



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

CAMPUS ARAGÓN

**“LA PROBLEMÁTICA LABORAL DE LAS PERSONAS
CON LESIÓN OSEA DISCAPACITANTE ATENDIDAS EN
EL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN 1990-
2000: TRES CASOS DE ESTUDIO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
RUBEN CESAR DE LA PAZ CUESY

ASESOR :
LIC. FLORINA GONZALEZ CAMARILLO

MÉXICO

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LA PRESENTE TESIS LA DEDICO CON AFECTO A MIS PADRES, HERMANOS, ESPOSA E HIJOS, MOTIVO DE MI ESFUERZO Y EXISTENCIA. Y A MIS MAESTROS CON RESPETO, ASÍ COMO A TODOS AQUELLOS QUE DE UNA U OTRA FORMA CONTRIBUYERON EN MI FORMACIÓN COMO PROFESIONISTA.

“QUE LA PLUMA SEA TAMBIÉN UNA ESPADA Y QUE SU FILO CORTE EL
OBSCURO MURO POR EL QUE HABRÁ DE COLARSE EL MAÑANA”

Sub. Comandante Marcos 2003.

ÍNDICE

PROLOGO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3

CAPÍTULO 1

EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD EN EL CAPITALISMO.

1.1 La Salud y la Enfermedad, su Relación con el Proceso Productivo y el Nuevo Modelo Acumulación del Capital.....	8
Trabajo, Salud y Enfermedad; 8. Nuevo Modelo de Acumulación de Capital, Antecedentes; 12. Situación Actual; 13	
1.2 El Trabajador Visto como Mercancía y el Médico como Reparador de la Fuerza de Trabajo, en el Proceso de Consumo Capitalista.....	16
La Fuerza de Trabajo como Mercancía; 16. Servicios Médicos en México, Antecedentes; 19. Sistema de Salud Actual; 22. Transnacionales Químico farmacéuticas., 24. Educación y Práctica Médica; 25.	
1.3 Lesiones accidentes y discapacidad laboral.....	27
Lesiones.; 27. Accidentes; 30. Accidentes de Trabajo; 30. Accidentes de Tránsito; 33. Accidentes del Hogar; 34. Discapacidad; 34. Antecedentes Cifras y Datos; 36. Discapacidad y Trabajo; 38. Discapacidad Física y Rehabilitación; 39.	

1.4 Trabajadores sin Seguridad Social.....	41
--	----

Trabajo Informal; 41. Actividades del Hogar,
Mujeres Trabajadoras de la Tercera Edad; 43.

1.5 Factores Socioeconómicos Determinantes en la Salud de los Trabajadores.....	46
--	----

Condiciones de Salud, Esperanza de Vida y
Mortalidad; 46. Regionalización del Daño; 47.
Mortalidad por Grupos de Edad; 48. Mortalidad por
Causas y Población Económicamente Activa; 49.
Salud en la Ciudad; 50. Recorte Presupuestal al
Gasto en Salud Pública; 51. Salario, Pobreza y Salud; 53.

CAPITULO 2

POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO DEL ESTADO BENEFACTOR AL ESTADO NEOLIBERAL

2.1 Desarrollo Estabilizador y Política Estatal de Salud Pública México de 1940 – 1982	57
---	----

Antecedentes (1850 – 1940); 54. Contexto Social (1940 –1982); 59.
la Seguridad Social , el Estado Benefactor; 61 y La Fragmentación
de la Seguridad Social; 62. Derechos Constitucionales de los
Trabajadores; 66. Secretaria de Salud; 67. Centro Nacional de
Rehabilitación; 69.

2.2 Crisis Social, Reforma Política y Proyecto Neoliberal en los Servicios de Salud Pública por Sexenios de 1982 – 2000.....	70
---	----

La Crisis y sus Consecuencias en Salud Pública de 1976 – 1982; 70
 Sexenio de Miguel de la Madrid (1982 – 1988); 72.
 Sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988 – 1994); 76.
 Sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León;(1994 – 2000); 78.
 Sexenio de Vicente Fox Quezada; (2002 – 2006); 82.

2.3 Marco Jurídico de los Servicios de Salud Pública de Prevención de Accidentes y Enfermedades Laborales, Atención Médica Traumatológica, de Rehabilitación y Asistencia Social para Los Trabajadores Discapacitados.....	84
--	----

CAPITULO 3

ENTORNO SOCIAL DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS POR LESIÓN ÓSEA

3.1 Condiciones Sociales que Ponen en Riesgo la Salud y Propician las Lesiones Óseas Causantes de Discapacidad.....	87
3.2 Características Epidemiológicas de Personas con Lesión Medular de Columna, Coxofemoral e Infección Ósea Atendidos en el Instituto Nacional de Ortopedia hoy Centro Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud.....	92
A) Lesión Medular.	94
B) Lesión Coxofemoral.	95
C) Infección Ósea Crónica.	97
3.3 Costos del Tratamiento Médico y Condición Socioeconómica De Personas con Lesión Ósea Discapacitante.....	99

A) Lesión Medular.....	99
B) Lesión Coxofemoral.....	101
C) Infección Ósea Crónica.....	104
3.4 Necesidades y Demandas de las Personas sin Seguro Social, Discapacitadas por Lesión Ósea y Asistencia Médica Real que les Ofrece el Estado	107
CONSIDERACIONES FINALES	110
FUENTES DE INFORMACIÓN	113
ANEXOS	

PROLOGO

El interés por la presente investigación surge a partir de la realización del servicio social universitario en el departamento de trabajo social del Instituto Nacional de Ortopedia, hoy Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), de la Secretaría de Salud, realizando proyectos de investigación sociomédica con la finalidad de evaluar el entorno social de patologías propias de la especialidad causantes de discapacidad, en ascenso, graves y costosas. Poco después la oportunidad de laborar en el departamento de investigación sociomédica y epidemiología en la mencionada institución me abrió la perspectiva por un lado, de contribuir como sociólogo al estudio y publicación de los conocimientos sociomédicos en la especialidad, y por el otro, que las investigaciones me sirvieran de base de datos y antecedentes para la elaboración de la tesis profesional.

La convivencia diaria con personas lesionadas resultado de un traumatismo, la aparente desocupación del sociólogo en el campo de la salud pública, la escasa información sociológica en la ortopedia, rehabilitación y traumatología médica, así como la publicación en revistas médicas de algunos estudios efectuados en el Instituto, fueron motivo suficiente para reafirmar la decisión de titularme indagando el entorno social de los padecimientos óseos, para así contribuir a la conceptualización dialéctica social de la sociología, en la descripción del proceso salud enfermedad a partir de una especialidad de la medicina, en ése sentido se vuelca prioritaria la realización de investigaciones sociológicas que con alternativas viables tengan como fin el bienestar y desarrollo social.

Cabe mencionar que la publicación de las investigaciones sociomédicas mencionadas despertaron el interés de los médicos especialistas, quienes planteaban dudas con respecto a la incidencia de los aspectos socioculturales relacionados en los padecimientos que atienden y que interfirieren en el restablecimiento de la salud de sus pacientes y varios propusieron temáticas para futuras investigaciones interdisciplinarias lo que demuestra que en las

especialidades médicas, la salud pública y la medicina social son campos donde el sociólogo tiene mucho que decir y hacer.

Los aspectos sociales de la salud en especial los laborales plantean la necesidad de realizar investigaciones sociales al servicio de la salud del pueblo trabajador que conscientizan a los pacientes y al personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc., acerca del entorno social de las personas con lesión ósea no aseguradas y de bajos recursos económicos, que acuden a los servicios de salud pública.

La tesis tiene el propósito de despertar el interés de los sociólogos para emprender investigaciones en las especialidades médicas que pongan al servicio de la salud del paciente dedicación, experiencia y ética profesional; esperando que este esfuerzo sirva como punto de partida para futuras investigaciones sociológicas de mayor impacto y trascendencia social en la salud de la población.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación parte de conceptos del materialismo histórico como "proceso productivo", "clases sociales", "mercancía", y contextualiza los aspectos sociales que rodean a los padecimientos óseos, en lo específico la problemática laboral de las personas que contraen una discapacidad resultado de una lesión relacionada con el trabajo.

A partir del resultado de tres investigaciones sociomédicas realizadas durante la década de 1990, en lo que antes era el Instituto Nacional de Ortopedia, elaboramos una muestra de estudio poblacional compuesta por 858 personas discapacitadas por lesiones óseas severas, no asegurados, de bajos recursos económicos, clasificados en casos diferenciados por su patología específica en tres grupos: 77 con lesión medular de columna, 147 con infección ósea crónica (osteomielitis) posterior a un traumatismo y 634 con lesión coxofemoral por desgaste o fractura, atendidos en una Institución pública de especialidad médica ubicada en el D. F.

En una primera etapa se revisaron los expedientes de 858 pacientes, ubicados en el archivo clínico de la mencionada institución, con el fin de obtener datos sociomédicos de su padecimiento (edad, sexo, ocupación, procedencia, causa de la lesión, clasificación socioeconómica asignada por trabajo social de la institución) y para conocer de cerca la problemática laboral y económica, así como el ambiente psicosocial en el que se desarrolla el paciente y su familia, en una segunda etapa aplicamos un cuestionario* a una cuarta parte de la población objeto de estudio.

La selección de los tres grupos de personas con casos distintos tiene como criterio fundamental, su relación con causas laborales y el impacto en el proceso productivo de quien padece este tipo de lesiones, además la gravedad del padecimiento y los altos costos del tratamiento médico.

* Anexo: Formato de Cuestionario Aplicado por Patología Específica.

Ambos padecimientos, clasificados por los médicos especialistas como severos, crónicos y discapacitantes, afectan de tajo todas las esferas de la vida social de quienes la sufren, sobre todo la lesión medular y la infección ósea crónica en personas en edad productiva; en el caso de la lesión de cadera, frecuente en adultos mayores principalmente mujeres, esta relacionada con la realización de sus actividades diarias. Incluimos a este grupo de pacientes pues consideramos que el trabajo informal, independiente y no reconocido por las leyes laborales del Estado esta ligado al proceso productivo del país, como veremos mas adelante.

A partir de lo anterior consideramos que el proceso laboral a que se dedicaban estas personas parece ser el factor más importante en el origen de estos padecimientos afectando la vida laboral y la economía familiar. La mayoría de los pacientes realizaban actividades de gran esfuerzo físico, peligroso, desgastante, y desprotegido legalmente que es al que tienen acceso las clases más pobres y la población de escasos recursos.

El estudio de los tres casos, constituye un ámbito de aproximación teórico metodológico adecuado para observar los diferentes aspectos de la problemática social en especial el aspecto laboral de los que sufren lesiones óseas graves, que carecen de seguridad social así como la atención médica que reciben por parte del Estado.

Reconocemos que analizar solamente un segmento de los trabajadores informales con lesión ósea severa atendidos en la institución mencionada plantea limitaciones explicativas en lo que se refiere a una visión más amplia (macro), de la problemática laboral del conjunto de este tipo de discapacitados, tan solo en el D. F.; sin embargo, el estudio es interesante para un primer nivel de aproximación.

En el primer capítulo se explican las características del proceso salud enfermedad, su relación con el proceso de trabajo y la economía, así como con el desgaste de las fuerzas productivas y su alta vulnerabilidad ante las enfermedades, dadas sus condiciones de vida, pobreza y desigualdad social; se presenta información que evidencia y cuestiona el papel que juegan los servicios

médicos en el capitalismo, así como las transnacionales de la medicina, de ser reparadores o restauradores de las fuerzas productivas, es decir, de la salud de los trabajadores, para seguir siendo productivos al capital, con ingresos insuficientes e inestables, en menoscabo de su humanidad y su derecho a la preservación de una vida digna y saludable, ya que es un hecho que la mayoría de las personas discapacitadas por lesión ósea viven una situación socioeconómica deprimente y angustiada, sus limitaciones les exigen esfuerzos extras para sobrevivir enfrentándose a la falta de empleo adecuado, de capacitación apropiada y de promoción laboral que les permita tener un empleo estable y solventar sus gastos lo que recrudece sus desventajas y acentúa su marginación orillando a muchos a la indigencia.

Por otra parte, el sector salud y los servicios médicos públicos en especial, resisten al borde del colapso el embate neoliberal: recortes presupuestales y, en consecuencia, un agudo desabasto y falta de recursos del sector salud hoy amenazado con privatizarlo, lo que lo volvería más caro, selectivo y menos accesible para la gente pobre del país.

Por otro lado, resulta insuficiente considerar solo los accidentes y los riesgos de la salud de las personas originados por el trabajo no reconocido en la legislación laboral, pues además la falta de servicios públicos de salud, educación, urbanización, el estrés originado por el desempleo, la disminución del ingreso y el alza al costo de la vida hacen de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo un complemento imprescindible en el estudio de los determinantes de la salud enfermedad de la población trabajadora.

El segundo capítulo, con el fin de ubicar nuestro objeto de estudio con respecto a la actual atención médica estatal que recibe una persona lesionada, describe el contexto histórico social del desarrollo de las políticas estatales en salud pública por sexenios desde 1940 hasta el 2000, es decir, el tránsito del Estado llamado benefactor al neoliberal, sus instituciones encargadas de la salud pública, limitadas por su carácter curativo, fragmentación, desabasto crónico

debido al prolongado recorte del subsidio, poniendo en entredicho los derechos constitucionales de los trabajadores como la seguridad social y el derecho a la protección de la salud. Lo anterior servirá de marco para la identificación del Instituto Nacional de Ortopedia, hoy Centro Nacional de Rehabilitación institución pública dedicada a la atención médica de pacientes no asegurados, con padecimientos del sistema neuromusculoesquelético y con servicios de cirugía ortopédica y medicina de rehabilitación.

Por último, también en este capítulo, de forma breve ya que no es parte central del estudio, se revisará el marco jurídico de los servicios de salud pública y su relación con la prevención de accidentes, de enfermedades laborales, atención médica traumatológica, de rehabilitación y de asistencia social a los discapacitados.

El tercer capítulo, se refiere al entorno social de las personas discapacitadas por la lesiones mencionadas por casos específicos y las condiciones sociales que ponen en riesgo la salud, describe sus causas socioculturales, sus características sociomédicas, Este trabajo se realizó a partir del resultado de la revisión de los 858 expedientes clínicos, y del análisis del cuestionario aplicado a solo una parte localizable de la población global objeto de estudio, debido a que la mayoría viven en zonas lejanas del Estado de México y de más Estados del país, evaluamos los costos del tratamiento, las condiciones socioeconómicas y el sentir como entes productivos de estos lesionados, así como sus necesidades, demandas y el trato médico real que les ofrece el Estado.

Concluyo destacando la necesidad de impulsar la investigación sociológica en las especialidades médicas, pues es muy escasa, así como el fortalecimiento del sector salud con más presupuesto, con una política que lo integre realmente, que acabe con sus deficiencias, malos manejos, que mejore la calidad de sus servicios y en el caso concreto que nos ocupa impulsar campañas masivas de prevención de lesiones en general, así como promover el respeto y la solidaridad social a los enfermos crónicos.

Es necesario advertir que éste trabajo de investigación representa solo un enfoque sociológico que pretende contribuir al conocimiento en un área poco explorada de un problema específico: la problemática laboral de las personas discapacitadas por una lesión.

A su capacidad transformadora social, a la organización y la lucha del pueblo trabajador por una vida digna y un mundo laboral con verdadera justicia social y al Estado mexicano, a través de sus instituciones en donde se realiza la escasa investigación social, les corresponde diseñar e implementar directrices económico-políticas y dar solución real a la problemática social de los discapacitados y a muchos problemas sociales más.

CAPÍTULO 1

EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN EL CAPITALISMO

1.1 LA SALUD Y LA ENFERMEDAD, SU RELACION CON EL PROCESO PRODUCTIVO Y EL NUEVO MODELO DE ACUMULACION DE CAPITAL

Trabajo, Salud y Enfermedad

Nuestro objeto de estudio la problemática laboral actual de las personas discapacitadas debido a una lesión ósea de índole laboral a partir de una muestra de estudio compuesta por tres casos diferentes de patología ósea, se encuentra inserto en el proceso salud enfermedad y esta determinado por el proceso productivo social. No es intención en éste trabajo describir las características específicas de los modos de producción y su relación con la salud y la enfermedad que anteceden al capitalismo, nuestro objeto de estudio se ubica en el contexto del capitalismo actual.

Analizar el trabajo o el proceso productivo social junto con la salud y la enfermedad de los trabajadores, nos permite ver que no son problemas individuales y aislados, son fenómenos sociales e históricos intrínsecamente ligados,¹ como veremos más adelante.

En comparación con los antepasados que vivían en completo atraso y desamparo social, el hombre moderno tiene más posibilidades de salvar la vida por los adelantos tecnológicos en la medicina, el diagnóstico, la terapéutica y la profiláctica, son apoyados por el aparato de rayos X, el tomógrafo, el endoscopio, el laboratorio avanzado etc.; los adelantos científicos y técnicos corresponden a determinadas necesidades históricas del desarrollo social, desafortunadamente en la sociedad actual una gran mayoría de personas trabajadoras del campo y la ciudad están marginadas de éstos servicios médicos, sobre todo los que viven lejos de los centros hospitalarios, quienes muchas veces mueren por las complicaciones de un accidente al no ser atendidos a tiempo, impactando en los

¹ Asa Cristina Laurell. *La Salud – Enfermedad Como Proceso Social*. Revista Latinoamericana de Salud, Nueva Imagen. México, 1982. Pág. 7.

más pobres, trayendo como resultado una distribución desigual del proceso salud enfermedad para cada clase.²

El proceso salud enfermedad ésta determinado por el modo en que el hombre transforma y se apropia de la naturaleza con la finalidad de producir bienes materiales para satisfacer necesidades vitales a través del proceso de trabajo utilizando instrumentos, herramientas, maquinas. La vida social esta condicionada a la capacidad que tienen las personas para trabajar, producir, consumir y crear.

Pero veamos más de cerca el trabajo humano. El proceso de producción en una sociedad reúne tres elementos, la fuerza de trabajo (F. T.) encarnada en el trabajador, los medios para producir (tierra, maquinas y herramientas), y el objeto o la materia de trabajo (materia prima), estos elementos relacionados dialécticamente expresan la actividad laboral o el trabajo humano determinado por condiciones socio históricas concretas.

En el proceso productivo los hombres se relacionan entre sí y con los medios de producción, llamándosele a éstas, "relaciones de producción", las cuales a su vez, nos hablan de las "relaciones de propiedad" de los individuos sobre los medios de producción, de esta manera se ubican y distinguen en el proceso productivo distintas clases sociales. La característica fundamental de las sociedades clasistas como la nuestra, es que están divididas entre los dueños de los medios de producción (tierra, grandes fabricas y empresas) llamados burgueses (banqueros, latifundistas, empresarios) y aquellos que solo pueden sobrevivir vendiendo su fuerza de trabajo, los trabajadores del campo y la ciudad.

Las distintas formas y relaciones de producción en la historia humana distingue diferentes modos de producción (comunidad primitiva, esclavismo, feudalismo, capitalismo) por desgracia, cuando el proceso productivo fue subordinado a un proceso de explotación y de apropiación de la riqueza social, de una clase por otra, se da la propiedad privada de los medios de producción.

² Daniel López Acuña. *La Salud Desigual en México*. Siglo XXI Editores, 5ª. Edición, 1984. Pág. 177.

Analizar el proceso salud enfermedad desde el punto de vista del proceso productivo actual, como eje del desarrollo social abre la perspectiva de entender qué es la explotación clasista del trabajo, cómo daña y desgasta prematuramente la salud de los trabajadores.³ El proceso salud enfermedad debe de ser analizado, contextualizando al individuo en la sociedad en donde vive y en concreto bajo que condiciones de seguridad labora, determinante de las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológico individual de la enfermedad.

La relación que existe entre el proceso productivo social y el proceso salud enfermedad, cuyo carácter colectivo e histórico es evidente y al mismo tiempo biológico, se da en el modo concreto de trabajo, ya que implica riesgos de lesiones laborales y sobre todo una intensa actividad neuromuscular (desgaste de energía) por las exigencias físicas y psíquicas relacionadas con posturas y movimientos durante la jornada laboral, así como con el metabolismo que tiene que ver con la alimentación y la recuperación energética de la fuerza de trabajo gastada.

El modo de producción determina las condiciones objetivas de organización social, así como la forma de producir, de vivir, de enfermarse y de morir;⁴ no son solamente el microbio, el virus, la bacteria, las causas de las enfermedades (aunque también su estudio es importante para entender mejor de qué depende la salud de la población), sino también las condiciones económicas del país relacionadas al modo de producción, que orillan al trabajador a vivir una vida precaria y vulnerable, desnutrido, hacinado, sin servicios públicos básicos de urbanización, educación y salud. Qué pasaría si el salario del trabajador alcanzara para una vida digna, entonces por muchos microorganismos que existieran la persona puede hacerles frente ya que tiene los medios biológicos y sociales necesarios.

Las enfermedades y la muerte existirán mientras exista el hombre, sea cual fuere el modo de producción, pero los problemas de salud como las

³ Mario Timio. *Clases Sociales y Enfermedad*. Editorial Nueva Imagen. México, 1979. Pág. 11-20.

⁴ Raúl Rojas Soriano. *Capitalismo y Enfermedad*. Folios Ediciones, 3ra. Edición. México, 1985. Pág. 47.

enfermedades, la esperanza de vida y las formas de morir están determinadas por la manera particular en que se trabaja y consume, transformándose conforme las necesidades sociales cambian.

El rezago social y pobreza que padecen los trabajadores en el capitalismo se explican por su explotación, sus bajos salarios, su ignorancia política, por que las actividades económicas están orientadas a la satisfacción de las necesidades de la burguesía, ajenas a los trabajadores creadores de la riqueza social.⁵

El determinante fundamental del proceso de trabajo bajo el capitalismo, es que se organiza de acuerdo a los intereses del patrón, dueño de los medios de producción, quien busca únicamente crear el máximo de plusvalía y consecuentemente de ganancia, esto es, bajo el proceso de valorización del capital, el trabajador o empleado crea plusvalía (ganancia de capital) y capital acumulable; la competencia entre capitalistas quienes buscan intensidad, control, y eficiencia de la fuerza de trabajo, revoluciona el proceso productivo, los medios de producción se renuevan y tecnifican, permitiendo mayor ganancia a los empresarios.

Diversos estudios médicos,⁶ demuestran que a mayor grado de explotación y bajos salarios de la fuerza de trabajo mayor será el número de enfermedades que padezcan los trabajadores, parte de sus enfermedades son expresión del deterioro que sufren en el proceso de trabajo reconocido o no reconocido legalmente, de las contradicciones inherentes a la distribución de la riqueza social, y de la organización capitalista del proceso productivo; siendo las causas principales del agravamiento de las enfermedades de la población.

Ya vimos como las condiciones de salud enfermedad en México están determinadas por las condiciones de vida y trabajo, y a su vez están influidas por la forma en que se ubican las clases sociales en función del proceso productivo y

⁵ Giulio Maccacaro. *Clases y Salud*. en Franco Basaglia y Otros. *La Salud de los Trabajadores, Aportes para una Política de Salud*. Editorial Nueva Imagen. México, 1978. Pág. 73.

⁶ Asa Cristina Laurell. Margarita Márquez. *El Desgaste Obrero en México, Proceso de Producción y Salud*. Colección Problemas de México. Editorial Era. México, 1983. Pág. 9-63.

fundamentalmente por el tipo de relación de propiedad sobre los medios de producción, es decir, una clase social enferma o muere de tal o cual padecimiento en menor o mayor grado, dependiendo de las relaciones de producción y propiedad, así como de la distribución de la riqueza social. La distribución de la enfermedad y la muerte es desigual entre una clase y otra, los pobres se enferman mucho más y mueren prematuramente en comparación con la clase burguesa, quienes con su dinero tienen más posibilidades de aliviarse y controlar sus padecimientos.⁷ Por eso el problema de alcanzar la salud es un problema social.

Nuevo Modelo de Acumulación de Capital

Antecedentes (1940-1970)

A partir de la década de 1940, con el "taylorismo y el fordismo" el capitalismo mundial revoluciona el proceso productivo, delinea nuevas formas de consumo de la fuerza de trabajo, a partir de la intensificación y distribución de tareas.

Las bases sobre las que descansa el capitalismo demandan cada vez mayor control sobre la producción; en el proceso laboral el orden y la vigilancia son elementos fundamentales para lograr la eficiencia productiva.

Al taylorismo se le define como una tecnología particular de control de trabajo asalariado; es también una estrategia económica de conjunto para el capital, este sistema de organización capitalista redundante en un considerable aumento de la tasa de explotación. Es importante resaltar también el reporte de altas tasas de accidentabilidad laboral en éste periodo. Después el fordismo transformó las normas de extracción de plusvalía establecidas por el taylorismo, con la eliminación de tiempos muertos o desperdiciados, la parcelación laboral y la organización del trabajo lineal llevada al límite.⁸ La cadena o línea de montaje

⁷ Eduardo L. Menéndez. *¿Explotación de la Salud o Explotación de la Enfermedad en las Formaciones Capitalistas?* (Prologo) en H. B., Waitzkin, B. Waterman. *La Explotación de la Enfermedad en la Sociedad Capitalista*. Editorial Nueva Imagen. México, 1984. Pág. 9-22.

⁸ B. Coriat. *El Taller y el Cronometro*. Siglo XXI. Edición 1989. Pág. 10-20.

permite un incremento del rendimiento del trabajo, acelerando el ciclo del capital productivo sin precedentes y la producción “a gran escala” para un consumo masivo y amplios mercados.

Situación Actual (1970-2000)

A partir de la década de 1970, debido en parte al desarrollo tecnológico, ésta forma de organización capitalista del trabajo llega a su límite en nuestro país, generándose a la vez una mayor capacidad de lucha de los trabajadores y sus reivindicaciones, dando lugar a la crisis del capitalismo dentro de un marco económico de inflación y crecimiento de la deuda externa, dando paso a un “nuevo programa de ajuste presupuestal o nuevo modelo de acumulación de capital”.⁹ Las características de la organización laboral en el capitalismo y la forma de extracción de plusvalía definen el modo de consumo y reproducción de la fuerza de trabajo.

Para superar la crisis capitalista o las dificultades estructurales de la acumulación de capital, se le da importancia a una nueva división internacional del trabajo, se fracciona el ciclo productivo, la gran industria se desconcentra dispersándose ciertas secciones de la producción en pequeñas industrias y talleres, que siguen estando bajo su dependencia, fenómeno denominado “fábrica o mercado difuso” o “producción en red” y constituye un elemento fundamental de la llamada “flexibilidad productiva o maquila”.¹⁰

El nuevo modelo de acumulación de capital requiere de la flexibilidad de la organización del trabajo, de innovaciones tecnológicas, lo que implica mayor automatización y complejidad, y por lo tanto mayores riesgos para la salud de los trabajadores. Las normas productivas nuevas se basan en el aumento de la intensificación del trabajo, la reducción de tiempos de transferencia y de las pérdidas de encadenamiento, reagrupación de tareas, supresión de puestos. Al

⁹ E. Gutiérrez. (*Introducción*) en E. Garza. *Testimonios de la Crisis, Reestructuración Productiva y Clase Obrera*. Siglo XXI Editores. México, 1985.

¹⁰ A. Sotelo. *Nuevo Patrón de Acumulación de Capital en México*. en E. Garza. *Testimonio de la Crisis*. *Ibid.* Pág. 73-80.

respecto, los especialistas de las enfermedades del trabajo, poco hablan de las enfermedades que tienen que ver con el ritmo e intensidad laboral.

El capital para superar la crisis busca imponer una legislación que permita la generalización de condiciones de trabajo precarias, se da una depreciación del valor de la fuerza de trabajo, evidenciada con la marginación salarial, el desempleo, el debilitamiento de los sindicatos y desmantelamiento de los contratos colectivos.

La recomposición de la fuerza productiva implica el empleo intensivo de jóvenes en la producción por su aguante, movilidad, adaptación y bajo nivel político; bajo la misma lógica se explica el aumento de la incorporación de las mujeres. Así tenemos una fuerza de trabajo desorganizada cuya manutención y reproducción sólo son cubiertas en pequeña parte por quien la consume. Las condiciones de desgaste físico y mental con la producción rebasan con mucho la restitución brindada por el salario.

