. 45

el de arriesgarse a perder el control sobre un organismo descentralizado que, en términos generales, significaba uno de los pilares fundamentales del crecimiento industrial por las razones que ya mencionamos al final del apartado anterior.

Fue así como el Estado se ocupó primero de expropiar las compañías petroleras, de consolidar políticamente al país, de frenar la fuga de capitales, además de otras actividades como: consolidar el mercado nacional, impulsar la sustitución de importaciones, invertir en obras de comunicaciones y transportes, de irrigación, reorientando para ello el gasto público hacia aspectos económicos y administrativos, retirándolo al mismo tiempo del aspecto social.²³ Debemos recalcar que estas disposiciones deben entenderse como acciones que formaron parte de un proyecto económico global con alcances políticos y sociales y no como fenómenos trascendentales en sí mismos.

Otro hecho que permitió conformar la estructura de salud en nuestro país se celebró del 15 al 22 de agosto de 1943. Nos referimos al Primer Congreso Nacional de Asistencia que fue convocado por el secretario del ramo, Dr. Gustavo Baz.²⁴

En este evento de gran magnitud se vertieron amplios conceptos respecto de las instituciones encargadas de proporcionar asistencia pública. Entre las diversas ponencias cabe destacar la del Dr. Gaudencio González Garza quien se encargó de mostrar la "benevo-

²³ Cfr. SOLIS, Leopoldo *La realidad económica mexicana: retrovisión y perspectivas.* siglo XXI. México, 1973 pp. 99-108

²⁴ La memoria de este congreso fue publicada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1944.

lencia y eficiencia" del Seguro Social, y por otro lado, la "inconsistencia e ineficacia" de la Asistencia Pública. El citado galeno se expresó de la siguiente forma:

"Los servicios asistenciales que funcionan en casos de emergencia, son un favor de los particulares y una obligación parcialmente cumplida por el poder público, que no garantizan a los beneficiarios una protección integral ni les dan derecho a exigir. La Asistencia Pública se ha preocupado por dar al indigente un mínimo de subsistencia vital; en cambio el Seguro otorga un nivel más alto de vida para toda la población trabajadora."²⁵

El Dr. González Garza se refirió también a las causas que propiciaban la atención deficiente que brindaba la Asistencia Pública.

"La Asistencia Pública se sostiene principalmente con los recursos del Estado, las donaciones y ayudas generosas de los particulares y por las utilidades de la Lotería Nacional. Sin embargo, una institución organizada sobre estas bases económicas y destinada a proteger a una población indigente cuya magnitud es enorme,

²⁵ ALVAREZ AMEZQUITA, J. et al. *op.cit.* Vol. III p. 578

no ofrece, por la misma estructura económico-social, una garantía para suministrar en cantidad y calidad, atención a todos los menesterosos, y menos aún podría extender el campo de sus actividades a sectores cuyo grado de debilidad económica no es tan acentuado."²⁶

Al respecto, y en representación del Departamento de Salubridad Pública, el doctor Bernardo J. Gástelum pronunció una conferencia titulada "Relaciones entre la asistencia médica y la salubridad pública", en la cual podemos apreciar interesantes juicios respecto de las diferencias entre la salubridad y la asistencia. Creemos importante transcribir algunas de estas opiniones, debido a que en ellas se puede apreciar también la concepción que prevalecía entonces acerca de la práctica médica y de la medicina, así como la lucha que se estableció entre dos concepciones, una que pugnaba por continuar la política preventiva y otra, muy novedosa, que defendía la posición de impulsar la medicina curativa para atacar los problemas de salud nacionales.

La primera concepción a que hacemos referencia es el Higienismo, del cual ya se habló ampliamente en el primer apartado, y que tuvo mucho impacto sobre todo en el ámbito de lo que ahora conocemos como Salud Pública y Medicina Preventiva. Sus principales acciones estaban encaminadas al trabajo en la comunidad, con las familias y los grupos más vulnerables para cierto tipo de

²⁶ ALVAREZ AMEZQUITA, J. *et.al.* *op.cit.* pp. 588

padecimientos, como las mujeres, los niños, los indigentes y las prostitutas. Gracias a este modelo médico de finales del siglo XIX, se logró abatir algunas de las principales enfermedades que acababan con la población productiva cuando se presentaban en forma de epidemias.

El segundo modelo es el científico, o hegemónico o curativo-asistencial, el cual se hizo presente en México alrededor de los años veinte y se fue conformando de acuerdo a las características y necesidades propias de nuestro país. Su éxito se debió a la posibilidad de atacar en forma eficaz a las enfermedades infectocontagiosas que causaban la muerte a la mayoría de la población.

Al comparar la intervención del doctor González Garza con la del Dr. Gástelum, que presentaremos a continuación, observaremos el enfrentamiento entre la corriente higienista, representada por la Secretaría de la Asistencia Pública, y el nuevo modelo curativo-asistencial que se venía consolidando en México, y que estaba representado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la intervención se realizó en estos términos:

La Asistencia médica es la mixtura indispensable que ha permitido edificar en lo antiguo y en lo moderno la comunidad social. En realidad, la asistencia social es un acontecimiento moderno que se debe a los países intensamente industrial-

zados. Estos, lo que han hecho es organizar y sistematizar los conocimientos actuales. La asistencia médica es un servicio al individuo, a la persona física o moral y, por eso, se la comprende en la asistencia social y aunque se habla de ella genéricamente, su actividad en último término, se reduce a lo singular, a lo privado.²⁷

Lo que nosotros rescatamos de estas participaciones es la aparente oposición que existió en cada una de estas corrientes, salubrista y asistencial, oposición que está presente aún en los años que vivimos actualmente, y que se manifiesta en la discusión sobre si lo más importante para el sector salud, es el individuo o el conjunto social. Por lo tanto, para resolver el problema sanitario en el país, se presentan dos enfoques dentro del marco institucional: la solución de los problemas sociales, o la de los individuos.

De esta manera, al referirse a la salubridad pública, el Dr. Gástelum, que ya se había referido a la asistencia, expresó lo siguiente:

"Salubridad viene del latín *salubritas*, calidad de salubre, saludable que sirve para conservar y restablecer la salud, estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. La higiene crea para el

²⁷ *Ibidem* p. 202

hombre y para la comunidad, las mejores condiciones de vida y de salud; estudia y hace desaparecer toda clase de influencias nocivas sobre su bienestar, personales, de ambiente, sociales. Difiere de la medicina, en que a ésta le preocupa el hombre enfermo y su objeto es que recobre la salud. Para la higiene, el enfermo sólo tiene importancia como fuente de contagio y en que del conocimiento del mal derivan medidas para precaverlo, por lo mismo, siguiendo la higiene las múltiples actividades humanas, concurren a la solución de sus problemas, -de la higiene- un gran número de ciencias y de entre ellas una de las más actuales: la sociología.-28

En el párrafo anterior se aprecia con mayor claridad cómo las dos concepciones separan el quehacer médico del quehacer de la salubridad o salud pública, también manejada como higiene. De esta forma, es importante dejar claro que las dos corrientes, desde nuestro punto de vista, no pueden unirse en una sola, puesto que abordan ámbitos diferentes de un mismo problema. Por otro lado, es importante señalar la importancia de la sociología para analizar y encontrar posibles soluciones al problema de la enfermedad en

28 *Ibidem* p. 610

NOTA: Las negritas son nuestras

nuestro país, sin confundir los dos ámbitos antes señalados.

Entre las conclusiones más importantes de este congreso, citaremos aquéllas que tuvieron repercusiones trascendentales para la salubridad y la asistencia mexicanas, en donde por desgracia, debido tal vez a una necesidad política, se vuelven a confundir en una sola las dos corrientes. Estas palabras fueron expresadas por el mismo Dr. Gástelum:

I. La salubridad pública en sus aplicaciones humanas es siempre asistencia médica.

II. La asistencia médica se convierte en salubridad pública, cuando es ella la que denuncia el foco infeccioso y lo trata.

III. Atendiendo a las consideraciones anteriores, en ocasiones es artificial la diferencia que se establece entre la asistencia médica y la salubridad pública, por lo mismo debe recomendarse que, en su oportunidad, estos servicios dependan de una sola autoridad. Son obvias las conveniencias de fundirse en una sola dependencia, tanto desde el punto de vista técnico como del económico. ^{2º}

Dos meses después, el 15 de octubre de 1943, el presidente de la República, el señor Manuel Avila Camacho, expidió el decreto que creó la Secretaría de

^{2º} *Ibidem* p. 614

Salubridad y Asistencia, al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública.

Este hecho histórico, aunado a otro que se registró en el año de 1944 y donde el secretario de Salubridad y Asistencia, doctor Gustavo Baz, presentó en Lima, Perú, un plan de hospitales para México³⁰, nos permite consolidar la idea de que la política de salud del estado mexicano sufrió un cambio radical al abandonar casi por completo la tendencia que privilegió durante varias décadas a la medicina preventiva, de carácter colectivo, para dar un paso a la medicina curativa, hospitalaria y de carácter individualista.

Esta transformación respondió, entre otras cosas, a la adopción de un nuevo modelo médico que se introdujo en México alrededor de los años treinta y el cual se desarrolló con fuerza a principios de los cuarentas. Este modelo médico hegemónico a nivel mundial, fue elaborado en Estados Unidos y extendido a todo el globo gracias a la eficacia de la medicina científica para atacar las enfermedades infectocontagiosas y a la posición ganada por este país al término de la Segunda Guerra Mundial, entre otras cosas.³¹

Esta misma coyuntura, generó en nuestro país, un fortalecimiento de la industria, debido a que, el precio de la fuerza de trabajo se mantuvo bajo, gracias al creciente desempleo agrícola que produjo el fenómeno de flujo de capitales hacia los centros industriales.

³⁰ Este plan dotaría al país de hospitales generales centrales, regionales y rurales, así como también hospitales generales ejidales y periféricos, mas estaciones médicas agregadas y unidades sanitarias móviles.

³¹ Para una información más amplia sobre este nuevo modelo médico hegemónico, consultar el anexo.

Asimismo, cabe destacar la creación de la primera planta de la Comisión Federal de Electricidad, la cual fue clasificada como proyecto de la más alta prioridad en el Plan Sexenal, y que permitió extender la red de energía eléctrica a varios puntos del país; el fortalecimiento del mercado interno y la elevación de la exportación de productos manufacturados.

Esta situación económica nos permite esclarecer mejor la necesidad que representaba para México la creación de la infraestructura sanitaria y asistencial que apoyara el desarrollo económico que se había trazado el gobierno mexicano, puesto que era fundamental vigilar la salud de los sectores de la población que se dedicaban a mantener la productividad de las industrias ligera y pesada, así como la de los trabajadores agrícolas que producían para la exportación.

Era entonces una necesidad la creación de las dos grandes instituciones médico asistenciales de más presencia en el país; por un lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social enfocado a resolver directamente los problemas de salud de la población productiva, permitiendo así que la vida económica continuara.

Por otro lado, la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual permitió menguar los problemas que afectaban la estabilidad política y social que necesitaba el país para su crecimiento económico, a través de la atención médico asistencial de la población abierta, específicamente de la población que, por ser no productiva, carecía de Seguro Social.

Más adelante comprobaremos que, si bien el Seguro Social ha crecido en forma importante y ha

contado con todos los apoyos necesarios para ampliar su cobertura y sus servicios, no ha sucedido igual con la S.S.A., institución que se encarga, por lo menos así se asienta en la ley, de brindar atención al 100% de la población y fundamentalmente, a la de escasos recursos la cual es, paradójicamente, quien más requiere de éstos servicios.

DD) EL PRELUDIO DE LA CRISIS DEL SECTOR SALUD.

En los textos revisados para caracterizar el sexenio de Miguel Alemán, de 1945 a 1952, se destaca la falta de un programa específico en materia de salud que haya representado acciones específicas de importancia.

Lo que puede observarse es la continuación de la tendencia de crecimiento económico, la cual se venía consolidando a partir de los años cuarenta, y que coadyuvó a sostener la etapa conocida como "desarrollo estabilizador". Este crecimiento se convirtió, poco después, en el antecedente directo de la crisis política del sesenta y ocho.

En efecto, la política económica seguida en estos años permitió el aumento de la desigualdad en la distribución de los ingresos de los mexicanos, lo cual permitió a su vez el deterioro de los niveles de salud de la población de escasos recursos. Este fenómeno se debió principalmente al interés del gobierno por desarrollar, la planta industrial del país, lo cual repercutió negativamente en el sector agrícola, que se vio seriamente afectado en este sexenio, a pesar de que la agricultura registró un periodo de auge de 1945 a 1952.²²

²² Al respecto, Leopoldo Solís en su obra *La realidad económica mexicana: evolución y perspectivas*, nos aclara que esta fase de auge se debió a que coincidieron dos fenómenos: alta política norteamericana que sostuvo intactos los precios del algodón y bita fuerte expansión de las superficies de riego en el norte del país, lo que originó excedentes de algodón para exportación bastante importantes.

Sin embargo, este auge agrícola puede explicarse debido a que las inversiones realizadas en este lapso en el sector correspondiente se dirigieron fundamentalmente a las tierras de riego, dejando de lado las pequeñas propiedades y los ejidos, lo cual generó el desarrollo de zonas de agricultura comercial, sobre todo en la zona norte del país.

Al dirigir las inversiones a las zonas de riego y, por otro lado, retirárselas a las pequeñas propiedades y a los ejidos, se propició la concentración del ingreso en manos de los propietarios de extensas zonas de cultivo comercial, mientras que los ingresos de los pequeños productores y ejidatarios disminuían y, en consecuencia, se deterioraba su nivel de vida al carecer de los medios suficientes para obtener los satisfactores básicos.

En la ciudad esta situación se tradujo en empobrecimiento de grandes núcleos poblacionales en contraposición con el excesivo enriquecimiento de algunos sectores medios y de los propietarios industriales. De esta forma, nos podemos encontrar con numerosas citas como la que a continuación presentamos:

"Un hecho característico de esos años en México (1945-1952) había sido la intensificación de las compras por los particulares de artículos duraderos de consumo, principalmente de productos de importación. En la misma forma, se había extendido de modo considerable el número de residencias de lujo construidas."

23 SOLIS, Leopoldo
y social en México,
1975. p. 47.

Planes de desarrollo económico
SEP SETENTAS núm. 215, México,

En términos de salubridad y asistencia, se registraron algunos eventos como: la erradicación de la viruela en el país; la publicación en 1949 de un nuevo Código Sanitario, en donde se introdujo un capítulo de Coordinación de Servicios de Higiene en Estados y Territorios; el impulso a la construcción de un nuevo tipo de hospital, el hospital rural; la ampliación de la red hospitalaria en el Distrito Federal y en los estados y la reestructuración administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Para el período presidencial de Adolfo Ruiz Cortines, se elaboró un plan de inversiones que se conoció como el Programa Nacional de Inversiones, el cual abarcó de 1953 a 1958, y tuvo como principales objetivos seguir dirigiendo los esfuerzos de la nación hacia la concreción de la planta industrial, para lo cual se pensó en conseguir que los capitales nacionales cooperaran invirtiendo en el financiamiento de la industria, así como elevar la productividad para alcanzar un desarrollo más coordinado de la economía.

Para lograr lo anterior, era necesario mejorar el nivel de vida de la población, por lo tanto era obligado mantener estables los precios y canalizar recursos financieros a los sectores más requeridos de fondos.

Las medidas tomadas respondieron a la tendencia inicial de desarrollar la economía nacional por medio de importantes inyecciones o inversiones de dinero dirigidas a los sectores más productivos, pero se dejó de lado el estudio de la problemática real, así

como la elaboración de programas donde lo fundamental fuera la inversión de trabajo y no de capital.

En el área de la salud, los principales acontecimientos se refieren a la instauración por decreto presidencial, del Plan Nacional para la erradicación del paludismo, padecimiento éste que se extendía en el cincuenta y ocho por ciento del territorio nacional y que afectaba seriamente a los pobladores que radicaban cerca de las costas y lugares pantanosos.

Para llevar a cabo dicha campaña, el presidente Ruiz Cortines destinó 55 millones de pesos en 1956, a diferencia de 1.2 millones que se habían destinado en el año anterior.³⁴

Además, se llevaron a cabo también programas como el de Bienestar Social Rural, que se estableció en 1953, y que enfocó sus esfuerzos a la educación para la salud de la población, a través de la formación de recursos humanos provenientes de las propias comunidades rurales.

El Programa de Bienestar Social Rural fue dirigido por el Dr. José Figueroa Ortiz, un renombrado y experto sanitarista, que tuvo a su cargo la ejecución de este proyecto poco conocido en las ciudades. Este plan, además de los conocimientos de higiene, brindó a las comunidades las técnicas necesarias para el cultivo de huertos familiares, para la construcción de casas con ventanas, de muebles sencillos y cocinas, y de letrinas fuera de las casas.

Mientras tanto, en el otro polo, y siguiendo la línea asistencial importada de los Estados Unidos, se

³⁴ Cfr. BUSTAMANTE, Miguel E. et al. *La salud pública en México, 1959-1982*. México, SSA, 1982.

construyeron y finalizaron en 1954, catorce hospitales más y dieciseis centros de salud. También se decidió la construcción en el Distrito Federal del Centro Médico Nacional, proyectado para contar en 1955 con 1,850 camas.

En términos generales podemos decir que se siguió impulsando la línea de atención médico-asistencial que tiene como sustento fundamental la atención curativa en el interior de un hospital, la cual ocupa en su mayoría una gran proporción de médicos especialistas quienes, desde 1939, año en que se suspendieron las relaciones culturales con Francia, habían venido formándose en los Estados Unidos y en consecuencia, estaban introduciendo al saber y práctica médicas, no sólo los adelantos de la ciencia, sino la concepción individualista y lucrativa que se generó en el vecino país del norte, es decir, la concepción del modelo médico hegemónico.

Por lo tanto, no se podía apreciar un cambio sustancial en la política de salud de este periodo, sino hasta que estas características de la profesión médica que mencionamos arriba, crearon una situación crítica en el interior del país y propiciaron un cuestionamiento generalizado de la concepción del saber y práctica médicas.

En cuanto al desarrollo económico nos encontramos con que los planes que se elaboraron al principio del sexenio de Adolfo Ruiz Cortines, fracasaron en su mayoría puesto que, al desarrollar primordialmente el capitalismo industrial como sistema económico nacional, se fueron dejando atrás áreas

estratégicas como la agricultura, sector fundamental que permite el crecimiento de la gran industria y paralelamente, de los servicios. En el siguiente párrafo se palpa la magnitud de este problema:

Más preocupante aún resulta que su valor absoluto de las obras de fomento agropecuario) en términos reales descendió de 450 millones de pesos en 1950) en 1958 a 305 en 1958, un decremento de 2.3% anual frente a un ascenso anual programado de 2.3%. No es de extrañar, por lo tanto, dado el largo tiempo que se mantuvo esa situación, el estancamiento posterior que se apreció en el sector agropecuario.

En este lapso, la deuda externa creció de 185.8 millones en 1953, a 802.7 millones en 1958, a pesar de que se trató de evitar esta situación. Fue también en este período, cuando se reforzó la tendencia que aceleró la concentración del ingreso en pocas manos, puesto que las inversiones en las industrias existentes se dirigieron a la producción de bienes de consumo durables que sólo podían adquirir las clases privilegiadas de entonces.

A este respecto, cabe mencionar un fenómeno interesante que vino a repercutir desde nuestro punto de vista en el cuadro nacional de mortalidad general, y se refiere al aumento de la población que conocemos como

"clase media". Este crecimiento se debió entre otras cosas al desarrollo de las empresas privadas y públicas que requirieron cada vez más personal dedicado a actividades burocráticas o a los servicios, v.gr., al aumentar la producción y consumo de aparatos eléctricos de uso doméstico, aumentó a su vez el número de negocios dedicados a dar servicio a dichos productos.

Este crecimiento, decíamos, se manifiesta en los cuadros de las diez principales causas de muerte en México, de 1930 a 1980, si hacemos una comparación entre las causas de muerte es evidente la existencia y rápido desarrollo de este sector poblacional. (Ver cuadro no. II)

En este cuadro podemos apreciar a grandes rasgos, el decremento de la mortalidad debida a enfermedades infectocontagiosas de tipo epidémico, como el paludismo, la viruela y el sarampión, que son factibles de controlarse en primera instancia con medidas masivas de prevención tales como las campañas de vacunación de carácter nacional que se instrumentaron con eficacia en los años posteriores a la revolución de 1910, no sucede así con las enfermedades infectocontagiosas cuya causa es la pobreza.

Por otro lado, se desarrollaron en los años cuarentas, las enfermedades llamadas crónicas y degenerativas, como las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro vasculares y la diabetes mellitus, las cuales son, como veremos, resultado de los deficientes patrones alimenticios que propician la excesiva ingesta de algunos grupos de

CUADRO II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MEXICO
(1938 - 1968)

1938	1948	1958	1968
1. Diarrea y enteritis	1. Diarrea y enteritis	1. Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis, excepto diarrea en el recién nacido	1. Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis, excepto diarrea en el recién nacido
2. Influenza y neumonías	2. Influenza y neumonías	2. Influenza y neumonías	2. Influenza y neumonías
3. Paludismo	3. Paludismo	3. Enfermedades de la primera infancia	3. Enfermedades de la primera infancia
4. Tosferina	4. Accidentes o muertes violentas	4. Accidentes o muertes violentas	4. Accidentes o muertes violentas
5. Accidentes o muertes violentas	5. Deformaciones congénitas y enfermedades de la primera infancia	5. Paludismo	5. Enfermedades del corazón
6. Viruela	6. Sarampión	6. Enfermedades del corazón	6. Tumores malignos
7. Sarampión	7. Bronquitis	7. Tosferina	7. Bronquitis
8. Debilidad congénita. Vicios de conformación congénita	8. Enfermedades del hígado y de las vías biliares	8. Tuberculosis T.F.*	8. Tuberculosis T.F.*
9. Tuberculosis T.F.*	9. Tuberculosis T.F.*	9. Bronquitis	9. Cirrosis hepática
10. Enfermedades del hígado y de las vías biliares	10. Enfermedades del corazón	10. Sarampión	10. Paludismo

FUENTE: ALVARADO Ray, Ignacio La mortalidad en México, 1922-1975. I.N.S.S., México, 1982 pp. 16-17

* Todas Formas

alimentos, ingesta que, por otro lado, está estrechamente relacionada con la ubicación de clase de los individuos. Al respecto presentamos la siguiente observación:

"Las enfermedades del corazón y los tumores malignos, entre otras, son afecciones que la ciencia médica ha encontrado principalmente en personas de clases sociales con gran disponibilidad de alimentos, fundamentalmente individuos consumidores de grasas, carnes, huevos y leche en cantidades excesivas."

Por otro lado, persistieron en los primeros lugares aquellas enfermedades que son resultado de las relaciones de poder que establecen los hombres entre sí y que se traducen en desigualdad social; éstas son las enfermedades gastrointestinales y las infecciones de vías respiratorias altas.

En nuestro país, como en la mayoría de los países capitalistas, la desigualdad se observa en la existencia de desnutrición, falta de servicios públicos adecuados: agua potable, drenaje, alcantarillado, vivienda, luz eléctrica, etc., para un grupo de habitantes, lo cual aunado a otros factores económicos, sociales, geográficos, políticos e individuales, como las características de nivel cultural y educativo, las tradiciones, la subjetividad que relaciona al individuo

⁸⁰ HERNANDEZ ZINZUN, Gilberto *op. cit.* p. 92

con su mundo exterior, etc., conforman la patología social.

De aquí que muchos autores planteen la existencia de dos tipos de patologías que corresponden a dos niveles de vida totalmente distintos; el que cuenta con los medios adecuados para alimentarse -y en muchos casos, sobrealimentarse-, que cuenta además con los servicios públicos convenientes para prevenir ciertas enfermedades, y por último, cuenta también con la capacidad económica para solicitar y pagar atención médica privada cuando lo requiere.

Y por otro lado, existe el otro nivel, que no cuenta con ninguno de los satisfactores que mencionamos antes, o estos elementos son insuficientes para preservar la salud de quienes se ubican en él.

Se infiere también la existencia de dos tipos de atención médica, la privada y la pública o gubernamental. De esta última, podemos decir también que se encuentra dividida de acuerdo a la población que atiende, la cual es de tres grandes tipos: la población de trabajadores industriales, la población burócrata y la población de escasos recursos como los campesinos, los indígenas, los desempleados y subempleados.

En este capítulo hemos visto los primeros pasos hacia la construcción de la estructura de salud nacional, primero con la aparición del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende al proletariado industrial y, segundo, con el surgimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que se ocupa de los grupos de escasos recursos.

No será sino hasta el siguiente capítulo, cuando detectaremos la aparición de una tercera institución asistencial, que permitió complementar la estructura de salud nacional al dedicarse a cubrir a la los empleados federales.

CAPITULO II

LA CRISIS DEL SECTOR SALUD

INTRODUCCION.

En el capítulo anterior se hizo un recuento muy general de la política de desarrollo económico que siguió el país desde el porfiriato, remarcando lo sucedido durante el cardenismo hasta el sexenio de Adolfo Ruiz Cortines. Esta somera descripción es necesaria para ubicar el surgimiento de las instituciones y las políticas sanitarias que fueron conformando la actual estructura de salud en México.

En este segundo capítulo continuaremos caracterizando el desarrollo institucional, las políticas de salud y el desarrollo del modelo médico hegemónico, los cuales conforman lo que denominamos la estructura de salud. Esta tarea nos servirá para descubrir la falta de correspondencia generada en dicha estructura, lo cual, según creemos, propició la crisis del sector salud, es decir, pensamos que esta situación crítica del sector se debió a la desvinculación que se suscitó entre alguno de los tres aspectos que conforman la estructura de salud, a saber: la política de salud, las instituciones de salud y el modelo médico hegemónico, y la problemática nacional de salud, la

cual, a su vez, está estrechamente ligada al proceso económico que siguió el país.

Esta crisis tiene tres fases distintas que corresponden a tres periodos presidenciales. En primer lugar abordaremos el sexenio de Adolfo López Mateos quien permitió la culminación del proceso de conformación del complejo institucional, el cual forma parte de la estructura de salud. Dicha estructura es, a su vez, utilizada por el Estado para enfrentar la problemática sanitaria en México.

Asimismo, este lapso representó, paradójicamente, la fase de mayor auge de la práctica médica, previa a la manifestación objetiva de la crisis, debido a los logros y el prestigio alcanzados por los médicos mexicanos en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad nacionales. Por otro lado, fue también un periodo de crisis política y social donde se llevaron a cabo un conjunto de manifestaciones sociales que se evidenciarían más tarde como severas críticas a la estructura de salud de nuestro país.

La segunda fase o momento de la crisis la ubicaremos durante el mandato presidencial de Gustavo Díaz Ordaz, el cual representó la parte más controvertida del proceso que analizamos, porque fue en esta época cuando se iniciaron serios cuestionamientos sobre todos los aspectos de la vida nacional, y no solamente sobre la validez del modelo médico hegemónico; la eficiencia de las políticas de salud instrumentadas hasta el momento, o la capacidad real de las instituciones de salud para resolver los grandes problemas nacionales del sector.

Si, los sesentas marcaron el fin de una época, de una forma de pensar, para darle paso a nuevas estructuras de pensamiento, y la crisis del sector salud coincidió y no por casualidad, con este marco de cambios profundos en todos los órdenes de la vida nacional e internacional, que tuvieron su máxima expresión social en el año de 1968.

Por último, analizaremos la tercera fase de este momento crítico, el sexenio de Luis Echeverría Álvarez, el cual representó el inicio de la búsqueda de alternativas por parte de la sociedad civil, para solucionar sus propios problemas, así como las vicisitudes que enfrentaron las propuestas novedosas para abordarlos.

Asimismo es preciso señalar que se incluirán alternadamente a la descripción acostumbrada, análisis sobre los problemas que caracterizan la crisis del sector salud, usando muchas veces el tiempo presente en la redacción de los mismos, puesto que aún son válidas para el momento que vivimos.

AD LA CONSOLIDACION DE LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL

Como ya vimos, en los años anteriores, se habían venido desarrollando en nuestro país dos tipos de instituciones gubernamentales de salud, las cuales realizaban distintas actividades dependiendo del núcleo de población que cubrieran.

Por un lado, encontramos a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la cual realizaba fundamentalmente una acción sanitaria que es, en teoría, de alcance nacional, aunque en realidad cubría hasta donde su raquítico presupuesto le permitía. Este organismo se dirigía principalmente a la población que no contaba con Seguro Social, es decir, a la mayoría de la población.

Por el otro lado, apareció y se desarrolló con mucha fuerza la institución que se encargaría en adelante, y lo sigue haciendo en nuestros días, de cubrir a la población trabajadora del ramo industrial, aunque poco más tarde se encargaría también de los sectores rurales prioritarios. Nos referimos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

De esta manera estaba casi completa la plataforma institucional de la cual hace uso el Estado para instrumentar sus políticas de salud. Sin embargo, el constante y rápido crecimiento del propio Estado Mexicano, ocasionó también el rápido aumento de la población burócrata que hace funcionar las instituciones gubernamentales.

Esta población requería de un organismo que se hiciera cargo de brindarle servicios médicos y otras

prestaciones puesto que, al crearse el Seguro Social, quedaron automáticamente marginados de esa estructura, lo cual no era recomendable en términos políticos, si se querían evitar conflictos sociales de trascendencia.

La creación de este órgano se observó durante el período presidencial de Adolfo López Mateos, quien tomó posesión el 10. de diciembre de 1958, y cuyo mandato se caracterizó en el área de la salud, por el gran impulso que se dió a la Salud Pública.

López Mateos se encargó de seguir apoyando el desarrollo industrial, aunque vislumbró la necesidad de dirigir capital y esfuerzos al área rural; política que llevó a cabo sólo en algunos aspectos tales como el apoyo en términos de medidas sociales, entre las que se encontraban salud y educación, y las que ofreció a los trabajadores agrícolas de sectores muy productivos, además de la apertura de nuevas zonas de cultivo, el fomento a la producción de cultivos novedosos como el cártamo, etc.

A pesar de que fue en este sexenio cuando el sector salud culminó su consolidación, en el sentido de que aún en nuestros días funciona casi de la misma manera que entonces, podemos decir que este lapso, que abarcó de 1959 a 1964, constituyó también el espacio temporal dentro del cual se comenzaron a advertir las limitaciones del modelo médico curativo-asistencial que instrumentaba el Estado en el país. Esta afirmación se debe, entre otras cosas, a la observación de que la mortalidad infantil se incrementó en el siguiente período presidencial, a pesar de todo el trabajo que se realizó en años precedentes, dentro del sector salud.

Específicamente, en el mandato de López Mateos se advirtió la aparición de nuevas Direcciones Generales dentro de la S.S.A., las cuales nacieron como estructuras encargadas de áreas hasta el momento descuidadas, tales como: la de Neurología, la de Salud Mental, la de Rehabilitación y la de Servicios de Salud Pública en Estados y Territorios.

En esta última, se agruparon otras cuatro Direcciones, las cuales se encargaron de la salubridad pública en todo el territorio nacional, estas fueron: la de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, la de Servicios Rurales Cooperativos, la de Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad Rural y la de Epidemiología y Campañas Sanitarias.

Enseguida describiremos con más amplitud la práctica sanitaria de este periodo, para mostrar con más claridad cómo funcionaba la estructura de salud nacional que hemos venido mencionando. La operativización de los programas de salud se realizaba tomando como áreas de influencia o de acción a los llamados Distritos Sanitarios, los cuales eran superficies delimitadas por el carácter geográfico, por las facilidades de comunicación, por los aspectos ecológicos y condiciones socioculturales.

Estos Distritos Sanitarios funcionaron articulados con los centros de salud A, los centros de salud B, los centros de salud rural y los hospitales rurales. Tanto los distritos, como los centros de salud y los hospitales mencionados, constituyeron el órgano intermedio entre los Servicios Coordinados de cada Estado y las oficinas aplicativas de los programas sanitarios.

En el texto *La Salud Pública en México. 1959-1982*, editado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y coordinado por el doctor Miguel E. Bustamante, encontramos el siguiente párrafo, en el cual se resume el trabajo que se realizó entonces:

"En los Distritos se inició, primero, la sensibilización de las comunidades, con un programa de saneamiento del ambiente, principalmente de carácter educativo, de modo que nacieron los primeros abastos de agua comunal, las primeras unidades de agua para baños y necesidades públicas, la transformación higiénica de la vivienda rural y la construcción y utilización de letrinas sanitarias para evitar el fecalismo al aire libre, siempre con la cooperación material y económica de la comunidad."⁸⁷

Como puede observarse, los programas de salud rural cuentan ya con varios años, y sería interés de otra investigación, detectar las razones específicas por las cuales no han tenido los resultados esperados. Si se ha debido a la falta de comprensión por parte de los planificadores y ejecutores sobre los objetivos, programas y actividades que se requieren para efectuarlos adecuadamente y que ha conducido a que las comunidades mexicanas hayan aportado siempre ayuda económica o en trabajo con la esperanza de resolver su

⁸⁷ BUSTAMANTE, Miguel *et.al.* *op. cit.* p. 106

precaria situación, sin lograrlo; o son otros factores que conjugándose entre sí produjeron este tipo de desarrollo en los programas mencionados.