Dentro de las mutaciones sociales más importantes del nuevo modelo de acumulación se encuentra el cambio del carácter del Estado. El llamado Estado de bienestar, con una fuerte participación en la economía, legitimado a partir de una política social mediante un gasto social elevado, es reemplazado por el Estado neoliberal, que en los países subdesarrollados tiene como una de sus principales características, la disminución del salario directo e indirecto a través de la reducción de prestaciones como la seguridad social.¹¹

En el nuevo modelo de reproducción de capital, la política del Estado mexicano privilegia aún más al mercado externo sobre el interno, da entrada irrestricta a los capitales extranjeros y debido a la dependencia económica y tecnológica se propicia el alza de la deuda externa. Los costos sociales de ésta política económica han sido muy elevados pues han colocado en situaciones de pobreza

¹¹ Angelina Gutiérrez Arriola. *México Dentro de las Reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina*. Serie Economía y Demografía. Instituto de Investigaciones Económicas UNAM. Siglo XXI Editores. México, 2002. Pág. 12.

extrema a amplios sectores de la población con el consiguiente deterioro de sus niveles de salud.

Ya vimos como los resultados de la reestructuración económica han sido: cierre de empresas y pérdida de empleos, flexibilización de la mano de obra, privatización de las empresas paraestatales, también la expresión social del nuevo patrón de acumulación se puede observar a través de la disminución del poder adquisitivo salarial debido a la política de austeridad y en general a través de un deterioro profundo de las condiciones de vida y trabajo de la población.

En suma se conforma una forma más sofisticada del consumo de la fuerza de trabajo debido a la automatización y a la tecnología en condiciones de estricta subsistencia por los bajos salarios y prestaciones.

1.2 EL TRABAJADOR VISTO COMO MERCANCÍA Y EL MÉDICO COMO REPARADOR DE LA FUERZA DE TRABAJO, EN EL PROCESO DE CONSUMO CAPITALISTA

La Fuerza de Trabajo como Mercancía.

En la sociedad capitalista todo es mercancía, los alimentos, la habitación, el esparcimiento, la F. T. del obrero, la enfermedad como objeto de lucro y la salud como privilegio también son mercancía.¹² La F. T. como mercancía tiene su valor de uso y su valor de cambio; El valor de uso se expresa en el proceso de producción de mercancía, en el momento en que el trabajador la utiliza y gasta. El valor de cambio, es el precio (salario) que el capitalista paga por ella.

En el proceso de producción social lo que se consume es la F. T. y con ello la vida del trabajador, además los objetos, así como la carga de trabajo pueden causar accidentes, sino se realiza en las condiciones ambientales y el equipo necesario y adecuado.

Lo que uno esperaría, es que con el valor de cambio (salario) de la F. T., el trabajador pudiera restaurar el desgaste de su cuerpo con alimentos nutritivos, y esparcimiento adecuado, pero la lógica capitalista es otra, ya que el salario cubre una parte mínima del valor de la F. T. comprada y no las necesidades que como ser humano pueda requerir. Un trabajador explotado, y mal pagado es un trabajador gravemente depauperado en sus funciones biológicas y psíquicas, si a esto le sumamos los problemas que a diario enfrenta cada uno de ellos debido a carencias de todo tipo, se corre el riesgo de dar como resultado somnolencia, agotamiento, distracción, torpeza, tensión, envejecimiento prematuro, relacionados con accidentes y enfermedades laborales.¹³

¹² Alfredo Tecla y Cols. *Enfermedad y Clase Obrera*. Secretaría Académica, Dirección de Graduados e Investigación. Escuela de Enfermería y Obstetricia. I. P. N. México, 1982. Pág. 12-25

¹³ R. Rojas Soriano. *Capitalismo y Enfermedad*. Folios Ediciones 1985. Pág. 59-60.

Las necesidades y las prácticas de consumo vinculados con el desarrollo productivo capitalista, constituye un modo de vida en estrecha relación entre producción, consumo y necesidades sociales que se modifican constantemente.

El capitalismo, para garantizar la producción de plusvalía, requiere que la F. T. se reproduzca; el consumo de la misma implica su reposición, mantenimiento y reconstitución. Para lograr éste objetivo se requiere, por un lado, de un ejército industrial de reserva (desempleados), cuyo papel es el de abaratarla y la posibilidad de sustituirla en forma inmediata cuando esta no sirva, este gastada y deteriorada, y por otro lado, de una red de servicios médicos que la mantengan en óptimas condiciones de salud.

En nuestro país la participación del trabajador en la esfera del consumo está limitada y determinada por un salario menor al valor de su fuerza de trabajo gastada, y que teóricamente debería corresponder al valor socialmente necesario que se requiere para producir la suma de bienes de consumo que el obrero y su familia necesitan para su sobre vivencia y reproducción (vestido, educación, servicios médicos, transporte etc.)

Bajo el capitalismo no se produce para satisfacer las necesidades sociales, si no para la acumulación capitalista y el mantenimiento del poder del capital sobre el trabajo. No son las necesidades de las clases trabajadoras las que determinan que es lo que se produce y en que cantidades, sino las necesidades del capital.¹⁴

Las desigualdades económicas y sociales se reflejan también en la distribución de los servicios médicos, tan solo en Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, entidades con alto grado de marginación viven 19.6 millones de personas muchos de ellos en localidades pequeñas, aisladas, dispersas y desprovistas de servicios de salud, esto es casi el 21% de la población nacional.¹⁵ Ya vimos como el capitalista solo se “preocupa” por mantener en buenas condiciones de salud a

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Consejo Nacional de Población (CONAPO) *Índices de Marginación 2000*. Colección Índices Sociodemográficos. Año 2001.

los trabajadores en activo y en garantizar las condiciones mínimas para su reproducción.

En la medida que crece el desempleo, y baja la tasa salarial empeoran las condiciones de vida de las familias proletarias, su acceso a la esfera de consumo se restringe.

El grupo de obreros peor pagados se enfrenta no sólo al empeoramiento de sus condiciones de vida, sino a una constante degradación de su calidad de vida, que incluye las condiciones y las formas de ésta, es decir, los valores, las normas, y el desarrollo de la conciencia social.

Miseria, desempleo, bajos salarios, prostitución, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, enajenación, violencia, desintegración familiar, evidencian la degradación moral del capitalismo que amenaza constantemente al trabajador, además están relacionados con causas de diversas enfermedades como el cáncer, la cirrosis, la neurosis, el estrés y la depresión, las cardiopatías, el sida, desnutrición crónica etc.

También la calidad de vida en el capitalismo incluye la forma y el grado de explotación de la naturaleza que se registra como contaminación ambiental y desequilibrio ecológico, así como a las tensiones, fatigas y enfermedades que surgen de las aglomeraciones, afectando a la sociedad en su conjunto.

Históricamente la clase obrera se ha visto obligada a vivir en los límites de la sobre vivencia en aras del capitalista. Es una contradicción que el obrero con su trabajo pone al alcance de varios sectores una gran masa de productos (mercancía) y servicios, los cuales están restringidos para él, por su bajo poder adquisitivo.

El desarrollo de las relaciones capitalistas de producción transforma el cuadro de las necesidades sociales; en las sociedades capitalistas los medios de publicidad influyen en la ideología de las clases y en las pautas de consumo

provocando necesidades inducidas, a través de la manipulación del consumidor; las familias de los trabajadores consumen productos de bajo valor nutritivo y muchas de las veces nocivos para la salud, contrarios a sus intereses de clase,¹⁶ que afectan la capacidad productiva y sus condiciones de reproducción. También las enfermedades se encuentran influidas de diversas maneras por la estructura del consumo; la estructura de consumo es la oferta de mercancía que incluye tipos, calidad, cantidad y precio de los productos.

Es significativo el número de factores que intervienen en las condiciones de vida de la clase trabajadora, que propician enfermedades y que culminan con la muerte.¹⁷

El proceso de producción y el proceso de consumo, sí bien constituyen momentos de una misma totalidad, observan una dinámica propia, por ejemplo: En tanto consumidores, el obrero y el capitalista aparecen en términos de igualdad, las relaciones de explotación quedan ocultas por el velo del consumo.

Servicios Médicos en México.

Antecedentes Históricos.

Antes de abordar las características generales del que hacer médico en el capitalismo y en México en lo específico, describiremos brevemente algunos aportes de la medicina precapitalista al conocimiento y la práctica de la medicina actual.

En las sociedades antiguas como las comunidades primitivas la enfermedad era vista como un mal de fuerza sobrenatural, castigo de dioses y atendida por curanderos que para aliviar males utilizaban hierbas, minerales y animales con propiedades medicinales a través de brebajes, humos, cataplasmas y entablillado en caso de fractura, etc. En el esclavismo, el desarrollo de la medicina natural

¹⁶ Alfredo Tecla. *Ibid.* Pág. 35.

¹⁷ Silvia Tamez. *Reconversión Industrial y Salud de los Trabajadores, Los Accidentes de Trabajo* (tesis) C. Biológicas UAM. Xochimilco, 1990. Pág. 20-24

alcanzo un enfoque racionalista empírico en la sociedad clasista, encontramos al curandero al servicio de la clase en el poder es decir, el Estado controla la práctica médica, con el tiempo se amplió el conocimiento de la medicina natural, grandes civilizaciones lograron conocimientos de anestesia y cirugía.

En el caso de México la experiencia de la medicina indígena de las culturas prehispánicas fue plasmada en códices herbolarios, los cuales fueron destruidos por los españoles durante la conquista; no obstante en la actualidad sabemos que los medicamentos de patente están elaborados con los principios activos de diversas plantas y en su industrialización países asiáticos y europeos nos llevan muchos años de ventaja.

La medicina natural como la herbolaria forma parte de una clasificación más amplia llamada medicina alterna donde encontramos la homeopatía, la acupuntura, la quiropráctica, la naturopatía, la psicoterapia.

La práctica médica estatal ligada al desarrollo de la producción capitalista, se perfilaba como un negocio, discriminaba a los menesterosos e incurables y era exclusiva de gente adinerada; el surgimiento y desarrollo de la medicina social (1840) con un enfoque colectivo y clasista de la enfermedad, la lucha de los trabajadores por mejores condiciones de trabajo y de vida, y la necesidad de garantizar productividad y ganancia manteniendo al obrero "saludable", obligaron al Estado liberal capitalista a reconocer el derecho a la salud y la atención médica de los trabajadores y sus familias como parte de las leyes sociales; a finales del siglo XVIII, el alemán Otto Von Bismark formuló las bases de lo que serían los sistemas de seguridad social en el mundo, el seguro por enfermedad, por accidente laboral y por invalidez y vejez, medida que benefician al empresario, al reducir las tasas de mortalidad garantizaban mano de obra eficiente y "saludable", de ahí en adelante la práctica médica en el capitalismo se organizó con la intervención estatal,¹⁸ sin dejar de privilegiar a la medicina privada, restringiéndose además la beneficencia y la salud pública por más de dos décadas.

¹⁸ Raúl Rojas Soriano. *Capitalismo y Enfermedad*. *Ibíd.* Pág. 78.

En el caso concreto de México la atención médica estatal siguió un proceso semejante. De la colonia con características caritativas y filantrópicas pasó a la época de la reforma como beneficencia pública curativa, restringida y en la etapa posrevolucionaria aparece como asistencia social del Estado con carácter preventivo.

Las fuerzas productivas bajo el capitalismo desarrollaron y profundizaron el que hacer médico, se perfeccionaron aparatos e instrumentos médicos, surgieron las especialidades, anatomía, bacteriología, fisiología etc. predominando desde sus inicios por interés del Estado, la concepción biológica y ecológica en torno a la enfermedad, sin penetrar en las contradicciones sociales.

En teoría, la doctrina estatal de la seguridad social es contribuir a través de un beneficio social al mejoramiento de la salud de los derechohabientes, pero en realidad es participar en el "mantenimiento" y "reparación" de la F. T. de los obreros y sus familias, consolidar el sistema capitalista al proporcionar una mano de obra en condiciones aceptables de salud para ser de nuevo explotada por el capital.

Al obrero le ésta negado concebir la salud como un derecho del ser humano obligándolo a comprar ese derecho con la venta de su F. T., en realidad es él quien paga las prestaciones médicas y sociales de la seguridad social para reestablecer su salud, pues las cuotas que paga el patrón es parte de la plusvalía que obtiene al apropiarse del valor del trabajo no remunerado.¹⁹

Como podemos ver, la atención médica se encuentra asociada históricamente a proyectos productivos de sometimiento.

¹⁹ Alfredo Tecla. *Ibid.*. Pág. 34-40.

Sistemas de Salud Actual.

La salud de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, es el Estado de bienestar biopsicosocial completo y satisfactorio de un individuo y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que en México ésta lejos de alcanzarse. Los servicios de salud en nuestro país están diferenciados, son discriminatorios y clasistas, ya vimos con anterioridad como millones de pobres están marginados de ellos, principalmente los doce millones de indígenas, sin contar los marginados de las grandes ciudades quienes en su mayoría carecen de acceso regular a los sistemas formales de salud.

Se dividen en tres principales sectores:

- 1) El privado, para beneficio de la burguesía, quien además de poseer la mejor tecnología médica de punta, se mantiene intocado, en sus hospitales se práctica la cirugía estética “de lujo”, se restira el cutis, se arreglan narices, se quitan kilos de grasa y se gastan miles de pesos en partos normales, se habla incluso de prácticas de abortos clandestinos.
- 2) El de la seguridad social otorgado a empleados federales y sus familias (ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMA, y sus Filiales Estatales) y a una parte de los trabajadores de empresas particulares (IMSS), en sus hospitales, el paciente tiene que hacer largas filas de espera, en ocasiones recibir malos tratos, y enfrentarse al desabasto de medicamentos.
- 3) Para los marginados de la seguridad social como subempleados o desempleados esta la Secretaria de Salud, el DIF, IMSS Solidaridad y otras instituciones estatales de atención médica pública, quienes les ofrecen servicios por los que deben de pagar “cuotas de

recuperación”, donar sangre y comprar sus propios medicamentos y material de curación.

Veámoslo con estadísticas aproximativas actuales según la INEGI y CONAPO relacionadas con la distribución de los servicios de salud y los trabajadores, sin embargo, queremos advertir que la variación de las estadísticas oficiales no ofrece seguridad en los análisis.

De una población total de 104.8 millones de habitantes se encuentran ocupados (PEA) 41.4 millones, de estos no reciben ingresos 3.8 millones; al mismo tiempo se registraron 55.1 millón de personas no derechohabientes de éstos solo 16 millones están ocupados, son asalariados sin prestaciones.

Con respecto a los derechohabientes tenemos un total de 49.2 millones, de éstos 15.3 millones son los trabajadores contribuyentes o cotizantes por algún subsistema de seguridad social, en ese sentido, tenemos 10.4 millones por el IMSS, 2.2 por el ISSSTE y 2.2 por PEMEX, DEFENSA, MARINA, si nos sujetamos a éstas cifras, imaginémonos la falta de cobertura médica en la actualidad, si en 1990 la SSA estimo haber dado cobertura a 24 millones, estimando 15 millones de personas más sin cobertura con dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud. En 1994 la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) admitió que en México 30 millones de personas se encuentran marginadas de los servicios médicos del sector salud, también se informa que solo un 5% de la población asistieron al sector privado, registrándose 1.5 millones de egresos de hospitales privados en el año 2000.

El sistema de libre competencia es el responsable de la división y desorganización del sector salud, en buena parte la creación de instituciones de salud separadas, es resultado de las necesidades de reproducción del capital extranjero y legitimación estatal que aseguran el poder de la clase dominante.²⁰

²⁰ Víctor M. Soria. *Estructura y Comportamiento de la Industria Química Farmacéutica en México*. Cuadernos Universitarios No. 6, UAM. Iztapalapa, 1984. Pág. 13-145.

En la sociedad actual la moral médica con premisas universales de humanidad, gratuidad y dedicación al beneficio público, es pulverizada por la producción y el consumo capitalista, la mayoría de los profesionales de la medicina y la industria farmacéutica carecen de sentido social, anteponen sus intereses de lucro; se habla de la deshumanización de la medicina por su comercialización tan exagerada y sus altos costos.

El sistema de salud hospitalario estatal indiferente e individualizado ha sido en esencia asistencialista, curativo, burocratizado, con recursos médicos mal administrados y concentrado en zonas urbanas, quedando desprotegidas de infraestructura hospitalaria especializada sobre todo las zonas rurales lejanas, además la ampliación de los servicios y la tecnología médica no han implicado el mejoramiento cualitativo de la atención médica para el pueblo trabajador, siguen persistiendo enfermedades de la pobreza, los pobres de la ciudad y el campo, marginados, subempleados y desempleados conviven con el dolor cotidianamente; con respecto a la medicina curativa queremos subrayar que siempre va a estar detrás de la enfermedad, así mismo la esperanza de vida esta más relacionada con las intervenciones de salud pública preventiva.

Las instituciones de salud en nuestro país están lejos de una real y efectiva coordinación integral que permita elevar la calidad de los servicios curativos, preventivos y de rehabilitación, evitando dispendios innecesarios.

Trasnacionales Químico farmacéuticas.

A partir de 1950 se acentúa el comercio internacional farmacéutico controlado por los países desarrollados quienes acaparan el 90% de las exportaciones y cerca del 60% de las importaciones, con excepción del periodo 34-40 la entrada de inversiones extranjeras ha tenido facilidades, franquicias, créditos y subsidios por parte del Estado.²¹

²¹ Ibid.

Las trasnacionales químico farmacéuticas forman parte del sector médico privado, concentran ingresos, riqueza y poder político, tienen un peso aplastante en el contexto nacional, privilegia los intereses estratégicos y oligopólicos norteamericanos, de inversión, producción y distribución de enseres médicos, con un objetivo mercantil por delante, no les interesa la salud de los trabajadores, supeditan las necesidades sociales por el incremento de sus ganancias, los elevados precios de sus patentes lo confirman.

La industria médica trasnacional de laboratorio, medicamentos e instrumentos etc. tienen en sus manos al médico, le imponen patrones de conducta y de consumo bajo una medicina hegemónica y reproductora de la dominación y la desigualdad clasista.

El consumismo en la medicina está determinado por el desarrollo tecnológico médico trasnacional, en épocas de crisis el índice de precios de nuevos medicamentos y nuevas formas de presentación de un genérico, aumentan más que el de otros productos,²² ya que las sales para su elaboración se pagan en dólares.

El Estado ha sido incapaz de promover una industria farmacéutica nacional, la cual es necesario desarrollar con el fin de restringir la dependencia de las compañías trasnacionales.

Educación y Práctica Médica.

Con relación a las escuelas de medicina, debido a la política estatal de recorte al subsidio público y social y no obstante que hacen falta médicos en las zonas rurales,²³ en muchas se ha restringido el acceso a sus aulas. Una característica del sistema escolar superior oficial es la deserción, se da mucho en las facultades, por problemas económicos y la necesidad de trabajar para subsistir; al

²² R. Molina Salazar. *Precios y Diferenciación de Productos en la Industria Farmacéutica Mexicana*. Teoría y Práctica, Economía, No. 13 UAM. Xochimilco. 1989. Pág. 24-36.

²³ Beatriz Reyes Nevares. *De Médicos*. Testimonios del Fondo de Cultura Económica. México, 1974. Pág. 11-16.

concluir los estudios, muchos médicos buscan la forma de incrementar sus ingresos lucrando, se han descubierto casos de médicos que sin la ética más elemental, prolongan tratamientos para obtener mayores ganancias, a muchos se les acusa de frialdad y despotismo.²⁴ Son pocos los médicos honestos entregados a la salud del pueblo trabajador que se interesan por su contexto social determinante de muchas enfermedades.

²⁴ Manuel Velasco Suárez. *Hay Grave Relajación Moral en los Doctores Jóvenes, Quejas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. en Excélsior, Viernes 1º. de Agosto, 1997.

1.3 LESIONES, ACCIDENTES Y DISCAPACIDAD LABORAL

LESIONES

Para efecto del análisis en este trabajo entenderemos por lesión ósea discapacitante a las fracturas, traumatismos y enfermedades relacionadas con el trabajo, como el desgaste óseo articular (coxartrosis) asociado a la sobrecarga e intensidad laboral, a la aparición de la menopausia y ha condiciones de vida como desnutrición, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo determinantes en la salud de la población; la infección ósea (osteomielitis), la lesión medular de columna, la coxofemoral, objeto de ésta investigación, son resultado de accidentes e incidentes violentos (heridas con arma de fuego, blanca, etc.) y enfermedades relacionadas con el trabajo y con las condiciones de vida de los trabajadores en el capitalismo.

Los programas oficiales no hacen distinción entre las verdaderas causas que las originan, no obstante son causa importante de discapacidad permanente, desequilibrio emocional, incapacidad temporal, morbilidad aguda y muerte en personas de cualquier edad, afectando sobre todo a hombres jóvenes y mujeres de la tercera edad, se clasifican en dos tipos: intencionales o accidentales ambas de carácter fortuito. Aún con sus deficiencias de clasificación, definición y seguimiento epidemiológico, el análisis descriptivo de la morbilidad por lesiones accidentales e intencionales se basa en los informes del sector de la salud pública, por lo tanto existe un subregistro debido a la falta de acceso a la información de la atención médica privada.²⁵

En la actualidad se señala un incremento de las lesiones en todo el mundo, se encuentran dentro de las enfermedades crónico degenerativas y la mayoría de ellas se pudo haber prevenido; debido a la violencia y los accidentes han tenido un efecto visible en la salud y la calidad de vida de las personas, pueden

²⁵ Héctor Gómez Dantes. *Lesiones una Realidad Accidentada, Los Retos de la Transición*. en Jaime Sepúlveda Amor (coord.) Cuadernos de Salud, Secretaría de Salud (S.S.A.) 1994. Pág. 13-17.

considerarse como padecimientos generalmente agudos, de rápida evolución y desenlace, sus secuelas pueden ser imperceptibles o severas y el dolor casi siempre las acompaña.²⁶

Las lesiones como las que nos ocupan sin ser necesariamente mortales producen una vida menos saludable, son padecimientos de larga duración, demandan una gran cantidad de servicios médicos y por lo tanto de gastos.

En México no existe ningún estudio y se carece de información oficial que indique con precisión que proporción de la discapacidad se debe a lesiones y de que tipo, cual es su consecuencia social, no obstante es imposible ignorar por ejemplo el impacto económico familiar que genera la muerte por accidente laboral, y (o) la incapacidad laboral y física para el resto de su vida de un jefe de familia.

La medicina institucional no hace diferencias entre las lesiones accidentales (o no intencionales) y las violencias (o lesiones intencionales) según éste enfoque además podría parecer que los accidentes o incidentes laborales jamás van acompañados de violencia,²⁷ tal es el caso de los accidentes de tránsito o el de los trabajadores que son agredidos en la vía pública.

En el caso de las lesiones por violencia y su dimensión social, como causa de muerte, lesión grave y discapacidad, no se le da la importancia debida, son escasos los programas y el presupuesto estatal para su prevención.

La violencia como un hecho esencialmente social, histórico y cultural es la forma más directa y severa del abuso del poder físico, y es utilizada por individuos, grupos o gobiernos. Mientras la violencia no tenga un "orden lógico de causalidad" y la posibilidad de ser contrarrestada si se combate al factor de riesgo o agente patógeno, el fenómeno de la violencia prevalecerá como algo inevitable.²⁸

²⁶ Ibid. Pág. 18-20.

²⁷ Ibid..

²⁸ Ibid.

Los factores condicionantes de la violencia son propios de la actividad humana, tienen la posibilidad de corregirse por ejemplo la desigualdad creciente, la pobreza, el desempleo, la excesiva concentración de la riqueza social en unos cuantos; la práctica médica oficial considera a la violencia y a los accidentes con cierta neutralidad moral, individualizándolos, descontextualizando los problemas colectivos y despolitizando los comportamientos y las conductas mediante las transferencias de responsabilidades.²⁹

Volviendo a las lesiones, en 1988 la encuesta nacional de salud reportó una prevalencia de 1.4 por cada 100,000 habitantes, con predominio en el género masculino (2.0) y todavía mayor en los hombres entre 25 y 31 años (3.3), a diferencia de las mujeres, cuya prevalencia fue de 0.9 lesiones por cada 100,000 siendo más afectado el grupo de mayores de 65 años, las lesiones más frecuentes fueron las cortaduras, traumatismos, y las fracturas, según el lugar de ocurrencia el 39% ocurrieron en la vía pública el 26% en el hogar y el 20% en el lugar de trabajo, el 31% dejaron algún tipo de discapacidad.

Investigadores de la salud pública,³⁰ diseñaron un indicador evaluativo de daños a la salud y el peso global de la enfermedad en México, llamado (AVIS) años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad, este reporto que en 1991 la magnitud de daños a la salud alcanzó un total de 12.8 millones de avis perdidos, de los cuales el 58% se debió a muerte prematura y el 42% a discapacidad. Las lesiones accidentales ocuparon el primer sitio como causa de avis perdidos, en cuanto a la distribución por sexo se confirma el hecho de que los hombres se exponen aún más a los riesgos presentes tanto en las actividades productivas como en el trayecto al sitio de trabajo y los que resultan de la violencia urbana.

²⁹ S. Franco. *Violencia, Derechos Humanos y Salud*. en Seminario Salud y Derechos Humanos, (Memoria), Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). México, 1991. Pág. 13-74.

³⁰ Rafael Lozano, Julio Frenk y Otros. *El Peso de la Enfermedad en México: Un Doble Reto*. Fundación Mexicana para la Salud, (Serie Economía y Salud) Documentos para el Análisis y la Convergencia. México, 1994. Pág. 10-25

En 1992, el 39% de las muertes por lesiones accidentales ocurrieron en personas sin escolaridad o con estudios truncos de primaria, si incorporamos a los que terminaron la primaria el porcentaje asciende a 60%, encontrando que las lesiones también forman parte de las enfermedades asociadas con la ignorancia.

En el caso de la lesión medular en 1995 se estimaron 180 nuevos casos en el D. F. y casi 1,000 en todo el país.³¹

ACCIDENTES

Como ya lo mencionamos nuestro objeto de estudio tiene que ver con diversos tipos de accidentes relacionados con el trabajo desprotegido e informal que trae como consecuencia traumatismos o fracturas que afectan o dañan la estructura ósea y produce discapacidad física, entre los más sobresalientes se encuentran los accidentes automovilísticos de los trabajadores del volante, los accidentes en el hogar por caídas o golpes al realizar las variadas actividades del mismo, los accidentes en el sitio de trabajo o en la vía pública durante el trayecto al mismo.

Consideramos como accidente todo suceso casual e imprevisto, agudo, que produzca una o más lesiones y en el cual la no-intencionalidad es la principal característica independiente que curse o no con violencia.

ACCIDENTES DE TRABAJO

Al Estado y a los empresarios, les interesa disminuir las altas tasas de accidentes pero una somera revisión teórica permite constatar que son pocos los estudios al respecto; el IMSS tiene una serie histórica, desde 1944 sobre accidentes y enfermedades del trabajo de los trabajadores asegurados; sin embargo, la información describe los efectos posteriores a la ocurrencia del

³¹ *Las Lesiones en la Médula Espinal y los Aportes de una Investigación.* en Suplemento, Investigación y Desarrollo, La Jornada, 24 de Septiembre de 1996

accidente;³² además no aparece ningún registro de daños por accidente o enfermedad profesional de los trabajadores sin seguridad social.

La información disponible no permite un análisis a fondo de lo que sucede en relación con las condiciones de trabajo, el tipo de ocupación, el número de trabajadores accidentados o expuestos a alto riesgo no asegurados, la cantidad de accidentes laborales que dejaron discapacidad, sin embargo fuimos minuciosos en la búsqueda de información que nos demostrara la grave magnitud del problema en ascenso, por ejemplo de 1979 - 1986 se observó una ligera disminución en comparación a años anteriores, al respecto algunos funcionarios del sector oficial afirman que se debe a un mejoramiento de las condiciones de trabajo, sin embargo también se puede deber al cambio en el tratamiento estadístico de datos, y a cambios en la política laboral orientada a otorgar menos incapacidades.