La política de marginar al campo de los programas de desarrollo económico, propició una problemática sanitaria muy compleja y difícil de resolver, puesto que para ello se requiere transformar las condiciones materiales de existencia de los habitantes, lo cual sin inversión, no es posible.

A pesar de todo, se le dió autoridad a este trabajo y se logró obtener algunos resultados en programas como el de educación para la salud, dirigidos a padres de familia, maestros y niños; también se crearon en las escuelas de medicina del país los departamentos de medicina preventiva y se organizó el trabajo asistencial con los médicos pasantes que realizaban su servicio social en comunidades rurales.

Entre las campañas epidemiológicas más importantes, se encontraron las realizadas contra la poliomielitis, las diarreas, la tuberculosis, las neumonías y contra el bocio, para lo cual se ordenó, por decreto presidencial, la iodación de toda la sal destinada a consumo humano en el país, en el año de 1964.

En 1960, se declaró la erradicación del mal del pinto; y en 1963 del *aedes aegypti*, transmisor de la fiebre amarilla. Se luchó con especial insistencia contra el paludismo, enfermedad que ocupó el tercer lugar en el cuadro de mortalidad en 1930 y 1940, y quinto lugar en 1950 y que alcanzaba a gran parte de nuestra población.

Por otro lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social tuvo un crecimiento muy grande con respecto a los años precedentes. Para este sexenio, no sólo siguió ampliando su cobertura al sector de trabajadores industriales en el área urbana, sino también incorporó a trabajadores eventuales y a algunos sectores de trabajadores agrícolas de ramas prioritarias, como es el caso de los cañeros, y de otros trabajadores rurales asalariados.

En el año de 1981, se llevó a efecto la adquisición de las escrituras del Centro Médico Nacional, el cual había sido inicialmente un proyecto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Así, el 10. de mayo del mismo año, se inauguraron los hospitales más importantes que conformaron el Centro Médico Nacional del IMSS; sin embargo, no fue sino hasta el 15 de marzo de 1983, que se inauguró en su totalidad dicho complejo.

A estas alturas, el desarrollo económico de México había generado, por un lado, un proceso de concentración de la riqueza en un reducido sector de la población, que requería de servicios de salud acordes con su nivel económico. Debido a esta necesidad, se incrementó el número de nosocomios privados, sobre todo en el Distrito Federal y en las urbes más pobladas del país.

Por otro lado, el crecimiento espectacular que registró el Estado Mexicano, permitió, como ya se dijo antes, el desmedido aumento de la población burócrata, que conformaba a la mayoría de la clase media mexicana, la cual se encontraba marginada, hasta 1959, de un servicio de seguridad social. Por este motivo, se creó

el 28 de diciembre de 1959, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al servicio del Estado (ISSSTE), organismo éste, que dejó atrás a la antigua Dirección de Pensiones.

El ISSSTE otorgó a los empleados federales, catorce prestaciones de salud y socioeconómicas. El 16 de mayo de 1961, el Lic. López Mateos inauguró los servicios médicos del ISSSTE, los cuales estaban constituidos por el centro hospitalario "20 de Noviembre", y cuatro clínicas de consulta externa. De esta manera, para el año de 1962, la población asegurada por el ISSSTE, ascendía a 800 000 personas.

Con la promulgación de la ley que creó este organismo, y con la promulgación de otras no menos importantes, como la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, de 1962, se dió un paso fundamental en la consolidación de la estructura institucional necesaria para cubrir, por lo menos así lo pregonaba el gobierno, a la totalidad de la población mexicana.

Fue hasta este momento, cuando el Estado Mexicano logró iniciar un conjunto de acciones de tipo asistencial, en las cuales se permitía la continuidad de los servicios y la dedicación a resolver los problemas de salud de la población productiva nacional.

No olvidemos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hasta entonces, había enfocado principalmente sus esfuerzos a mejorar la salubridad nacional en lo general, lo cual le dejaba muy escasos recursos financieros para instrumentar una política de tipo asistencial que cubriera en la realidad a la población que protege en el discurso oficial.

De esta forma, la estructura de salud que consolidó López Mateos durante su mandato presidencial, permitió al fin, por lo menos eso se pensó, un equilibrio, es decir, congruencia, entre las políticas y las instituciones de salud, las cuales, tenían su fundamento teórico en el modelo médico hegemónico que se caracterizaba por ser curativo, asistencial e intrahospitalario.

Pero la realidad era otra. A pesar de que en este período se reportaron avances como: el sistema de medicina familiar en el IMSS; la educación para la salud apoyada con fuerza por sistemas audiovisuales; la creación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), creado en 1961; el abatimiento de enfermedades como la tuberculosis, el paludismo y el tifo; estos logros, decíamos, no fueron suficientes para mejorar el grave problema de enfermedad de la población mexicana.

Y no sólo no fueron suficientes, sino que tampoco respondían a la problemática de salud-enfermedad nacional, la cual está estrechamente ligada al desarrollo económico y era, por consiguiente, mucho más compleja de lo que se pensaba, y por lo tanto, requería de acciones más profundas que las que se habían llevado a cabo.

Con lo anterior queremos decir que, en el momento en que se terminó de conformar el sistema institucional para el sector salud, el cual permitiría a su vez consolidar la estructura de salud que enfrentaría la problemática nacional de dicho sector, en ese preciso momento, el sustento teórico de dicha estructura, es

decir, el modelo médico hegemónico, ya no respondía del todo a las expectativas del gobierno mexicano, y en lo general, comenzó a ser cuestionado en el resto del mundo.

Esta afirmación, que se ampliará en el siguiente apartado, se basa en el hecho de que, tanto a nivel internacional como nacional, dicho modelo era blanco de severas críticas debido a su incapacidad para resolver completamente algunas enfermedades que se presentaban en los perfiles patológicos de los distintos países, aunque sí resolvía otros.

Esto quiere decir también, que aunque en un sólo día se atendieran y resolvieran en el hospital o centro de salud a 10 000 personas con problemas de diarrea, estas 10 000 personas volvían a regresar una semana, quince días o un mes después con el mismo problema; lo cual nos muestra que la diarrea, como manifestación de la invasión del cuerpo por microorganismos, no es el único ni más importante punto a resolver, sino otro tipo de causas que la provocan.

De ahí que la mayor parte de las enfermedades que se registran en el complejo institucional que las atiende, no se resuelvan con la práctica médica en sí misma, sino elevando las condiciones de vida de la población.

Esta situación generó una crisis en quienes se encargaban de instrumentar las políticas sanitarias y en quienes las vivían, debido entre otras cosas, a que se había invertido mucho dinero y esfuerzo en construir la infraestructura necesaria para atacar las enfermedades, y ahora, se cuestionaba esa inversión y las características de esa infraestructura, argumentando que

no respondían a la problemática de salud del país.

En otras palabras, se había depositado la esperanza de solucionar los problemas de salud-enfermedad con base en un modelo médico que en un principio se presentó como infalible, sin embargo, se perdió de vista el factor más importante, la realidad social.

La denominada Medicina Social fue una de las corrientes más críticas y sólidas, que se dedicó a investigar a fondo los problemas emanados de los aspectos asistenciales, administrativos y educativos de la práctica y el saber médicos, entre otros rubros, y que se evidenciaban como situaciones críticas para cuya solución, se requería la destrucción de la estructura social imperante, y la edificación de una nueva, basada en principios e ideología diferentes de la capitalista.

Entre los representantes más importantes de esta corriente encontramos al Dr. Ignacio Almada Bay, al Dr. Daniel López Acuña, a la Dra. Asa Cristina Laurell, al Dr. Raúl Rojas Soriano, entre otros, quienes en diversos libros y artículos han expuesto sus puntos de vista sobre esta situación.

En sus escritos realizaron análisis fundamentales sobre la situación de la salud en nuestro país; desde las características de los servicios públicos como: agua, luz, drenaje, vivienda, etc.; pasando por la alimentación, la situación laboral que provoca problemas económicos y de salud en el trabajador y su familia, la salud mental de los habitantes de las grandes urbes, la contaminación ambiental; hasta análisis teóricos sobre la viabilidad de seguir formando

trabajadores de la salud con modelos importados, muy costosos y poco eficientes para abordar el perfil patológico del país, léase, el modelo hegemónico que nos rige.

BD PRIMERAS MANIFESTACIONES DE LA CRISIS EN EL SECTOR SALUD.

El primero de diciembre de 1964, tomó posesión de la presidencia de la República Gustavo Díaz Ordaz, cuyo sexenio abarcó hasta fines de 1970. En términos generales, la política de salud en este periodo, se dirigió fundamentalmente a fortalecer el aspecto asistencial de la estructura de salud, la cual descansaba básicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social aunque también se continuó, pero en menor medida y sobre todo para evitar mayores conflictos sociales, la llamada "asistencia social" y otras medidas sanitarias.

En este lapso, la segunda mitad de los sesentas y principios de los setentas, comenzaban a evidenciarse las manifestaciones de una crisis económica y social de alcance nacional e internacional. En efecto, es de todos conocido, que fue a finales del sexenio anterior, pero sobre todo a principios de éste que ahora tocamos, cuando se redujo la producción nacional, tanto en el sector industrial, como en el agrícola, el cual sufrió por los constantes desastres naturales que se sucedieron, así como por la política económica que priorizó a la industria.

Esta época se caracterizó por el incremento de descontentos sociales que fomentaron la aparición de movimientos guerrilleros, y también la organización de grupos de profesionistas médicos, quienes se unieron,

primero, y sobre todo, por obtener un mejor nivel de vida, aunque después éste movimiento se transformó en una lucha política que cuestionó profundamente la "estabilidad" económica y social en la que se vivía entonces.

Estos movimientos generaron profundos e importantes análisis sobre diversos problemas nacionales como: el crecimiento desigual entre los sectores industrial y agrícola; fenómeno que trae aparejado el problema de centralización de la vida nacional, la emigración del campo a la ciudad, la preocupación de crear servicios para cubrir a la población urbana y suburbana, con el consiguiente descuido de la población rural, etcétera.

Los abundantes análisis difundidos a la opinión pública por medio de revistas como Sucesos y Siempre!, mostraron lo torcido de la economía nacional, la cual se encontraba así debido a que se había intentado seguir fielmente una política de desarrollo económico que no correspondía a las posibilidades nacionales. Este hecho implicó descuidar aspectos básicos que permitieran generar una política propia con base en nuestros propios recursos.

Así, llegó un momento en que la planta productiva industrial tuvo que trabajar por debajo de su capacidad real debido a que, como el ingreso se encontraba concentrado en un reducido sector de la población -burguesía y clase media "alta"-, la población restante carecía de los ingresos necesarios para comprar, ya no digamos objetos suntuarios, sino los elementos básicos para subsistir.

Esta situación se fue agudizando hasta conformar un descontento generalizado que culminó en amplios movimientos obreros, campesinos, estudiantiles y de la sociedad en general que tuvieron su climax en el año de 1968.

Sin embargo, el aspecto que nos interesa abordar es el que se refiere a las organizaciones de tipo político que se verificaron en el sector salud y que tuvieron repercusiones en éste. Las primeras manifestaciones de descontento se iniciaron por la situación económica denigrante que prevalecía. Y para sorpresa de todos, esta lucha se desencadenó en uno de los sectores más despolitizados del país, nos referimos a los médicos.

El movimiento médico iniciado en 1964, tuvo como demandas prioritarias el aumento a las becas y los salarios de los médicos residentes y los médicos de base respectivamente. Sin embargo, el manejo político que hizo el presidente Díaz Ordaz, propició que las demandas económicas se convirtieran, en el corto plazo, en demandas políticas para mejorar las condiciones de salud de la población.

A pesar de que se obtuvieron algunas de las demandas señaladas en su pliego petitorio, el movimiento médico fue aplastado, por una parte, debido al trabajo realizado por la prensa para poner en su contra a la opinión pública; y por la otra, debido a la política de "mano dura" que se implementó en el sexenio de Díaz Ordaz. Así, en su primer informe presidencial, el presidente pronunció las siguientes palabras:

"Ahora bien, si el gobierno no puede obligar a los médicos a prestar servicios, puede y debe sancionar a los responsables de las graves daños que se están ocasionando. La opinión pública, que en principio de este conflicto les fue favorable, ahora les es casi totalmente adversa y nos está exigiendo proceder con toda energía.

Ya se practican las diligencias en relación con los diversos delitos que posiblemente se están cometiendo y que, fundamentalmente, pueden ser lesiones y hasta homicidio por omisión, asociación delictuosa, coalición de funcionarios, abandono de empleo, abandono de persona, resistencia de particulares, falta de prestación de servicios, responsabilidad profesional e incitación al delito.

Se procederá con toda prudencia, pero con todo rigor, en contra de quienes resulten responsables."

Mientras tanto, la crisis económica repercute en algunos indicadores de la salud nacional. Un ejemplo muy claro de esto, fue el aumento en la tasa de mortalidad infantil, inexplicable para algunos³⁸, pero

³⁸ BUSTAMANTE, Miguel *et al.* *op.cit.* p. 262
³⁹ Cfr. BUSTAMANTE, Miguel E. "Observaciones sobre la mortalidad general en México, de 1922 a 1940." en *La Mortalidad en México*, compilación de Ignacio Almada Bay IMSS, México, 1962 p. 51

que se debió a la política de salud dirigida a reforzar principalmente el sistema hospitalario asistencial, y dejaba de lado la tarea de solucionar las causas de las enfermedades infecciosas, que ocupan los primeros lugares como responsables directas de la mortalidad del país.

Sin embargo, para algunos, la explicación del incremento de la mortalidad infantil, debe hacerse con base en respuestas que tienen que ver casi exclusivamente con los aspectos clínicos del saber médico o, yendo muy lejos, con la problemática ecológica que conlleva la contaminación del ambiente. Para darnos una idea del problema citaremos un párrafo de un artículo sobre este aspecto:

En 1959 se inició un descenso de la mortalidad infantil que llegó en 1965 al punto mínimo conocido en México, con una tasa de 02, todavía muy superior a la de la mayoría de los países con servicios médicos organizados. Pero en los últimos cinco años, cuando existe mayor número de hospitales infantiles en el Distrito Federal y se fundan varios en los estados; cuando es mayor el número de pediatras, enfermeras y personal preparado, se produce una alteración desfavorable, pues la mortalidad de menores de un año sube en forma constante y consistente hasta alcanzar 07.2

defunciones por mil naci-
mientos vivos en la Repú-
blica. 40

El aumento de la mortalidad infantil, sin embargo, fue el primer aviso para llamar la atención sobre la ineficiencia de la estructura de salud que usa el Estado Mexicano para enfrentar la problemática nacional de dicho sector. El otro factor que alarmó a los médicos e investigadores sociales dedicados a esta área, fue el incremento de la mortalidad general, debida a gastroenteritis, disenterias y neumonías e influenza y que se manifestó en forma repentina en el año de 1969.

El Estado Mexicano ha llevado a cabo acciones encaminadas a mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, pero dichas acciones se enmarcan en un modelo curativo hospitalario, que en muchas ocasiones dirige sus esfuerzos hacia la población productiva y no propicia condiciones para la salud, sino que se encarga de resolver los problemas de enfermedad. De ahí que la mayoría de las acciones se han traducido como programas ineficaces y que generan desigualdad en los servicios.

En este periodo presidencial se hizo un esfuerzo para generar una coordinación interinstitucional para efectuar acciones de salud, y evitar así la duplicidad de esfuerzos y un gasto excesivo e innecesario de recursos. Se formó entonces, por decreto del mes de marzo de 1965, la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, la cual permitió que por primera vez

la SSA, el IMSS y el ISSSTE, realizaran campañas de vacunación contra padecimientos transmisibles, sin importar a cual institución pertenecía la población involucrada.

Por otro lado, el 30 de octubre del mismo año, se expidió el decreto que reformó la Ley del Seguro Social. Dicha reforma permitió que la población agrícola sin patrón, es decir, los ejidatarios, pudieran formar parte del Seguro Social para lo cual se establecería un convenio bipartita, donde la institución y el beneficiario aportarían partes iguales.

Aparecieron también programas tendientes a la recolección de estadísticas sobre el sector salud en México, programas auspiciados por la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social.

En cuanto a la construcción de unidades médicas, ésta se detuvo durante el sexenio de Díaz Ordaz, por lo que sólo aumentaron de 871 en 1965, a 874 en 1970.

La política que siguió el IMSS durante este lapso, fue de consolidar al máximo los servicios que prestaba, para lo cual, reforzó e instrumentó los servicios de la Medicina Preventiva en todas sus unidades médicas. Asimismo, en un curso de proyección a la comunidad, realizado en el Centro Médico "La Raza" en 1968, se destacó la importancia de desarrollar la atención primaria de salud, concepto que en ese momento aún se refería al primer nivel de atención.

Además, se amplió la cobertura institucional, a través de una reforma legal aprobada en 1966, y dirigida a cubrir a otros sectores de los trabajadores

agrícolas. La cobertura incluyó también a los mineros, con lo cual la población derechohabiente aumentó a ocho millones de personas.

Aún así, los avances fueron mínimos, comparados con la problemática descrita antes. Un hecho sintomático del cuestionamiento surgido hacia el modelo médico dominante, fueron las constantes peticiones hechas a lo largo del sexenio, para que se humanizaran los servicios, así como las relaciones entre médicos y pacientes, y entre éstos últimos y el personal de las instituciones en general.

Es preciso señalar que cuando la medicina se institucionalizó aparecieron, entre otros problemas, el del maltrato al paciente, puesto que, entre otras cosas, los médicos asalariados deben cubrir, en poco tiempo, al mayor número posible de pacientes para justificar así, el pago que les da el Estado y las acciones que éste realiza.

De esta manera, se habían manifestado ya tres aspectos básicos de la crisis del modelo médico hegemónico: 1) la falta de cobertura al 100% de la población, 2) la incapacidad de resolver el perfil patológico presente en la población y 3) la deshumanización de la atención médica que se manifiesta en la relación médico-paciente.

C) EL SEXENIO DE ECHEVERRIA.

En diciembre de 1970, tomó posesión del ejecutivo Luis Echeverría Álvarez, quien procuró enfrentar aparentemente con nuevos enfoques, la problemática nacional.

Este sexenio observó una agudización de la inestabilidad económica, la cual se caracterizó por la elevada inflación, el crecimiento irregular, el incremento de la deuda externa y del déficit del sector público, entre otros factores. Sin embargo, a pesar de la situación económica, la inestabilidad política que se había presentado en el periodo de Díaz Ordaz disminuyó un poco, lo cual se debió, en parte, a la política social impulsada por Echeverría, que se tradujo en mayores servicios públicos, en educación y en servicios de salud para los sectores más desprotegidos de las zonas suburbanas y rurales.

Creemos importante distinguir este sexenio puesto que en él comenzó a abrirse la posibilidad de dirigir la atención hacia los problemas cotidianos que enfrentamos día tras día los mexicanos, y aunque este proceso se ha desarrollado muy lentamente y con características cuestionables, ha permitido encontrar algunas propuestas viables para la solución de éstos problemas. Podemos decir, resumiendo, que este sexenio cumplió la función de un "parteaguas histórico" que permitió iniciar un periodo de transformación del país, aunque el costo ha sido muy alto.

En este proceso, y durante este sexenio, se volvió la atención hacia la situación de salud del país,

así como hacia los servicios médicos y asistenciales que se brindan a la población. Así, se incrementaron las investigaciones sobre el sector salud y crecieron las publicaciones sobre el tema.

El Ejecutivo Federal, por su parte, decidió iniciar una política encaminada a resolver aquéllos problemas que según su interpretación, eran la causa de la crisis en que se encontraba el Sector Salud. En este sentido, uno de los rubros más difíciles de enfrentar en este período, fue el demográfico.

En efecto, en el lapso que abarcó de 1970 a 1975, se observó en nuestro país un incremento en el desplazamiento de la población rural hacia las ciudades; de tal forma que en el primer año, el 41.3% de la población total habitaba en el campo, mientras que para 1975, sólo el 37.4% habitaba en áreas rurales.

Por otro lado, en 1972, la tasa anual de incremento poblacional fue de 3.4%, una de las más altas del mundo, lo cual implicaba un total de 54,196,000 habitantes en la República, mientras que, para 1975, la cifra se elevó a 59,828,700 habitantes.

Este aumento de la población significó para el gobierno mayores compromisos, puesto que se requería cada vez más cantidad de servicios públicos, de viviendas, de áreas de recreación, de escuelas y de centros de salud, entre otras cosas; los cuales permitieran una vida digna a los nuevos mexicanos o a aquéllos quienes emigraban a las ciudades en busca de oportunidades para elevar su nivel de vida.

Por lo tanto, una de las principales tareas del Sector Salud durante el sexenio de Echeverría,

consistió en llevar a cabo una intensa campaña a favor de la planificación familiar, con la cual se perseguía educar a la población de las áreas rurales sobre todo, para que disminuyeran el número de hijos por familia y elevaran así, según la interpretación gubernamental, su nivel de vida. Esta tarea no dió los resultados esperados en cuanto a la elevación del nivel de vida de la población, aunque sí logró disminuir la tasa anual de incremento de la población.

Para llevar a cabo la tarea de proponer alternativas a los problemas de salud y enfermedad que agobiaban al país, se convocó en el mes de julio de 1973, a la Primera Convención Nacional de Salud, con participación de las instituciones del sector correspondiente, de los gobiernos estatales, municipales y locales, de las instituciones de enseñanza superior, de estudiantes y de organizaciones de trabajadores. En esa reunión se presentaron diversas ponencias sobre los distintos aspectos que componen la problemática de salud nacional.

Entre los rubros más importantes que se analizaron en dicha Convención están los siguientes: educación para la salud, nutrición, salud materno-infantil y planificación familiar, mejoramiento del ambiente y saneamiento del medio, salud ocupacional, higiene del deporte y la recreación, salud mental, asistencia y seguridad sociales, investigación, formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, el servicio social de los estudiantes y profesionales de las disciplinas de la salud, participación de la comunidad en acciones de salud en el servicio social voluntario y administración de la salud

pública y legislación sanitaria, entre otros.

Como podemos observar, el panorama discutido fue muy vasto, de ahí que se hayan tomado los resultados de este evento para definir las bases y estrategias del Plan Nacional de Salud, el cual regiría en el periodo de 1974 a 1983.

Uno de los principales avances de este Plan, consistió en el análisis de los problemas, necesidades y recursos de todas las entidades federativas que conforman nuestro país; asimismo, representó un avance el haber hecho extensiva la acción del Plan hasta el año de 1983, puesto que muchas acciones no pueden obtener resultados en tres o cinco años, sino que se requiere de más tiempo.

Aún así, los alcances de este Plan fueron pobres, debido a la falta de concepción para aplicar en el trabajo de campo los planes redactados en un escritorio. Esta situación generó un gran desperdicio de recursos materiales y financieros, pero sobre todo, de recursos humanos.

A qué se debe entonces el fracaso de la mayor parte de las actividades comprendidas en el Plan Nacional de Salud, no lo sabemos del todo, sin embargo, la explicación que encontramos para este fenómeno, tiene que ver con la relación que establecimos desde el principio entre las instituciones de salud, las políticas de salud y el modelo médico hegemónico.

Si echamos un vistazo hacia atrás encontraremos que, durante todos los años que siguieron a la Revolución Mexicana, y hasta el cardenismo, se fue conformando en México una concepción nueva acerca del

saber y la práctica médicas, así como de la salud y la enfermedad, estas últimas no sólo como conceptos, sino también como procesos.

Esta nueva concepción era muy distinta a la que se había tenido durante el porfiriato, la cual había estado muy apegada al modelo médico hegemónico de entonces, es decir, a la escuela francesa. Después de 1910, el modelo médico estadounidense que ya describimos y que se desarrolló gracias al "Informe Flexner", muy eficaz para combatir la enfermedad, comenzó a "inundar" el mundo con el nuevo saber médico científico y con las novedosas técnicas curativas.

De paso se introdujeron en todos los países del globo, un conjunto de ideas acerca de lo que deberían ser los médicos modernos, lo que deberían saber, las ciencias que debían estudiar y las que ya no debían incluirse en los programas de estudios; la forma como debían vestir y hasta la manera de ejercer su profesión.

Todo este proceso que tardó alrededor de treinta años internacionalizarse, conformó lo que en la actualidad conocemos como el modelo médico hegemónico, el cual es fundamentalmente curativo y hospitalario, en otras palabras, se encarga de atacar algunas enfermedades con técnicas eficientes y ha dejado de lado los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en su acepción más amplia y completa.

Durante los años cuarenta, ya lo vimos en otro capítulo, y en el marco del nuevo modelo médico, los gobiernos mexicanos se encargaron de construir la estructura institucional que serviría de soporte a la

práctica que realizarían los médicos desde organismos como la SSA, el IMSS y el ISSSTE.

La idea de entonces era resolver fundamentalmente los problemas de enfermedad de la población productiva, con el fin de no distraer del proceso industrial estos recursos humanos por problemas de salud, lo cual significa una importante pérdida de dinero para los empresarios nacionales. Las actividades de promoción y prevención, salvo en contados casos, se reducían exclusivamente a la vacunación de la población infantil.

Sin embargo, durante los años sesentas y principios de los setentas, se inició un proceso de crítica al modelo médico hegemónico, ya que, no ha dado los frutos deseados por todos. Es decir, el mayor número de casos de enfermedad y mortalidad en nuestro país, siguen siendo las enfermedades como la amibiasis y otras patologías gastrointestinales, así como las enfermedades del aparato respiratorio en todas sus modalidades.

En otras palabras, el perfil patológico definido muestra la necesidad de instrumentar otras actividades que no corresponden directamente con el modelo hospitalario que rige a la práctica y el saber médicos actualmente, sino que se requieren nuevas políticas, formas institucionales distintas también y un nuevo modelo médico que permita concebir dicha práctica y saber médicos de una manera distinta que ayude a resolver la problemática que enfrenta el Sector Salud y que referimos en el apartado anterior.

Si seguimos analizando por esta línea,

observaremos que aunque existe una estructura institucional insuficiente, y aunque existen programas que son adecuados en algunos casos, no se han podido obtener resultados idóneos. La razón es que, mientras se construyó la estructura institucional que requería el modelo médico adoptado, la realidad señaló que las necesidades en materia de salud que tiene el país, así como las formas para solucionar esos problemas, ya no podían ser resueltos por el modelo médico que nos rige, ni con la estructura creada para sus fines.

Para ilustrar lo anterior veamos cuáles fueron, en resumen, los objetivos del Plan Nacional de Salud:

1. Extender la cobertura de los servicios sanitarios y asistenciales a la totalidad de la población de la República.
2. Transformar las condiciones adversas del medio, para crear circunstancias propicias para la salud.
3. Incorporar a la población para que, por sí misma y al través de su organización social, participe en el desarrollo de los programas de salud.
4. Promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud, para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos y el aumento de la productividad de los servicios.
5. Aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones necesarias para mejorar la calidad de la misma.

Nos damos cuenta en el primer punto, que resultaría muy costoso ampliar la cobertura a todo el

territorio nacional, puesto que, si el modelo médico dominante parte de la premisa de que se requiere de gran cantidad de personal, recursos materiales y financieros e instalaciones físicas como las de un hospital para lograrlo, sencillamente no se alcanzaría este objetivo.

Sin embargo, aún contando con dicha infraestructura, nos enfrentaríamos al grave problema de que a la mayor parte de los médicos, se les forma con la idea de que su profesión se ejerce en las ciudades, en un consultorio de hospital o de preferencia privado, y de ninguna manera en la sierra, la montaña o el desierto, que es donde se ubica la mayor parte de la población que carece de este servicio.

Dentro de la lógica del capitalismo, las actividades necesarias para cumplir el segundo y el quinto objetivos, requieren políticas económicas y sociales favorables para que se generen las viviendas, los servicios, la alimentación y el vestido adecuados para la población mexicana que sufre estas carencias, las cuales estamos bastante lejos de satisfacer.

El tercer punto es muy interesante. Nos plantea el imperativo de incluir a la población en la organización y desarrollo de programas de salud. Sin embargo, la interpretación que realizan los personajes involucrados en actividades donde se incluye la participación comunitaria, generalmente, es muy diferente de la que tienen los ejecutores de estos programas lo que se traduce en apatía por parte de la comunidad en el desarrollo de los programas así como en actividades de organización.

Si recordamos cómo y para qué fueron creadas

las instituciones del sector salud, nos damos cuenta de que es prácticamente imposible lograr el cuarto objetivo. Es decir, si históricamente cada institución se creó para atender a un determinado sector de la población, y se le otorga presupuesto para ampliar la cobertura a un determinado grupo poblacional, es difícil que en el aspecto clínico-asistencial, los distintos organismos estén dispuestos a coordinar sus acciones para optimizar los recursos, puesto que ello requeriría la atención a la población abierta.

En cualquier clínica u hospital del IMSS o del ISSSTE es común esta situación. Un derechohabiente no es atendido si no cubre ampliamente todos los requisitos que solicita cada institución para otorgar el servicio; de ahí que sea imposible que cualquier persona tenga acceso a un servicio en estos lugares, muchas veces, ni siquiera en el área de urgencias es aceptado.

Incluso, cuando uno labora en el medio, es factible detectar entre los trabajadores de distintas instituciones, una franca actitud de competencia para demostrar que su labor es mejor que la de los demás, y se niegan a coordinarse con los otros órganos, por miedo a que se lleven los méritos de una acción realizada por ambos.

Desde luego que esta situación se complica en el momento en que se introduce un nuevo factor que es la burocratización de las instituciones. Sin embargo, se han presentado algunos avances en el área de inmunizaciones, la cual se encarga de prevenir las enfermedades infectocontagiosas, y sería un interesante estudio el que tratara de identificar a qué se debe la

factibilidad de la coordinación en ésta área y no en otras.

Este análisis sigue siendo válido si tomamos en cuenta que básicamente los objetivos actuales del sector salud son los mismos que los que hemos planteado en los párrafos anteriores.⁴¹

Otros aspectos que permiten que la crisis del sector salud sea más profunda, pero que también tienen que ver directamente con la relación entre instituciones, políticas de salud y modelo médico dominante, son las que se refieren al problema del desempleo entre los médicos, a la falta de planificación en salud, y a la dependencia del modelo médico mexicano respecto de las industrias químico farmacéuticas y hospitalarias.

En el caso del desempleo, éste se debe, en buena medida, a que no existe la infraestructura hospitalaria que requiere el modelo mencionado para absorber a los aproximadamente 80,000 médicos sin trabajo que existían, por ejemplo, a fines de 1989. Además, se presenta aquí el problema de que la mayoría de los médicos persiguen una plaza en un hospital citadino, y no están dispuestos a retenerla cuando se trata de un local en área rural, mucho menos si es un centro de salud y no un hospital de campo. Para comprobarlo, hay que echar un vistazo a las plazas que ofrece el IMSS en unidades médicas rurales de los estados, las cuales no son cubiertas en su totalidad.

El desempleo es un factor que se desprende también del modelo económico concentrador y centralizador que ha seguido nuestro país, puesto que

⁴¹ Cfr. PODER EJECUTIVO FEDERAL *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.* México, 1989. pp. 106-107

trae consecuencias como la mala distribución de los recursos físicos, materiales y humanos que se requieren para brindar servicios a la población abierta, concentrándolos en las zonas de mayor desarrollo económico y político, y generando actitudes negativas frente a la descentralización, por parte de individuos e instituciones. En otras palabras, la dinámica seguida acostumbra a la gente a vivir y trabajar en los lugares privilegiados, costumbre ésta que, como toda estructura de pensamiento, es difícil de transformar o de cambiar en poco tiempo.

La falta de planificación también obedece al modelo de desarrollo económico, es decir, planificar implica responder a las necesidades de una política de salud, la cual en México, ha correspondido a la política económica seguida, como se muestra en el siguiente párrafo:

"Reconocidos autores, como Milton Terris, Giovanni Berlinger y Franco Sasa-glia, entre otros, han señalado que la atención médica en una economía mercantil tiende al desarrollo (en ocasiones hipertrofico) de la atención curativa, terapéutica y altamente especializada. En el caso de México, dicha tesis se ve, en una primera aproximación, confirmada por el crecimiento de la proporción del gasto aplicado con fines curativos en el total de los recursos asignados para la atención de la salud."⁴²

⁴² VAZQUEZ CORDOBA SERGIO, et. al. "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el Sector Salud, 1980 y 1987, en *Salud Problema 15*, U. A. M., México, 1988, pp. 37-46. p. 37

En este sentido, no se podrá llevar a cabo una planificación adecuada para distribuir y ofrecer atención médica y otros servicios a la población abierta, mientras sea más importante resolver primero los problemas económicos del país, como se menciona en el mismo artículo:

"Dicho en otras palabras, lo que parece hacer evidente la preponderancia del gasto en servicios curativos, es el hecho de que al reducirse la parte del valor agregado (treinta) disponible para la atención de la salud, se estrecha la base para una política que desarrolle los componentes preventivos y promocionales de los servicios de salud, al tiempo que el componente restaurativo (curativo) aumenta en términos relativos."⁴³

Por otro lado, es muy común que los programas se plasmen en el papel y no se lleven a la práctica debido a muchas y variadas razones, entre las que encontramos: incapacidad de los ejecutores de los programas para comprender a fondo el o los objetivos del programa, las acciones y los recursos que se requieren para llevarlo a buen término; la falta de recursos para instrumentarlos, o la corrupción en el uso y distribución de los recursos existentes; la lucha política que se establece entre los distintos sectores para lograr que sea un determinado proyecto, y no otro, el que se lleve a cabo, etcétera.