Al aumento de accidentes laborales y a su riesgo se les asocia con el desarrollo y la diversificación industrial, con la constante urbanización por la migración de la fuerza productiva del campo a los centros industriales. Un riesgo potencial para la salud del trabajador lo representan las condiciones generales de trabajo y es característica que en el proceso productivo capitalista, un buen de trabajadores laboran sin seguridad social, en lugares desprotegidos con instalaciones mal diseñadas, con maquinaria e instrumentos anticuados y defectuosos, falta de recursos para su mantenimiento y medidas de seguridad adecuadas, predomina la falta de capacitación laboral y se toleran cargas de trabajo que favorecen el descuido, el cansancio, la equivocación y con ello el riesgo de sufrir un accidente; En 1982, el sector salud reportó que la primera causa de incapacidad médica se debió al riesgo laboral.³³

³² Omar Garfías Rojas. *Factores que Intervienen en la Génesis de los Accidentes de Trabajo*. Pág. 115; en Adolfo Bohórquez López (coord.), *Salud en el Trabajo*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (CISS) Serie Estudios 46, Secretaría General. México, 1999. Pág. 9-433.

³³ A. Nantel. *Peligros en el Trabajo*. Salud Mundial Vol. 46, No. 5. México, 1993. Pág. 21-23.

En 1991, se reportaron 526 mil casos de riesgos laborales que ameritaron atención médica, los más severos se dieron en el área rural sobretodo en el trayecto al lugar de trabajo y en 1992 en el anuario estadístico de riesgos de trabajo del sector salud de 1983 a 1992 informo que la incidencia de accidentes laborales fue de 45 por cada 1,000 trabajadores expuestos, el 33% se encontró en la industria manufacturera. El 39% se debió a la torpeza de algunos manejos y a deficiencias al asegurar o prevenir, el 10% por adoptar posiciones inseguras y el 3% por no usar el equipo de protección disponible.³⁴ Considerando que si a las estadísticas oficiales sea cual fuera la fuente (INEGI, CONAPO, SSA, IMSS, etc.) le aumentáramos los accidentes relacionados con el trabajo no registrados o reportados por ningún medio, la situación se tornara preocupante.

Las entidades federativas con mayor riesgo de trabajo son las más industrializadas y económicamente desarrolladas, encontrándose en primer lugar con 125,430 casos en el D. F. y le sigue el Edo. de México con 62,459 (10%) en estos casos se concentra el 40% de los casos ocurridos en todo el país.

Las estadísticas oficiales existentes en torno al desarrollo de los accidentes de trabajo y sus consecuencias de invalidez y muerte muestran un aumento en las últimas cinco décadas, reflejando el crecimiento del empleo desprotegido, carencias en medidas de protección laboral, un empeoramiento en las condiciones generales de trabajo, siendo evidente que los trabajos menos calificados están expuestos a mayores riesgos, los accidentes laborales afectan sobre todo a la población activa repercutiendo en la economía familiar de quien lo sufre ante el riesgo de múltiples gastos médicos, desempleo y desintegración familiar.³⁵

En 1998, la Secretaria del Trabajo y Prevención Social (STPS) reportó un aumento en el índice y la gravedad de los accidentes laborales, de 29.9% decesos por cada 10 mil percances en 1994, paso a 32.4% a finales de 1997, además

³⁴ Héctor D. *Lesiones una Realidad Accidentada*. Ibid. Pág. 40.

³⁵ *Aumenta el Índice y la Gravedad de Accidentes en Centros Laborales*. Informe de la STPS. en Excelsior, 31 de Agosto de 1998. Pág. 4.

reconoció que 13 millones de trabajadores se encuentran en riesgo de sufrir un accidente, sobre todo en los centros manufactureros del D. F. y el Edo. de México.

El Estado a implementado una serie de medidas por desgracia transitorias e incompletas en torno a la vigilancia y control epidemiológico de lesiones accidentales en ese sentido, en el 2001 la Secretaría de Salud puso en marcha un programa de acción para la prevención de accidentes, sin embargo no es suficiente, es necesario promover estrategias que busquen mejorar y volver más seguras las condiciones de trabajo en general, con la aplicación universal y obligatoria de la legislación laboral que garantice la protección laboral para todos los trabajadores; así como campañas culturales y educativas permanentes de prevención de accidentes, y capacitación laboral, con apoyo de todos los medios de comunicación, todo esto como parte de programas sociales consensados e impulsados por instituciones, partidos, organizaciones no gubernamentales etc.

La mortalidad y la discapacidad por traumatismo laboral puede abatirse en parte, si los pacientes son atendidos de manera oportuna por personal capacitado, sin embargo los recortes presupuestales al gasto social tienden a disminuir la calidad de los servicios médicos públicos de urgencia.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

En 1990 información disponible indica que el 60% de los accidentes de tránsito sucedió en el medio urbano aunque el número de defunciones es mayor en el medio rural (58%), lo cual refleja mayores dificultades de acceso a los servicios de atención hospitalaria en las regiones apartadas, el 56% por exceso de velocidad y el 2% a la ingesta de alcohol.

En la última década en México murieron en promedio cerca de 10 mil personas por año en accidentes de tráfico; durante el año 2,000 en las carreteras federales se registraron 61,115 accidentes, en los cuales resultaron 38,434 lesionados y cerca de 2,300 personas tuvieron una discapacidad como consecuencia del

mismo, lo anterior significa que cada 24 hrs. en las carreteras ocurren 167 accidentes y se registran 105 lesionados.³⁶ Lo que significa para nuestro tema de estudio que gran cantidad de estos accidentes tienen un trasfondo laboral, sin embargo, el trato de las estadísticas oficiales no lo menciona como tal.

ACCIDENTES DEL HOGAR

El sitio y las condiciones en que ocurren estos accidentes aglutinan una gama particular de riesgos, los cuales varían dependiendo del tipo de población que se analice y de su contexto económico, en este estudio los accidentes, sobre todo, las caídas que tienen que ver mucho con los traumatismos y las fracturas al realizar las labores del hogar, se relacionan con factores de riesgo como falta de protección y mantenimiento en pisos, bordes, grietas, escaleras en mal estado, objetos tirados; El Sector Salud registro según en 1999, 740 mil accidentes en el hogar;³⁷ quisiéramos advertir, que muchos de los expedientes revisados de pacientes que sufrieron fractura de cadera por caída, que acudieron al Centro Nacional de Rehabilitación, se registro así, y no como accidente realizando actividades del hogar.

DISCAPACIDAD.

En la medicina institucional no hay unificación de criterios y de términos para clasificar a quienes presentan alguna discapacidad; deficiente, impedido, inválido, lisiado, minusválido, la variación de términos y conceptos se puede deber al intento de eliminar toda aquella definición que haga alusión a una anulación o minimización del potencial y de la subsistencia de las personas afectadas por una discapacidad física o mental, aunque también el problema de la terminología se debe a ignorancia, desinterés e indiferencia.³⁸

³⁶ *Prevención de Accidentes en Carreteras*. Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, Secretaría de Salud. (Folleto), 2000.

³⁷ Francelia Vargas. *Programa de Prevención de Accidentes*. en Uno más Uno, 20 de Noviembre de 2001. Pág. 7.

³⁸ Eduardo San Miguel Aguirre, (coord.) *La Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad*. CNDH. México, 1999. Pág. 1-15.

En éste trabajo entenderemos como discapacidad, la deficiencia, pérdida, anormalidad, afectación psicológica, anatómica o ambas, de manera prolongada, permanente o temporal de alguna o varias estructuras o funciones del cuerpo humano, restringiendo a quien la posee de realizar actividades esenciales de la vida cotidiana en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

Las condiciones sociales, económicas, y familiares que rodean a un discapacitado contribuyen o dificultan su proceso de reintegración laboral, existen diferencias en cuanto a la forma en que cada una de estas personas asimila su condición, los obstáculos que enfrentan para realizar sus actividades, los niveles de rehabilitación, viéndose favorecidos en su incorporación al mercado laboral por las habilidades y el conocimiento que posean.

Los diferentes tipos de discapacidad tienen una gran diversidad de causas por lo que su estudio resulta difícil y complejo, no obstante se distinguen dos: las adquiridas por accidentes o violencia como la lesión medular y la infección ósea etc., o por enfermedad como el desgaste óseo, (osteoporosis, coxartrosis) los casos que nos ocupan, y las congénitas. Se clasifica en diferentes grados: Leve (cuando la reducción de la capacidad es mínima) Moderada (limitada parcialmente) y la Grave (muy poco o nada productivo) puede ser irreversible o reversible, progresiva o regresiva.

A pesar de que los discapacitados representan un grupo vulnerable en ascenso es casi imposible obtener información en cuanto al costo global de la discapacidad no rehabilitada, su calidad de vida, sus causas, su prevención, su rehabilitación multidisciplinaria, además resulta complicado analizar su distribución en el mercado laboral.³⁹

Se carece de información precisa en cuanto a una trayectoria de la atención médica estatal de la población con discapacidad, en cuanto a instituciones y

³⁹ Miguel Ángel Verdugo. *Personas con Discapacidad. Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*. Siglo XXI Madrid, 1995. Pág. 15.

tiempo, por lo que los intentos de estudio que se hallen dirigidos hacia ése sector quedan limitados, el número real de personas con discapacidad varía en todo el mundo, condición que depende de factores socioeconómicos de cada país, así como de las medidas que emprendan a favor del bienestar de su población vulnerable, particularmente en México se desconoce el número real de éstos y de haberlo no se encuentra a la disposición de estudios de éste tipo, además, existe un subregistro estadístico ya que se carece de la cantidad atendida por las instituciones de asistencia privada.

En nuestro país, instituciones públicas y privadas los atienden con programas de prevención y rehabilitación con la finalidad de integrar a los discapacitados a su ámbito social, sobre todo el sector salud (IMSS, ISSSTE, DIF, SSA) es el primero en captar discapacitados, apoyándolos con aparatos e instrumentos especiales, laborando con escasa asignación presupuestaria para tal fin.⁴⁰

ANTECEDENTES, CIFRAS Y DATOS

Después de la segunda guerra mundial se le da más importancia a la discapacidad, principalmente en Estados Unidos, numerosos estudios lo comprueban,⁴¹ en México el desinterés oficial por éste grupo social y la falta o el poco presupuesto para la prevención de la discapacidad e invalidez agudizaron el problema, antes de la década de los 80' los discapacitados eran los olvidados de la sociedad, a partir de entonces, ante la amenaza de la política económica neoliberal de dejar de lado la asistencia social, disminuyendo la inversión en su gasto, lo que incrementaría sus carencias y necesidades, y ya que el Estado se ha visto incapaz de procurar el cuidado y la atención que necesitan como la colocación a un empleo y capacitación laboral adecuada, los discapacitados y sus familias, exigiendo respeto a sus derechos, y solución a sus demandas; crecen las asociaciones civiles por todo tipo de discapacidad, por desgracia muchos de éstos

⁴⁰ Antonio Fraga (coord.) *La Invalidez, sus Causas y su Repercusión Socioeconómica*. 1º. Simposio (memorias), Gaceta Médica de México, Vol. 118, No. 5. 1982.

⁴¹ Rodney M. Coe. *Sociología de la Medicina*. Alianza Editorial, Alianza Universitaria, No. 55. Madrid, España. 1984. Pág. 80-100.

centros han sido señalados como negocios particulares con problemas de corrupción.⁴² Un caso muy sonado fue el del Instituto Mexicano de Rehabilitación (IMDER) A. C., al inicio de la década de los ochenta.

Todo lo que han ganado los minusválidos en el área legislativa, deportiva, intelectual y urbanística es por su tenacidad y espíritu de lucha, nada les ha regalado el Estado, en ese sentido en la Ciudad de México se ha hecho más por ellos; es evidente que la presión social por la crisis económica orilló al Estado a interesarse en los discapacitados y demás grupos vulnerables; con las reformas estatales a la salud como parte del proyecto neoliberal con un enfoque de hacer más con menos presupuesto y con el fin de evitar el colapso, en 1976 se inicia una nueva orientación tendiente a brindar rehabilitación al inválido como resultado del planteamiento de atención primaria de la salud, dentro de la estrategia de salud para todos.

En la actualidad ante el incremento del empobrecimiento y agudización de las enfermedades de la población pobre, el Estado intenta dirigir programas a través de la focalización del gasto público buscando impedir que se profundice la marginalidad de los sectores sociales vulnerables; en los últimos 20 años se ha notado más el interés por la discapacidad de diferentes Organismos Internacionales (ONU, OMS, OPS, UNICEF, UNESCO, OIT) etc. e Instituciones Nacionales, como el Sector Salud, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, las ONG, las Asociaciones Civiles, etc. reflejándose a través de leyes, reglamentos, disposiciones e iniciativas a su favor, los cuales muy poco se cumplen en nuestro país.

En 1981 es designado el año internacional del inválido, en 1983 la OMS estima que en el mundo existían 514 millones de impedidos de éstos 78 millones por secuela postraumática afectando el tiempo y el dinero de las familias de éstos,

⁴² Janette Góngora y Cols. *De la Beneficencia a la Explotación, del Hospital a la Fábrica*. Historia del Sindicalismo Mexicano, No. 9. Información Obrera. México, 1987. (documento)

el 80% son personas en edad productiva, el 70% viven en zonas marginadas,⁴³ sus familiares muchas veces dejan de trabajar o estudiar para atenderlos volviéndolos más pobres.

En 1990 la Secretaría de Salud, calculó 7 millones de discapacitados en el ámbito nacional teniendo como principales causas las violencias y los accidentes. En 1995 se creó el programa nacional para el bienestar y la incorporación al desarrollo para las personas con discapacidad estimando en su informe anual de 1995-1996, 10 millones de discapacitados, que hasta la fecha se siguen estimando, la mayoría desempleados, se calculan millón y medio en la ciudad de México.

En 1997, el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaría de Salud e integrante del Centro Nacional de Rehabilitación, informó haber colocado ése año 300 prótesis, a discapacitados que sufrieron amputaciones por algún traumatismo, lesión laboral o violencia con el fin de rehabilitarlos; el incremento en la población discapacitada no asegurada se debe en parte por los cambios de las políticas laborales, de menos seguridad social y bajos salarios,⁴⁴ implicando riesgos para la salud del pueblo trabajador lo que demuestra que en México los empresarios invierten muy poco en protección laboral.

DISCAPACIDAD Y TRABAJO

El gran desempleo en los discapacitados demuestra la imposibilidad del mercado laboral de aceptar aquellos individuos que no representen para los empresarios de los centros de trabajo algún nivel de rentabilidad y ganancia segura y estable, constitucionalmente el derecho a un trabajo es un deber de la política social estatal, para los discapacitados éstos derechos no se cumplen

⁴³ Federico Ortiz Quezada. *Salud en la Pobreza*. Serie: Centro de Estudio del Tercer Mundo (CEETEM) Editorial Nueva Imagen. México, 1984. Pág. 25-30.

⁴⁴ "Prótesis en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación". en Investigación y Desarrollo (suplemento) La Jornada. Marzo, 1998.

cabría pensar e incluso afirmar que se instauraron criterios de discriminación del sector labora hacia éstos trabajadores.⁴⁵

Si es cierto, que ante normas de contratación y selección de personal imparciales, los sujetos que concursan aparecen homogéneos y competentes en capacidades, actitudes y cualidades, entonces porque el desempleo es mayor en los discapacitados, esto comprueba la existencia de una serie de condiciones desiguales y la injusticia social que les dificultan integrarse al mercado laboral.

Alemania es donde tienen mayor oportunidad laboral los discapacitados, las empresas están obligadas a contratar a determinado número de éstos, los que no lo hacen, aportan recursos a la creación de talleres de trabajo, de promoción laboral y aprendizaje de oficios, en México también hay programas de reducción de impuestos para las empresas que contraten minusválidos no obstante muy pocas los llevan acabo.

DISCAPACIDAD FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Dentro del universo de las discapacidades, las personas con discapacidad física sin afectación cerebral, representan el grupo más numeroso y en ascenso, se refiere aquellos casos en que el individuo presenta una parálisis, deficiencia o amputación en miembros superiores e inferiores o ambos.

Una rehabilitación multidisciplinaria integral oportuna y permanente debe implicar una filosofía que tenga como objeto mejorar las condiciones físicas, psíquicas y sociales, utilizando la terapia física, ocupacional, psicológica, así como la promoción y colocación aún trabajo, la limitación más severa de un discapacitado por accidente laboral, es la falta de empleo de acuerdo a su capacidad física residual restándole a la sociedad una parte que puede contribuir a ser autosuficiente económicamente; sin trabajo que asegure el bienestar familiar, el discapacitado vera cancelada sus aspiraciones como ser humano, además, éste

⁴⁵ Félix Requena. *Redes Sociales y Mecanismos de Acceso al Mercado de Trabajo*. en *La Participación en la Innovación Tecnológica*. Sociología del Trabajo. UAM-I. 1990-1991. Pág. 117-138.

ya no constituye un "caso" o un paciente objeto de una intervención médica, sino un trabajador sometido a un proceso de readaptación profesional.⁴⁶

La prevención de la invalidez y la discapacidad por lesiones en general, necesita de educación y cultura de la prevención que reduzca las situaciones de riesgo, de una alimentación nutritiva, de salarios decorosos, de descanso y esparcimiento adecuado, adiestramiento laboral, de infraestructura médica oportuna, la medicina preventiva es la mejor arma para prevenir la invalidez la cual, se debe dar en escala masiva, así como la educación especial y el adiestramiento ocupacional son primordiales para lograr su retorno al trabajo del discapacitado. Vivimos un escenario donde se concentran las condiciones para que los problemas ya señalados lesiones, accidentes y discapacidad por el trabajo emerjan como nunca antes en la historia reciente del hombre.

⁴⁶ Amalia Gamio Ríos. *Rehabilitación para el Trabajo*. en Adolfo B. *Salud en el Trabajo*. Ibid. Pág. 239-256

1.4 TRABAJADORES SIN SEGURIDAD SOCIAL

Trabajo Informal.

Las personas atendidas en el Centro Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud carecen de seguridad social y la mayoría trabaja en el empleo informal, que abarca una gran variedad de oficios y actividades independientes, asalariados y empleados de pequeñas empresas y negocios, trabajadores familiares no remunerados, empleados domésticos, pequeños comerciantes, trabajadores a domicilio etc.; la sobrevivencia, la pobreza, el subempleo, discriminación salarial y de la mujer, la exclusión de la seguridad social, son común denominador del trabajo informal, que en los últimos años refleja un ascenso sostenido.⁴⁷ Por ejemplo lo podemos ver con la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, basta señalar que en 1970 de cada 100 mujeres de 12 años y mas, únicamente 17 trabajaban en actividades económicas en contraste actualmente 35 de cada 100 mujeres están insertas en el mundo laboral.⁴⁸

El trabajo independiente presenta problemas de falta de seguridad social y protección laboral, en un mercado de trabajo precario, portátil, flexible, temporal, volátil, autónomo, en muchos de los casos sin contrato, y expuesto al no-reconocimiento de enfermedades y accidentes de trabajo.

Pareciera que las conquistas laborales de la revolución, no abarcaron a los trabajadores informales, ya que la seguridad social les es evadida; teóricamente representa un beneficio de la sociedad a sus ciudadanos, una seguridad económica en la vejez, en la crianza de los hijos y la enfermedad, por desgracia el abandono y la falta de solidaridad social en el capitalismo, como la falta de interés estatal y empresarial son un factor primordial ante obligada responsabilidad; es

⁴⁷ Luis Eduardo Díaz. *La Seguridad Social y el Trabajador Independiente*. Revista de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Vol. VII. No. 2, 2001. Pág. 226-248.

⁴⁸ INEGI. INMUJER. *Mujeres y Hombres en México 2003*.

necesario ampliar la cobertura de la seguridad social a los trabajadores independientes ya que no ha sido completa ni universal para todo trabajador que produce riqueza y bienestar social sin excepción.

Tal parece que los desposeídos lo que más aspiran es engrosar las filas del trabajo informal, el derecho a la estabilidad laboral, el descanso obligatorio y la frágil seguridad social, siempre ligados al empleo formal son sueños inalcanzables,⁴⁹ porque los gobernantes en turno no han respetado el artículo 123 constitucional, no obstante, de acuerdo a investigadores sociales a la clase proletaria le ha faltado capacidad de organización y de lucha para hacer respetar sus derechos laborales y sociales. Con el neoliberalismo la flexibilización de la mano de obra se traduce en regímenes temporales, descalificación, contratos verbales, pago por hora laborada y otras múltiples formas de contratación individual y colectiva, y el despido inmediato si así lo considera el patrón.⁵⁰

Se reporta que en el periodo neoliberal (de la Madrid, Salinas y Zedillo), la política económica produjo seis millones de personas en el sector informal y cuatro millones de desempleados, durante los últimos años el trabajo precario se ha incrementado de tal forma que, el 62.5% de la población económicamente activa (PEA) esta obligada a trabajar en el sector informal de la economía por falta de empleos regulados por la legislación laboral.⁵¹

Según datos del INEGI en 1997 se reportaron 24,686,705 trabajadores (as) sin prestaciones los que representaban un 66.65% del total, además se reporto que del año 2000 al 2001 hubo una fuerte disminución del número de trabajadores asegurados (417 mil empleos), lo más preocupante al igual que el desempleo es que no se han detenido.⁵²

⁴⁹ Ángel Guillermo Ruiz Moreno. *Seguridad Social, Accidentes de Trabajo, Privatización y Globalización*. Revista Laboral No. 115, 2002. Pág. 21-28.

⁵⁰ Et allí. *Los Trabajadores Hacia el Año 2000*. Cuadernos de Trabajadores 25. Centro Nacional de Promoción Social (CENPROS) AC. México, 1999. Pág. 2-57.

⁵¹ Isaac Fernando Palacios Solano. *Los Hacedores de la Pobreza*; en *Los Trabajadores Hacia el Año 2000*, IBID. Pág. 18-20.

⁵² Abelardo Mariña Flores. *El Empleo en el Primer Año del Gobierno Foxista*; en Máx. Ortega, Ana Alicia Solís de Alba (coords.) *El Primer Año del Gobierno Foxista*, Editorial Itaca. México, 2002. Pág. 51.

ACTIVIDADES DEL HOGAR, MUJERES TRABAJADORAS DE LA TERCERA EDAD.

El trabajo doméstico que realizan el 80% de las mujeres como una forma de discriminación, consiste en jornadas largas, intensas y desgastantes de 49 horas a la semana.⁵³

La fractura de cadera y el desgaste articular coxofemoral relacionados con el trabajo de las mujeres de la tercera edad, integran uno de los casos de esta investigación, en ése sentido, las actividades del hogar sin ingresos es ejercida por lo regular por las mujeres, desde la atención a los hijos, la preparación de alimentos, lavado y planchado de la ropa, limpieza de la casa, etc.

Las mujeres dedicadas a las labores del hogar por lo regular dependen del trabajo remunerado de la pareja o de algún miembro de la familia que garantice el sustento; en caso de enfermedad o accidente, si su pareja ésta asegurada, podrá recurrir a la protección social si no, la situación se tornara complicada.

La mujer del campo además de realizar las actividades del hogar tiene que cumplir con labores de agricultura y artesanales no reconocidas o subestimadas por los censos laborales oficiales, en el caso de las mujeres ciudadanas, se viene observando un aumento en actividades económicas remunerativas para mejorar los ingresos familiares.

El trabajo no remunerado, como las actividades en el hogar sigue estando desvalorizado del análisis de la población activa, del producto interno bruto (PIB) y de la renta nacional, no obstante esta forma de trabajo que en la actualidad abarca ambos sexos, también aporta produciendo bienes y servicios económicos, aún sea para consumo propio.⁵⁴

⁵³ INEGI. INMUJER. Ibid.

⁵⁴ Linda Lucahaus. *Igualdad de Trato, Protección Social y Seguridad de Ingresos de las Mujeres*. en Revista Internacional del Trabajo. Vol. 119, No. 2, 2000. Pág. 165-197.

Es un debate viejo si el análisis de la producción requiere incluir o no la labor doméstica y las actividades afines no remuneradas como el remozamiento de la casa y la reparación de los muebles etc. Sin el ánimo de polemizar, la seguridad social y la protección laboral deben abarcar a todos los trabajadores sin excepción, son derechos universales. Es evidente que los trabajadores adultos mayores aceptan trabajos informales y pesados por carecer muchas veces de pensión o jubilación, y aún teniendo alguna de las dos no es suficiente ya que no cubre todas sus necesidades; de acuerdo a informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1996 sólo el 20% de ellos estaba protegido por algún sistema de Seguridad Social.⁵⁵

La encuesta nacional de empleo urbano de 1992 destaca que el 73.2% de las personas mayores de 65 años que laboran lo hacen en el empleo informal, no asalariado, por su propia cuenta, para unos es una opción de vida, para otros es quizá su única alternativa; notándose en la actualidad un incremento de la mujer en actividades laborales informales.

En un mundo donde primero es la producción intensa tiende a desvalorizarse el trabajo de los adultos mayores, no obstante la creación del INSEN y del INMUJER, falta mucho por hacer en materia de salud, los servicios geriátricos, gimnasios, centros de rehabilitación son muy limitados y de recién inclusión en programas de asistencia social; en comparación a otros países estamos atrasados, por ejemplo en Suecia a los viejos de más de 65 años se les proporciona una ayuda estatal, esto únicamente lo vemos en la Ciudad de México, al igual que la distribución de medicamentos gratuitos, otorgados por el actual gobierno del Distrito Federal, es necesario por lo menos que esta política social se generalice en todo el país.

Hace falta desarrollar investigaciones del trabajo informal, de los accidentes, enfermedades laborales y de la discapacidad de los adultos mayores, más si se

⁵⁵ *Condiciones de Salud en las Américas. El Caso México.* Directorio Médico. Vol. III, No. 1, 1996. Pág. 33-39.

avizora de acuerdo a censos recientes que la población envejece a gran velocidad,⁵⁶ resultado del aumento de la esperanza de vida y del bajo índice natal, lo cual va a generar, aún más, la demanda de servicios sociales.

⁵⁶ *Envejece a Gran Velocidad la Población de América Latina, Sobre Todo en México y Brasil*. Informe del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) AC. en Uno más Uno. Viernes 24 de Enero, 1997. Pág. 22.

1.5 FACTORES SOCIOECONÓMICOS DETERMINANTES EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Condiciones de Salud.

El análisis de la salud de los trabajadores mexicanos se ha realizado a través de diversos estudios, a partir de indicadores como: la esperanza de vida, morbilidad y mortalidad más frecuentes, relacionados con la edad, sexo, región, ingresos y ocupación.

Antes de abordar el problema del desempleo, los bajos salarios y los recortes presupuestales a la salud pública como factores socio económicos decisivos en la salud de los trabajadores, analizaremos brevemente el diagnóstico del panorama epidemiológico de la población mexicana en los últimos veinte años; no es intención profundizar en torno al seguimiento del cambio del Estado "benefactor" al neoliberal, en la salud de la población y la reestructuración productiva, sin embargo el abordar su aspecto epidemiológico, consiste en no parcializar y aislar el análisis de la salud de los trabajadores del conjunto de la población, ya que están estrechamente ligados.

Esperanza de Vida y Mortalidad.

La esperanza de vida aumentó con respecto a décadas anteriores, de 40 años en 1940 a 69 años en 1988,⁵⁷ hecho que esta relacionado con el descenso de la mortalidad, sobre todo infecciosa, por la acción estatal para garantizar la salud pública, permitiendo que los daños a la salud presenten tendencias a la baja, sobre todo por las campañas sistemáticas de vacunación nacional infantil y de prevención sanitaria.

⁵⁷ Información Epidemiológica para la elaboración del diagnóstico de salud en México. *La Mortalidad. Algunos Factores Condicionantes y Determinantes*. Boletín Mensual Epidemiológico, No 5, (5) 1990. Pág. 72.