⁴³ *Ibidem*.

Nos interesa enfatizar el hecho de que si los planes, estrategias y programas de salud, además de imprimirse como decretos o leyes, no van acompañados de un esfuerzo por cambiar las actitudes de todos aquéllos que intervienen en la instrumentación de dichos planes y programas, y de la formación de nuevos recursos que cuenten con las actitudes, concepciones y formación técnica requeridas para facilitar su ejecución, no se logrará transformar esta situación.

Por último, otro factor que agudiza el problema es el encarecimiento de las medicinas y de los productos médicos que se requieren para una hospitalización, puesto que disminuye la posibilidad de la gente para enfrentar sus enfermedades y recobrar su salud.

En el período de Echeverría, la crisis económica llevó a una devaluación brusca de la moneda, lo cual generó la descapitalización del país, y con ello, la falta de divisas extranjeras para seguir importando las materias primas necesarias en las industrias que mencionamos. De ahí que el propio gobierno iniciara una sutil campaña para recuperar las posibilidades de la medicina tradicional⁴⁴ y la búsqueda de otras alternativas distintas a las gubernamentales, para prevenir y restaurar la salud.

Este sexenio permitió que se avanzara en algunos aspectos de la salud pública, generando campañas para la prevención de accidentes, así como programas para desarrollar técnicos en estadísticas básicas,

⁴⁴ Entendemos por medicina tradicional, aquella que se ha transmitido de padres a hijos, por generaciones desde la época precortesiana, la cual es ya una verdadera tradición. Entran aquí: los yerberos, los hueseros, los médicos brujos, los curanderos, las parteras empíricas, así como las nuevas formas que de ellos se derivan y que se han desarrollado últimamente.

licenciados y técnicos en nutrición y trabajadores sociales para realizar labores de desarrollo de la comunidad. Estas acciones permitieron conformar una idea más clara de las necesidades de salud de la población al entrar en un contacto más directo con los problemas sentidos de la gente en este ámbito.

Asimismo, se trabajó insistentemente en el Programa de Planificación Familiar, cuyo objetivo primordial era, como ya vimos, reducir la tasa de natalidad estimada para 1970 en 3.5% anual. Hasta la fecha no se conocen exactamente los resultados de este programa, aunque posteriormente mencionaremos algunos elementos que complementan el panorama sobre este tema.

Por otro lado, en el Plan Nacional de Salud, se habían fijado algunas metas a alcanzar en el área de la salud mental, parte fundamental de la salud humana que es despreciado a pesar de que forma parte importante de la salud física de un individuo; así, el 20 de septiembre de 1974, se creó el Consejo Nacional de Salud Mental, el cual existía anteriormente como Consejo Nacional de problemas de Farmacodependencia.

Dicho organismo se encargó de realizar investigaciones epidemiológicas sobre los trastornos mentales en la población, y de los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión de que debía recomendarse que el 5% de las camas de cada nuevo hospital, debería dedicarse a los enfermos mentales, lo cual nos da una idea de la magnitud del problema, puesto que en un hospital de 5,000 camas, por ejemplo, 250 se deberían destinar a este tipo de enfermos.

Poco después, en 1975, la Organización Mundial de la Salud, que se encarga de señalar y proponer a los

gobiernos de todo el mundo las prioridades en materia de salud internacional, presentó como programa prioritario el que se refiere a la salud mental del individuo y de la colectividad, lo cual quiere decir que el país se adelantó a esta disposición.

También se elaboró y publicó en este sexenio, el Cuadro Básico Nacional de Medicamentos, el cual apareció el 29 de septiembre de 1973 en el Diario Oficial. Este Cuadro Básico pretendía evitar el abuso y la anarquía en la adquisición y consumo de medicamentos.

En cuanto a los servicios de salud en los Estados, la Dirección encargada de dichos programas, funcionó con los siguientes objetivos, los cuales contienen acciones sanitario-asistenciales que abordan los problemas en forma superficial:

- a) Incremento en las actividades específicas de prevención, mediante campañas masivas de inmunización contra la poliomielitis, el sarampión, la tosferina, la difteria, el tétanos, la tuberculosis y la tifoidea y paratifoideas.
- b) Incremento en las actividades de saneamiento mediante la introducción de agua, la eliminación de excretas, el mejoramiento de la vivienda y el control de los alimentos.
- c) Atención preferente a la madre y al niño, así como a la planeación familiar.
- d) Ampliación de los servicios de salud en el medio rural, mediante el aumento de actividades del servi-

cio social de pasantes del sector salud y de los programas llamados de Casas Salud y Medicina Comunitaria.

e) Realización de campañas de educación médica continua y adiestramiento de auxiliares de salud y parteras empíricas.⁴⁵

Sin embargo, estos programas no funcionaron adecuadamente, entre otras cosas porque dependen de los médicos en servicio social para llevarlos a cabo, los cuales, además de su deficiente formación e inexperiencia, carecen de programas coordinados y supervisados en campo, en forma adecuada, y por lo tanto, se dedican fundamentalmente a dar consultas a libre demanda de la población, dejando de lado los objetivos que marcan los programas de educación para la salud, participación comunitaria y salud pública, entre otros.

El IMSS alcanzó a cubrir en este sexenio, a 16,631,542 derechohabientes, de un total de 9,772,492 derechohabientes que había al iniciarse el periodo presidencial en 1970. Más adelante analizaremos la tendencia que siguió la Medicina Familiar, como corriente alternativa a la medicina de especialización, la cual no ofreció soluciones a los grandes problemas nacionales de salud.

Para desarrollar este tipo de medicina, se llevó a cabo el primer curso de Medicina Familiar en la Clínica Hospital No. 25 del propio IMSS y en el Hospital de Ginecoobstetricia No.1, otorgando el grado de

⁴⁵ BUSTAMANTE, Miguel et al. *La salud pública en México. 1959-1982.* SSA, México, 1982 p. 320

especialización a los aproximadamente 200 médicos que egresaban cada año.

Se inició además un programa llamado de "Solidaridad Social", en el cual participó el IMSS y la CONASUPO. el cual brindó asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria sin que los derechohabientes tuvieran que pagar en efectivo por el servicio, sino que proporcionaban a cambio trabajo para su comunidad, ya que estaba dirigido a la población de escasos recursos; se cubrieron así a 1.340,000 personas, aproximadamente.

Entre los resultados oficiales del Plan Nacional de Salud, tenemos la disminución de la mortalidad general, de 9.9 en 1970 a 7 por mil habitantes en 1976. Por otro lado, la mortalidad infantil disminuyó de 69 a 38 por mil nacidos vivos, lo que representó un decremento del 40% en el sexenio.

Aunque estas cifras pueden explicarse en parte al gran desarrollo tecnológico que reduce francamente la mortalidad aunque no así la morbilidad de la población, así como al auge económico de este periodo que permitió elevar el nivel de vida de la población, repercutiendo de paso en las tasas de mortalidad, no debemos olvidar que, en época de crisis, las políticas de salud instrumentadas juegan un papel mediatizador del descontento popular, por lo cual, debemos tomar con reserva las cifras expuestas, aunque, sin embargo, representan un avance importante con respecto a las cifras de años anteriores.

CAPITULO III

LA CRISIS Y LAS POLITICAS ACTUALES DEL SECTOR SALUD

INTRODUCCION.

A lo largo de dos capítulos hemos descrito, en forma muy general, el tipo de acciones que ha instrumentado el Estado Mexicano en materia de salud, así como la infraestructura que fue construyendo durante aproximadamente cuarenta años, para poder cumplir sus objetivos en el área asistencial.

También se abordó el fenómeno que conocemos como crisis del sector salud, sus principales manifestaciones y la forma como se desató a finales de los años sesenta y principios de los setenta.

Observamos el sexenio de Echeverría como un periodo de apertura que significó el inicio de profundas y críticas investigaciones en todos los campos del saber, los cuales permitieron abordar desde perspectivas distintas a las gubernamentales, los innumerables problemas por los que atravesaba el país.

También apreciamos el surgimiento de investigaciones y análisis con enfoques sociológicos, políticos, económicos, psicológicos, etc., sobre la problemática del sector salud en México, así como los intentos por desarrollar diversas experiencias operativas cuyo objetivo era constituirse como alternativas a la medicina estatal.

A pesar de lo realizado en los sexenios especificados, el fenómeno de la crisis del sector salud, sigue siendo hasta la fecha, un problema de primer orden puesto que, el hecho de estar directamente relacionado con la crisis económica y política de México así como a una concepción específica sobre la práctica y el saber médicos, nos permite afirmar que no existe una solución a corto plazo. Sin embargo, surge una pregunta: ¿a qué se debe que no se realice lo establecido en los planes y programas del sector?

En este tercer capítulo buscaremos una respuesta a esta interrogante, expondremos también cuáles fueron las acciones estatales que se incluyeron en el programa de gobierno de José López Portillo para tratar de aminorar los efectos producidos por la crisis en el sector salud.

Haremos también un breve resumen de las estrategias seguidas en esta área durante el sexenio de Miguel de la Madrid, las cuales se enfocaron, según las declaraciones oficiales, a mejorar la situación nacional de salud. Asimismo, realizaremos un análisis global de los resultados obtenidos en este lapso y trataremos de elaborar una interpretación de lo que ha ocurrido en estas últimas décadas con la tendencia de las políticas de salud gubernamentales, y proponer entonces una posible respuesta a estas preguntas: ¿cuáles son las alternativas para solucionar la crisis del sector salud?, ¿tiene realmente solución esta crisis?

AD LA CRISIS DEL SECTOR SALUD EN EL PERIODO LOPEZPORTILLISTA.

La crisis del sector salud es, un problema político. De otra manera, no podemos explicar el hecho de que algunos programas y proyectos de salud, elaborados por autoridades institucionales del sector correspondiente a lo largo de la historia moderna, no hayan encontrado campo para desarrollarse a pesar de conformar expectativas viables dentro del sistema, para construir camino hacia un cambio en las condiciones de salud nacionales.

Uno de los ejemplos más cercanos que podemos analizar, lo encontramos en el sexenio de López Portillo. En este lapso, se crearon programas sectoriales que no fue posible instrumentar sino hasta 1982-1985, con muchos problemas y en un marco de acción muy reducido.

Esta situación se debe, entre otras cosas, al hecho de que la salud representa, ante todo, un elemento que otorga legitimidad, credibilidad y consenso al Estado que lo sustenta; sin embargo, es en los momentos de crisis cuando se puede observar la discrepancia entre el discurso político y las acciones que realmente se llevan a cabo.

Este discurso político, ampliamente manejado en las declaraciones de los funcionarios estatales, así como en los planes y programas del sector correspondiente y en los medios de comunicación en general, es un discurso básicamente ideológico que nos mantiene alejados y malinformados de la realidad sanitario-asistencial de México. Esto quiere decir,

que a pesar de que se difunden las acciones que el gobierno instrumentará para enfrentar estos problemas, se oculta lo que realmente puede alcanzarse o realizarse haciendo uso de estas estrategias operativas.

En otras palabras, que los resultados obtenidos en cada una de las actividades efectuadas, en caso de que aún se estén llevando a cabo éstas, no corresponden a lo que se realiza en realidad, pues carece de relación con lo que se plantea en los planes y programas nacionales; lo cual sucede muy a menudo en nuestro país.

Si partimos de esta premisa, para explicar lo que en materia de salud se realizó en el lapso comprendido entre 1976 y 1982, obtendremos una visión más precisa de lo ocurrido entonces. Una de las primeras acciones, después de la toma de posesión del Lic. José López Portillo, fue la creación de la Subsecretaría de Planeación, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, organismo que se encargaría, según sus propósitos, de coordinar el sistema de planificación de este sector.

A partir de su creación en 1977, esta subsecretaría adecuaría los recursos y establecería los criterios para integrar y evaluar las acciones prioritarias de salud, que estuvieran acordes con los planes nacionales de desarrollo económico y social.

Para tal fin se hizo necesario instrumentar algunas medidas de apoyo, tales como: la integración del sector salud y seguridad social^{4d}, la elaboración de un programa quinquenal de dicho sector, para el lapso de 1978 a 1982; así como la estructuración de un gabinete del sector salud.

^{4d} Integración que se llevó a cabo sólo en el discurso.

Entre los aspectos que guiaron la política de salud de ese sexenio, los cuales están comprendidos en el Plan de Gobierno para 1976-1982, se encuentran los siguientes:

- I. Extender la cobertura de los servicios de atención a la salud.
- II. Dar prioridad a los programas que comprenden la atención de la población rural y de la población marginal de las grandes urbes.
- III. Reforzar los programas de atención materno-infantil.
- IV. Fomento de una política de autofinanciamiento parcial para la adquisición de medicamentos.
- V. Definir y establecer los niveles de atención a la salud con prioridad a los servicios de contacto primario.
- VI. Reforzar los programas de planificación familiar.
- VII. Formación de recursos humanos para la salud.
- VIII. Establecer programas de higiene y seguridad para fomentar la salud, prevenir los accidentes y reducir los riesgos de enfermedades en la población económicamente activa.
- IX. Promover el mejoramiento del ambiente.
- X. Fomentar la investigación para la salud, impulsar la formación de investigadores, especialmente en las áreas epidemiológicas y sociomédicas.

Aunque la mayor parte de estos lineamientos se asemejan a los de sexenios anteriores, cabe destacar que el punto que se refiere a la necesidad de fomentar investigaciones epidemiológicas y sociomédicas, así como el que se dedica a la formación de recursos humanos para la salud, recibieron un lugar importante en el discurso oficial de este período de gobierno.

Si bien se ha hablado mucho e insistentemente sobre la necesidad de desarrollar estos rubros, es también cierto que su abordaje es difícil, ya que hacerlo implica un compromiso a largo plazo que pondría en duda las acciones gubernamentales en el área de la salud, al saber y la práctica médicas, así como a las instituciones educativas encargadas de formar los profesionistas y técnicos para la salud.

Al respecto, se ha hablado⁴⁷ acerca de la reestructura curricular de las carreras del área de la salud, y a pesar de que en algunas escuelas se han modificado los planes y programas de estudio con el objetivo de formar a los egresados con otros criterios más apegados a la realidad nacional, lo cierto es que estas medidas no han contribuido a solucionar los imperativos sanitario-asistenciales del país.

¿A qué se debe este fracaso? En primer lugar a la concepción ideológica que mantienen los planes y programas de estudio, apegados rigidamente a las concepciones del modelo médico hegemónico, y además a la

⁴⁷ Cfr. SOBERON, G., LANGER, A. y FRENK, J. "Requerimientos del paradigma de la Atención Primaria a la Salud en los albores del siglo XXI", en *Salud Pública de México*, nov.-dic. 1988, vol. 30, no. 6 pp. 701-803

SOBERON, G., MARTUSCELLI-QUINTANA, J. ALVAREZ-MANILLA J.M. "La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México", en *Salud Pública de México*, sep.-oct. 1988, vol. 30, no. 5 pp. 683-690

falta de investigaciones que permitan definir con claridad los objetivos de las instituciones en la formación de los recursos, puesto que esta formación implica no sólo el conocimiento de los elementos pedagógicos, didácticos y administrativos para desarrollar un proyecto educativo, sino también el conocimiento del contexto histórico-social en que surge y se desenvuelve, así como del sustento teórico y técnico para instrumentarlo.

Influye también, el tipo de interpretaciones que se realizan sobre los resultados obtenidos en dichas investigaciones, interpretaciones que muchas veces responden a una formación teórico-conceptual e ideológica que prioriza los aspectos encaminados a reproducir la inercia institucional y con ella, su incapacidad para resolver problemas.

De estas experiencias lo que sobresale es el incumplimiento de los incisos marcados en los planes de gobierno, lo cual se fomenta en todas las instituciones, en detrimento de la salud de la población.

Este incumplimiento no se limita a las facultades y escuelas de medicina del país, sino también, y en forma importante y por demás escalofriante, a muchos sectores institucionales medios que anteponen sus intereses particulares a los lineamientos e intereses nacionales. Este fenómeno se debe en muchos casos, al desconocimiento de dichos planes y programas, los cuales sólo sirven para adornar los librereros de los directores de no pocos Centros de Salud, Oficinas y Departamentos que tienen en sus manos la operación de muchas estrategias marcadas en los textos mencionados.

Una labor fundamental de futuros gobiernos es la difusión amplia, precisa y constante de sus planes y programas, así como de las funciones de cada uno de los componentes de la estructura institucional para la salud, puesto que la desinformación es el pan de todos los días en las instituciones de salud.

El Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social, se publicó en el año de 1978 y señala entre sus objetivos principales a mediano plazo: 1) Lograr el conocimiento de la situación de salud y la seguridad social en el país; 2) lograr la máxima cobertura de los servicios de salud y seguridad social, dando prioridad a los programas de atención primaria que comprendan a la población rural y a la marginal de las grandes urbes; 3) elevar la capacidad de la población para participar en el cuidado de su salud y bienestar; 4) contar con el personal adecuado para desarrollar los programas y tareas del sector salud y seguridad social.

Si revisamos con cuidado los objetivos del párrafo anterior, podemos observar que para alcanzarlos se requería por fuerza haber cumplido con los puntos VII y X del Plan de Gobierno en Salud que revisamos antes.

Es decir, se necesitaba como requisito indispensable de investigaciones epidemiológicas y sociomédicas que proporcionaran un panorama de la situación de salud en el país, la existencia de nuevos tipos de recursos humanos que estén dispuestos a trabajar en este campo y que tengan las herramientas necesarias para operativizar las acciones tendientes a alcanzar los objetivos y cumplir los lineamientos asentados en los documentos oficiales.

En vista de que la política de salud que nos

rige a partir de 1978, responde al compromiso internacional de alcanzar la "Salud para todos", valdría la pena poner más atención en la construcción de una estructura de salud⁴⁵ coherente con los objetivos que México pretende obtener, lo cual implica redoblar esfuerzos en el área de la investigación y la formación de recursos humanos para la salud.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, República de Kazajstán, ex URSS, en septiembre de 1978, se emitió una declaración signada por la mayoría de los países asistentes, en la cual se asentaron un conjunto de elementos que, según observamos, fueron retomados para elaborar los distintos planes y programas de salud de este sexenio, y de los posteriores, así como para definir objetivos y marcar sus estrategias.

Así, nos encontramos con que en el Plan Global de Desarrollo, aprobado el 25 de abril de 1980 por decreto presidencial, se plantea la necesidad de atender a la población no cubierta por las instituciones de salud, la cual según datos oficiales, representaba en 1979 el 20% de la población total, el resto de la población estaba atendida según nos muestra el cuadro No. III

Durante este lapso, la estrategia para llevar a buen término los objetivos del sector, consistía en extender la cobertura a toda la población. Esto, en términos económicos y políticos, no era factible a pesar de que el país se encontraba en un periodo de auge, debido al incremento de los precios del petróleo.

⁴⁵ Recordemos que para nuestros fines, la estructura de salud se compone de: las políticas de salud, las instituciones de salud y el modelo médico hegemónico. Este último involucra directamente a las instituciones educativas, formadoras de recursos para la salud.

CUADRO III

ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL
POBLACION ATENDIDA
(1979)

INSTITUCION	% DE LA POBLACION
I M S S	31%
I S S S T E	8%
OYRAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	4%
SECRETARIA DE SALUD Y D. I. F.	18%
PRIVADOS	28%
T O T A L	81%

FUENTE: BUSTAMANTE, Miguel E. et.al. La salud pública en México, 1959-1982. S.S.A., México, 1982 pp. 482 - 483

* Para 1988, los porcentajes de las coberturas institucionales para la población total fueron presentadas por la SSA de la siguiente manera:

INSS	43.36%
ISSSTE	9.28%
COPLAMAR	12.48%
SSA	34.89%
T o t a l	100%

(No se tomaron en cuenta los servicios privados)

FUENTE: RUIZ DE CHAVEZ, N. et.al. El Enfoque de la Salud como Sector Social y Económico. Gasto y financiamiento para la atención de la salud en México. SSA, México, D.F., 1988.

Para cubrir a toda la población, hubiera sido necesario, por un lado, ampliar en forma decisiva la infraestructura física y material que requiere el país, es decir, clínicas, centros de salud, hospitales, material y equipo, mobiliario, etc. Por otro lado, se habría requerido crear las plazas necesarias para los recursos humanos que hacen funcionar dicha infraestructura.

Esto hubiera significado un cambio brusco y definitivo en la política de salud del gobierno, puesto que se hubiera requerido destinar bastante más del 0.85% del producto nacional bruto que se destinaba en México, alrededor de 1980, para cubrir la salud y la seguridad social, cuando la Organización Mundial de la Salud marcaba la necesidad de destinar "por lo menos" el 5% del producto nacional bruto, indicador que se expresó en mayo de 1981, en la 34a. Asamblea Mundial de la Salud. A su vez, se hubiera requerido no sólo de la disposición de los recursos humanos para radicar en pequeños poblados, sino, en primer lugar, de que los recursos alcanzaran.

Este comentario se debe a que, aunque se maneja oficialmente la insuficiencia de médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud, hay que pensar si, en el remoto caso de que esta infraestructura se construyera, serían suficientes los médicos, enfermeras y técnicos en salud actualmente desempleados, los cuales ascendían en 1988, aproximadamente a 13,800.

Por otro lado, cabe señalar que si bien, en el decenio de los setentas el objetivo primordial fue la extensión de cobertura a las zonas rurales más desprotegidas, el viraje que observó la estructura y

distribución de la población al finalizar esta década, modificó sustancialmente dichos objetivos así como las metas a alcanzar; fundamentalmente, porque la mayor cantidad de población se concentró en las ciudades y dejó de ser básicamente rural, y se constituyó al mismo tiempo, en un gran conglomerado carente de los servicios mínimos.

Lo anterior no impide que aquellos núcleos poblacionales más alejados de los centros urbanos, la mayoría de las veces ubicados en lugares inaccesibles, sigan representando un grave problema para el Estado Mexicano. En resumen, los problemas prioritarios de salud se encuentran en los grupos más pobres de la ciudad y del campo.

Algunos datos oficiales aseguraron que se había logrado una cobertura de aproximadamente 97.3% en 1983, en lo que respecta al primer nivel de atención. Sin embargo, el alto índice de mortalidad que aún se observa, aunado al gran número de personas que, oficialmente, carecen de servicios médicos, nos hacen pensar en la posibilidad de que el porcentaje arriba señalado sea incorrecto.

Esta situación se abordó fundamentalmente con dos programas estratégicos: por un lado, el programa emanado del convenio IMSS-COPLAMAR, el cual se celebró el 25 de mayo de 1979 en presencia del presidente de la República, Lic. José López Portillo, el cual se denominó IMSS-COPLAMAR de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. Por otro lado, la Secretaría de Salubridad instrumentó el Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada en Grandes Urbes.

El Programa IMSS-COPLAMAR surgió a raíz del fracaso de dos programas anteriores, el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), en 1977, y el Programa de Salud Rural (PSR). El nuevo programa buscó reutilizar la infraestructura construida por los dos anteriores, y funcionar de manera similar a como trabajaban los médicos pasantes en servicio social en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Es decir, desarrollarían actividades en pequeños centros de salud que tenían bajo su cuidado a un número determinado de comunidades de influencia y canalizarían a los pacientes que requirieran atención de segundo nivel, a clínicas hospitalares de campo o a clínicas hospitalares construidas *ex profeso*.

El segundo programa requirió la construcción de unidades denominadas Centros de Salud Comunitarios, los cuales se catalogaron como tipo I, II y III, los cuales atendían en promedio a tres mil, dieciocho mil y treinta y seis mil habitantes, respectivamente. Estos centros debían estar lo más cerca posible del lugar de residencia o de trabajo de la población que se iba a cubrir, y las actividades se realizarían por módulos. Cada módulo estaría constituido por un médico, una enfermera y un promotor.

Los objetivos generales de este programa de la SSA fueron: 1) Garantizar la atención médica primaria a toda la población de áreas marginadas en grandes urbes; 2) Mejorar las condiciones de saneamiento básico de las zonas urbanas marginadas; 3) Elevar el nivel de educación para la salud y 4) Corresponsabilizar a la población en la promoción, protección y restauración de su salud.

Para alcanzar los objetivos de estos dos programas era necesario consolidar la idea de conformar un Sistema de Servicios de Salud; ello implicó seleccionar mecanismos para ordenar y estratificar los recursos físicos, materiales y humanos que se requieren para ofrecer prestaciones de salud, en otras palabras, implica un amplio y verdadero proceso planificador.

Como un paso previo para el nacimiento del Sistema de Servicios de Salud, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud, el 25 de agosto de 1981, y se designó al Dr. Guillermo Soberón Acevedo al frente de ésta.

Este suceso inició una etapa de investigación y estudios sobre los servicios de salud,

" a fin de examinar opciones tendientes a la integración de dichos servicios, con el propósito fundamental de promover el establecimiento de un sistema nacional de salud."⁴⁹

Sin embargo, durante la ceremonia, el presidente José López Portillo, haciendo alusión al objetivo de alcanzar la seguridad social para todos los mexicanos, manifestó:

"Es muy difícil alcanzarlo porque hay muchos problemas administrativos, intereses creados, derechos adquiridos, que forman parte del patrimonio de los trabajadores organizados... que no nos permiten avanzar."⁵⁰

⁴⁹ BUSTAMANTE, Miguel et al. *op.cit.* pp. 451

⁵⁰ *IBIDEM* P. 50P

Esta declaración es interesante porque nos permite observar un cambio en la concepción de algunos individuos acerca de las estructuras institucionales y de su función política y social.

Si analizamos el contenido de este párrafo, percibiremos a las instituciones, léase secretarías de Estado y sindicatos, y a su forma de funcionar, como un obstáculo en la consecución de ciertas metas gubernamentales, lo cual nos lleva a pensar que la política de reformas y cambios profundos al interior de las instituciones que se observó en el sexenio de Miguel de la Madrid, y se sigue observando hasta la fecha, responden a una necesidad ignorada durante varios años.

Otro elemento clave, y fuerte obstáculo para crear el Sistema de Servicios de Salud, consiste en integrar los servicios de salud, donde por "servicios de salud", el Estado entiende los servicios de atención médica.

Para lograrlo se requiere delimitar las funciones de cada una de las instituciones prestadoras de servicios, jerarquizarlas y homogeneizarlas, para mantener la misma calidad en cada una de ellas. Pero la inercia institucional se opuso a los cambios, manifestándose como una estructura cerrada, anquilosada y reaccionaria, elementos que, aunados a la desigualdad de los presupuestos otorgados a cada organismo, entre otras cosas, propició el incumplimiento de los programas y funciones previstos.

Dentro del marco de las reformas que caracterizaron el sexenio de López Portillo, y en vista de los problemas mencionados, la Subsecretaría de Planeación coordinó, en 1978, el primer presupuesto por

programas, lo cual, según se asentaba, permitiría tener un mejor control sobre los egresos, además que sería factible supervisar el desarrollo y cumplimiento de los programas propuestos.

Se introdujo además la Cartilla Nacional de Vacunación, en 1977 y se imprimió fuerza al proceso de desconcentración administrativa y descentralización de los servicios de salud hacia los Estados.⁵¹ En el área de atención primaria, se puso en marcha un programa conocido como "Programa para la Atención de las Áreas Marginadas". Dicho programa se inició en 1980 a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Para ello se extendieron nombramientos de base a 1,451 médicos; 1,083 enfermeras; 334 odontólogos; 1191 promotores sociales; 102 administradores y 102 estadígrafos. El programa comenzó a instrumentarse en las zonas metropolitanas del Distrito Federal, Estado de México, León, Guadalajara y Monterrey. Cada centro de salud funcionaría con un sistema modular, similar al del Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes, y cada módulo se encargaría de atender a 500 familias, o aproximadamente a tres mil habitantes.

Por último se creó el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, el cual surgió del Programa IMSS-COPLAMAR y buscó fomentar las acciones de promoción y prevención de la salud a cambio de la participación de los beneficiarios en labores que redundarían en beneficio de su propia comunidad.

Todos estos lineamientos, programas y acciones formaron parte del proceso de Reforma Administrativa, la cual constituía:

⁵¹ Lo cual se inició desde 1934, con la firma de los Convenios de Coordinación entre la SSA y los gobiernos de cada entidad federativa, en donde la máxima autoridad sanitaria es el jefe de los Servicios Coordinados de Salud en cada Estado.

"...el medio para lograr que las dependencias estén acordes a los requerimientos que demanda el desarrollo económico y social del país."⁵²

Cabe preguntarnos, una vez más, ¿qué tipo de desarrollo económico y social se busca para México? ¿cuál es el papel de nuestras instituciones en esta búsqueda? ¿cuál es el de la sociedad civil en este juego político-institucional?

Respecto al área de la salud, ¿hay que planificar y dirigir los esfuerzos hacia los requerimientos que demanda el desarrollo económico, o al desarrollo de la sociedad, o al de ambos? ¿cómo funciona la estructura de los servicios de salud, y desde dónde se puede incidir para mejorar la salud de la población? Sin duda estas interrogantes plantean muchas otras cuya solución implica un largo y profundo proceso de investigación, ligado estrechamente con la práctica e instrumentación de acciones concretas, lo cual nos brindará algunas respuestas que nos permitirán comprender mejor el proceso generador y accionador de las políticas estatales de salud y sus repercusiones en el bienestar de los mexicanos.

⁵² *IBIDEM* P. 510

B) 1982-1988: UN CAMBIO EN LA POLITICA DE SALUD?

En el año de 1982, Miguel de la Madrid tomó posesión del Poder Ejecutivo Federal y tuvo que enfrentarse a la situación económica más difícil en la historia moderna del país. Buscando disminuir los efectos de esa crisis económica, De la Madrid orientó sus esfuerzos a la realización de cambios en la vida política, económica y social del país.

Hasta la fecha es todavía difícil evaluar con precisión los cambios sufridos con las reformas en los ámbitos político y social. Entre dichas innovaciones, se creó el artículo 26 de la Constitución, donde se expone la integración de un Sistema Nacional de Planeación Democrática. Como resultado de la integración de este sistema, se llevaron a cabo las sesiones conocidas como Foros de Consulta Popular, los cuales, según se marca en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, permitieron integrar la Plataforma Electoral y el Programa de Gobierno.

La ley que reglamentó este artículo, fue la Ley de Planeación, expedida el 5 de enero de 1983, la cual pretendió conformar un Sistema de Planeación con la participación de todas las dependencias de la Administración Pública Federal.

En el discurso oficial se manejó que con esta consulta popular, la población participaría directamente en el planteamiento de los problemas y en la planeación y programación de actividades dirigidas a solucionarlos. Sin embargo, en muchas ocasiones, estos actos se convierten en un simulacro de "planeación democrática".

En el Plan Nacional de Desarrollo, se exponen en términos generales, los propósitos, objetivos, diagnósticos y estrategias de la política del Estado Mexicano, de la política económica general, de la política social y de la política sectorial.

En la parte que corresponde a la política social, encontramos el apartado que se refiere a salud, en donde, a través de un somero diagnóstico, se presentan los problemas más graves del sector, entre otros: la insuficiencia de satisfactores básicos, que repercuten, entre otras cosas, en un alto grado de desnutrición en la población; el aumento en la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes de tránsito y laborales y la persistencia o reaparición de algunas enfermedades infectocontagiosas; reducida participación comunitaria en la solución de sus problemas de salud; centralización administrativa de los servicios; falta de coordinación interinstitucional; insuficiente infraestructura para brindar: asistencia médica, control sanitario, saneamiento del medio, los cuales se encuentran por debajo de las demandas de la población de escasos recursos.

Además, existe una alta dependencia científica y tecnológica del exterior y un escaso desarrollo de la investigación en las áreas biomédicas y médico-sociales. Para enfrentar estos problemas, que son los mismos desde hace ya varias décadas, se plantean en dicho documento los siguientes propósitos:

-tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.

- mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, y con especial preocupación por los grupos más vulnerables.
- contribuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país.
- promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos.

Como observamos, también las propuestas de este sexenio fueron las mismas que las de otros años. Aparentemente, la diferencia estriba en el cómo lograr el cumplimiento de estos puntos. Para tal efecto, se modificaron y expidieron varias disposiciones jurídicas, que sirvieran de marco legal a los planteamientos del Programa Nacional de Salud.

Entre estas disposiciones, se destaca la que modifica el artículo 4o. de la Carta Magna, el 3 de febrero de 1983, e introduce como garantía constitucional el derecho a la protección de la salud. Asimismo, encontramos la Ley General de Salud que se publicó en el Diario Oficial el 7 de febrero de 1984, en donde se sentaron los fundamentos necesarios para iniciar el proceso de descentralización y desconcentración administrativa de los servicios de salud; estrategia clave en la conformación de un Sistema Nacional de Salud.

El 7 de agosto de 1984, se expidió el decreto presidencial que aprobó el programa sectorial denominado Programa Nacional de Salud 1984-1988, cuyo propósito fue:

" elevar el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención), al mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud racional y eficiente." 54

La constitución de un Sistema Nacional de Salud fue la pieza clave de la política que el Estado pretendió impulsar en el Sector Salud. En este proceso, las estrategias operativas que señala el Programa Nacional de Salud, son: sectorización, modernización administrativa, descentralización, coordinación intersectorial y participación de la comunidad.