Regionalización del Daño

La desigualdad entre diversas regiones del país, se expresa en una distribución diferencial de la morbilidad (riesgo de enfermarse) y mortalidad, lo anterior se ilustra a través de estudios que observan lo siguiente; en los Estados del sur el patrón de mortalidad por enfermedades infecciosas no intestinales, accidentes y desnutrición, que afectan sobre todo a jóvenes es dos veces más elevada que en el resto del país, y en los Estados del norte ascendieron las enfermedades del corazón, cáncer y la enfermedad cerebro-vascular, siendo los mayores afectados las personas de mayor edad, lo que parece tener relación con los lugares donde la dinámica económica y productiva del país ha colocado a las diferentes regiones, la cual entraña una desigualdad social que seguramente se agudizara más como efecto de la reestructuración económica del país.⁵⁸

La heterogeneidad tecnológica y el desarrollo económico, acentuado por la actual estrategia norteamericana, dan lugar al fenómeno de “desconcentración geográfica” que indica el desplazamiento industrial hacia los llamados “polos productivos”, demarcando regiones con diferentes características en cuanto a calidad de vida y de salud de sus habitantes.

En 1980 se detecta una clara asociación inversa entre los niveles de desarrollo de las regiones y áreas metropolitanas, y el grado de desigualdad de la distribución del ingreso, es decir, se manifiesta que a menor ingreso regional mayor desigualdad y a la inversa.⁵⁹ En cuanto a los procesos productivos industriales en el enclave del norte que aglutina entre otros procesos laborales a una gran parte de la maquila electrónica registra condiciones agudas de desgaste de la fuerza de trabajo.

⁵⁸ J. Pérez. *Mortalidad por Causa en México*. en M. Brofman, J. Gómez. *La Mortalidad en México*, Colegio de México, 1988. Pág. 311.

⁵⁹ A. Córdoba, G. Leal. *El Ingreso y el Daño, Políticas de Salud en los Ochenta*, UAM-X, México 1989. Pág. 141.

Los datos anteriores muestran un perfil de mortalidad sumamente complejo, en el que coexisten causas de muerte propias de países muy diferentes en su desarrollo económico y social, y de acuerdo a su distribución regional nos muestran una polarización de los perfiles de salud, ésta complejidad del perfil patológico, encuentra su explicación en buena medida en el deterioro que la crisis ha propiciado en la calidad de vida de amplios sectores de la población mexicana.

Mortalidad por Grupos de Edad.

En las últimas tres décadas la mayor contribución al aumento de la esperanza de vida han sido los niños, no obstante, aún parte de la mortalidad infantil es susceptible de evitarse a través de condiciones socioeconómicas favorables y atención médica adecuada; mientras que la población joven entre 15 y 30 años a contribuido cada vez menos al aumento de la esperanza de vida a causa de un aumento progresivo de las muertes por violencia,⁶⁰ en especial por homicidios, suicidios y exceso de droga.

Se observa que en el ámbito nacional, niños y adultos mueren de infecciones, de carencias nutricionales, de cirrosis hepática, diabetes y cardiopatías, la población productiva muere además de accidentes y violencia.

El deterioro más acentuado se localiza en los grupos de edad productiva teniendo como determinantes básicos el desempleo y las condiciones tan precarias de inserción en los procesos de trabajo, al respecto, estudios señalan que los grupos de desempleados y sus familias sufrieron problemas de salud con mas frecuencia que las familias de individuos con empleo, señalando además, que la mortalidad no solo se debe al desempleo también a la sobre carga de trabajo,⁶¹ causante de desgaste corporal prematuro.

⁶⁰ L. Camposortega. *El Nivel de la Estructura de la Mortalidad en México de 1940 a 1980*. en M. Brofiman, et alli, *La Mortalidad en México*, Ibid.

⁶¹ Asa Cristina Laurell. *La Política de Salud en los Ochenta*. Cuadernos Políticos No 23, Ed. Era, México, 1980. Pág. 90-91.

Mortalidad por Causa y Población Económicamente Activa.

México en la actualidad tiene patrones mixtos de enfermedad y muerte caracterizados por la presencia continua de enfermedades infecciosas y una importante presencia con respecto a décadas anteriores de enfermedades crónicas degenerativas, esto se explica, por el envejecimiento poblacional, sin embargo la mayoría de éstas patologías tienen su origen en la pobreza, la ignorancia, insalubridad, desnutrición, alcoholismo, tabaquismo, y falta de ejercicio,⁶² y en la ausencia de servicios públicos básicos.

También la vida agitada, exceso de trabajo, hacinamiento urbano, transporte insuficiente, vivienda precaria, contaminación ambiental, falta de esparcimiento y áreas verdes, son responsables de innumerables perturbaciones mentales como: depresión, agresividad, ansiedad, neurosis y psicosis.⁶³ Las pésimas condiciones laborales y salariales en nuestro país son motivo de frustraciones y estrés, reflejo del panorama sombrío de un profundo atraso social condicionado por la crisis y las respuestas que conforman la política económica del Estado actual; no obstante muchas de las enfermedades pueden prevenirse o retardar su aparición si se logra la modificación de los factores de riesgo.

Ya vimos que el perfil de la mortalidad en la población activa es sumamente complejo, coexisten padecimientos diversos que encuentran su unidad en las condiciones de vida y de trabajo, cuyo deterioro no para. Hay una correlación estadística entre los niveles de desempleo, inflación, ingreso real y una serie de indicadores de salud, como la mortalidad general y las condiciones de salud de los trabajadores, que se explican por problemas nutricionales, altos niveles de estrés psicosocial, y el decremento en la utilización de los servicios médicos que la crisis involucra; no obstante existe la dificultad en la interpretación, ya que los efectos sobre la salud no son inmediatos y se presentan a un plazo variable para cada una de las causas de muerte.⁶⁴

⁶² *Enfermedades Urbanas*, en J. Castelazo (coord.) *Salud*. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1981.

⁶³ *Diagnóstico Sanitario en México*. en *Personal*, Boletín Informativo No 4 y 5, S. S. A. Año 1, 1982.

⁶⁴ Asa Cristina Laurell, *Las Políticas de Salud en los Ochenta*. *Ibid.* Pág. 90

El análisis de la mortalidad por padecimientos crónicos degenerativos brinda aspectos de gran interés para los objetivos de éste estudio, ya que éste tipo de enfermedades se encuentran relacionadas con el sustrato causal del estrés, por exceso o falta de trabajo; lo que conjuntamente con las tensiones productos de las condiciones de subsistencia, el modo de vida en las que se ha mantenido a la población trabajadora, explica en gran medida el aumento de la mortalidad por enfermedades del corazón, diabetes, tumores malignos, accidentes y discapacidad, cirrosis hepática, enfermedades cerebro-vasculares, y problemas de salud mental todas en ascenso,⁶⁵ sin tomar en cuenta las diversa enfermedades laborales profesionales.

De acuerdo a estudios de psiconeuroinmunología, publicados en el *journal of consulting and clinical psychology*,⁶⁶ el estrés, falta de afecto y desánimo dañan el sistema inmune y empeoran muchas dolencias predisponiendo a las enfermedades infecciosas y nerviosas; pueden agravar el desarrollo del cáncer, la úlcera, la aterosclerosis, la hipertensión a través de la inmunodepresión, no se deja de reconocer que faltan muchos datos sobre los mecanismos concretos que conectan el estrés y el desanimo sobre una amplia gama de estados de salud; otros factores estresantes con un efecto perjudicial sobre el sistema inmune son el estrés laboral prolongado, el aislamiento social, el desempleo y las relaciones personales tensas.

Salud en la Ciudad.

La estructura demográfica de la ciudad ha sufrido modificaciones en los últimos 40 años, propiciadas entre otros factores, por la reducción paulatina de las tasas de mortalidad de enfermedades prevenibles y por el incremento de la esperanza de vida que asciende a 75 años para los hombres y a 79 años para las mujeres, asimismo, la reducción de las tasas de fecundidad ha dado lugar a una disminución relativa de la población menor de 15 años y aún aumento en los

⁶⁵ *Ibíd.*

⁶⁶ Ricardo Rodríguez Olivo. *Nuestra Salud, Guía Médica*, en Excelsior, Jueves 27 de junio, 2002. Pág. 1-AO.

habitantes mayores de 70 años. Este cambio demográfico se refleja en el incremento de padecimientos en edad productiva.⁶⁷

En el periodo 1980 – 2000, la mortalidad general descendió de 564.4 a 523.2 por 100 mil habitantes, a pesar del envejecimiento de la población; en éstos últimos 20 años la mortalidad por causas infecciosas descendió en contraste con las muertes por patologías crónico degenerativas, por ejemplo neumonías, diarreas, influenza, tuberculosis, al igual que las enfermedades abatibles con una atención oportuna como son los accidentes, las afecciones perinatales, el cáncer cervico uterino, y las malformaciones congénitas, también emergen entre las 20 principales causas de muerte, el sida, el homicidio, el suicidio y la desnutrición que expresan los cambios económicos y sociales que sufre la sociedad.⁶⁸ (Ver Cuadro No. 1)

Recorte Presupuestal al Gasto en Salud Pública.

La crisis económica y social que atraviesa el país, ha repercutido en el gasto ejercido por los programas del sector salud de 1982 a la fecha, notándose un decremento constante, la reducción de presupuesto, se tradujo en incremento de cuotas de recuperación, desabasto, falta de personal e infraestructura, sobrecarga de trabajo, entre otros problemas.

Los recursos y la asignación presupuestal al sector salud IMSS. ISSSTE. DIF. SECRETARIA DE SALUD es desigual y desproporcional, se invierte más en curación que en prevención, el IMSS tiene y recibe más recursos que la secretaria de salud que tiene una cobertura más amplia, cuestionando la atención médica del sector salud, como: desintegrada, fragmentada, caótica, diferenciada, en función de la capacidad de pago o prepago, con problemas de corrupción y desvío de los escasos recursos, donde se involucran intereses de grupos políticos (funcionarios,

⁶⁷ *Programa de Salud 2002-2006.* Gobierno del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, No 114, del 22 de Agosto de 2002. Pág. 73-107.

⁶⁸ *Ibid.*

líderes sindicales, empresarios) identificados con la cúpula del poder,⁶⁹ (hoy en la alternancia), que propician la diversidad de los servicios de salud para mantenerse y consolidar su status quo.

Detrás del estancamiento y deterioro de los servicios públicos para la población abierta y de seguridad social, está el prolongado desfinanciamiento que se inició en 1983 y llegó a más de 50 por ciento Per Capita; además el gasto federal en salud para la población no asegurada, tiene un déficit de 69 por ciento, es decir, se requeriría triplicar su presupuesto sin considerar la inversión necesaria para ampliar la infraestructura institucional.

El desfinanciamiento público en salud y su impacto sobre la prestación de servicios de calidad, explican en gran medida el incremento del gasto en salud de los hogares, detectado por la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares del INEGI, que pasa de 2.4 por ciento de gasto monetario total en 1984 a 3,5 en 2000.

En este contexto el Estado ofrece la promoción y la competencia del sector privado como solución a los problemas del sector salud, quedando solo como responsabilidad estatal tratar de garantizar un mínimo de servicios para algunos comprobadamente pobres a través del programa de focalización del gasto social.⁷⁰ Por lo tanto el principio de gratuidad de los servicios públicos de salud para los trabajadores y sus familias, solo existe para los asegurados por condicionamiento laboral, mientras casi el 50 por ciento de la población no asegurada de la ciudad tiene que realizar pagos directos para conseguir el tratamiento,⁷¹ cuestionando lo establecido en la fracción XXIX del artículo 123 constitucional en cuanto la obligación del Estado de cubrir la invalidez, vejez, cesantía involuntaria, accidentes y enfermedades, guarderías y todo lo relacionado

⁶⁹ Sergio Vázquez Córdoba, y otros. *Notas Sobre la Estructura y Evolución del Presupuesto Programático Ejercido por las Instituciones que Conforman el Sector Salud. 1980-1987.* en Salud Problema, No 15, UAM-X. 1988. Pág. 37 – 46.

⁷⁰ *Gasto Social Focalizado.* Centro de Análisis e Investigación (fundar) AC. e Instituto de Estudios de la Revolución Democrática. Octubre, 2000. (documento)

⁷¹ *Programa de Salud 2002 – 2006.* G.D.F. *Ibid.*

con la protección y bienestar de los trabajadores de la ciudad y el campo, es evidente que estamos lejos de alcanzar una verdadera seguridad social.

Salario, Pobreza y Salud.

El primer elemento constitutivo del proceso de empobrecimiento, son el desempleo y los bajos salarios, tienen como se ha mencionado, implicaciones para la salud, por sus efectos directos y determinantes de formas particulares de consumo.

La caída del salario real de más del 50 por ciento, se dio aceleradamente, de 1976 en adelante, como resultado de la política de austeridad estatal, del crecimiento desigual de los salarios y de la inflación; fenómenos que han repercutido severamente, en los sectores de trabajadores no asalariados que trabajan en pequeños y medianos establecimientos, donde se evaden las prestaciones otorgadas por la ley, mientras unos cuantos concentran cantidades inimaginable de capital, facilitada por la excepción fiscal a las grandes empresas, fraudes, corrupción, y evasión fiscal.

El proceso de empobrecimiento y el ascenso de enfermedades se puede profundizar, si la política estatal para salir de la crisis en los próximos años, sigue el camino monetarista propuesto por el fondo monetario internacional (F. M. I.) y el banco mundial (B. M); seguido por los gobiernos neoliberales en turno.⁷² Ante más de 50 millones de pobres, muchos al margen de servicios públicos básicos, resulta poco creíble y poco beneficia cualquier declaración oficial respecto a la igualdad de los mexicanos frente al Estado, además la extensión de los servicios resulta poco compatible con una política de restricción del gasto social.

Tendencias macroeconómicas indican cierta recuperación económica del país, sin embargo, se ha profundizado el desempleo y la desigualdad social, en ése sentido la realidad es más terca que el discurso oficial, en 1980 solo el 8.1 de la Población Económicamente Activa (PEA) estaba desempleada, para 1987,

⁷² A. C. Laurell. *La Política de Salud en los Ochenta*. Ibid.

ascendió a 23 por ciento y en el 2000 ése mismo indicador alcanzó aproximadamente más de 35 por ciento, según estimaciones oficiales.

La crisis de largo plazo que atraviesa el país, descansa en gran medida en la contención salarial, marcada por un acelerado deterioro salarial, se observa que entre 1990 -1997 el producto interno bruto (PIB) por persona ocupada (PEA) aumento 5 por ciento, el salario mínimo general se pulverizó 35,5 por ciento capacidad adquisitiva, mientras el costo de la canasta básica fue de 86,37 pesos diarios, que no cubren vivienda, salud, educación, vestido recreación, como lo señala la constitución.⁷³

El salario mínimo alto de \$ 45.25 pesos diarios que perciben en la actualidad los trabajadores es anticonstitucional y transgrede lo establecido por la ley federal del trabajo, debido a que ya no es remunerador, es referente de la economía informal y del trabajo clandestino ó subterráneo, mientras el libre mercado le asegura a los grandes capitales millonarias ganancias. Un salario constitucional es un derecho básico del trabajador a una vida digna, lo contrario demuestra la falta de procuración de justicia laboral del Estado capitalista.

De acuerdo a cálculos de Bolvinik,⁷⁴ él 65 por ciento de la población de la capital con 5,6 millones de personas, pueden ser consideradas como pobres. El empobrecimiento prolongado y masivo es el primer determinante importante de las deficientes condiciones de salud en la ciudad y son impactadas por la precariedad del trabajo, los bajos ingresos, y el crecimiento de la tensión y el conflicto.

En resumen el análisis de las condiciones de salud, su distribución y su relación con el proceso productivo, señala grandes desafíos que se requieren enfrentarlos en los próximos años: mejorar las condiciones de vida y salud,

⁷³ *Salario Mínimo y Justicia Social*. En Hoja Obrera No 27 (Suplemento) Órgano de la coordinación de investigación de la Universidad Obrera de México. Julio 1999.

⁷⁴ J. Boltvinik. *Pobreza en la Ciudad de México*. La Jornada 25 de Enero, 2002. Pág. 28.

garantizando fuentes de empleo, seguridad social, salarios suficientes y servicios médicos eficientes y gratuitos en todo el país.

Es justo reconocer los esfuerzos prioritarios en salud pública del actual gobierno de la ciudad de México, de ayuda económica y medicamentos gratuitos a personas pobres, adultos mayores y discapacitados.

CUADRO No. 1

Principales causas de mortalidad general en el Distrito Federal 1980, 1990, 2000.

ORDEN 2000	CAUSA	TASA		
		1980	1990	2000
1	Enfermedades del corazón	66.0	89.1	99.4
	Enfermedades isquémicas del corazón	30.8	57.2	67.2
2	Diabetes mellitus	36.7	54.7	73.2
3	Tumores malignos	49.3	64.2	70.4
4	Enfermedades cerebro vasculares	25.3	29.6	32.6
5	Enfermedades del hígado	38.2	33.6	30.3
6	Accidentes	47.9	34.3	24.3
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	43.8	27.6	18.1
8	Influenza y neumonía	50.1	25.4	14.6
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2.0	9.9	13.3
10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16.6	13.9	10.6
11	Insuficiencia renal	12.8	11.7	9.5
12	Agresiones (homicidio)	3.6	14.3	9.0
13	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	0.0	6.1	7.1
14	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	15.4	13.4	7.0
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.7	7.1	6.0

FUENTE: INEGI / SSA.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO DEL ESTADO BENEFACTOR AL NEOLIBERAL

2.1 DESARROLLO ESTABILIZADOR Y POLÍTICA ESTATAL DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO DE 1940 – 1982

Antecedentes y Contexto Social.

Antecedentes (1850 – 1940)

La industria moderna se instaló en México aproximadamente a partir de 1850, los trabajadores y pueblo en general vivían expuestos a malos tratos, enfermedad y muerte prematura. El Estado liberal de principios del siglo XX (1900) cumplió un decisivo papel en el surgimiento del capitalismo a costa de la explotación de la fuerza de trabajo sobre todo del campo, que se ajustó a las necesidades de una producción capitalista dedicada al mercado exterior, el combate sanitario estatal al paludismo tiene incidencia en la producción agrícola destinada a la exportación.⁷⁵

El creciente ejército industrial de reserva, las condiciones de pobreza extrema del trabajador y las constantes y crecientes protestas populares obligaban al Estado a gastar cada vez más en asistencia y beneficencia pública, en mayor control sanitario, lo cual se comprueba con la expedición de diversos códigos y leyes sanitarios durante el porfiriato,⁷⁶ no obstante las actividades de salud pública estatal no dejaban de ser caritativas, insuficientes, esporádicas, anárquicas y con la única finalidad de legitimar al Estado; pero cuando éste, ya no fue capaz de procurar el más mínimo bienestar social con desigual y relativa justicia social, se opera un arrollador proceso revolucionario; con la lucha armada los trabajadores del campo y la ciudad reafirmando sus derechos sociales reivindican solución a sus viejas aspiraciones de bienestar y justicia social,⁷⁷ al concluir la revolución, la constitución de 1917 recoge muchas de sus demandas.

⁷⁵ J. César García. *La Medicina Estatal de América Latina*. en Revista Latinoamericana de Salud No. 2. Ed. Nueva Imagen. México, 1982. Pág. 105

⁷⁶ Guillermo Soberón. Jesús Kumate. (Comps) *La Salud en México: Testimonios 1988*. Fundamentos del Cambio Estructural I, II. Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica. Pág. 10-20.

⁷⁷ Mario O. Paganini. *Las Políticas de Previsión y el Estado Benefactor*. en J. Narro. J. Moctezuma. (comps) *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. Fondo de Cultura Económica. México, 1992. Pág. 15-20.

La estrategia capitalista industrial, el reformismo político, y el liberalismo democrático marcaron en buena medida los contornos, las desviaciones y los límites del compromiso de justicia social del Estado posrevolucionario, favoreciendo su consolidación,⁷⁸ de 1920 a 1943, se establece el Banco de México, NAFINSA, PEMEX, SSA, IMSS, IPN, etc. Establecida la constitución, el Estado liberal busco recuperar el crecimiento económico pasando a una fase de Estado social, no ampliado e incompleto, con legitimización, árbitro y corrector en cierta medida de desigualdades e injusticias sociales, que respondía a intereses de la producción capitalista mundial,⁷⁹ que se extendía como nunca y dentro de las condiciones impuestas por el capital imperialista.

En 1929, la economía nacional sufre las consecuencias de la crisis capitalista mundial prolongada hasta 1934; las concentraciones oligopólicas de capital, la creciente competencia internacional y un marco económico de estancamiento sirven para que el Estado dirija la economía y mantenga las condiciones de acumulación capitalista nacional, dando paso a un Estado desarrollista "keynesiano" y benefactor, que favorece un crecimiento económico sin precedentes, reflejándose en el crecimiento de la infraestructura estatal (escuelas, hospitales, caminos, bancos, etc.) en las grandes ciudades.

En el proceso de desarrollo económico, histórico y coyuntural del Estado benefactor, tuvo que ver el papel relevante de la revolución mexicana, ya que el Estado en medio de vacilaciones y presiones y en especial durante el cardenismo nacionalista, logro transformaciones estructurales profundas.⁸⁰ La política estatal desarrollista del cardenismo (1934 –1940) fuerte impulsora del seguro social, se oriento a la nacionalización de los recursos naturales, de ciertos monopolios extranjeros y con políticas de desarrollo económico hacia adentro, favoreció el

⁷⁸ Silvestre Méndez. *Problemas Económicos y Política de México I*. Sistema Universitario Abierto (SUA). Nueva Editorial. México 1985. Pág. 93.

⁷⁹ Mario Paganini. *Ibid.*

⁸⁰ Rolando Cordera. E. González T. *Economía Política y Seguridad Social en México. Una Aproximación*. en J. Narro. J. Moctezuma. *Ibid.* Pág. 203.

crecimiento industrial del país, controlando el capital foráneo con políticas fiscales proteccionistas, así mismo, freno las actividades especulativas extranjeras.

Al impulso de la inversión en infraestructura estatal creció el empleo, la demanda y la producción. Sin embargo el problema central de esta política es que no incidió en la raíz de las desigualdades sociales que caracterizan al capitalismo la irracional opresión del hombre por el hombre.

CONTEXTO SOCIAL (1940-1982)

De 1940 a 1970, se da el llamado “crecimiento sin desarrollo” de la economía nacional. El gobierno de Ávila Camacho (1940-46) da un retroceso en política social, se ofrecen concesiones y beneficios a los sectores económicos fuertes, buscando impulsar la industrialización del país. Con Miguel Alemán (1946-1952) se otorgan concesiones sin control a empresas privadas extranjeras y nacionales, ocasionando inestabilidad cambiaria, se devalúa el peso, se eliminan las restricciones al crédito privado, se establece un control corporativo férreo de las organizaciones obreras y populares.⁸¹

Con Ruiz Cortines (1952-58), restricción al máximo del gasto público, otra devaluación, se frena el reparto agrario, crece la deuda externa y la entrada de capital extranjero sin restricciones. De 1958 a 1970 con los gobiernos de López Mateos y Díaz Ordaz, su política de “desarrollo estabilizador” presenta una relativa estabilidad cambiaria e inflación, se congelan salarios, más control político y represión a la disidencia, se anula el derecho de huelga.

De 1970 a 1982 bajo los regímenes de Luis Echeverría y José López Portillo, la política económica estatal llamada “desarrollo compartido”, el populismo echeverrista (1970-76) de apoyo a los marginados, reactiva la economía nacional, fortaleció al Estado y al sector paraestatal. Se presentó una tendencia de los salarios a la alza en éste periodo, el salario real aumento en un 22.5% que junto

⁸¹ Silvestre Méndez. *Ibíd.*

con una inflación menor de 30%, aseguraron que se mantuvieran la capacidad adquisitiva del trabajador, sin embargo la permanencia de rezagos en las zonas mas atrasadas y las grandes diferencias sociales y económicas explican que la desigualdad se mantuviera constante.⁸² En un marco de crisis del capitalismo mundial, la política gubernamental condujo a un déficit creciente del gasto público y crisis financiera del Estado, quien recurre al endeudamiento creciente, dándose a la vez una fuerte devaluación del peso.

Con la política Lópezportillista (1976-82) de "alianza para la producción" se implantan reformas administrativas, que afectan de forma irreparable el gasto público y social, más inflación y devaluación del peso, aumento del producto interno bruto (PIB) a costa del incremento productivo petrolero, en crisis poco después por los problemas de los precios mundiales de éste.

En los sesentas y setentas crecieron los problemas urbanos y rurales, obligando al Estado a profundizar la asistencia médica a los marginados con más infraestructura, se da también un descenso en la mortalidad y un aumento en la esperanza de vida, lo que a final de cuentas, el proceso de modernización capitalista requería, poner en buenas condiciones de salud a un ejército de desempleados y a una fuerza de trabajo crecientes, en un entorno competitivo de mercado internacional y dentro de los marcos el desarrollo económico desigual y deficiente del capitalismo mexicano.

A pesar de las reformas impulsadas por los gobiernos pos revolucionarios como el reparto agrario, el incremento al gasto social y el crecimiento del empleo, al iniciar la década de los ochenta se evidencia un paulatino desgaste de las políticas de bienestar social del Estado benefactor, a partir de una profunda crisis política que no ha terminado, del estancamiento de los indicadores de salud, de menos empleo, de más pobreza extrema, bajo gasto social, pérdida del poder adquisitivo, crisis de la deuda externa, disminución de las prestaciones de

⁸² R. Bejar. H. Hernández. *Desigualdad Social y Población*. en Aída F. G. Cabrera. (Comps) *La Población en el Desarrollo Contemporáneo de México*. El Colegio de México. 1984. Pág. 229-250.

seguridad social, y ascenso del empleo informal, problemas que se agudizaran en la década siguiente.

La política económica estatal no importa como se le llame, siempre ha beneficiado al gran capital nacional y extranjero permitiendo el saqueo de los recursos naturales y el abaratamiento de la mano de obra del trabajador mexicano, favoreciendo la acumulación privada de capital en unas cuantas manos, además mucha de nuestra actual pobreza como país se debe al acaparamiento del 80% de la producción de bienes y servicios y del comercio mundial por el capital imperialista ahondando la brecha de la desigualdad internacional.⁸³ Esto refleja la falta de una política estatal verdaderamente patriótica y de parte del pueblo trabajador.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL ESTADO BENEFACTOR

La Seguridad Social

Quizás los principios de solidaridad humana de la seguridad social (S.S.), se remontan al auto cuidado colectivo de las comunidades antiguas. En la sociedad moderna las bases morales y legales de la S.S. en su aspecto universal, parten de diversas cartas de los derechos humanos de toda persona, como el derecho a una vida plena, saludable y a la preservación de la misma, con trabajo, vivienda, alimentación, vestido, en un marco de libertad, dignidad y justicia social. Esta visión global en nuestro país dista de realizarse.⁸⁴

En el capitalismo la existencia formal de la S. S. estatal, requirió de un desarrollo industrial previo, teniendo como fin, evitar los conflictos con la burguesía y la mediatización del movimiento obrero revolucionario,⁸⁵ quien perfiló con su ideario las bases legales de la misma, expresándose a través de un conjunto de

⁸³ Federico García S. *La Seguridad Social en los Países en Desarrollo*. en J. Narro. J. Moctezuma. *Ibid.* Pág. 127.

⁸⁴ Carlos Santos Burgoa. *Salud y Seguridad Social*. en J. Narro. J. Moctezuma. *Ibid.* Pág. 301.

⁸⁵ Paolo Roberti. *Crisis y Futuro del Estado de Bienestar*. en Rafael Muñoz. (Comp). Alianza Universitaria. Madrid 1989.

principios, normas de bienestar, de solidaridad social e Instituciones dirigidas a proteger con atención médica y asistencial los riesgos que afectan a la salud y al mejoramiento de la calidad de vida de toda la población asegurada o no.

LA FRAGMENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las aspiraciones revolucionarias en torno a una efectiva y real seguridad social, laboral, médica y asistencial de carácter universal, integral, obligatoria y gratuita se trastocaron, quedando fragmentada y limitada desde los años 20,⁸⁶ por así convenir a los intereses del desarrollo capitalista mexicano.

Las instituciones estatales dedicadas a la atención médica, que conforman la seguridad social en nuestro país se dividen en dos fundamentalmente: las de los asegurados o para los derechohabientes ya sea del IMSS, ISSSTE, Hospital de PEMEX, de la Fuerza Armada, de la Marina y sus Filiales Estatales, y los dirigidos a la población no asegurada, con beneficios menores, como la SSA, DIF, IMSS COPLAMAR, después IMSS SOLIDARIDAD.

En México el concepto de S.S. ha estado más asociado con la categoría de empleado que con la de ciudadano, además como ya lo mencionamos la mayoría de la población económicamente activa (PEA) trabaja sin seguro, ni prestaciones;⁸⁷ verdaderamente la S.S. ha significado mayor atención médica y mejores condiciones de salud para los trabajadores asegurados en comparación a los que no lo están.⁸⁸ La asistencia médica estatal se torno en extremo diferenciada y funcionalmente subordinada a la distribución del ingreso, teniendo al IMSS como algo particular a la fuerza de trabajo y a la salud pública para toda la población.

⁸⁶ Viviane Brachet M. *Pobreza y Seguridad Social, Perspectivas Americanas.* en J. Narro. J. Moctezuma. *Ibid.* Pág. 451-455.

⁸⁷ James Mallox. *Política y Crisis de la Seguridad Social.* en Carmelo Meza L. *La Crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud.* Lectura 58 de el Trimestre Económico. México. Fondo de Cultura Económica. 1986.

⁸⁸ Jesús Kumate. *Medicina Preventiva, Medicina Curativa y Salud Pública.* en J. Narro. J. Moctezuma. *Ibid.* Pág. 281-290.

Las leyes y reglamentos del seguro social y las de los asegurados al servicio del Estado, desde sus inicios no protegieron al grueso del pueblo trabajador, del desempleo, las enfermedades, los accidentes y discapacidad laboral y de los padecimientos de la vejez, únicamente a los trabajadores asegurados con ingresos estables y controlables, cubriéndolos con atención médica y social, con él fin de aumentar su capacidad productiva y reducir los costos de la reproducción de la fuerza de trabajo;⁸⁹ en un ámbito restringido a las zonas urbanas, donde se concentra la infraestructura médica, fue hasta la década de los sesenta y setenta cuando el IMSS amplió su limitada cobertura a trabajadores del campo y familias marginadas, dada su pobreza acentuada y para calmar la presión popular.⁹⁰

Hablar de trabajadores asalariados y asegurados constitucionalmente en nuestro país, es aún una referencia de sectores minoritarios, los trabajadores no asegurados y sus familias se benefician solo en la medida de las posibilidades económicas estatales y con una protección social mínima, otorgada por los escasos servicios de la SSA, DIF o IMSS Solidaridad a su alcance, los que no incluyen prestaciones laborales como pensiones o jubilaciones.

Con respecto a los aspectos financieros de cada institución, en el caso de los asegurados del IMSS, son financiados por las contribuciones de los patrones, los trabajadores asegurados y el Estado; al igual que el ISSSTE pero sin la aportación de los primeros, los dirigidos a la población "abierta" o no asegurada, los financia el Estado, por medio del erario público federal, estatal y municipal, y por las cuotas de recuperación, aportadas por los pacientes que acuden a sus hospitales. El sistema de contribuciones para la S.S., contiene una alta dosis de regresividad, en la que grupos de alto ingresos, contribuyen proporcionalmente menos que los de mediano y bajo ingreso, reflejándose en la alta proporción de recursos que consumen las instalaciones hospitalarias de 3er, nivel de especialidades, con un

⁸⁹ J. César García. *Ibid.*

⁹⁰ Roberto Gallaga G. *El Concepto Integral de Seguridad Social y las Prestaciones Sociales o Complementarias*. J. Narro. *Ibid.* Pág. 77-80.

sistema curativo cien por ciento, lo que eleva los costos de la S.S. y la salud pública, en perjuicio de los no derechohabientes.⁹¹

Los programas nacionales de solidaridad y promoción para la salud de los marginados y las instituciones que los ejecutan, no reciben recursos financieros suficientes y de manera equitativa, ya vimos como el IMSS cuenta con más recursos y tiene menos cobertura médica en comparación con la SSA, esta fragmentación financiera no favorece a políticas integrales y de acceso universal.⁹²

A partir de la década de los ochenta el recorte al gasto social disminuyo considerablemente la capacidad de construcción de infraestructura médica de la SSA, mientras el seguro social hasta éste momento, sigue siendo un privilegio restringido.

La fragmentación institucional dedicada a la salud, sin una idea rectora que la organizara en su conjunto, desde un principio, presentó deficiencias como la falta de coordinación integral a partir de necesidades reales o cuando la misma población utiliza o está cubierta por distintos ámbitos institucionales, lo que provoca mayores gastos, traslapes, duplicación de servicios, subregistros institucionales;⁹³ se ha demostrado que 22% de la población atendida por los institutos nacionales de especialidad de la secretaria de salud, tienen derecho al seguro social.

El carácter homogéneo y estandarizante, la excesiva burocracia, así como las prestaciones diferenciales darán lugar a grandes inoperancias e inequidades que desfavorecen a los más pobres y desprotegidos, quedando desprovistos de atención médica. La homogeneidad y la dispersión de los servicios marcan una rigidez que no podrán afrontar la diversificación y el aumento de las necesidades y la diferenciación de las futuras demandas poblacionales.⁹⁴

⁹¹ Rolando Cordera. *Ibid.* Pág. 203-204.

⁹² D. López Acuña. *Concurso Privado en el Ambito de la Salud.* en J. Narro. J. Moctezuma. *Ibid.* Pág. 355.

⁹³ M. A. González Block. *El Traslape en la Demanda en el Sistema Nacional de Salud.* Salud Pública. Vol. 30 No. 6, 1988. Pág. 804-814.

⁹⁴ E. Tenti Fanfani. *Pobreza y Política Social.* en Iusani Lo Vuolo y Otros. *El Estado Benefactor un Paradigma en Crisis.* Buenos Aires. CIEPP. 1991 Pág. 131.

EL ESTADO BENEFACTOR

Ya vimos como el Estado benefactor de 1940 a 1982 se caracterizo por intervenir en el mantenimiento del empleo, con el IMSS para los trabajadores, en el otorgamiento de créditos para los empresarios y en infraestructura pública (bancos, escuelas, hospitales, viviendas, servicios públicos), a través de un conjunto de secretarías, leyes, reglamentos, instituciones en diferentes ámbitos sociales, que lo identifican, destinados a mejorar la vida de la población, como redistribución de la riqueza social, supuestamente.

Ante la obligación constitucional del Estado de respetar los derechos ciudadanos, en el sentido de proveer los satisfactores básicos necesarios para el desarrollo social (salud, educación, vivienda, etc.) el programa social del Estado benefactor nunca fue universal, excluyo la responsabilidad social plena, se confundirán las exigencias sociales con la adhesión política y el carácter burocrático paternalista estatal contribuirá a la despolitización ciudadana,⁹⁵ favorecido por un mercado consumista y el desarrollo de los medios masivos de comunicación capitalistas.

En los ochenta el corporativismo sindical, el clientelismo asistencial electorero, la corrupción de las autoridades y el paternalismo estatal desviaron el desarrollo de un verdadero Estado social, las instituciones y los recursos públicos dan la impresión de ser propiedad de grupos políticos (partidos, sindicatos y cámaras patronales)⁹⁶

⁹⁵ J. Pico, *Teorías Sobre el Estado de Bienestar*. Siglo XXI. Barcelona 1987. Pág. 67-92.

⁹⁶ Rolando Cordera. *Ibid.*

DERECHOS CONSTITUCIONALES DE LOS TRABAJADORES

La libertad de disentir y de manifestarse con argumentos, son garantías constitucionales y ocupan un lugar en el derecho público, junto con el derecho al bienestar común, la justicia social, el derecho a la educación, al cuidado de la salud, a una vivienda, a un salario y un trabajo dignos, en suma, la constitución es la doctrina jurídica, que consagra los derechos (laborales, asistenciales, públicos) sociales de la colectividad.

Ya vimos como las aspiraciones sociales revolucionarias son precursoras de los derechos sociales y como estos, son limitados, reformados y obstruidos por los representantes de la burguesía (Carranza, Obregón, Calles etc.) quienes son los encargados de organizar el nuevo Estado capitalista a través de la constitución.

Los derechos laborales y de protección social constitucionales de los trabajadores son reformados por los requerimientos del proceso productivo capitalista, se fraccionan en tres principalmente: a) Para los trabajadores asegurados por el IMSS, el Artículo 123 y sus diversas fracciones, su reglamentaria Ley Federal del Trabajo, y la Ley del Seguro Social (1944) que comprende entre otros derechos laborales, el pago de incapacidad, riesgo, accidente e invalides por el trabajo; una de sus reformas más amplia y profunda se dio en los setentas (73-76) con la creación del IMSS COPLAMAR y sus programas de solidaridad social a los marginados, socavado más adelante por el aumento de las necesidades sociales. b) Los trabajadores al servicio del Estado (ISSSTE) laboran y su salud esta protegida con derecho al pago por incapacidades y licencias médicas bajo el régimen del apartado B del Artículo 123, la Ley del ISSSTE (1959), la Ley Federal Burocrática, sus antecedentes más viejos se ubican en 1925 con la creación de la Ley de Pensiones Civiles para los Servidores del Estado. c) Para los trabajadores no asegurados y sus familias esta el DIF. (1977), el IMSS COPLAMAR (1976) y la Secretaria de Salud (1943), su marco jurídico actual, así como sus antecedentes, los veremos más adelante, pero antes de abordar la temática en particular, es necesario subrayar que la precariedad

efectiva de los derechos sociales como la seguridad social, cuya realización a sido siempre problemática y dudosa, ha significado la resignación de miles de mexicanos y motivo de lucha de muchos otros.

SECRETARIA DE SALUD

Los orígenes del marco legal de la salud pública, de la atención médica, y de la asistencia social para los trabajadores no asegurados, ejecutados por la Secretaría de Salud, se inician con la sexta ley constitucional de 1836 que contiene las bases del primer código sanitario. En 1841 se crea el Consejo Superior de Salubridad, reformando el primer código sanitario y aprobándolo como el primero de México en 1889, y expidiéndose en 1894. En 1905 se crea la Dirección General de Beneficencia Pública y se inaugura el Hospital General. En 1908 se modifica la constitución de 1857 para encomendar a los poderes de la unión, la salubridad general de la República.

Establecida la constitución de 1917, sus artículos 73 y 74 señalan el derecho a la salud como derecho de los individuos y donde se confía a los poderes de la unión, el dictado de leyes sobre la salubridad general de la república, para ello se crearon 2 dependencias El Departamento de Salubridad y El Consejo de Salubridad General, con dependencia directa de la presidencia de la república; por otra parte, el artículo 25 especifica la atribución del Estado de planear, conducir y orientar diversas actividades incluyendo la economía y el trabajo solidario de los sectores público, social y privado, en el logro de los propósitos generales del desarrollo nacional.⁹⁷

El código sanitario de 1926-27 establece que la acción sanitaria federal compete al ejecutivo federal y al consejo de salubridad general. En 1927 se expide la Ley de la Beneficencia Pública.

⁹⁷ Angelina Gutiérrez. A. *Ibíd.* Pág. 79.

En 1934, se expide la Ley de coordinación y cooperación de servicios coordinados de salubridad pública entre los Estados y la federación. En 1937, se crea la Secretaría de Asistencia y el 15 de Octubre de 1943, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al fusionarse el departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia. Estas disposiciones legales van acompañadas de la construcción de diversos Hospitales de especialidades de la SSA.

En 1947, se expide la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, otorgando a la SSA facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar junto con la sanidad, la salud, la asistencia y la beneficencia pública.

En 1950, se reforma el código sanitario de 1927, donde se agrega la SSA, al ejecutivo federal y al consejo de salubridad general, como rectores de la acción sanitaria federal. En 1955, se expide un nuevo código sanitario.

En 1960, se amplía la Secretaría de Salubridad y de Asistencia, se crea la dirección general de servicios de salud pública en los Estados y territorios, quedando integrados a ésta, los servicios coordinados de salubridad y asistencia y los servicios cooperativos de bienestar social rural.

El 13 de marzo de 1973, se expide un nuevo código sanitario. En 1977, se establece el Sector Salud, en 1978, se crea el Gabinete de Salud en la Presidencia de la República y la Coordinación General de los Servicios de Salud, dirigidos a instaurar un sistema nacional de salud. (SNS) con el objetivo de lograr congruencia, eficacia, eficiencia en las prestaciones de servicios de salud pública y de la seguridad social; En 1982, el Ejecutivo Federal presenta iniciativa del artículo 4º constitucional que consagra el derecho a la protección de la salud y sienta las bases del SNS. En 1983, se instaura el Gabinete de Salud. En 1984, se publica en el diario oficial la Ley General de Salud, que se orienta a crear, conservar y mejorar las condiciones de salud de la población ampliándose la concepción de los servicios de salud estatales al incorporar a la atención médica y

a la salud pública, la asistencia social; así como reformas a los artículos 4, 25, 27, 28, 115 y la SSA pasa a lo que hoy conocemos como Secretaria de Salud.⁹⁸

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

El CNR, forma parte de la red de hospitales e institutos de salud federales del D. F., para la población no asegurada, ubicado al sur de la ciudad; tiene sus antecedentes en el Centro Nacional de Rehabilitación "Francisco P. Miranda" (1950), de la Dirección General de Rehabilitación de la SSA, dedicado inicialmente a la atención de pacientes con poliomielitis y más tarde se dio atención a todo tipo de personas con padecimientos en el sistema neuromusculoesquelético, proporcionando servicios de cirugía ortopédica y medicina física.

La saturación del Centro en 1968, determinó su traslado a un inmueble de la fundación Gildred donado a la SSA., fue adaptado y remodelado, convirtiéndose en el hospital de ortopedia y rehabilitación para niños y ancianos "Teodoro Gildred", en el año de 1976, cambio su nombre por el Instituto Nacional de Ortopedia. (INO)

Como resultado de las reformas estatales de ahorro del gasto público y compactación administrativa, en el año 2000, se unificaron en una sola sede 3 Institutos Nacionales, él de la Comunicación Humana (INCH), de la Medicina de Rehabilitación (INMR) y el INO, dando paso a la consolidación del Centro Nacional de Rehabilitación de la Secretaria de Salud, sus actividades las realizan en fundamento del artículo 4º. Constitucional, en la Ley General de Salud y en una serie de disposiciones, que veremos mas adelante.

⁹⁸ Guillermo Soberon. *Ibid.*

2.2 CRISIS SOCIAL, REFORMA POLÍTICA Y PROYECTO NEOLIBERAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA POR SEXENIOS DE 1982 AL 2000

La Crisis y sus Consecuencias en Salud Pública de 1976 - 1982.

Al inicio de la década de 1970 se da la ruptura del patrón de acumulación capitalista; el modelo del desarrollo estabilizador, la sustitución de importaciones y la industrialización fordista taylorista, transformadores de la economía, se agotan; a partir de 1971, la economía mexicana entra en una etapa de lento e inestable crecimiento, se habla de estancamiento, desaceleración, recesión o desequilibrio económico, inflación, deuda externa, déficit fiscal, especulación financiera, agudizándose en 1976-1977 con una fuerte devaluación del peso, incremento de precios, caos financiero, desempleo, subempleo, pobreza. Del auge petrolero a la crisis financiera y estructural, en 1981-1982 bajan los precios del petróleo, se elevan las tasas internacionales de los intereses de la deuda externa; reflejo injusto del régimen económico internacional.

Un factor importante de la crisis fue la concentración y centralización de grandes capitales por unos cuantos organismos, la dominación neocolonial sobretudo estadounidense se perfilaba desde la segunda posguerra, la política privatizadora, la inversión extranjera, el libre mercado, el apoyo al empresario, dibujaban ya la economía internacional actual. La lógica y el curso de la producción, distribución y consumo mundial están bajo el control de la gran empresa quien reestructura el capital de acuerdo a sus intereses.⁹⁹

Los países latinoamericanos sujetos a cada vez mayores carencias de recursos aceptan las nuevas reglas que impone la reestructuración del capital a partir de la

⁹⁹ Odilia Ulloa Padilla, Saúl Escobar Toledo. *La Reforma Económica del Estado o la Contrarreforma Neoliberal: La Privatización de la Seguridad Social. El Contexto de los Cambios Recientes del Modelo de Seguridad.* en Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, Cámara de Diputados LVI Legislatura. *La Seguridad Social Mexicana en la Ruta de la Privatización.* México 1997. Págs. 3-21.

revolución tecnológica (el uso masivo de la computadora y la microelectrónica, entre otros adelantos) y la reconversión industrial (el impulso de la maquila)¹⁰⁰

De 1976 a 1982, se plantea la llamada “modernización o remodelación económica” o la reforma estructural capitalista, representando el inicio de un proyecto global internacional de relaciones económicas, comerciales y financieras de largo alcance dirigido por las transnacionales imperialistas (FMI, BM, BID, etc.) que rearticulan el proceso capitalista mundial sobre bases nuevas. La crisis de 1970, obligó al Estado mexicano a pactar nuevos préstamos en condiciones desventajosas con los organismos antes mencionados, quienes condicionaron los mismos, con el fin de garantizar el pago de intereses y la estabilización económica.¹⁰¹

En 1977, por falta de recursos por la crisis del sector salud, suspende la SSA su programa de extensión de cobertura (PEC) a la ciudad y el campo. En 1979; el IMSS COPLAMAR se extiende, con muchas deficiencias de infraestructura y financieras.

En 1982, el gobierno mexicano firma las cartas de intención sugeridas por las transnacionales, comprometiéndose a cambio de líneas de crédito, a cumplir con los planes de ajuste estructural, reducir y privatizar el gasto público y social, adelgazar y desregular el aparato estatal, a mayor apertura comercial, (a costa de más desindustrialización), control laboral y austeridad salarial.

Ante la disminución del presupuesto público, el gobierno de López Portillo, para evitar el colapso, realiza una serie de ajustes al gasto público, para hacer más con menos, para esto, el Estado siguió las recomendaciones paliativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS, con respecto al impulso de la atención primaria de la salud, prevención, autocuidado, promoción y educación para la salud, para evitar lo más posible gastar en curar enfermedades. En el Plan Nacional de Salud López Portillista, se plantearon las directrices de extender la

¹⁰⁰ Angelina Gutiérrez. *Ibid.* Pág. 18, 19.

¹⁰¹ *Ibid.*

cobertura de los servicios médicos públicos incorporando a las comunidades con sus propias organizaciones al desarrollo de programas de salud; al igual que en el régimen echeverrista el gobierno ponía el material de construcción y la comunidad la mano de obra, así se construyeron casas y centros de salud, muchos de ellos poco tiempo después quedaron abandonados por desabasto y falta de recursos humanos, se le dio reconocimiento a médicos tradicionales, sobre todo a parteras, entre otras medidas insuficientes y de bajo costo.

SEXENIO DE MIGUEL DE LA MADRID H. (1982-1988)

Desde inicios de 1980, surgió un intenso proceso de reorganización económica, de ajuste y reforma drástico y severo bajo los lineamientos de las transnacionales, con el supuesto de alcanzar estabilidad económica y elevar la productividad, presionan al Estado mexicano, a reducir y reorientar el gasto público, con el objeto de garantizar el pago de los intereses de la deuda.

La internacionalización y concentración del capital, el desarrollo tecnológico y cambios concretos en el proceso de trabajo, han creado una nueva división internacional del mismo, se incrementan la productividad, la tasa de explotación y surgen nuevas necesidades en salud.¹⁰²

El Estado mexicano se readecuó en términos de racionalización a fin de presentar un aparato estatal más eficiente, dinámico, menos costoso y de mayor productividad para los intereses de la burguesía,.

El ajuste neoliberal se torna privatizante, excluyente y mercantilista, en el ámbito de las políticas sociales se gesta la privatización de los servicios públicos, se empieza a dismantelar la vertiente de "bienestar" (restringida y excluyente)¹⁰³ que el Estado mexicano había desarrollado en décadas anteriores, constituye un obstáculo a la expansión del mercado privado.

¹⁰² Asa Cristina Laurell. *La Política de Salud en los Ochenta*. Ibid. Pág. 90.

¹⁰³ María Rosa Márquez Cabrera. *Prólogo*. en Saúl Escobar y otros. (coords.) Ibid.

En 1982, en el marco de la crisis, el gobierno para enfrentarla acentúa la política neoliberal, recurre a la austeridad, al endeudamiento externo, a la renegociación de la deuda, a más inversión extranjera, a la explotación desmesurada de los recursos naturales, al desconocimiento y restricción de los derechos laborales de seguridad social, al tope salarial, a la carestía, a la reducción presupuestal del gasto público, dando pauta a la eliminación de subsidios y al imparable proceso de privatización del sector público.

Miguel de la Madrid, (82-88) enfrenta la crisis con el plan de austeridad, "renovación moral" y reordenamiento económico a través del programa integral de renovación económica (PIRE) que anuncia el recorte al gasto público, el pago de la deuda externa, liberación de precios, contención salarial y reestructuración de la administración pública federal, el diagnóstico oficial señalaba la creciente participación del Estado en la actividad económica como causa principal de la crisis.¹⁰⁴ En ése sentido, el Plan Nacional de Desarrollo (PND 82-88) pretende reorganizar y desarrollar la economía nacional dentro de los parámetros trazados por el FMI y la BM.

Con el proyecto neoliberal de "modernización o reconversión industrial" se inicia la llamada "nueva cultura laboral", que implica flexibilidad, polivalencia, movilidad de la F. de trabajo, la anulación o limitación de los contratos colectivos y las condiciones generales de trabajo. La reforma administrativa burocrática se orienta a implementar el servicio civil de carrera, (SSC) diseñado en Estados Unidos que ha juicio de los trabajadores de la salud,¹⁰⁵ significa un proyecto de productividad patronal y antisindical, que establece un nuevo sistema de ascenso más comprimido, competitivo e individualizado, que califica eficiencias, aptitudes y productividad personal, desaparecen el escalafón por antigüedad y plazas de base sobre todo las de última categoría, se establece el salario mínimo regional y se incrementan las funciones de confianza.

¹⁰⁴ Odilia Ulloa P. Ibid.

¹⁰⁵ *Catálogo de Puestos, Tabulador y Control Laboral del Régimen*. Comité Ejecutivo Democrático Sección 84, Hospital Infantil de México (documento) 1984.

En 1985, México ingresa al GATT, lo que trae grandes beneficios al capital trasnacional en perjuicio de la pequeña y mediana industria nacional.

En 1987, se firma el pacto de solidaridad económica, (PSE) que trae consigo devaluación del peso, inflación, contención salarial, reprivatización paraestatal, más reducción del gasto público y profundización de la austeridad. Sin duda "el crecimiento cero" de la economía en la década "pérdida" de 1980, se explica por la política de austeridad que se impuso para asegurar el compromiso del Estado ante el pago de la deuda externa.

El aumento del costo de la atención médica, el mínimo presupuesto público asignado y la readecuación de la política pública, condujeron a la modernización del sector salud; en el PND de MMH, se anuncia la Ley General de Salud se aprueban las modificaciones al artículo 4 constitucional, señalando el nuevo texto, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, se incluye la necesidad de impulsar su descentralización y la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS), que integre al sector salud; así como fomentar la responsabilidad estatal de la medicina preventiva, se retoma la medicina tradicional como parte del paquete de salud estatal. La atención primaria es más difícil implantarla en las zonas rurales por la carencia de recursos.¹⁰⁶

La reforma, a partir del derecho a la salud para todos, implica que la atención médica se planifique a tres niveles: El primero de bajo costo, base de atención de la clínica familiar y el centro de salud orientado a la creciente población abierta, comprende la medicina preventiva, auto responsable, comunitaria, familiar y general (vacunación, curaciones, detección oportuna de casos de riesgo) el segundo, se compone de hospitales generales, la atención hospitalaria va desde la atención de partos, cirugía general, medicina interna, urgencias quirúrgicas traumatológicas y algunas especialidades, y el tercero, se refiere a los institutos

¹⁰⁶José Manuel Flores Ramos. *Economía, Salud y Modernización 1982-1993*. Revista del Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social. CIESS No. 63. 1993.

federales de la salud, de atención hospitalaria especializada para padecimientos graves y complicados, incluye rehabilitación.

El Estado con el SNS, trata de dar una mayor coordinación y coherencia a su desigual infraestructura, como una forma de elevar la calidad de sus servicios, reducir duplicidades y altos costos, creando las condiciones para la búsqueda de nuevas formas de financiamiento como el sistema de tarifas o cuotas de acuerdo con el ingreso del usuario para el 2 y 3 nivel de atención, así mismo se propone reestructurar los hospitales públicos, transformándolos en empresas de servicio y autónomos en la recuperación de costos. La Ley General de Salud responsabiliza a la SSA de la conducción sectorial del SNS dirigido a la población marginada a través de un paquete básico de salud de bajo costo como la cirugía ortopédica extramuros.

Las reformas neoliberales en salud pública sugeridas por el FMI, BM. OMS, consisten en la reestructuración del sector salud con mayor racionalización y eficiencia en los servicios,¹⁰⁷ éstas reformas se orientaron por 5 ejes principales: a) La ampliación de cobertura, reforzando el primer nivel de atención. b) Impulso a la descentralización, buscando la coordinación institucional. c) El recorte del presupuesto y su distribución racional, esto se resintió con mayor intensidad en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. d) La privatización, que se inicia con la subrogación de servicios hospitalarios e institutos completos (producción de biológicos) por parte de las autoridades federales a empresas particulares. e) La capacitación del personal de salud.

El PND, hace énfasis en el auto cuidado ante la crisis del Estado benefactor, ahora el individuo es responsable de su propia seguridad y salud, la reforma neoliberal en salud pública requirió preparar a la población para la conservación de la salud. A partir de 1982, la descentralización y desconcentración del sector salud también se implementa mediante estrategias de niveles: El central, el estatal y el municipal, así como la transferencia de recursos a los niveles locales, la SSA

¹⁰⁷ Angelina Gutiérrez. *Ibid.*

pasa a formar parte de los Estados, se reestructura y descentraliza por zonas. La descentralización implica una redefinición política y económica del Estado. El sismo de 1985 destruyó varias unidades médicas públicas en la ciudad de México, lo que aceleró la política de desconcentración administrativa, los cambios de adscripción y los despidos de los trabajadores de la salud no se hicieron esperar.¹⁰⁸ Lo que se advertía años atrás.

La descentralización, así como el auto cuidado en la salud son propuestas viables pero limitadas y desequilibradas por el proyecto neoliberal, al igual que el derecho constitucional a la salud.

En el PND y el Programa Nacional de Salud, (PNS) se promueve la homologación salarial y de prestaciones, entre las diferentes instituciones que conforman el sector salud, estrategia que hasta la fecha no se ha concretizado.

También en el periodo de MMH, se promueve una legislación dedicada a los inválidos, el Estado impulsa el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en diversos Estados, al término del sexenio éste programa desaparece por falta de presupuesto.

SEXENIO DE CARLOS SALINAS DE GORTARI (1988-1994)

En los inicios de 1990, el neoliberalismo a significado para la clase obrera más empobrecimiento, trabajo inestable, bajos salarios, nulificación de los derechos laborales, ignorancia política y cultural, injusticia social, inseguridad, narcotráfico, corrupción, así como incremento de enfermedades y discapacidad por accidentes,¹⁰⁹ toda esta problemática social demuestran la incapacidad del sistema capitalista para dar solución a las demandas populares.

¹⁰⁸ Antonio Vital G. Carlos Rodríguez Ajenjo. *Las políticas de Salud y las Luchas de los Trabajadores*. Cuadernos políticos No 19. editorial Era, 1979. Págs. 50-67.

¹⁰⁹ Angelina Gutiérrez. *Ibid.*

El régimen salinista y su PND validan la política neoliberal, con la aceleración de la reestructuración, con clara tendencia de integración a la economía estadounidense, sigue la venta de paraestatales, políticas laborales totalmente patronales, apertura sin límite del capital extranjero, liberación del comercio exterior; el TLC (1994) al igual que el GATT beneficia solo a los grandes empresarios. En este contexto se profundiza la inflación, el déficit público, se institucionaliza la devaluación constante del peso ante el dólar, se renegocia la deuda externa con ventaja para la banca internacional. En 1993, el Banco Mundial en su informe sobre el desarrollo mundial "invertir en salud" reafirma la estrategia neoliberal de promover una participación más amplia del mercado y del sector privado en el ámbito del bienestar social.¹¹⁰ El Estado impulsa PRONASOL y PROCAMPO con un trasfondo clientelista.