En este mismo programa se identifican seis objetivos generales en los que se enmarcan trece programas de acción y cuatro de apoyo. Cabe mencionar aquí, que los programas de acción fueron: de prevención y control de enfermedades, de educación para la salud, de nutrición, de salud ocupacional, contra las adicciones, de salud ambiental, de saneamiento básico,

de control y vigilancia sanitaria, de planificación familiar y de asistencia social. Los programas de apoyo fueron los siguientes: de investigación para la salud, de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, de información y de insumos para la salud.

Sin embargo, todos estos objetivos, planes y programas deben ir acompañados de procesos político-administrativos paralelos que apoyen su consecución, ya que de otra manera están condenados al fracaso total o parcial, que han sufrido los proyectos en otros momentos históricos.

El proceso centralizador y concentrador que viene del modelo de desarrollo político-económico seguido por nuestro país, ha propiciado la conformación de un sistema institucional muy particular, el cual, mediante el control de la voluntad, energía y creatividad de la sociedad, ha obstaculizado el desarrollo de fuerzas capaces de utilizar el mismo aparato institucional como un instrumento para el desarrollo del país.

En la actualidad es evidente que se requiere superar la crisis que atravesamos, la cual incide sobremanera en la estabilidad social, por lo tanto es forzoso que el discurso empleado durante varios años como estrategia electoral, se transforme en estrategias instrumentales.

Esta alternativa es difícil, puesto que representa la pérdida del control parcial o total de grandes núcleos de población, pero, para estos últimos representaría la única salida factible dentro del sistema, para resolver lo precario de su situación.

La organización de la sociedad para trabajar en torno a la creación de una infraestructura económica, educativa, cultural, de salud, etc., genera además, una sólida organización política que, en efecto, representa un "peligro" para ciertos grupos sociales.

Por lo tanto, se requiere ir resolviendo paralelamente otros problemas sociales que tienen un peso específico en la determinación de las condiciones de salud, como: el desempleo, la educación, los servicios públicos, y la vivienda; para garantizar algún avance en los objetivos que persigue la política gubernamental en cada sexenio.

Asimismo, se debe dar mayor impulso a los programas de apoyo, los cuales son imprescindibles, puesto que sin el diagnóstico preciso de la problemática de salud nacional, sin los recursos humanos adecuados para comprender los cambios que está sufriendo el país, así como el alcance y magnitud que pueden tener las actividades programáticas; sin los avances en el conocimiento médico y social de la salud, y sin los insumos necesarios, los programas no funcionan, jamás, como se planea en el papel aún cuando prometan mucho.

Entre los avances de este sexenio podemos mencionar los que se refieren al proceso de descentralización de los servicios de salud, el cual se inició en 1983 a través de la atención a población abierta⁵⁵ por parte de los Servicios Coordinados de Salud Pública en Baja California Sur, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Oaxaca, Sonora y Tlaxcala.

Asimismo, se consideró un avance la instrumentación del Programa Nacional de Inmunizaciones,

⁵⁵ La población abierta se define como aquella carente de capacidad de pago para contratar servicios privados de salud y sin relaciones formales de trabajo que le garanticen la seguridad social.

con la estrategia que se impulsó en 1985, llamada Días Nacionales de Vacunación, la que permitió abarcar, en el caso de la poliomielitis, al 92.4% de la población infantil menor de cuatro años en 1987, lo cual representó una tasa de 0.02 casos por 100,000 habitantes. En 1990, se mostraron suficientemente los resultados desastrosos de estas medidas, cuando son instrumentadas en forma irresponsable y burocrática por los funcionarios encargados; es el caso del sarampión que ha vuelto a presentarse como epidemia en momentos que se pensaba controlado.

Otro avance fue el desarrollo del modelo de atención a la salud para población abierta, el cual tuvo sus antecedentes en el Programa de Salud Rural y el de Extensión de Cobertura en las Grandes Urbes, de la SSA, y el Programa IMSS-COPLAMAR.

Este modelo hizo uso de la infraestructura establecida en el sexenio anterior y buscó adecuar dichas instalaciones y recursos humanos para la consecución de la meta "Salud para todos", cuya principal estrategia es la Atención Primaria de Salud.

Sin embargo, es difícil que con un presupuesto para salud como el del siguiente cuadro (IV), pudieran alcanzarse las metas propuestas para el sexenio.

Este gasto se comparó, en el mismo texto, con el Producto Interno Bruto y se encontró que en 1978 fue 2.1%, en 1982 de 2.2% y en 1986 descendió hasta 1.7%

La situación que se observa nos explica, aunque no justifica, las carencias de todo tipo que se vislumbran en los Centros de Salud y Hospitales destinados a atender a la población abierta, la cual, según declaraciones del titular del ramo en ese lapso,

CUADRO IV
GASTO EN SALUD
(Millones de pesos)

AÑO	CORRIENTE	CONSTANTE
1978	52 381	52 381
1979	65 898	54 915
1980	91 729	58 891
1981	131 841	65 359
1982	214 848	53 711
1983	386 225	42 588
1984	516 962	45 868
1985	751 813	39 995
1986	1 898 188	28 429

FUENTE: SOBERRON, G.; KEMPKE, J.; LAGUNA, J. (compiladores) La salud en México: testigos 1968. Tomo II F.C.E., S.S.A., El Colegio Nacional, I.N.S.P. Biblioteca de la Salud, México, 1988.

Dr. Guillermo Soberón Acevedo⁵⁶, fue cubierta en un 94% .

Otros logros se refieren al descenso del índice demográfico, de 2.6% a 2%, y de la tasa de fecundidad, la que pasó de 4.1 a 3.7 hijos por mujer. La mortalidad se redujo de 5.7 a 5 por 1000 habitantes y las defunciones infantiles declinaron de 33 a 23 por cada 1000 habitantes. Todas estas cifras corresponden a 1982 y 1988, respectivamente.

Otro elemento importante se refiere al proceso iniciado por muchas de las instituciones educativas y asistenciales, el cual cuestiona el tipo y la calidad de los profesionistas y técnicos que están formando, así como su utilidad social, y se han planteado en algunos casos, un cambio en la estructura curricular de las carreras de la salud. En nuestra opinión, esta actitud debe mantenerse y reforzarse puesto que depende en gran parte de los trabajadores de la salud, la instrumentación de planes y programas, los cuales tendrán que ser interpretados con concepciones abiertas, flexibles y distintas de las que han prevalecido hasta estos momentos, si se desea algún cambio.

En resumen, podemos decir que el gobierno de Miguel de la Madrid planteó alternativas interesantes de trabajo en el área de la salud, como es el caso de la descentralización, las cuales se perdieron debido principalmente a que fueron manejadas como mero discurso. Sin embargo, creemos que es necesario retomar los espacios de acción que se han abierto a través del proceso descentralizador y pugnar porque se transite del discurso a la práctica.

⁵⁶
MMH: La salud indispensable para el desarrollo, en *La Jornada* 20 de octubre de 1988, sección El País, p. 9

Es decir, se debe aprovechar al máximo la circunstancia histórica que propicia la posibilidad de integrarse a los procesos de desconcentración, en una primera etapa, y pugnar por lograr la descentralización real de los servicios de salud, ya que en muchos casos se podrán presentar diversas oportunidades para desarrollar en los estados ideas diferentes de las que hasta la fecha se han instrumentado en el Sector Salud.

Enfrentarse al marco institucional no implica luchar contra él y vencerlo para iniciar entonces una nueva etapa de construcción social, sino crear espacios diferentes, que no hagan mucho caso a las formas establecidas y propicien cambios reales.

Este momento que vivimos obliga a los teóricos sociales a participar en forma distinta a como se ha venido haciendo; es decir, se requiere iniciar un proceso de aplicación de la capacidad de análisis de situaciones concretas, que apoyen creativamente el trabajo de grupos que, intra o extrainstitucionalmente, tratan de imaginar una forma de vida diferente a las que hoy existen.

CONCLUSIONES

1. Los problemas de salud y enfermedad, durante el porfiriato, fueron enfrentados con un modelo médico denominado "higienismo". Este enfocaba sus esfuerzos fundamentalmente a las actividades sanitarias de promoción de salud y prevención de enfermedades, a través de prácticas en la comunidad.

2. Con el proceso revolucionario se introdujo en México otra concepción de la medicina, su práctica y su saber, conocida actualmente como modelo médico hegemónico. Este privilegia la atención individual de la enfermedad, dejando de lado los aspectos sanitarios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3. Los gobiernos posrevolucionarios promovieron el modelo hegemónico curativo-asistencial, que nos rige hasta la fecha y atacaron ferozmente al modelo higienista, en su afán de desconocer los logros del gobierno anterior.

4. Los gobiernos posrevolucionarios incluyeron la oferta de servicios sanitario-asistenciales a la población como un logro del movimiento armado y como obligación del nuevo Estado, pero no como una necesidad de éste para mantener y elevar la productividad de los trabajadores.

5. Entre 1940 y 1960 se creó y consolidó la infraestructura física para echar a andar el nuevo modelo médico, también conocido como "medicina científica". Asimismo, se conformó la estructura mental requerida para hacer funcionar la red de hospitales dentro del modelo de atención a la enfermedad.

6. El modelo médico hegemónico se introdujo en México desde los años veintes, a través de la reestructuración de los currícula de las escuelas de medicina. Esta transformación fue un elemento fundamental para lograr el cambio entre el modelo "higienista" y el "científico".

7. Entre 1940 y 1960 se creó la estructura asistencial que emplearía al Estado para enfrentar los problemas en la salud de la población. Esta estructura se conformó con tres elementos básicos: las insituciones, las políticas y el modelo médico científico.

8. Desde 1940 hasta la fecha, existe una contradicción muy marcada entre el discurso en salud que se plantea en las políticas gubernamentales, y el trabajo en enfermedad que se observa en el modelo médico.

9. A lo largo de esos años se ha observado también una falta de concordancia entre las políticas que pretenden instrumentarse y la infraestructura existentes, con las concepciones sobre la práctica y el

saber médicos que existen en todos los ámbitos sociales; en otras palabras con el modelo médico dominante, el cual ha sido incapaz de responder a las necesidades nacionales de salud.

10. La denominada "crisis de la salud" se debe entonces, a la incompatibilidad existente entre el conjunto de prácticas y concepciones médicas que trabajan con el fenómeno biológico, individual, llamado *enfermedad*, y el discurso estatal ubicado en la *salud* como fenómeno socialmente determinado.

A N E X O S

CONCEPTOS BASICOS.

MODELO MEDICO HEGEMONICO.

El modelo médico es una construcción teórica que sirve para analizar las características referentes al saber y la práctica médicos. Este análisis se realiza alrededor de dos conceptos fundamentales que son la salud y la enfermedad.

El saber médico y la práctica médica actuales se conformaron a lo largo de varios años y forman parte intrínseca del personal de salud y de las instituciones encargadas tanto de la formación de recursos para ésta área como de la operación de las actividades asistenciales.

Esta concepción de lo que es un médico y la medicina, forman parte también de la sociedad en su conjunto. De esta manera se refuerza y se conserva el modelo en el conjunto social, a lo largo de varios años.

El modelo médico está estructurado por dos elementos básicos, el primero comprende al saber y la práctica del personal de salud, al cual E. Menéndez¹ denomina "el modelo de los médicos". El segundo elemento se constituye por el conjunto de ideas y actitudes sociales que respaldan y complementan el saber y la práctica de los médicos.

El modelo médico actual, adquirió su característica de hegemónico a finales del siglo XIX y

¹ MENENDEZ, Eduardo "El modelo médico y la salud de los trabajadores" prólogo al libro de BASAGLIA, Franco et.al. *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud.* Nueva Imagen México, 1980.

principios del XX, pero fue difundido mundialmente por los Estados Unidos de Norteamérica hasta el término de la Segunda Guerra Mundial. El acelerado desarrollo capitalista de posguerra propició que terminara de conformarse el modelo médico que conocemos, debido a los grandes avances técnicos y científicos que se llevaron a cabo en el periodo señalado arriba, los cuales, entre otras cosas, determinaron las características estructurales de dicho modelo.

Al respecto, Eduardo Menéndez nos dice que el modelo médico está caracterizado por: su biologismo, su individualismo, su ahistoricidad, su a-socialidad, su mercantilismo y su eficacia pragmática. A lo anterior, nosotros agregamos que estas características se distinguen por ser componentes de dos campos distintos que son la teoría y la práctica, o en otras palabras, el saber y la práctica médicos.

Como características del saber médico, tenemos la explicación biologista, individualista, ahistórica y a-social de la salud y de la enfermedad. Este saber, así conformado, determina a su vez a la práctica médica, la cual, además es mercantilista y sin embargo, eficaz en la solución de un tipo de morbilidad. Sería obvio decir que esta práctica eficaz permite a su vez la continuidad del saber que la engendró.

Realizaremos ahora una breve explicación sobre cada una de las peculiaridades del modelo médico hegemónico, conocido también como medicina alópata. Al abordar cada aspecto lo haremos de la forma más sencilla posible aunque no profundizaremos en detalles sobre el origen y desarrollo de ideas, teorías y aspectos propios del campo médico ya que la idea de este trabajo es

brindar un sustento histórico al problema de la crisis de la salud en nuestro país.

1) El biologismo se refiere al tipo de explicación que la ciencia médica da a la enfermedad, la cual prepondera los aspectos "naturales", "biológicos", como causas determinantes de este fenómeno. Esta teoría tiene sus orígenes en el siglo pasado y se reforzó cuando se descubrió la existencia de bacterias, virus y bacilos productores de enfermedades infectocontagiosas como la viruela, la fiebre amarilla, el sarampión, la poliomiéltis, etc.

El desarrollo de la ciencia médica permitió atacar con mucho éxito las enfermedades contempladas en este rubro gracias a que se generaron vacunas y otros instrumentos, los cuales incidieron directa y eficazmente sobre estos padecimientos.

2) Con esta concepción, al tener que atacar una enfermedad, el procedimiento terapéutico se reduce a la unidad biológica, es decir, al individuo humano. De esta manera, observamos que el enfoque de la salud y la enfermedad no abarca a la colectividad, sino que es individualista. Por ejemplo, las vacunas o los tratamientos con fármacos sólo dan resultado cuando se aplican a cada enfermo.

3) La concepción biológica frenó el desarrollo de una tendencia que concebía la enfermedad como efecto de las condiciones sociales de existencia, teorías que se extendieron sobre todo en Inglaterra y Francia², y que no consiguieron avanzar más debido a que

² Nos referimos al Higienismo y a la Salud Pública.

el desarrollo capitalista logró reforzar la concepción biologista, la cual no sólo se colocó por encima de las demás, sino que extendió su hegemonía a todo el globo después de la Segunda Guerra Mundial. Esta concepción biologista le fue útil al desarrollo capitalista fundamentalmente porque logró disminuir drásticamente los índices de morbimortalidad más frecuentes, es decir los infectocontagiosos, que se manifestaban como graves epidemias aniquiladoras de la población productiva.

En adelante, la concepción biologista influyó en todas las áreas del saber médico, de tal manera que la explicación de los determinantes de la salud y la enfermedad se reduce al campo exclusivo de lo "natural", de lo "biológico" y deja a un lado, en forma contundente, cualquier explicación social de estos determinantes. En este sentido se dice que el modelo médico hegemónico es a-social, y su explicación teórica repercute decididamente en la práctica de los médicos y sobre las actitudes sociales que la refuerzan.

4) Además la concepción hegemónica es ahistórica debido a que no ubica dentro de la "historia social" el desarrollo del proceso salud enfermedad. Su esclarecimiento lo realiza únicamente a través de la teoría de la historia natural de la enfermedad, lo cual propicia dejar a un lado las características particulares del proceso salud-enfermedad, de acuerdo con el momento histórico en que se inscribe y con las especificaciones de la formación social a la que pertenece.

5) El desarrollo capitalista ha generado una dinámica de intercambio que lo sustenta a sí mismo, y ha propiciado que ésta se extienda a todas las áreas del saber y la práctica humanos, como condición esencial de su crecimiento y expansión.

De esta forma el modelo médico está imbuido de un mercantilismo arraigado que, en nuestros días, ha llegado a sus más altas expresiones y condiciona todos los procesos que forman parte del saber médico y su práctica correspondiente, además de absorber otras formas de práctica médica alternativas.

Este mercantilismo no sólo es apoyado y defendido por los profesionales de la salud, sino que es reproducido y preservado por la sociedad en su conjunto; este fenómeno, lo sabemos, es fácil de observar en nuestro país y en el resto de los países capitalistas.

6) En cuanto a la "eficacia pragmática" del modelo, creemos que es un aspecto que se comprueba cotidianamente y que se sustenta en los grandes avances científicos que ha tenido la medicina, los cuales proporcionan buenos resultados al tratar la mayoría de las enfermedades crónicas y degenerativas; esto de ninguna manera quiere decir que solucionando problemas individuales de morbilidad poco frecuente, se resuelvan también problemas colectivos siempre presentes en los cuadros de las enfermedades más constantes de un país, como son las enfermedades infectocontagiosas en México.

Sin embargo, los problemas que enfrentaron los profesionistas de la salud durante los sesentas, para disminuir la alta mortalidad y morbilidad de la

población por enfermedades infectocontagiosas, propiciaron el nacimiento de una sólida corriente crítica que cuestionó el modelo médico hegemónico; lo que ha permitido que se revisen en foros internacionales las características y los objetivos del saber médico y de la práctica que le corresponde a fin de transformar la concepción que se tiene sobre el proceso salud enfermedad, la cual se haya desligada de una explicación social.

POLITICA ESTATAL DE SALUD.

Entendemos por política estatal de salud, aquella acción instrumental, institucional que realiza el Estado para resolver la problemática de salud que existe en un país, en este caso en México. Pero también nos referiremos a ella como una forma de ordenar, delimitar y normatizar todas aquellas acciones de salud que se encaminen a solucionar los problemas de salud.

En este sentido entendemos que una política de salud no sólo sirve al Estado como instrumento para resolver problemas, sino que también sirve para aglutinar en torno a él todas las otras posibles formas de lucha para atacar la problemática de salud nacional, de tal forma que logra subsumirlas dentro de la práctica estatal o por lo menos, no se salen de su control.

Así, se puede hablar también de otras políticas de salud que pugnan por convertirse en hegemónicas a través de la lucha política, y son diferentes a las que hasta la fecha ha instrumentado el Estado mexicano.

SECTOR SALUD.

Entendemos por sector salud aquella parte de la sociedad mexicana que se constituye por la estructura de salud y la problemática nacional de salud.

ESTRUCTURA DE SALUD.

Llamamos estructura de salud a la composición de tres elementos que son: la política de salud, las instituciones de salud y el modelo médico hegemónico.

Esta estructura es usada por el Estado Mexicano para atacar la problemática de salud; por otro lado, la estructura de salud se ha caracterizado de diversas maneras de acuerdo con el momento histórico en que se haya ubicado.

Es importante aclarar que aunque las escuelas de medicina son las formadoras de los recursos humanos que laboran en este nivel, así como reproductoras por excelencia del modelo médico hegemónico, no nos referiremos a ellas como parte central de la investigación.

PROBLEMATICA DE SALUD.

Este aspecto se distingue por los problemas que afectan a la salud de la sociedad en su conjunto, es decir la morbilidad, la mortalidad, la contaminación ambiental, la desnutrición, la falta de educación para la salud; así como también las deficiencias en cuanto a

la construcción y extensión de cobertura de los servicios asistenciales, y las obras públicas necesarias para propiciar la salud de la población.

Es decir, por un lado, se observan las características que adquiere el proceso salud enfermedad de acuerdo a las diferentes etapas históricas que atraviesa un país, y por otro, las formas sociales con que se abordan esas características, o sea, la práctica médica correspondiente.

CRISIS DEL SECTOR SALUD.

Por este concepto entendemos la incapacidad de las instituciones públicas y privadas, así como del personal médico y paramédico para promover, prevenir y restaurar la salud de la población, lo cual se refleja en las tablas de morbilidad general y por grupos de edad de la población mexicana.

Es importante mencionar que esta situación no es estrictamente, desde el punto de vista teórico, una crisis, ya que la incapacidad del sector correspondiente para aportar soluciones, y que se menciona en el párrafo anterior, ha estado presente desde que se conformó la estructura de salud mexicana.

Es decir, la denominación de crisis fue elaborada por un grupo de investigadores que pertenecen a la corriente de la medicina social, quienes aprovecharon un momento de apertura política (los años setentas) para señalar los errores y los problemas de salud y enfermedad que se presentaban, y a los que les llamaron crisis debido a que, en ese momento, era

fácilmente visible que la estructura de salud estaba a punto de desaparecer y permitir la construcción de un nuevo modelo médico que facilitara la creación de una estructura de salud diferente a la que existía entonces.

Esta incursión de las ciencias sociales en el campo del saber y la práctica médicas fue el inicio de una amplia corriente, hoy día bastante diversificada, la cual ya no sólo se encarga de elaborar explicaciones y análisis sociológicos sobre el problema, sino que también ha tenido la oportunidad de probar en los hechos la viabilidad o las fallas de sus proposiciones.

La posibilidad de contar con análisis globales sobre este tema, ha permitido elaborar y operar programas específicos tendientes a modificar el proceso salud enfermedad y la práctica médica actuales.

EL INFORME FLEXNER Y LA NUEVA CONCEPCION DE LA MEDICINA

En el siglo XIX la enseñanza y la práctica médicas siguieron fundamentalmente los lineamientos de la escuela francesa conocida como "higienismo", la cual desarrolló de manera importante el humanitarismo que se reflejó en las acciones de salud pública de ese período.

Posteriormente, estos conocimientos sanitarios fueron fundamentales en la creación de una rama de la medicina, la medicina preventiva, que constituyó la principal forma de atención médica en ese siglo y en la primera década del siglo XX.

Sin embargo, a partir de 1920 y hasta aproximadamente la primera mitad de los sesentas, el enfoque de la enseñanza y la práctica médicas cambió radicalmente, dejando de lado el importante desarrollo de la Higiene Social y la Salud Pública.

Nació entonces la medicina curativa que se caracteriza por su forma de atención médica "intramuros", es decir, que se lleva a cabo dentro de un hospital y la cual desplazó casi por completo a un conocimiento fundamentalmente social: la Higiene.

Este cambio en la concepción de la salud y de la enfermedad, así como de su terapéutica, se originó gracias al desarrollo del conocimiento científico sobre las causas microbianas de la enfermedad, descubiertas por Pasteur y Koch, que encontraron un magnífico apoyo en la tecnología desarrollada por el capitalismo.

El nuevo enfoque de la ciencia médica se desarrolló sobre todo en Estados Unidos gracias a la

ayuda económica de dos instituciones, la fundación Rockefeller y la Fundación Carnegie, que se establecieron a principios del siglo XX "como motores para la transformación social"¹ y donde la medicina y la educación fueron dos de los primeros aspectos a los cuales dedicaron su atención.

En 1910 fue publicado, bajo el auspicio de la Fundación Carnegie, el "Informe Flexner", realizado por el doctor Abraham Flexner y que constituyó un severo ataque a la educación médica contemporánea de Estados Unidos y Canadá.

Según Julio Frenk², las recomendaciones de este informe se pueden resumir en cinco puntos esenciales:

1. La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas.
2. Sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos.
3. Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios y la experiencia clínica.
4. Las escuelas sin la calidad necesaria deben ser cerradas.
5. Las escuelas deben estar afiliadas a universidades.

De acuerdo con Frenk, el "informe Flexner" dió un enfoque positivista a la enseñanza, la investigación

¹ Cfr. BROWN, Richard "El que paga la música: Fundaciones, profesión médica y reforma de la educación médica." en Salud e imperialismo compilación de Vicente Navarro. Siglo XXI, col. Salud y Sociedad México, 1988 pp. 187-198.

² FRENK, Julio "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana" en Nexos enero, 1978 pp. 21-24

y la práctica médicas. Este positivismo médico encontró su expresión más acabada en tres elementos:

"Primero: La concepción del cuerpo humano como un organismo integrado fue sustituida definitivamente por la de una yuxtaposición de sistemas sin relación entre sí."

En consecuencia apareció el médico especialista, que enfatizó el estudio y tratamiento de sistemas y órganos de forma individual, con exclusión del resto del cuerpo humano.

Segundo: La investigación cerró los ojos a toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades, ya que los fenómenos colectivos quedaron fuera del ámbito de lo que se consideraba científico."

Esta actitud se debió en parte, a la doctrina de la "etiología específica" que se desarrolló cuando se descubrió que los microorganismos eran aparentemente, los únicos causantes de la enfermedad (unicausalidad biológica), dejando de lado los componentes sociales y emocionales.

"Tercero: El diagnóstico y la terapéutica empezaron a realizarse mediante un enfoque del cuerpo como máquina, facilitando así una aproximación instrumentalista al cuerpo."

Debido a este enfoque se desarrollaron las siguientes ideas, en primer lugar se pensó que los

³ FRENK, Julio *op.cit.* p. 21

órganos individuales podían ser examinados y tratados sin que el resto del organismo se viera afectado, es decir, se podía "reparar" el cuerpo humano igual que una máquina. En segundo lugar, este modelo de máquina facilitó el uso estadístico en la medicina con lo que apareció el criterio de "normalidad" el cual permitió tratar a las enfermedades como entidades universales y no como diferentes para cada individuo. Por último, se desarrolló la idea de que la enfermedad era un proceso "natural" y su etiología social resultaba ajena a la acción médica.

Basta un dato para darnos una idea de la importancia de este informe para los capitalistas norteamericanos, para 1934 las nueve principales fundaciones de Estados Unidos habían otorgado más de 154 millones de dólares para llevar a cabo las recomendaciones del "informe Flexner".

La Segunda Guerra Mundial permitió la expansión y consolidación de la "medicina flexneriana" en todos los países capitalistas, pues este hecho histórico marcó el inicio del predominio económico y político de Estados Unidos sobre los países europeos y en consecuencia, se difundieron internacionalmente los avances y conocimientos científicos estadounidenses, entre ellos, esta nueva concepción.

Una consecuencia más de este enfoque "científico" de la medicina fue el desarrollo de las industrias de material hospitalario y de las industrias químico farmacéuticas. Es obvio que los grandes capitales que invirtieron en este sector o que pensaban hacerlo, se interesaron en la idea de lograr la homogeneización de la enseñanza y la práctica médicas

fundamentalmente curativas, a nivel mundial, pues ello representaba un mercado seguro y muy lucrativo.

Sin embargo, existe la explicación económica de la aparición de la medicina curativa. Esta explicación nos permite entender mejor cómo se llevó a cabo en México el cambio de una forma de atención médica a otra.

El desarrollo industrial del capitalismo trajo consigo el desarrollo de conocimientos y técnicas médicas que le permitieron mantener en condiciones suficientes de vida a los obreros, que eran el elemento más importante de la producción. Poco a poco se fue dejando de lado al resto de la comunidad que para los intereses económicos no era productiva. Así, la atención médica se dedicó fundamentalmente al sector productivo de la población.

Actualmente, este modelo médico se encuentra francamente cuestionado porque los médicos y demás personal de salud no han logrado enfrentar satisfactoriamente los problemas de morbilidad y mortalidad más frecuentes en la mayoría de los países tercermundistas, así como también de los altamente industrializados.

BIBLIOGRAFIA

AGUILAR Villanueva, L. F. "Estado, régimen y sistema político. (Notas para una discusión sobre la crisis del *welfare state*). " en VEGA, Juan Enrique (coordinador) *Teoría y política de América Latina*. CIDE México, 1984.

ALMADA Bay, Ignacio *La mortalidad en México, 1922-1975*
IMSS México, 1982.

ALVAREZ Amezcuita, José *et.al.* *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, obra en cuatro tomos. Secretaría de Salubridad y Asistencia México, 1960.

BANAMEX *Examen de la situación económica de México. 1925-1976.* BANAMEX México, 1978.

BREILH P., Jaime *Epidemiología: economía, medicina y política.* Secretaría de Estado, de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo, República Dominicana, febrero de 1981.

BROWN, E. Richard "El que paga la música: fundaciones, profesión médica y reforma de la educación médica." en NAVARRO, Vicente *Salud e imperialismo Siglo XXI México, 1983.*

BUSTAMANTE Miguel E. *La salud pública en México. 1959-1982.* S.S.A. México, 1982.

CAMPILLO Sainz, et.al. *La situación de la salud en el país y sus tendencias.* S.S.A. México, 1975

COPLAMAR *Necesidades esenciales en México.* No. -4 Salud, segunda edición. Siglo XXI México, 1983.

COSIO Villegas, D. *Historia moderna de México. El porfiriato. Vida social.* Editorial Hermes México, 1973.

DE WIT Green, Andrés *El futuro de los servicios de salud en México* ISSSTE México, 1975.

FOUCAULT, Michel *El orden del discurso* Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, Ediciones Populares, Archivo de Filosofía No. 4. México, mayo de 1982.

FRENK, Julio "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana." en *Nexos México*, enero de 1978 pp. 21-24.

FRENK, J. et al "Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México." en *Salud Pública de México* vol.30, no. 5, INSAP, 1988

HERNANDEZ Zinzún, G. *Desarrollo económico-social y políticas de salud en México (1875-1984)* Tesis de licenciatura, FCPYS, UNAM, México, 1985.

IMSS *Informe de labores del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1952-1953.* México, IMSS, s.f.

KUMATE, Jesús *et.al.* *La salud de los mexicanos y la medicina en México* El Colegio Nacional México, 1977.

LECHNER, Norbert "Especificando la política." en VEGA, Juan Enrique (coordinador) *Teoría y política en América Latina.* CIDE México, 1984.

LICEAGA, Eduardo *Mis recuerdos de otros tiempos.* Secretaría de Fomento México, 1949.

LOPEZ ACUNA, Daniel "La crisis de la medicina mexicana." en *Controversia* número 17. Universidad Autónoma de Puebla. México, 1978.

MENENDEZ, E. "El modelo médico y la salud de los trabajadores". prólogo al libro de BASAGLIA, F. *et.al.* *La salud de los trabajadores.* Nueva Imagen. México, 1980.

MORENO Cueto, E., *et al* *Sociología Histórica de las instituciones de salud en México.* IMSS, México, 1982.

OCARANZA, Fernando *Historia de la medicina en México.* Laboratorios Midy. México, 1934.

OMS "La 34a. Asamblea Mundial de la Salud adopta la Estrategia mundial de salud para todos." en *Crónica de la OMS*, vol. 35, no. 4, OMS, Ginebra, 1981 pp.128-158

PANI, Alberto J. *La higiene en México* Editorial Balleca México, 1916.

PODER EJECUTIVO FEDERAL *Plan Nacional de Desarrollo*
1983-1988, México, 1983.

PODER EJECUTIVO FEDERAL *Programa Nacional de Salud.*
1984-1988, México, 1984.

PODER EJECUTIVO FEDERAL *Plan Nacional de Desarrollo*
1989-1994, Talleres Gráficos de la Nación, México,
1989.

ROGERS *Compendio de historia de la medicina* La Prensa
Médica Mexicana México, 1965.

ROJAS Soriano, R. *Capitalismo y Enfermedad* Folios
Ediciones México, 1982

ROJAS Soriano, R. *Crisis, salud, enfermedad y práctica*
médica Plaza y Valdés Editores México, 1990.

SANDOVAL, Primo A. y GONZALEZ, Deyanira *Seguridad*
social y capitalismo documento mimeografiado UNAM,
s.f.

SCHENDEL, Gordon *La medicina en México. De la*
herbolaria azteca a la medicina nuclear. colección
Salud y Seguridad Social, serie Historia. IMSS México,
1980.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, SECRETARIA DE LA
PRESIDENCIA *México a través de los informes*
presidenciales. Tomo XII "La Salubridad General".
México, 1976.

SECRETARIA DE SALUD *Programa Nacional de Salud*
1990-1994. México, 1990.

SEPULVEDA, Bernardo *Problemas de la medicina en*
México. El Colegio Nacional México, 1981.

SIGERIST, Henry E. "La filosofía de la Higiene", en la
obra *Historia y sociología de la medicina* editada y
traducida por el Dr. Gustavo Molina G. Bogotá,
Colombia, 1974.

SOBERON Acevedo, G. *Hacia un sistema nacional de salud.*
Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de
los Servicios de Salud. UNAM, México, s.f.

SOBERON G., KUMATE J., LAGUNA J. (compiladores) *La*
salud en México: Testimonios 1988, Tomo II "Problemas y
programas de salud", SSA-FCE, México, 1988.

SOBERON G., MARTUSCELLI-QUINTANA J., ALVAREZ-MANILLA
J.M. "La implantación de la estrategia de atención
primaria a la salud en México", en *Salud Pública de*
México, vol. 30, No. 5, INSAP, México, sep.-oct. 1988
pp. 683-690.

SOBERON G., LANGER A., FRENK J. "Requerimientos del
paradigma de la Atención Primaria a la Salud en los
albores del siglo XXI", en *Salud Pública de México*, vol.
30, No. 6, INSAP, México, nov.-dic. 1988 pp. 791-803.

SOLIS, Leopoldo *La realidad económica mexicana:*
retrovisión y perspectivas. Siglo XXI México, 1973.

SOLIS, Leopoldo *Planes de desarrollo económico y social en México.* SEP SETENTAS, número 215 México, 1975.

VAZQUEZ Córdoba, S., et al "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el Sector Salud, 1980 y 1987", en *Salud Problema* 15, UAM, México, 1988, pp.37-48