El PNS salinista (1988-1994) al indicar que los requerimientos sociales deben constituir "proyectos de inversión recuperable", resalta la participación de la iniciativa privada en la promoción de los seguros privados, otorga incentivos a la medicina privada exenta de gravamen, promueve la cultura del autocuidado preventivo, señalando a la vez que el objetivo más amplio de las reformas en salud es mejorar la atención médica y la protección social para todos los mexicanos; no obstante, "la remodelación administrativa" como parte de la política económica de modernización capitalista, a implicado a través de programas de productividad en los servicios médicos de salud pública hospitalaria: congelamiento de plazas de nueva creación, sobrecarga e intensidad laboral (se implementan las cirugías nocturnas) desaparición de plazas de última categoría, se suplen con la subrogación o subcontratación de compañías privadas de limpieza, lavandería, vigilancia, comedor; aumento de trabajadores de confianza, contratismo, desabasto hospitalario y recorte del cuadro básico de medicamentos, que junto con el aumento de los precios de las medicinas, dificulta su compra de parte de las familias pobres, aumento del costo de los servicios médicos de los hospitales (consulta, laboratorio, rayos x, hospitalización, etc.), disminución del

¹¹⁰ Asa Cristina Laurell. *Tesis Sobre el IMSS y la (Contra) Reforma Neoliberal*. en Saúl Escobar Coord. *Ibid.* Pág. 23 – 38.

tiempo de consulta médica y saturación de consultas, se desarrolla la medicina privada como nunca.

En 1990, se siguen presentando las disparidades y duplicidades en el sector salud, con enormes diferencias en recursos entre las instituciones que lo componen. La descentralización salinista al posibilitar el traslado de responsabilidades de la federación a los estados sin apoyo financiero y técnico aceleró el deterioro de los servicios de salud.

SEXENIO DE ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON (1994-2000)

El neoliberalismo en salud pública, sustenta desfinanciamiento, descentralización y privatización selectiva de los servicios, en éste sentido, el PND zedillista insiste en estrategias como la desconcentración y descentralización de los servicios médicos para la población abierta, la ampliación de la seguridad social para todos los mexicanos con la capacidad de prepago y de selección del usuario de acuerdo a su capacidad económica, y apoyo focalizado a grupos vulnerables y de extrema pobreza con el “paquete básico de salud” el cual consiste en vacunación y promoción en salud, salud reproductiva o atención en el parto y nutrición, con una pequeña ayuda para despensa en especie o dinero, así como el mejoramiento de los servicios médicos con la libre elección del primer nivel, esto último no se ha concretado.

El PND, (1995-2000) reconoce los desalentadores resultados de la descentralización,¹¹¹ proponiéndose solucionar los problemas para su desarrollo, con atribuciones y recursos del gobierno federal a los estados y municipios para mejorar la calidad de los servicios médicos públicos, con participación comunitaria ya que actualmente los recursos humanos, materiales y financieros, se encuentran en su gran mayoría centralizados, lo único que se seguirá manejando de forma centralizada es la construcción de hospitales de tercer nivel por cuestiones

¹¹¹ Ofelia C. Martínez S. Gustavo Leal F. *Panorama de la Política de Salud y Seguridad Social en México. Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta. Tercer Trimestre 1995.* Reporte de Investigación 79. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. UAM. 1996. (documento)

económicas de escala. Se dice, que la descentralización es un reto para mejorar las condiciones de vida de la población, a partir de está, se puedan diseñar programas de salud de acorde a las necesidades reales de las comunidades en particular, quienes se enfrentan a los raquícos presupuestos pues los estados sólo manejan el 25% y el resto la SSA desde el centro.

El desfinanciamiento obligo al Estado a establecer en los servicios hospitalarios, con el fin de fortalecerlos, un sistema nacional de referencia y contrarreferencia de pacientes (exclusivo para quien pueda pagar sus viáticos a la entidad donde se encuentre la especialidad), entre las diferentes instituciones del SNS. En la especialidad de la ortopedia se reforzó la cobertura de cirugía menor (extramuros) ambulatoria a los Estados, también se reforzó el programa de auto cuidado, en salud pública, con el programa “la salud empieza en casa”.

En 1996 –1997, se reforma el SNS y el sector salud, se aprueban las nuevas leyes del IMSS y del ISSSTE, (más restrictivas) se aprueba el catálogo de cuotas de recuperación y el aumento de las mismas.

En 1997, se inicia en la ciudad de México, apoyo de autobuses para discapacitados y ley para discapacitados de la ALDF. En 1998, cierran centros de terapia ocupacional para la tercera edad del ISSSTE por falta de presupuesto. El programa nacional de “salud 2000” del régimen, con él objetivo “salud para todos los mexicanos” viene acompañado de la reducción del gasto social, desaparece pronasol por ineficaz, los programas prioritarios contra la pobreza son los más afectados; en el INFONAVIT y el FOVISSSTE muchos requisitos, demandantes y pocas casas. Los resultados del diagnóstico basal de calidad realizado entre 1997-1999 en centros de salud y hospitales, por la secretaria de salud,¹¹² indican que el abastecimiento de medicamentos es insuficiente y el equipo en los hospitales es inadecuado y obsoleto, funcionan con graves deficiencias ante el aumento y

¹¹² Gustavo Leal F. *Carta de Extravío que no de Navegación. Diez Apuntes sobre Salud y Seguridad Social en el Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006.* en *Salud Pública.* El Cotidiano 112. Revista de la Realidad Mexicana Actual. UAM Azcapotzalco. 2002.

saturación de demandantes de los servicios; por el desempleo y la restricción de los derechos laborales de la seguridad social.

Los programas sociales implementados por los gobiernos neoliberales quedaron rezagados ante el aumento de las necesidades sociales y la escasez de presupuesto. El desfinanciamiento es la causa principal de la reducción de salarios y prestaciones del sector salud, del deterioro de las instalaciones y equipo, de la escasez de medicamento y en general de las precarias condiciones de salud de los pacientes.¹¹³

Por otro lado, se insiste en la privatización de la seguridad social y de la salud pública, la OMS en su informe “la salud en el mundo 1999-2000” señala que la reforma a la salud es responsabilidad personal y que debe de existir el pago anticipado para que sea posible lograr un verdadero acceso a la atención médica personal, de costo elevado, asimismo el BM señala, la necesidad de invertir capital privado en las instituciones de salud pública sobre todo en el tercer nivel, al respecto los servicios médicos y clínicos no incluidos en el “paquete básico de salud” para los marginados, podrán ser transferidos gradualmente al sector privado, por ejemplo, los relativos al segundo y al tercer nivel de atención, lo que sentaría las bases hacia la privatización y la desregulación total de la salud pública.¹¹⁴

La transferencia de los fondos de pensiones al sector privado (AFORES, SINFORE, SAR), la inclusión de la opción privada del seguro de salud obligatorio, el proveer un mínimo de servicios a la población en condiciones de pobreza extrema,¹¹⁵ entrañan una erosión profunda de la seguridad social y la salud pública.

El proceso neoliberal busca con insistencia la mercantilización selectiva o semi privatización de la producción estatal de bienes y servicios, (como el de la salud

¹¹³ Asa Cristina Laurell. *Tesis Sobre el IMSS*. Ibid.

¹¹⁴ Gustavo Leal F. (coord.) Informe de la OMS sobre, *La Salud en el Mundo 2000*. (Presentación) en *Salud Pública*. El Cotidiano 107. Revista de la Realidad Cotidiana Actual. UAM Azcapotzalco. 2001.

¹¹⁵ Odilia Ulloa P. Ibid.

pública) donde clientes potenciales tengan acceso a servicios exclusivos (privados) en los hospitales e institutos de salud pública.

Con las reformas neoliberales, el BM, el empresario médico y las aseguradoras privadas aceleran el debilitamiento del sector salud;¹¹⁶ el parcial desmantelamiento de las instituciones de salud pública es clave, ya que constituyen un obstáculo a la expansión del libre mercado.

La política neoliberal en los servicios médicos de salud pública tiende a establecer un régimen dual, (público – privado) en donde el sector público asuma la responsabilidad del suministro de servicios médicos esenciales de bajo costo, de primer nivel y el sector privado la producción de servicios médicos de los niveles secundario y terciario a cargo del gobierno federal, de alto costo y difícil acceso, lo que daría como resultado un régimen de salud pública inequitativo excluyente y selectivo.

En resumen, en 1990, el neoliberalismo provocó en la economía mexicana más problemas¹¹⁷ aguda caída del gasto público, del salario, alta inflación, más desempleo, inversión extranjera, baja productividad, lo que explica en gran medida el aumento en la incidencia de la pobreza y el deterioro generalizado de las condiciones de vida y de bienestar social.

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Asa Cristina Laurell. *Concepciones Sobre Modelos de Seguro y Seguridad Social: Sus Impactos sobre el Bienestar Social y la Equidad*. en Saúl Escobar Coord. Ibid. Pág. 63 – 69.

SEXENIO DE VICENTE FOX QUEZADA (2000 – 2006)

El PND foxista, (2001-2006) carece de una agenda estricta en materia de salud pública y seguridad social, reproduce inercias priistas como “la libertad individual” en el cuidado de la salud.¹¹⁸ El PNS con el argumento, que cerca de la mitad de los mexicanos carecen de acceso aún sistema de salud óptimo, y para un gran porcentaje de ellos, combatir una o varias enfermedades significa fuertes erogaciones a su economía, y que también existe un sector de la población que esta imposibilitado para acceder si quiera aún tratamiento, se insiste en impulsar la privatización del sector público en salud, para lo cual se requiere vencer la resistencia social a su aplicación ya que la SSA, el IMSS y el ISSSTE son instituciones muy arraigadas en el pueblo mexicano;¹¹⁹ las estrategias para lograrlo son, la reducción al presupuesto de la salud pública y la seguridad social, la descentralización y el fomento del sector privado.

El Estado con el gobierno de la alternancia por delante, insiste en culminar las reformas estructurales de segunda generación,¹²⁰ como la calidad y racionalización del gasto social en políticas públicas y sociales, en ése sentido, la iniciativa foxista del seguro popular, significa un escalón más en la privatización de la salud pública ya que los mexicanos que no tengan IMSS o ISSSTE o alguna otra prestación social tendrán que pagar cuotas elevadas, establecidas por las autoridades del sector salud para acceder a los servicios hospitalarios de cirugía y especialidades de la federación, pues con el seguro popular solo se tendrá derecho a la consulta, a la vacunación y programas de planeación familiar.¹²¹

De que sirve que en teoría el Estado tenga la obligatoriedad de garantizar el derecho a la salud con principios de equidad, universalidad, calidad, gratuidad y que él ejecutivo federal este comprometido en acelerar el proceso de federalismo

¹¹⁸ Gustavo Leal F. *Cartas de Extravío*. Ibid.

¹¹⁹ Asa Cristina Laurell. *Tesis Sobre el IMSS*. Ibid.

¹²⁰ Angelina Gutiérrez. Ibid.

¹²¹ Otelia Quijano. Francisco David R. *Continuidad y Profundización de las Políticas de Desmantelamiento y Privatización de la Seguridad Social*. en Max. Ortega. Ana Alicia Solís de Allba (coords) *El Primer Año del Gobierno Foxista*. Editorial Itaca México 2002. Págs. 37-83.

a través de la justa redistribución del gasto, de la capacidad para generar mayores ingresos y más empleos, así como de tener el poder de decisión y de ejecución inmediata en obras y prestaciones públicas; y de que él legislativo apruebe la iniciativa de Ley Nacional de la personas con discapacidad,¹²² que sienta las bases jurídicas en torno a los derechos, protección y atención de los discapacitados ¡ya veremos!; si el problema básicos de la crisis financiera del SNS es provocado por el modelo vigente, se sigue invirtiendo más en curación que en prevención, sigue la contracción del gasto público, el gobierno neoliberal sigue cumpliendo estrictamente con los lineamientos de los convenios internacionales con el FMI y BM. Con el foxismo en el sector salud no a cambiado nada, tan solo la profundización de la problemática ya expuesta.

El neoliberalismo a dejado altos rendimientos para un reducido grupo de empresarios extranjeros y nacionales, mientras el costo social fue cubierto por el grueso de los mexicanos que al igual que la clase obrera internacional a enfrentado e incrementa sus acciones de resistencia contra éste.

Sin embargo faltan tres años para concluir el sexenio foxista y mucha de esta temática esta en el tintero, son asuntos pendientes, como la privatización social de la seguridad social y la salud pública constitucional.

¹²² Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados. Miércoles 30 de Abril de 2003.

2.3 MARCO JURÍDICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES, ATENCIÓN MÉDICA TRAUMATOLÓGICA, DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL PARA TRABAJADORES DISCAPACITADOS SIN SEGURO SOCIAL.

La realidad que a diario viven los discapacitados pobres, por accidente o enfermedad, producto del trabajo no reconocido por las leyes laborales del país, es de muchas carencias, enfrentándose además a una medicina costosa, limitada y burocratizada debido a su carácter de clase.

En las dos últimas décadas hemos sido testigos del ascenso de los discapacitados en general, decenas de organizaciones de estos, familiares, y grupos de simpatizantes se manifestaron en las plazas de diferentes Estados, por el respeto a sus derechos y solución a sus demandas, lo que ha realizado el Estado en diferentes ámbitos (cultural, deportivo, legislativo, etc.) por los discapacitados, así como por el pueblo en general, se debe a su persistente lucha por la equidad y la justicia social a través de los años. A los discapacitados los dividen las secuelas de su enfermedad que los diferencia entre sí, no obstante los une sus demandas de asistencia médica y social.

Ya vimos que son diferentes las instituciones médicas especializadas en la ortopedia y la rehabilitación encargadas de las lesiones óseas, así como su posterior rehabilitación, están los privados de costos altos, los exclusivos para los trabajadores con seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) y los públicos dedicados a la población abierta como la Secretaría de Salud, DIF, IMSS SOLIDARIDAD, sin embargo los que más benefician a la clase trabajadora no asegurada pese a todo son estos últimos por su accesibilidad y bajo costo, como en nuestro caso lo representa el CNR.

Los antecedentes de las leyes y reglamentos dedicados a los discapacitados por lesión ósea laboral sin seguro social, se encuentran en el pasado código

sanitario (1976) y sus artículos 156, 382, y el capítulo 5 concerniente al reglamento de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos.

El marco jurídico para la atención y protección de los discapacitados por enfermedad o accidente laboral, sin seguridad social, parte: del artículo 4º. Constitucional concerniente al derecho a la salud, de los artículos así como sus disposiciones e incisos de la Ley General de Salud¹²³ 3,4,6,8,10,11,13,14,27,135,136,137,138,164,165,166,167,168,171,172,174,176,177,178,179,180,194, y 300, referentes a la Constitución del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, a la prevención, atención y control de accidentes y enfermedades laborales, a la obligación del Estado de otorgar atención médica especializada traumatológica y de rehabilitación preferentemente a los grupos vulnerables, a la asistencia social, prevención, control y rehabilitación de la discapacidad en general, así como a la obligación estatal de fomentar la investigación, educación, capacitación, deporte, recreación, transporte y promoción para beneficio de los discapacitados.

En 1995, el PND 1995 – 2000 incorpora el tema y aprueba el “programa para el bienestar y la incorporación de los pacientes con discapacidad” con el fin de instaurar un sistema nacional de información de discapacidades, publicar registros de edades de la discapacidad, que evite la duplicidad de estadísticas en torno a la misma.

En 1994, aprueba la CNDH la Ley de Integración Social para personas con discapacidad en las entidades federativas, en 1996, la ALDF aprobó la Ley para Personas con Discapacidad en el Distrito Federal, ambas mencionan sus derechos; de vivienda, integración laboral, transporte, etc. con sanciones a quienes no las respeten, así como fomentar programas de salud en su beneficio, como la arquitectura urbana adecuada, basándose en el reglamento de construcción en el D. F. (Art. 18 y 101)

¹²³ *Ley General de Salud*. 1984.

El 30 de abril del 2003, es aprobada por la cámara de diputados la iniciativa de Ley Nacional de las Personas con Discapacidad, que tiene por objeto establecer las bases y modalidades de acceso de las personas con discapacidad a sus derechos, a la protección y atención relativa a su salud, proponiéndose impulsar la creación del Instituto Nacional de las Personas con Discapacidad.

Si bien, las movilizaciones de estas personas han construido un marco jurídico en los últimos años, la realidad es que falta respeto a sus derechos sociales, como: los problemas cotidianos de transporte, capacitación laboral y colocación a un empleo adecuado a sus capacidades residuales.

CAPÍTULO 3

ENTORNO SOCIAL DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS POR LESION ÓSEA

3.1 CONDICIONES SOCIALES QUE PONEN EN RIESGO LA SALUD Y PROPICIAN LAS LESIONES ÓSEAS CAUSANTES DE DISCAPACIDAD.

Ya vimos, como a partir de ver al hombre como ser social y al proceso productivo capitalista como motor de la sociedad actual, se desgasta prematuramente y degrada el potencial humano, pues la mayor parte de los trabajadores viven sin seguridad social, con sueldos insuficientes que no satisfacen sus necesidades de vivienda, empleo, educación, cultura, salud, etc. Pareciera que la pesadilla de los arrabales obreros de los albores de la revolución industrial, llenos de inmundicia, promiscuidad, violencia, hacinamiento, muerte prematura infantil y laboral por padecimientos curables, prevenibles y controlables no ha desaparecido, no obstante la calidad de vida de una persona discapacitada debido a una lesión ósea puede mejorar o empeorar de acuerdo a los recursos económicos que tenga.

Los tres casos de estudio, la lesión de columna con lesión medular, la lesión coxofemoral por fractura o desgaste articular degenerativo (coxartrosis) y la infección ósea crónica postraumática (ostiomielitis) son de las más graves y complicadas, requieren de muchos gastos y cuidados, son resultado de accidentes, enfermedad y violencia relacionadas con el trabajo y la vida social, limitan o nulifican la fuerza física y el desplazamiento afectando el estado emocional de quienes las padecen, además su cuidado, obliga a uno o más miembros de la familia a suspender sus actividades personales.

Estas lesiones pueden llegar a presentarse en personas de cualquier edad, sin embargo impactan y trascienden más, en la población económicamente activa, de bajos recursos económicos, en edad productiva, y con problemas de pago para la atención médica de urgencias, las investigaciones realizadas demostraron que la mayoría de las personas que acuden a tratarse estas lesiones al CNR viven en colonias populares del Estado de México, marginadas, entre calles empinadas, sin pavimentar, con problemas en el drenaje, la energía eléctrica y el agua potable, en sus viviendas patios con pisos de tierra, bordos y grietas en los pisos, escaleras

en mal estado, animales sueltos, objetos tirados al paso, espacios arquitectónicos reducidos e inadecuados etc.

Las lesiones óseas discapacitantes involucran en su surgimiento, incidencia y prevalencia diversos factores, sobresaliendo:

- a) El laboral, la mayoría de las personas lesionadas realizaban actividades al que tienen acceso las clases más pobres: 1) Desgastantes e intensas, como en el caso de la lesión de cadera en las personas de la tercera edad, relacionada entre otros factores, (aparición de la menopausia, desnutrición tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo) con la sobrecarga acumulativa de trabajo durante el transcurso de su vida, todos ellos realizaron diversos trabajos sobresaliendo los de obrero, oficios diversos y campesinos en ese orden. 2) De gran esfuerzo físico y sin medidas de protección, como él de los albañiles por cuenta propia. 3) Riesgosos y peligrosos, como el de los policías privados o los accidentes vehiculares de los trabajadores del volante, o los que son agredidos en la vía pública, durante el horario de trabajo o en el transcurso de traslado al mismo; o también por distracción, cansancio y descuido, como él caso de las lesiones traumáticas al realizar actividades en el hogar o en la vía pública.
- b) El económico, relacionado directamente con él estado nutricional de las personas, con las complicaciones de sus padecimientos y con la falta de recursos económicos inmediatos para el pago del tratamiento médico, por ejemplo, él caso de las personas que requieren de una prótesis de cadera, producto de importación, por lo regular con costos muchas veces fuera del alcance de la economía familiar.
- c) El sociocultural, relacionado con la infección ósea crónica consecuencia de un traumatismo, tiene que ver con los conocimientos y comportamiento humano, con el hábitat, con la economía, la política y el modo de producción; como factores de riesgo particulares, se encuentran una economía familiar y un estado nutricional deficientes, hábitos y conductas nocivas para la salud (alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo), falta de

higiene personal y hospitalaria, de auto cuidado y estima, también se asocia al uso indiscriminado de antibióticos a través de la automedicación y una herida no atendida a tiempo o mal atendida.

Los aspectos socioculturales tienen que ver también con la relación médico paciente, estos últimos se caracterizan por sus bajos ingresos y nivel sociocultural, desconfiados, incrédulos y temerosos a los tratamientos sugeridos por los médicos, quienes muy pocos se interesan por los problemas sociales de los pacientes, olvidando que muchas enfermedades están relacionadas con factores socioculturales.

Al respecto los mexicanos poseemos una cultura propia correspondiendo al grupo o clase social al que pertenecemos, e influenciados por la acción social del grupo dominante,¹²⁴ en ese sentido vivimos bajo una cultura de aniquilación de la naturaleza incluyendo al propio hombre, quien en su mayoría vive en una situación de marginación y predominio cultural,¹²⁵ en donde los marginados arrojan las tasas más altas de enfermedad y muerte. Los padecimientos de índole socio-cultural como la infección ósea son gravosos para la unidad familiar, generadores de incapacidad laboral y sufrimiento.¹²⁶

Los aspectos socioculturales presentan grandes desigualdades y rezagos en nuestro país, el ascenso de la pobreza, la creciente marginación educativa, el analfabetismo latente, el desinterés por la cultura, y la violencia social, entre otras calamidades del capitalismo, lo demuestran.

Las leyes y disposiciones referentes al tema, así como la actuación estatal dirigida a fomentar la cultura, la educación, el arte, la comunicación social, la ciencia y la humanidad son insuficientes y muchas de la veces no responden a la realidad social del pueblo de México.

¹²⁴ Raúl Bejar N. *El Mexicano (Aspectos Culturales y Psicosociales)* UNAM. 1986. Pág. 23

¹²⁵ Leopoldo Zea. *Cultura del Hombre y Cultura Natural*. El Búho, Suplemento Excelsior. 26 Marzo 1995.

¹²⁶ Lilian González CH. *Aportes Para la Construcción del Perfil Epidemiológico y Sociocultural de una Comunidad Rural*. Salud Pública. Vol. 35, No. 4. 1993. Pág. 394.

Antes de revisar por separado los datos epidemiológicos y socio médicos más sobresalientes de los tres casos de estudio, recopilados de los expedientes clínicos de las personas atendidas y de los cuestionarios aplicados, adelantaremos brevemente, las características socio patológicas específicas de cada uno de ellos:

a) **Lesión de Columna con Lesión Medular.** En la actualidad esta lesión es considerada una de las más devastadora que pueda producirse en el adulto joven y es de incapacidad severa y muerte, este padecimiento deja como secuela parálisis corporal completa o parcial (hemiplejía, paraplejía, etc.), pérdida de esfínter, infertilidad, dolor y problemas neurológicos.

Al presentarse en la edad productiva y sobre todo en hombres es evidente que afecta al jefe de familia, repercutiendo significativamente en la economía de la misma, ya que presenta serias dificultades para su reincorporación al trabajo.

Al igual que la infección ósea crónica resultado de un traumatismo, este padecimiento afecta más al hombre, se deberá a que desde la infancia realiza actividades fuertes y peligrosas, sobresaliendo los juegos rudos, actitudes de audacia e intrepidez, así como la integración al proceso productivo desde temprana edad, exponiéndolo a los accidentes, al desempleo, a la violencia, en mayor medida que la mujer.

b) **Lesión Coxofemoral (Fractura de Cadera y Coxartrosis).** Consecuencia de la crisis social que involucra creciente urbanización, desempleo, aceleración del ritmo de vida, intensidad laboral, tensión nerviosa y deterioro de la calidad de vida, se presenta un gran desgaste físico en los adultos mayores, volviéndolos más vulnerables ante cualquier enfermedad; con el proceso de envejecimiento se vuelve más frágil y quebradizo el sistema óseo, se puede presentar descalcificación ósea llamada osteoporosis padecimiento relacionado con

desnutrición, sedentarismo y tabaquismo;¹²⁷ la fractura o el desgaste en la cadera (coxartrosis) provocan severos dolores que mantienen a la persona inmóvil y postrada en cama, a pesar de tratamientos con métodos conservadores, es cuando la articulación inservible tiene que ser reemplazada por una artificial (prótesis) con el fin de mejorar su estado físico y emocional.

Estas lesiones en la cadera, se llegan a complicar con las patologías propias de la vejez, en una sociedad como la nuestra (hipertensión, cáncer, diabetes y cardiopatías), se reporta que la mortalidad primaria consecutiva a la fractura de cadera estaba relacionada con el estado general de la salud de la persona lesionada,¹²⁸ y con la carencia de un ingreso decoroso dificultándoles la adquisición de la prótesis y medicamentos de especialidad, agudizando la dependencia familiar de la persona lesionada.

c) **Infección Ósea Crónica. (Osteomielitis)** Las personas con este tipo de lesión corren el riesgo de ser amputados durante un ataque de la misma, incluso algunos así lo deciden ante la necesidad de acabar con los frecuentes tratamientos médicos y quirúrgicos,¹²⁹ este complicado padecimiento tiene un promedio de duración de diez años, afectando estado psicosocial, actividades diarias y la economía familiar, por él alto costo que implica el control del tratamiento, son personas dependientes de fármacos, de un alto riesgo depresivo, lo cual genera un potencial de estrés familiar que puede derivar en conductas negativas, poniendo en riesgo la armonía de la misma, por lo que necesitan programas sistemáticos de apoyo psicológico familiar.

Es posible que más del 50% de las personas con la infección, a quienes se les indica tratamiento médico prolongado y riguroso, el cual implica varias cirugías, lo suspendan antes de tiempo o lo hacen en partes, se automedicamentan, y acuden

¹²⁷ *La Prevención de la Osteoporosis*. Carta de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud. Vol. 2, No. 5. 1991.

¹²⁸ Barzel V. S. *Epidemiología de las Fracturas, Osteoporosis*. Editorial Toray, Barcelona, 1972. Pág. 176, 172, 173, 179.

¹²⁹ Robert Lerner y Cols. *Quality of life Assessment of patients with posttraumatic – fracture no union, chronic refractory, osteomielitis and lover – extremity amputación*. Clinical orthopedic and related reserch. No. 195. 1993. Pág. 28 – 36.

al médico en caso de gravedad únicamente, constituyendo algunas de las causas en la persistencia de muchos padecimientos controlables,¹³⁰ su control requiere de mucha disciplina en el cumplimiento absoluto de las indicaciones del especialista, el auto cuidado, higiene de la herida, los medicamentos, la alimentación y los ejercicios de rehabilitación en el horario y las veces indicadas por el médico, son indispensables.

3.2 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR, COXOFEMORAL E INFECCIÓN ÓSEA ATENDIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA HOY CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD

Los datos epidemiológicos de los tres casos de lesión se encuentran en los expedientes clínicos de los pacientes, ubicados en el servicio de archivo clínico del CNR que atiende a una población no asegurada de bajos recursos y procedentes de todo el país.

El expediente clínico aporta datos como: sexo, edad (en esta variable retomamos la clasificación propuesta por investigadores de salud pública¹³¹ que comprende edad productiva temprana de 15 a 34 años de edad, edad productiva tardía de 35 a 63 años de edad y la edad del retiro de 63 años en adelante, cabe aclarar, no obstante las personas que se jubilan o pensionan, continúan realizando diversas actividades para seguir subsistiendo; escolaridad, procedencia, clasificación socioeconómica, asignada por trabajo social a través de una letra correspondiente a la situación socioeconómica familiar, teniendo como base la ficha socio médica del sistema de cuotas de recuperación del patrimonio nacional, que contiene a grandes rasgos: datos personales del paciente, organización familiar, características de la vivienda, laborales, ingresos económicos familiares, integrantes de la familia, diagnóstico, (valorizando lo crónico de la rápida mejoría),

¹³⁰ *¿Porque los Pacientes no Siguen las Instrucciones de su medico?* Salud y Medicina al Día. en el Sol de México, Mayo 2, 1993.

¹³¹ Ma. Gpe. Amaro M. Rafael Lozano A. *Accidentes de Trabajo y su Distribución por Rama Productiva.* Departamento de Salud Publica. Facultad de Medicina. 1992. (mimeógrafo).

estado psicofamiliar; diferenciando entonces, con la letra "A" los de escasos recursos e ingresos inestables, de familia numerosa, de bajos estudios, con vivienda deplorable, sin servicios, con la letra "B" las familias con un ingreso de dos salarios mínimos regulares con cuatro o cinco integrantes de la familia con estudios de secundaria y media superior y con "C" los que tienen economía solvente, con vivienda propia, profesionistas y así sucesivamente; y otras variables, como causa y diagnóstico de la lesión, tratamiento médico, ocupación, la que diferenciamos de acuerdo a su especificidad al tipo de trabajo y a la carga energética requerida, en oficios y empleos ligeros, y en desgastantes, intensos, pesados y riesgosos, agrupando en este último a campesinos, obreros, oficios pesados y amas de casa. Existe dificultad para obtener información específica en los expedientes clínicos en torno a los aspectos primarios que originaron el accidente por ejemplo inexperiencia, desconocimiento o inexistencia de medidas de seguridad, fatiga, estrés, alcoholismo, audacia etc., ya que es en extremo valioso, pues constituyen las verdaderas causas y de su amplio conocimiento depende la aplicación efectivas de medidas de prevención.¹³²

El cuestionario socio médico, nos permitió indagar y profundizar entorno de los aspectos socioculturales de las enfermedades óseas mencionadas, fue aplicado al 30% de la población general, del total de los tres casos, en igual proporción cada uno; sólo se pudo encuestar a una cuarta parte de la población estudiada aproximadamente, no obstante, creemos que es representativa ya que una gran cantidad considerable de personas no pudo ser localizable por vivir en diferentes Estados del país fuera del alcance; con respecto al aplicado a los de infección ósea profundizamos en actitudes, conocimiento y hábitos en torno de la lesión. La realización de varias visitas domiciliarias sirvieron para observar de cerca las condiciones de las viviendas y el ambiente sociofamiliar.

¹³² M. Hajar Medina. *Accidentes, Violencias y Lesiones Traumáticas. Nuevo Enfoque Para el Uso y Análisis Conceptual de los Términos*. Salud Pública de México, Vol. 33 No. 3 Mayo, Junio 1991. Pág. 279.

LESIÓN DE COLUMNA CON LESIÓN MEDULAR

De un total de 77 pacientes que acudieron al CNR del 1º. de Enero de 1986 al 31 de Diciembre de 1991, encontramos un predominio del sexo masculino con un 82% sobre el femenino con 18%.

El 90% de estos lesionados se ubican en la edad productiva de los 15 a los 63 años, el grupo de 15 a 34 años, que constituye el grupo más estratégico para la producción fue el más afectado con 65% con un promedio de 30 años, el 42% son casados.

El 59% cuenta con estudios de primaria trunca, otros 10% son analfabetas todos campesinos. El 54% los clasificaron con la letra A y el 26% con la B es decir la mayoría son indigentes, desempleados o subempleados con ingresos inestables.

El lugar de procedencia de los pacientes fue en su mayoría del centro y el sureste del país. En primer lugar con 29% los que residen en zonas conurbadas del Estado de México, le siguen los que viven en el D. F., con 14%, en tercer lugar continúan los que proceden del Estado de Guerrero con 13% e Hidalgo con 12% y por último, tenemos como grupo mayoritario 25 casos que radican en diferentes Estados de la República siendo los más representativos; Oaxaca, Puebla, Michoacán.

Las causas que produjeron lesión medular en la población estudiada fueron diversas, predominando las violencias y accidentes, entre los cuales se encuentran, las heridas de bala, todos masculinos con promedio de 22 años con 26%, le siguen las caídas con 26% , de estas el 70% están relacionadas con el trabajo, por accidentes vehiculares 19% y con el 29% otros, sobresaliendo los aplastamientos con diferentes objetos, los golpes en riñas y clavados en aguas poco profundas.

Es evidente que la edad productiva y el trabajo son de gran importancia en la génesis de esta enfermedad, sobresaliendo los campesinos con 35%, en temporadas que escasea la labor en el campo se subemplean en diversos oficios, y con 18% los obreros y oficios pesados, detectamos como actividades de alto riesgo, y que fueron lesionados durante su trabajo, a seis obreros de la construcción por caídas y tres policías de seguridad privada por herida de bala.

Con relación al consumo de alcohol y lesión medular por accidente o violencia, el 22% de los pacientes se encontraba bajo los efectos del alcohol en diferente grado, mientras el 78% se encontraban sobrios cuando se lesionaron, no obstante tres pacientes afirmaron que su padecimiento tiene relación directa con personas que se encontraban en estado de ebriedad, tal es el caso de los accidentes vehiculares y los ataques con armas de fuego, lo que nos da un total de 30% de lesionados medulares por accidente y violencia asociadas al consumo de alcohol. El 77% presentan lesión de uno a tres años de evolución, el restante de cuatro a cinco.

LESION COXOFEMORAL

Concluida la revisión de 634 expedientes, correspondientes a la misma cantidad de pacientes, a quienes se les colocó una prótesis de cadera en el Instituto, en el lapso de 14 años, del 1º. de Enero de 1977 al 31 de Diciembre de 1994 se reportaban en diferentes informes 737 cirugías de cadera, en el mismo lapso de tiempo, detectando que se debía a que 103 pacientes requiriendo de una nueva cirugía, apareciendo con un 45% las artroplastias bilaterales, les sigue con 30% recolocación de prótesis, y con 19% por infección.

El 71% fueron mujeres,¹³³ encontrándose más vulnerables en caso de traumatismo por la descalcificación ósea que trae consigo la menopausia, en la edad predomina con 55% el grupo de más de 64 años, y continúan con 38% los de 35 a 63 años.

¹³³ Carta de la Salud. Ibid.

Se detecto a viudas y casados ambos con 42% y 16% solteros, su grado escolar fue de 57% primaria inconclusa, 32% analfabetas. En el nivel económico predominaron las familias de escasos recursos clasificadas 37% con la letra A y con la B 37%. Procedentes en su mayoría del Distrito Federal y del Estado de México con 70% entre ambos, el 46% sufrió fractura y el 41% desgaste articular degenerativa (coxartrosis) y con 11% enfermedades poco frecuentes.

En el caso de las fracturas, el 56% se accidento en el hogar, por caídas de la propia altura del paciente producidas al realizar alguna actividad doméstica sobresaliendo los tropiezos con bordos y objetos tirados, como juguetes o con animales que se les atraviesan a su paso, resbalones con cáscaras, caídas de cama, de escaleras o por mareo. Otro 31% se fracturo en la vía pública, sobresaliendo las caídas por banquetas en mal estado y con 10% caídas de caballo al dirigirse a las labores del campo y un caso en área de trabajo urbano.

El 42% aparecen con patologías agregadas, como la osteoporosis, diabetes, hipertensión, obesidad, y diversas cardiopatías, al analizar las frecuencias de estas complicaciones, notamos que en los últimos cinco años se duplico su porcentaje en comparación a los primeros cinco años del estudio, esto es importante, ya que entre más enfermedades tengan implicaran más gastos para la atención de su salud.

Con respecto a la ocupación, se dedicaban al hogar el 69%, alternándola con otras actividades remunerativas un tercio de ellos. Continúan campesinos con 9%, obreros y oficios pesados con 3%, sobresaliendo los herreros, plomeros, costureras, hojalateros, carpinteros, zapateros, etc., y con 4% respectivamente a pequeños comerciantes, empleados y oficios ligeros como empleados de mostrador, ayudantes en general, secretarías, mensajeros, etc. con un mínimo 3% estudiantes y profesionistas y con el 8% se encuentran por igual los desempleados y subempleados. sobresaliendo en estos últimos los oficios de albañil, panadero, mecánico, vendedor ambulante, etc.

INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA

De 147 personas con infección ósea atendidas en el CNR del 1º. de enero de 1992 al 31 de Diciembre de 1996, son hombres con 77% por arriba de las mujeres con 23%.

El 53% se ubican en la edad productiva temprana de 15 a 34 años, constituyendo el grupo más importante para la producción, al igual pero en menor medida que el de los 35 a los 63 años, quien presento el 37% con un promedio general de 38 años, son casados el 69%.

El bajo nivel escolar no los favorece para mejorar sus ingresos salariales, el 27% aparece con primaria, el 16% con primaria trunca y 22% analfabetas.

En cuanto a clasificación económica tenemos el 49% con la letra "A", le sigue con el 36% los de clasificación "B", es decir, la mayoría es de bajos recursos económicos.

Con respecto a la zona geográfica, el 87% vive en zona urbana, en segundo lugar con el 40% los que viven en zona rural y en tercer lugar los de zona conurbada con 20%, este resultado relacionado con los traumatismos y la infección ósea, quizá se deba que en la ciudad vive un gran mayor número de población expuesta a la violencia y a la contaminación ambiental, por el lado de la zona rural, encontramos menores niveles de educación y cultura, más analfabetismo, impactando en la calidad de vida, trabajo y salud de las familias rurales, no menos contaminación que en la ciudad pero si los mismos riesgos de peligro para la salud por la falta de servicios públicos. En el caso de la zona conurbada son evidentes las carencias educativas, culturales, de servicios básicos comprende colonias, barrios y pueblos en proceso de urbanización.

En cuanto a la entidad federativa encontramos que los pacientes provienen de diferentes Estados, sumando el mayor ingreso con el 51% por arriba de los del D. F. con 49%, lo que comprueba la falta de infraestructura de especialidad médica

en la provincia abarcando el Estado de México, es un problema que requiere solución, ya que la economía de las personas se merma en gran medida por el traslado a la ciudad de México. Referente al lugar de nacimiento y domicilio actual, observamos la inmigración del campo a la ciudad, incidiendo el factor económico y laboral e incluso de la ciudad a la zona conurbana del Estado de México, será por el alza de la renta y la vida cara de la ciudad, además es un hecho que en el Estado de México están creciendo los complejos sobre todo comerciales, así tenemos que el 58% nacieron en el D. F., el 27% en provincia y el 15% en el Estado de México, viviendo en la actualidad el 49% en el D. F., y en el Estado de México el 36%.

Con respecto a la ocupación el 66% de los pacientes se encuentran desempleados, sigue con 28% los que se dedican al hogar, en tercer lugar tenemos con 23% a estudiantes y profesionistas, en cuarto sitio, tenemos a los campesinos con 18% y por último el pequeño comerciante con 12%.

Quisiéramos señalar que la mayor parte de los pacientes que aparecieron como desempleados, quedaron sin empleo o suspendieron sus actividades debido al accidente y en consecuencia la infección ósea y se comprueba porque la mayoría de ellos tenían más de cuatro hospitalizaciones y más de un año con la infección, manifestaron al ingresar al Instituto, que se vieron en la necesidad de dejar sus empleos por atender los cuidados médicos que requiere el padecimiento, dedicándose dadas sus limitaciones físicas a los trabajos del hogar. En el caso de los trabajadores – estudiantes y profesionistas suspendieron sus estudios reanudándolos en ritmo lento uno o dos años después, cabe señalar que en este grupo únicamente aparecen cuatro profesionistas.

En el caso de los campesinos suspendieron sus actividades limitándose a apoyar actividades del hogar, otros recurrieron al pequeño comercio para sufragar los gastos médicos.

3.3 COSTOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y CONDICION SOCIOECONÓMICA DE PERSONAS CON LESIÓN ÓSEA DISCAPACITANTE

LESIÓN DE COLUMNA CON LESIÓN MEDULAR

Los resultados del cuestionario demostraron que la mayoría de las personas con lesión medular por lesión de columna atendidos en el CNR presentaron problemas económicos para su atención médica.

La evidente problemática económica que rodea a la familia de un lesionado medular debido a los gastos que se derivan del tratamiento médico que requiere, se suma, a la falta de estudios de estos pacientes, lo que complica en consecuencia su incapacidad financiera, repercutiendo en el ingreso económico familiar. La mayoría de pacientes presentan dificultad económica en la compra inmediata de artículos y aparatos médicos necesarios para su rehabilitación, así como en el pago de alimentación y hotel en el caso de los familiares de pacientes que provienen de provincia; se vuelca preocupante para el núcleo familiar su futuro económico.

El 76% de los pacientes presentó problemas económicos para cubrir los gastos del tratamiento médico incluyendo transporte, medicamentos, artículos médicos y aparatos ortopédicos, algunos mencionaron que tuvieron que pedir dinero prestado, empeñar objetos, (herramientas etc.) para poder pagar. El otro 24% no tuvo problemas, ya que en dos casos los cubrió la beneficencia y los otros cuatro casos son pacientes que pertenecen a familias con economía más o menos solventes.

Con respecto a su inserción laboral, el 86% contestó que lo hacía de forma eventual, por contratos o incluso bajo palabra, tal es el caso de los que trabajaban en casas particulares y solamente el 14% estaban basificados. El 72% no gozaban de ninguna prestación, el 23% tenía prestaciones conforme a la ley solamente un paciente, (4%) tenía prestaciones superiores a las de la ley.

Con relación a la permanencia en el empleo solo un paciente (4%) sigue trabajando, el 86% dejó de trabajar por incapacidad física, lo que los obligó a abandonar el empleo por voluntad propia y dos pacientes (9%) los despidieron a raíz del accidente.

En resumen, el 96% de los pacientes que trabajan perdieron el trabajo a causa del padecimiento y solamente una persona con el 4% siguió trabajando por cuenta propia.

Antes del padecimiento el 23% aportaban a la familia un ingreso económico principal permanente, mientras el 50% la apoyaba con aportaciones complementarias.

Las personas lesionadas suspendieron sus estudios y actividades a partir del accidente; antes del padecimiento el 62% de los pacientes no dependía de nadie eran autosuficientes. El 36% dependían de sus familiares, principalmente de padres, hermanos, tíos, primos etc. Todos los pacientes afirmaron que los problemas del gasto familiar se acrecentaron a raíz del padecimiento.

Con respecto a la posibilidad de conseguir trabajo, el 87% no han buscado, dando diferentes explicaciones, los que afirman que nunca lo han intentado por no estar predispuestos a recibir negativas, o los que no lo hacen por no poder trasladarse en transportes adecuados; careciendo de silla de ruedas, como sucede en dos casos. Solamente el 13% ha intentado conseguir empleo sin lograrlo, teniendo como principal impedimento las secuelas de su padecimiento. El 39% de los pacientes afirman que sería muy difícil conseguir empleo debido a su incapacidad física y por lo tanto de traslado. El 39% con resignación contestó que era imposible, dadas las circunstancias socio económicas. El 18% dijo que era difícil y para el paciente que sigue trabajando en su pequeña empresa, fue fácil.

Se puede detectar que la respuesta en cuanto a la factibilidad de conseguir empleo, varía de acuerdo al grado de discapacidad y a las posibilidades económicas de la personas lesionadas.

Los que afirman con ánimo y voluntad sin perder la esperanza, que es difícil pero no imposible conseguir trabajo, cuentan con apoyo familiar más o menos permanente, se trasladan en auto particular, su economía es mediana. Los que argumentan que sería imposible, son personas de bajos recursos, con escaso o nulo apoyo familiar, viven en zonas marginales con problemas de servicios públicos.

El 88% de los pacientes no aporta al gasto familiar, la familia cubre los gastos diarios ya sean médicos, alimenticios, traslado, etc.

Cabe agregar que el 28% de los pacientes que laboraban, en un principio recibieron la ayuda de la empresa o patrón a cargo, les auxiliaron en gastos para sillas de ruedas y aparatos, pero al transcurrir el tiempo, le dejaron todos los gastos.

LESION COXOFEMORAL

En relación al análisis de los resultados de los cuestionarios, aplicados a las personas adultos mayores con un promedio de edad de 65 años, que requirieron de prótesis de cadera, cabe recordar, que en esta etapa aparecen las enfermedades crónico degenerativa, se suspenden las actividades laborales formales por jubilación o pensión, no obstante las personas siguen activas, enfrentándose a la vez a pérdidas económicas ante la muerte del cónyuge.

El tratamiento de colocación de prótesis de cadera, cuesta mucho dinero si el resultado es satisfactorio, pero si surgen complicaciones como aflojamiento, luxación o infección protésica, el costo adquiere a veces magnitudes increíbles;¹³⁴ para las personas que acuden al CNR resulta difícil el costo del tratamiento médico, repercutiendo y afectando en la economía familiar, sobre todo por los precios tan altos de las prótesis.

¹³⁴ Raymond Tronzo G. *Fracturas de la Cadera*. Médica Panamericana. Argentina. 1975. Pág. 610.

El 57% presentaron problemas en el pago del tratamiento médico, argumentando gastos inesperados y fuera del alcance de la economía familiar, cuyos miembros cooperaron con esfuerzos para cubrir los gastos, teniendo que pedir prestado, empeñar o vender objetos, utilizar los ahorros, etc., o como el caso del familiar de un paciente que perdió su empleo por atenderlo, incluso quien a un año de la operación debía tres mil nuevos pesos de un préstamo para la compra de prótesis. El 43% afirmó que no haber tenido problemas económicos en su curación por contar con suficiente ahorro o apoyo económico familiar.

La mayoría de los encuestados son personas de bajos recursos económicos, situación que se agudizó con la compra de la prótesis, que tiene un precio demasiado caro, en la actualidad la Charnley de las más económicas tiene un precio de \$20.000.00 pesos representando un gasto inesperado y fuera del alcance de la economía familiar, quedando comprobado al afirmar el 57% de los encuestados, haber tenido problemas económicos en el pago del tratamiento médico y al confirmar en seguida el 70% de los mismos, que el pago de la hospitalización de acuerdo a sus ingresos, les pareció barato.

En la hoja de trabajo social de varios expedientes clínicos, se menciona la problemática económica para adquirir el material protésico. Más del 75% son dependientes económicos, por tal motivo la familia les financió la prótesis con la cooperación esforzada de los integrantes que perciben salario.

Antes de que se agravara su padecimiento el 51% de los pacientes femeninos desempeñaban actividades del hogar, otro 13% corresponde a campesinos de escasos recursos sin estudios, encontramos solo una mujer en este grupo, con 11% las trabajadoras domésticas, 9% pequeños comerciantes, 8% subempleados por último un desempleado y un empleado de servicio.

Después de la cirugía, las actividades del hogar tuvieron un ascenso hasta alcanzar el 64%; el grupo de desempleados con 2% antes del padecimiento, creció a 17%, de éstos el 67% son hombres que después de la cirugía, la mayoría quedaron desempleados.

Se pudo detectar que varias personas que eran independientes económicos antes del padecimiento tal es el caso de las trabajadoras domésticas después de la cirugía disminuyeron, sumándose a los que no tienen ninguna actividad remunerativa. En la actualidad el 85% no percibe salario alguno; sin embargo el 9% afirmó ayudar a la familia con aportaciones económicas esporádicas provenientes de pequeños comercios. El 15% tiene una actividad remunerativa actual y con 6% pensionados mientras el 94% argumento no gozar de prestaciones.

En resumen se pudo detectar, que un 30% de la población activa encuestada, después de la cirugía se retiró de sus actividades remunerativas, pasando a las actividades del hogar o el reposo, pocos de ellos tejen, bordan o realizan trabajos manuales.

El 80% afirmó recibir apoyo familiar de acuerdo a las posibilidades de la misma, en el traslado al médico, en la compra de medicamentos, vestido, etc.

El 66% cumplió con sus citas médicas, trasladándose en taxi o camión. En tres casos, los familiares pierden un día de trabajo y los niños un día escolar por acompañar al paciente a la cita, sobresaliendo el caso de un paciente que dejó de asistir a sus últimas citas, al quedar desempleado su hijo quien le ayudaba con sus gastos diarios. El 34% no asistió con regularidad a sus citas por no contar con recursos para su traslado.

INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA

El 64% se han visto forzados a suspender el tratamiento, por falta de recursos económicos, al no tener para transporte y asistir a su consulta, otro 36% no suspendieron el tratamiento, argumentando varios de ellos recurrir al apoyo familiar para completar los gastos. Lo que demuestra que el ingreso económico en la satisfacción de necesidades, es determinante en el padecimiento.

El 55% de los encuestados, perdieron el empleo debido al padecimiento, únicamente tres trabajadores realizan la misma actividad, después de estar desempleados debido a la recuperación; ya reestablecidos, algunos pacientes se han incorporado a trabajos sencillos como ayudantes, elaboran artesanías, emprenden pequeños negocios, apoyan en las labores del hogar, en el caso de los estudiantes suspendieron sus estudios mientras reestablecían su salud. El otro 45% son dependientes familiares, varios de ellos tuvieron que recurrir ante la falta de un empleo y un ingreso estable, al pequeño comercio para ayudar a la familia a sufragar los gastos médicos.

El 56% dice saber poco de la enfermedad y no obstante que la mayoría de los encuestados con 98% argumentan cuidarse la lesión, se detecto que el 35% no le dan importancia a la realización de su rehabilitación, lo que demuestra falta de interés, ante esto es necesario programas amplios de psicología familiar.

En relación a la alimentación se dan casos de personas que se alimentan a su criterio, eliminando de su dieta algunas carnes (puerco) o verduras (papas) por creencias o tabú, sí a esto le sumamos los bajos salarios, la falta de empleo, la dieta será más pobre en proteínas haciendo más pobres las defensas del lesionado.

En ése sentido el 49% argumento que su alimentación es regular, otro 49% dice gozar de buena alimentación, un 11% se alimenta mal, lo que diferencia a un de otro, es una alimentación adecuada, completa, balanceada y a sus horarios. Es

importante que las personas comprendan que todos los alimentos naturales en cantidades normales, son necesarios para el cuerpo.

El 73% cuenta con todos los servicios públicos, viven en zona urbana, no obstante el 40% argumenta tener problemas con el suministro de los mismos, escasea el agua, la energía eléctrica, falla el drenaje.

El 80% no tiene problemas con el calentamiento del agua, de estos el 78% calienta su agua con gas, la cuarta parte de ellos, se queja de los costos exagerados del gas lo que dificulta el aseo corporal diario.

El pueblo de México, adolece de una cultura de cuidado e higiene diaria, aproximadamente la mitad de los pacientes se baña de 3 a 4 veces por semana. No basta tampoco el baño diario, mientras no se cambien las gasas y los vendajes por igual, si no lo hacen será un foco de retroalimentación de gérmenes.

Una actividad física adecuada, evitando excesos, reduce el peso corporal, disminuye el estrés, aumenta la sensación de bienestar y mejora la calidad de vida. El 80% de los pacientes, afirman no practicar ningún deporte, lo que demuestra que el mexicano carece de una cultura deportiva, ante esto mínimamente es necesario dedicar tiempo a la rutina de ejercicios o bien una simple caminata diaria.

Contrario a la falta de cultura de educación física, el 62% de los encuestados consumen alcohol, tabaco o droga ya sea una u otra o ambas, la mayoría argumenta consumir poco y en ocasiones, el 80% afirmó que suspendió el consumo durante lo más agudo de la enfermedad, a la otra parte no le importó.

Al 78% les gusta leer sobre todo deportes, noticias, nota roja, novelas, un mínimo 15% se interesa por lecturas científicas, culturales, educativas, el 22% no le interesa la lectura. La lectura con poco o nulo contenido cultural son los preferidos de los lectores, evidenciando un rezago cultural, intelectual y educativo.

Al 84% se entretienen viendo televisión dicen ver de todo, deportes, noticias, entretenimiento, cómicos, acción policíaca, novelas, películas, solamente el 12% busca programas con contenido cultural.

El 42% carece de recursos para asistir a eventos culturales, sociales, espectáculos, se entretienen jugando con los hijos, viendo televisión, platicando. Un 33% contadas veces al año asiste algún evento, salvo 2 deportistas que seguido van al deportivo y 3 cinéfilos, el 15% dice no divertirse, dedicándose a trabajar.

El 22% de los pacientes casados, se quejan que la enfermedad les trajo problemas en la estabilidad del matrimonio, suspendieron o disminuyeron sus relaciones sexuales, por temor al contagio, causándoles disgustos, rechazo de la pareja, incompreensión o hasta el abandono, un 38% de casados no tiene problemas en su actividad sexual, el resto son solteros.

El 78% recibe el apoyo físico, económico y moral de parte de la familia en momento de urgencia. Al 82% realizan sus actividades personales solos, al restante los auxilian.

Los médicos pueden contribuir a superar los problemas socio culturales, estableciendo una buena relación con los pacientes, hacerles saber que pueden llegar hacer su vida como cualquier otra persona, siempre y cuando asuman su problema y cumplan con sus indicaciones, así como, la importancia del apoyo familiar en el cumplimiento de los ejercicios y medicamentos indicados. Más de la mitad se quejo de los gastos excesivos que les ha ocasionado su tratamiento.

3.4 NECESIDADES Y DEMANDAS DE LAS PERSONAS SIN SEGURO SOCIAL DISCAPACITADAS POR LESIÓN ÓSEA Y ASISTENCIA REAL QUE LES OFRECE EL ESTADO

NECESIDADES Y DEMANDAS

La respuesta social ante las necesidades de salud nacional se dan bajo un modelo privatizante, centrado en acciones curativas y de rehabilitación, muchas veces personales, caros, hasta cierto punto ineficaces para la salud preventiva, colectiva,¹³⁵ y altamente dependiente de la industria farmacéutica y equipos médicos transnacionales que con sus elevados precios de sus artículos distorsionan la práctica de prestación de los servicios de salud pública en detrimento de los programas preventivos y servicios médicos de bajo costo y paradójicamente de mayor efectividad en las actuales condiciones de salud del país, en ese sentido, la situación de salud para los trabajadores asalariados se torna más grave, en la medida en que les nulifica la posibilidad oportuna de adquirir medicamentos y artículos médicos por carecer de ingresos suficientes, para enfrentar su elevado costo. De continuar la política social neoliberal la desigualdad crecerá más, haciendo crisis en los grupos vulnerables como los trabajadores de la tercera edad, las mujeres y los discapacitados entre otros, además es evidente que los servicios de traumatología, fisioterapia y de rehabilitación son insuficientes concentrándose en las ciudades.

Las necesidades y demandas de una persona discapacitada por lesión ósea, parten del respeto a sus derechos sociales y a su aspiración a una vida digna, que van desde los laborales, como: capacitación adecuada, orientación vocacional encaminada a la autosuficiencia económica, agencia de promoción y colocación de empleo con salario digno y seguro social, mantener a un discapacitado sin trabajo es restarle a la sociedad la posibilidad de progresar y alcanzar parte del bienestar social; de espacios públicos recreativos, deportivos, educativos,

¹³⁵ R. Rojas Soriano. *Área de Investigación, Comunicación y Salud*. Revista Mexicana de Ciencias Políticas. UNAM. Pág. 135.

integrales y apropiados, de transporte, terapia física, psicológica y ocupacional permanente.

ASISTENCIA MÉDICA QUE LES OFRECE EL ESTADO

Ya vimos como en un marco social de comercialización excesiva de la medicina, la salud y el combate a las enfermedades se garantiza con recursos económicos e ingresos suficientes, si la persona lesionada no cuenta con estos, corre el riesgo que empeoren sus padecimientos.

La asistencia real que les ofrece el Estado a las personas de bajos recursos económicos, sin seguro social, con este tipo de lesiones óseas, en el lapso de la urgencia, consiste en lo siguiente: para empezar, si la persona lesionada tiene la fortuna de encontrarse cerca de un hospital público de especialidades como en este caso, al cual pueda trasladarse sin contratiempo alguno, será atendido, si no es así, la problemática se tornara angustiada y desesperante, ya que entre más tiempo pase serán menos las posibilidades de sanar y aliviarse en plenitud y más el riesgo que se complique su padecimiento y quedar con secuelas de discapacidad, si la persona lesionada fue trasladada a tiempo sin ningún inconveniente, en el hospital público lo atenderán, si requiere estudios de laboratorio, hospitalización, y cirugía se lo proporcionarán, le darán medicamentos, y terapia de recuperación, pero una vez reestablecida la salud de la persona lesionada, se le aplicara un estudio socioeconómico profundo, con la finalidad que el lesionado y familiares cumplan con la aportación de la cuota de recuperación, pago de hospitalización, de cirugía, etc; lo cual en los institutos de salud federales se han incrementado en los últimos años; en el caso de que la persona sea indigente, sin familia, trabajo, vivienda, etc. constatado con seguimientos indagatorios exhaustivos, el patrimonio nacional de la beneficencia pública le donara el material quirúrgico y de curación, incluyendo la prótesis, quedando exento de toda cuota.

La mayoría de los lesionados opinaron que sus condiciones de vida mejoraron con el tratamiento médico e incluso afirman que no les pareció caro el costo de la hospitalización en comparación al de los hospitales privados, sin embargo se quejan de los altos precios de la prótesis, de la medicina de patente y de aparatos ortopédicos.

Una vez en la calle fuera del consultorio, las personas con lesión ósea discapacitante se enfrentaran a la falta de oportunidades laborales y por lo tanto a la falta de ingresos económicos, lo que deteriorara su calidad de vida, quedando ante ellos un futuro austero e incierto.

CONSIDERACIONES FINALES

Ante el mercantilismo de la medicina, su privatización, el desinterés de la mayoría de los médicos por los aspectos sociales de las enfermedades que curan, y el desfinanciamiento crónico de las instituciones públicas, la única forma de hacer realidad el derecho constitucional de protección y fomento a la salud pública es fortaleciendo y ampliando los servicios de las instituciones públicas, lo que se traduce en más presupuesto para la salud pública, suficiente y estable para una atención de calidad realmente al servicio del pueblo trabajador. En ése sentido es necesario que los legisladores combatan la corrupción, establezcan el fin de los sueldos vitalicios y la reducción de los grandes sueldos de los funcionarios del gobierno, así como el de ellos mismos y que ese dinero del patrimonio nacional sirva para fortalecer el sector público.

Con respecto a la descentralización de los servicios públicos caótica, compleja y desigual es necesario poner por delante la autonomía, la tolerancia, la pluralidad y la justicia social. En el caso de los monopolios médicos y farmacéuticos transnacionales, el impulso de la industria nacional de medicamentos y artículos médicos que garanticen precios accesibles para los mexicanos de escasos recursos es prioritario, en la actualidad, farmacias y laboratorios mexicanos están haciendo competencia de calidad, pero no es suficiente.

La ausencia de un sistema integral del sector salud, es particularmente serio en la atención de las urgencias, frecuentemente significan retrasos críticos en la canalización de pacientes graves que repercuten en el incremento de la mortalidad y discapacidad, ya que por un lado existe la ausencia de un sistema integral de prevención y atención oportuna a las víctimas de desastres físicos y biológicos, y por otro lado, el sistema de salud nacional actual se encuentra fraccionado en varios subsistemas en el que cada cual opera con una lógica distinta lo que aumenta la restricción a un tratamiento oportuno.

La mitad de los capitalinos no tiene seguro social y el principio de gratuidad al usar los servicios médicos solo existe para los asegurados y sus familias, lo que en los trabajadores de la tercera edad y jóvenes discapacitados hace crisis ya que la mayoría no están asegurados y tienen que efectuar pagos directos para conseguir el tratamiento, además es evidente la falta de espacios y servicios públicos de rehabilitación, recreación, esparcimiento y capacitación laboral con talleres, diplomados, aprendizaje de oficios, etc. adecuado a sus necesidades, en ese sentido no existe en el D. F. ninguna clínica pública de atención geriátrica integral.¹³⁶

Ante el aumento de accidentes, traumatismos y lesiones, las fracturas ocupan los primeros lugares, se pronostica que en 6 décadas se incrementara 6 veces el número de personas con fractura de cadera,¹³⁷ las autoridades del sector salud tienen el gran reto de mejorar las condiciones generales de salud garantizando la seguridad sanitaria del país, incrementando el acceso oportuno del tratamiento requerido; e implementar en los casos que nos ocupan estrategias preventivas y formativas interinstitucionales e interdisciplinarias, donde participen psicólogos, sociólogos, epidemiólogos, especialistas, trabajadores sociales, pedagogos, etc. apoyadas por los medios masivos de comunicación, en torno a la difusión de los riesgos y factores socioculturales involucrados en las enfermedades crónicas, sus causas y consecuencias a través de campañas permanentes, educativas, culturales, de prevención de accidentes, traumatismos y violencia, causantes de lesiones óseas discapacitantes.

Las campañas de prevención de los padecimientos que nos ocupan deben tener impacto social apoyándose con brigadeos en parques, mercados, escuelas, hospitales, etc., con la realización de conferencias, trípticos, carteles, folletos, etc. orientados a mejorar la calidad de vida de la población, evitando los hábitos nocivos (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo), a mejorar la armonía del hogar,

¹³⁶ Programa de Salud 2002 – 2006 del G. D. F. Ibid.

¹³⁷ Ricardo Rodríguez O. *En 6 Décadas se Incrementara 6 Veces el Número de Pacientes con Fractura de Cadera, el 50% de las Mujeres que Sufren esta Fractura, Jamás Recuperan su Estilo de Vida.* en Excelsior, Lunes 24 de Octubre de 200. Pág. 21-A

así como su alimentación con (verduras y frutas de temporada), su higiene física y salud mental con (ejercicio físico y lecturas), promover en la comunidad el respeto y la solidaridad a los enfermos crónicos.

En el caso específico de las campañas de prevención de accidentes, se deben dirigir por un lado, al respeto a los reglamentos de tránsito, como no ingerir bebidas alcohólicas al conducir o hacerlo distraído y sin precaución, en el caso del peatón, al cruzar las calles y avenidas siguiendo los señalamientos, y por otro, en el caso de las caídas en el trabajo, concientizar a los trabajadores que utilicen y supervisen su equipo de trabajo, manteniendo en orden y armonía su área laboral; así como, las caídas al realizar las labores del hogar, prevenirlas recogiendo los objetos tirados al paso y en caso de tener mascotas asegurar su control.

Lo anterior obliga a reafirmar la necesidad de realizar investigaciones que reivindiquen la dimensión social y la científicidad social del proceso salud enfermedad y evidencien la importancia de los aspectos sociales de las enfermedades, que a partir del análisis de sus características históricas, estadísticas, epidemiológicas y sociales propongan elementos sistematizados que permitan la aplicación de posibles alternativas de solución a la cronicidad de padecimientos óseos y sus consecuencias sociales y laborales, con el fin de evitarlos y controlarlos en lo sucesivo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRAFIA.

Barzel V. S. **Epidemiología de las Fracturas**, en Osteoporosis, Toray, Barcelona, 1972.

Bejar Navarro Raúl. **El Mexicano (Aspectos Culturales y Psicosociales)** UNAM., 1986.

Basaglia Franco. y cols. **La salud de los trabajadores**. Nueva Imagen. México.1981

Betancourt Oscar y Cols. **Los Trabajadores Mexicanos y sus Condiciones de Salud, de 1970 a 1980**. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM. Xochimilco, México, 1986.

Bohórquez López A. **Salud en el Trabajo**, Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Serie Estudio 46. Secretaría General. México, 1999.

De Varinez Hugues. **La Iniciativa Comunitaria y la Renovación Cultural**, En Cultura en la Comunidad Moderna, UNESCO, 1980.

Donati, Renato. **Estudio Epidemiológico de las Lesiones Traumáticas en México, D. F.** (1986-1987) Facultad de Medicina. 1988 (Tesis).

Fuentes Aguilar Raúl. **El Marxismo en la Medicina**, Edamex, 1988.

Gutiérrez Arriola Angelina. **México dentro de las Reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina**. UNAM, Siglo XXI. 2002.

Krusen y Cols. **Medicina Física y Rehabilitación**, Médica Panamericana, Buenos Aires, 1987.

López Acuña Daniel. **La Salud Desigual en México**, Siglo XXI, México, 1984.

Ortiz Quezada Federico. Danel Janet Fernando (coordinadores), **Patologías de la Ciudad de México**, Némesis y Ciudad de México Librería, 1991.

Ortiz Quezada Federico. **Salud en la Pobreza**, Nueva Imagen, 1984.

Rodríguez Imelda y cols. **Apuntes de Sociología Médica**, UNAM, 1987.

Rojas Soriano Raúl. **Área de Investigación en Comunicación y Salud**, Revista Mexicana de Ciencias Políticas. UNAM., 1990.

Rojas Soriano Raúl. **Capitalismo y Enfermedad**, Folios Ediciones, México, 1985.

Rojas Soriano Raúl. **Sociología Médica**, Fontana Folios, 1983.

Simione, Rotman. **La Columna Vertebral**, Médica Panamericana, Buenos Aires 1985.

Soberon Guillermo, Kumate Jesús y Cols. **Accidentes, Problemas y Programas Prioritarios, La Salud en México, Testimonios 1988**. Tomo II Biblioteca de la salud, Fondo de Cultura Económica.

Tecla Alfredo y Cols. **Enfermedad y Clase Obrera**, Secretaria Académica de la Dirección de Graduados e Investigación, Escuela de Enfermería y Obstetricia del I. P. N. México, 1982.

Timio Mario. **Clases Sociales y Enfermedad**, Nueva Imagen, 1980

Tohen Zamudio Alfonso, **Medicina Física y Rehabilitación**, The University Mexicana, S.A.,1987.

Tronzo G. Raymond. **Fractura de la Cadera, en Cirugía de la Cadera**, Médica Panamericana, Argentina, 1975.

Anuarios Estadísticos del I.N.O., 1985/2000.

Condiciones de Salud en México, Reseña Histórica 1972/1986, Tomo 1, Secretaria de Salud, México, 1988.

Necesidades Esenciales en México, Salud, Situación Actual y Perspectivas al Año 2000, No. 4, Coplamar UAM, México, 1989.

La seguridad Social y el Estado Moderno. IMSS., ISSSTE., FCE. México, 1992.

La seguridad Social Mexicana en la Ruta de la Privatización. Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática Cámara de Diputados LVI Legislatura. México, 1997.

HEMEROGRAFIA

Barrera Juan Manuel y Cols. **Calidad de Vida un Concepto Válido Para Pacientes Tetrapléjicos**, en Revista de Rehabilitación de la Sociedad Española de Rehabilitación, España, Vol. 24, No. 3, 1990.

Bravo Brash Josefina, **El Minusválido y las Barreras que se Oponen a su Integración Social**, Revista Médica del IMSS. Vol. 20, No. 2, 1982.

Cabral Antonio. **Relación Médico Paciente**, Página Médica Columna Semanal, Suplemento No. 262, La Jornada, México. Junio, 1994.

Castro Fidel. **Salud, La Crisis Económica y Social del Mundo**, Informe VII Cumbre de los Países no Alineados, La Habana, 1983.

Celiz Salazar A. **Patología de la Pobreza**, Salud Pública de México. Vol. XIV, 1972.

Chaetle Martin D., **The Effect of Chronic Orthopedic Infection en Quality of Life**, Orthopedic Clinics of North America, Vol. 22 No. 3, 1991.

Domit, de Slim Soumaya. **Reemplazo Total de Cadera**, Folleto de la Sociedad Médica Hospitalaria A. B. C., Americano Británico Cowdray, 1980.

Fajardo Ortiz Guillermo y Cols. **Costos de la Atención Médica**, Cirugía y Cirujanos, Academia Mexicana de Cirugía, Vol. 52, No.1, 1984.

Gómez García Felipe. **Aspectos Demográficos, Socioeconómicos y Epidemiológicos de la Fractura en el Anciano**, Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología, Vol. 4, No 2, 1990.

González Chávez Lilian. **Aportes para la Construcción del Perfil Epidemiológico y Sociocultural de una Comunidad Rural**, Salud Pública de México, Vol. 35, No. 4, 1993.

Hijar Medina Martha. **Accidentes, Violencias y Lesiones Traumáticas, Nuevo Enfoque para el uso y Análisis Conceptual de los Términos**, Salud Pública de México, Vol. 33, No. 3, 1991.

Ibarra Ibarra Luis Guillermo. **Prevención para las Enfermedades de la Columna Vertebral**, Salud Pública de México, Vol. 28, No. 2, 1986.

Infante Castañeda Claudia, **La Integración de la Enseñanza de las Ciencias Sociales al Área de la Salud**, Salud Pública de México. Vol. 33, No. 5, Editorial.

Jocheim K., **Las Obligaciones de las Medicina en la Integración de los Minusválidos**, Revista Medicina de la Rehabilitación, España, 1990.

Lavalle Carlos y Cols. **Efectos Socioeconómicos de la Artritis Reumatoide**, Revista Médica del IMSS, Vol. 25, No. 4, 1977.

Lerner Robert y Cols. **Quality of Life Assessment of Patients With Posttraumatic Fracture, No Union, Chronic Refractory, Osteomyelitis and Lower Extremity Amputación**, Clinical Orthopedic And Related Reserch, No. 195, 1993.

Lolas Fernando. **Perspectivas Biopsicosociales Sobre la Enfermedad Crónica**, Salud Mental, Vol. 2, No. 3, 1988.

Peña Ruiz Gustavo. **La Relación Médico Paciente en el Nivel de Medicina Institucional**, Revista Médica del IMSS., Vol. 25, México, 1987.

Ponce de León. **Infecciones Intra hospitalarias y Calidad de la Atención Médica**, Salud Pública de México, Vol. 33, 1991.

Rojas Soriano Raúl. **Sociología y Medicina**, Periódico Excelsior Sección Metropolitana, Lunes 20 de Agosto, 1990.

Zea Leopoldo. **Cultura del Hombre y Cultura Natural**, El Búho, Suplemento de Excelsior, México 26 de Marzo, 1995.

Información Epidemiológica para la Elaboración del Diagnostico de Salud en México, Revista Epidemiológica, Sistema Nacional de Salud, Vol. 5, No. 5, 1990.

La Prevención de la Osteoporosis, Carta de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Vol. 2, No. 5, 1991.

Mortalidad 1988. Estadística Epidemiológica, Dirección General de Estadística e Informática, México Octubre, 1991.

Sociología y Medicina. Gaceta Médica de México, Academia Nacional de Medicina, Vol. 126, No. 3, México, 1990.

The Impact of Musculoskeletal Disorder on the Population of the United States, the Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 61, No. 7, 1980.

The Medical and Economic Impact of Closed Cervical , Spine Dislocation, Spine, Vol. 15, No. 6, 1990.

¿Por qué los Pacientes no Siguen las Instrucciones de su Médico?, Salud y Medicina al Día, Diario Sol de México, Mayo 2, México. 1993

LEGISLACIONES

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2003.

Ley del Sistema Nacional de salud

Ley General de Salud.1984.

Planes Nacionales de Desarrollo de 1984 en adelante.

Reglamento Interior da la Secretaria de Salud.

ANEXOS

SECRETARIA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA

SERVICIO DE INVESTIGACION SOCIOMEDICA Y EPIDEMIOLOGICA

Cuestionario aplicado para fines sociomédicos y epidemiológicos a pacientes con Lesión Medular, tratados en la Institución.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ().
 Registro: _____ Estado Civil: _____
 Escolaridad: _____ Domicilio
 Actual: _____

- 1.- Diagnostico: Lesión Medular: Completa. () Incompleta. ()
- 2.- Causas de la lesión, Especifique: _____
- 3.- En caso de accidente donde fue: Trab. () Area Recrea. ()
 Via Publica. () Hogar. ()
- 4.- En el momento del accidente se encontraba: Trabajando. ()
 Divirtiéndose. () Descansándose. () Otro. ()
- 5.- Al accidentarse estaba fatigado. () Descansando. () Tomando
 algún medicamento. () Alcohólico. () otro. () Cual: _____
- 6.- Fecha de inicio del padecimiento: _____
- 7.- En donde trabajaba antes del padecimiento: _____
- 8.- Ocupación y puesto que desempeñaba en su trabajo: _____
- 9.- Recibia ingreso fijo: Si. () No. ()
- 10.- Tenia base: Si. () No. ()
- 11.- Que prestaciones tenia las de la Ley: () Superiores a las
 de la Ley: () Ninguna: () Otras: () Mencionalas: _____
- 12.- Que salario percibia minimo: () De uno a dos salarios mini
 mos: () o más: _____
- 13.- Perdio él trabajo por causa de su enfermedad: Si () No ()
- 14.- En caso de haber dejado de trabajar Ud. fue: Indemnizado ()
 Despedido. () Jubilado. () Abandono de Empleo. () Otro ()
 Especifique: _____
- 15.- Actualmente trabaja: Si. () No. ()
- 16.- En la misma empresa: Si. () No. ()
 Otra empresa: Si. () No. ()
 En el mismo puesto: Si. () No. ()
 Puesto superior: Si. () No. ()
 Puesto inferior Si. () No. ()
- 17.- Que prestaciones tiene: Las de la Ley: () Superiores a las
 de la Ley: () Ninguna: () Otras: () Especifique: _____
- 18.- Que antigüedad tiene: Un año. () De un año a tres años ()
 De tres a cinco años. ()
- 19.- Que salario percibe: Minimo. () Uno o dos salarios mínimos
 () De tres a cinco salarios mínimos. () Más: _____

- 20.- A dejado de asistir al trabajo por causa de su enfermedad:
Si. () No. () Cuanto tiempo: _____
- 21.- A buscado trabajo: Si. () No. ().
- 22.- Le resulta fácil: () Difícil. () Muy difícil. ()
Imposible. ().
- 23.- Que parte del ingreso familiar aportaba antes del padeci-
miento: Auxiliar. () Principal. () Complementario. ()
No aportaba. ().
- 24.- Dependía de alguien: Padres. () Hermanos. () Parientes ()
No. ().
- 25.- La familia de Ud. tenía problemas económicos antes del pade-
cimiento en cuanto al pago de Renta. () Luz. () Agua. ()
Friedal. () Alimentación. () Vestido. () Transporte. ()
Otro. () Especifique: _____
- 26.- A raíz del padecimiento los gastos económicos del hogar se
Acrecentaron. () Son los mismos. () Disminuyeron. ().
- 27.- Actualmente su aporte al gasto familiar es: Principal. ()
Complementario. () No aporta. ().
- 28.- Quien sostiene el gasto familiar actual: Usted. () Conyuge
() Padres. () Hermanos. () Hijos. () Parientes. ().
- 29.- Tiene problemas de gastos: En cuanto a hospitalización. ()
Medicamento. () Aparatos ortopedicos. () Transporte. ()
Hospedaje. () Alimentación. () Otros. () Especifique: _____
- 30.- Aproximadamente cuanto le a costado Rehabilitarse de su en-
fermedad, incluyendo gastos de cirugía. _____
- 31.- Para pagar los gastos derivados de su padecimiento Usted
recurre a: A) La empresa lo pago todo. ()
B) La mitad lo paga la empresa. ()
C) Sólo de su salario. ()
D) Su salario mas la de su fam. ()
E) Su familia lo paga todo. ()
Otros. () Especifique: _____
- 32.- Cuanto tiempo ha estado hospitalizado, incluyendo reingresos

- 33.- En caso de haber interrumpido o suspendido su tratamiento
de rehabilitación fue por: Falta de tiempo. () Falta de
recursos económicos: () No tiene a nadie quien le auxilie
en el traslado: () O en los ejercicios en su casa. ()
Otros. () Especifique: _____
- 34.- A que se dedica actualmente: _____
- 35.- En que se traslada la mayor parte de su tiempo: _____
- 36.- Tiene alguna opinión, sugerencia o comentario acerca del
Cuestionario: _____

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA

CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON ARTROPLASTIA APLICADA EN EL
I.N.O. CON FINES DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA.

No. REGISTRO _____
AÑO CIRUGÍA REALIZADA _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación _____
Domicilio: _____

- 1.- En que trabajo la mayor parte de su vida: _____
- 2.- Que tipo de causas considera están relacionadas con su enfermedad 1.- Trabajo () 2.- Problemas biológicos ()
- 3.- Deporte () 4.- Accidentes fuera del trab. ()
- 5.- Otros () Cual Especifique: _____
- 3.- Realiza alguna actividad remunerativa actualmente: Si: ()
NO: ()
- 4.- Antes de la Operación: 1.- Dependía de Alguien: () 2.- Era independiente: ()
- 5.- Económicamente si trabajaba antes del padecimiento a raíz de este quedo: 1.- Pensionado: () 2.- Jubilado: () 3.- Desempleado: () 4.- Otros: () Especifique: _____
- 6.- Antes de la cirugía quien cubría sus gastos de vivienda, alimentación, transporte, vestido etc. 1.- Ud: () 2.- Familia: () 3.- Otros: () Especifique Quien: _____
- 7.- Presentó problemas económicos en la compra de la prótesis, en el pago de la cirugía, hospitalización, medicamentos etc.
1.- Si: () No: () Porque: _____
- 8.- Cuanto le costo la prótesis: _____
- 9.- Cuanto ha costado, aproximadamente su tratamiento: _____
- 10.- De acuerdo al ingreso familiar el gasto de la hospitalización le pareció 1.- Caro: () 2.- Razonable: () Barato: ()
- 11.- A que se dedicó después de la cirugía: 1.- Misma Actividad: () 2.- Otra Actividad: () 3.- Se retiró: ()
Especifique: _____
- 12.- Después de haber sido operado, cumplió con todas sus citas médicas: 1.- Si: () 2.- No: () Porque: _____
- 13.- Quien le auxilia en el traslado de su casa al médico. Así como en la realización de sus ejercicios. 1.- Familiares: () 2.- Amistades: () 3.- Usted Solo: ()
Especifique Quien: _____
- 14.- La familia le apoya con sus consultas médicas: 1.- Si: () 2.- No: () De que forma lo apoya Especifique: _____
- 15.- En cuanto a las atenciones que requiere su rehabilitación ha sentido rechazo de parte de la familia: 1.- Si: () No: ()
Porque: _____

- 16.- Quienes forman parte de su familia. Especifique: _____

- 17.- Quienes sostienen el gasto familiar. Especifique: _____

- 18.- Tiene problemas para acudir a sus citas: 1.- Si: () No: ()
- 19.- Después de la cirugía sus condiciones de salud: 1.- Han empeorado: () 2.- Mejorado: () 3.- Siguen igual que Antes ()
Porque: _____
- 20.- Actualmente considera que la cirugía y la rehabilitación le han permitido incorporarse ha: 1.- La Familia: ()
2.- La Sociedad: () 3.- Al Trabajo: () 4.- Ninguno; ()
Porque: _____
- 21.- Que opina de la terapia de rehabilitación: 1.-Es Importante () 2.- No Importa: () Especifique: _____
- 22.- A suspendido el tratamiento de rehabilitación: 1.- Si: ()
2.- No: () Porque: _____
- 23.- El tratamiento de rehabilitación lo toma con: 1.-Agrado: ()
2.- No es de su Agrado: () 3.- Le es Indiferente: ()
- 24.- Que opina de la consulta externa del hospital: 1.- Mala: ()
2.- Buena: () 3.- Regular: () 4.- Excelente: ()
Porque: _____
- 25.- Que opina de la atención en el hospital, mientras estuvo internado: 1.- Mala: () 2.- Buena: () 3.- Regular: ()
4.- Excelente: () Porque: _____
- 26.- Sugiere algo para un mejor servicio en el Hospital: _____
- 27.- En caso de que el paciente hubiera fallecido, cuando falleció y de que falleció: _____

EN CASO DE NO ENCONTRARSE EN ESE MOMENTO EL PACIENTE, ESTE CUESTIONARIO PODRA SER CONTESTADO POR FAMILIARES CERCANOS CON CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.

- 1.- DIRECTO (PACIENTE) ()
- 2.- INDIRECTO (FAMILIAR) ()

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEdia.

Cuestionario dirigido a pacientes con infección ósea, tratados en la Institución con fines sociomédicos y epidemiológicos.

Nombre:..... Edad:..... Sexo: masc() fem() No. Registro.....
Edo. Civil:.....
Ocupación:..... Escolaridad:.....
Lugar de Nacimiento:.....
Domicilio actual:.....
Clasificación Socioeconómica:.....

1.- En caso de haber sufrido un accidente, antes de la infección donde fue: Trabajo (), Area Recreativa ()
Vía Pública (), Hogar ()

2.- En el momento del accidente se encontraba: Trabajando (), Divirtiéndose (), Descansando ()
Tomando algún medicamento (), Alcohollizado (), Otro (). Especifique:-

3.- Cuanto tiempo tiene con la infección:.....

4.- No. de Cirugías:..... Zona anatómica infectada:.....

5.- Que tanto conoce de su enfermedad: Mucho (), Poco () Nada ()

6.- En que consiste su tratamiento médico:.....

7.- Se culpa su herida: Si () No ()
Porque:.....

8.- Asiste a sus consultas como lo indica el médico: Si () No ()
Porque:.....

9.- A que atribuye que no se alivie rápido: A la propia lesión (), A el médico (), A usted por no seguir
las indicaciones medicas (), Otro (). Especifique:.....

10.- Con el padecimiento su capacidad física se vio: Limitada () Normal ()

11.- Su padecimiento la causa incapacidad: Si () No ()
Parcial () Completa ()

12.- Su alimentación es: Buena () Mala () Regular ()
En que consiste:.....

13. Cuantas veces a la semana come: Carne, No. () Leche No. () Verduras No. ()
14. En caso de algunas dietas sigue las instrucciones de su médico: Si () No ()
Porque:.....
15. Vive en: Zona Urbana () Suburbana () Rural ()
16. Su vivienda cuenta con todos los servicios públicos:
Alumbrado () Agua potable () Pavimentación () Drenaje () Ninguno ()
17. Tiene problemas con el suministro de los servicios públicos antes mencionados: Si () No ()
Que tipo de problemas:.....
18. El agua que utiliza para el baño la calienta por medio de: Gas () Energía Eléctrica ()
Leña Combustible () Otro (),.....
19. Tiene problemas con el calentamiento de su agua: Si () No ()
20. Cuantas veces se baña a la semana: No.
21. Su padecimiento le ha causado problemas en su matrimonio: Si () No ()
Como cuales:.....
22. Su padecimiento le impide tener relaciones sexuales normales: Si () No ()
23. Consume: Alcohol () Tabaco () Drogas () cuanto tiempo lleva consumiéndolos.....
24. Suspendió su consumo durante el tratamiento médico: Si () No ()
25. Practica algún deporte: Si () No () No le interesa ()
26. Le gusta leer: Si () No () No le interesa ()
Que tipos de lectura le interesa:.....
27. Le gusta ver la televisión: Si () No () No le interesa ()
Que programas le agrada ver:.....
28. Cuantas veces al año asiste a: Cines No. () Deportivos y centros recreativos No. ()
No le interesa () Le interesa pero no tiene dinero para asistir ()
29. Cuales son sus diversiones:.....
30. Perdió su trabajo por causa del padecimiento: Si () No ()
31. Cambio de oficio o empleo por causa de la enfermedad: Si () No ()
32. Quien sostiene la economía familiar: Usted () Esposa () Hijos () Padres ()
Hermanos () Otros () Especifique:.....

33. Los ingresos económicos familiares son: Suficiente () Insuficiente ()
34. Aproximadamente cuanto dinero a requerido el costo de su tratamiento médico:
35. A suspendido su tratamiento médico por problemas económicos: Si () No ()
36. Presenta problemas para cubrir gastos personales, así como del hogar : Si () No ()
37. Las relaciones con su familia le parecen: Buenas () Malas () Regulares ()
38. Se considera dependiente de la familia: Si () No ()
39. Recibe ayuda de algún familiar cuando lo necesita : Si () No () De quien.....
40. Quien cubre los gastos del tratamiento médico:
41. Sus actividades diarias como aseo, vestido, alimentación, etc, las realiza solo: Si () No ()
42. Como considera su comunidad: Amable () Indiferente () No le interesa ()
43. Recibe alguna ayuda de parte de su comunidad:
En que consiste:
44. Lugar de nacimiento de sus padres:
45. Vivieron y trabajaron:
En el campo () Ciudad () En ambos ()
46. Ocupación de la madre Ocupación del padre:
47. Que opina del servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Ortopedia:
Malo () Bueno () Regular () Excelente ()
48. Que opina del servicio de consulta externa del Instituto:
Malo () Bueno () Regular () Excelente ()
49. Sugerencias personales: