

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

+ 15 36

7/4

INSTITUCIONES DE SALUD EN MEXICO, SU COORDINACION

TESIS DE GRADUACION
MAESTRIA DE MEDICINA SOCIAL
AUTOR: ROSALINA JORGE KOIFMAN
ORIENTADOR: CATALINA EIBENSCHUTZ H.

INDICE GENERAL

CAPITULO I

SUPUESTOS TEORICOS

1. LA COORDINACION: EL ENFOQUE SISTEMICO DEL SECTOR SALUD.....1
2. LA PRACTICA MEDICA Y LA ESTRUCTURA SOCIAL.....10

CAPITULO II

DESARROLLO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

1. PRIMER PERIODO (1900-1930): PREDOMINIO DE LA SANIDAD...17
2. SEGUNDO PERIODO (1930-1970): PREDOMINIO DE LA ATENCION MEDICA.....29

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....64

CAPITULO I

SUPUESTOS TEORICOS

1. LA COORDINACION: EL ENFOQUE SISTEMICO DEL SECTOR SALUD.

A partir de la década de los años 60, el tema coordinación de servicios de salud es una constante en el discurso oficial - de la OPS y de los países latinoamericanos. (1,2,3,4,5,6) Se recomienda la creación de un Sistema Nacional de Salud, como un mé dio para lograr la propuesta de coordinación de los servicios.

Así es que el grupo de Estudios sobre Coordinación de la Atención Médica convocado en 1968 por la OEA y OPS, definió - coordinación como "la ordenación metódica en el uso de todos - los recursos humanos y materiales disponibles a las distintas - instituciones públicas o privadas, para el cuidado de la salud" (7). Sus objetivos principales serían:

- a). Obtener que las distintas instituciones del sector salud utilicen racionalmente los recursos de que dispo nen.
- b). Indicar métodos para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles.
- c). Conseguir que las futuras inversiones y aportes sean proporcionales a las necesidades a fin de garantizar su pleno aprovechamiento. (8)

La propuesta aparece entonces como medidas administrativas, las cuales tenían como objetivo lograr, a través de acciones - centralizadas, la racionalización de los recursos, la elevación de la productividad de los servicios, la normatización, etc.

Como prerrequisito para alcanzar tales objetivos, se impone como necesaria la creación de un Sistema Nacional de Salud, que reemplazaría un sistema actual, vigente en la mayoría de los países latinoamericanos, denominado "sistema espontáneo" que "es aquel no explicitado en sus partes y que no sufre proceso de intervención racional, siendo en general de baja eficiencia en la obtención de sus objetivos básicos". (9)

La creación de un sistema nacional de salud, está de acuerdo con el análisis según el cual, el campo de salud conforma un subsistema incluido en sistemas sociales globales, con los cuales mantendría relaciones de orden y equilibrio, alcanzado a través de la adaptación o ajuste. Este sistema salud, compuesto de recursos humanos, capacidad instalada y un proceso administrativo, constituiría un modelo cibernético y ecológico, con el objetivo de generar prestaciones de salud a la colectividad.

El sistema de salud aparece así definido: "El conjunto del sistema de desarrollo constituye así un flujo cibernético, en el cual el insumo de recursos humanos, físicos y financieros, se conduce en forma armónica con la toma de decisiones, la selección de prioridades y el diseño de programas, a fin de dar prestaciones de salud y servicios educacionales a la población. Los recursos humanos tienen un doble flujo de realimentación con el sistema de salud y el sistema educacional, ya que ambos contribuyen a formar recursos humanos, y a su vez, los recursos humanos sirven como elemento esencial para dar prestaciones de salud y servicios educacionales.

...quien recibe los beneficios de todo este sistema cibernético es la población, y por esto decimos que el sistema tiene carácter ecológico, ya que procura mejorar el estandar de vida de la población, a base de elevar su cultura y alcanzar el más-alto estado posible de salud".(10)

En el análisis de la situación actual del sector salud en los países de América Latina, se reconoce que existen una variedad de sistemas de salud, como son: el sistema de salud de las instituciones de seguridad social, que tienen por base los seguros sociales, garantizando la atención médica a los trabajadores; los Ministerios de Salud, constituyendo un sistema con una base conceptual del derecho a la salud, garantizando por el Estado como derecho inalienable de todos los individuos; el sistema de instituciones de asistencia, inspirado en los conceptos de caridad y solidaridad humana; el sistema de carácter privado, con una organización con fines lucrativos; y otros. (11)

Se acostumbra afirmar que frecuentemente estos diferentes sistema se presentan superpuestos y se combinan en forma arbitraria y competitiva, provocando derroche de recursos, duplicación de servicios y elevación artificial de los costos, con evidente perjuicio de la calidad y eficacia de las prestaciones.

Por lo tanto, se diagnóstica incoherencia, heterogeneidad, competencia, descordenación; y para corregir estas distorsiones, se propone el sistema nacional de salud, sistema único en que participen todas las instituciones, el que estaría así formulado:

y "Dicho sistema así concebido, contempla la planificación coordinada de servicios a nivel nacional, la coordinación administrativa y consolidación presupuestaria a nivel regional y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local. Su financiamiento deber ser multilateral y debe existir además en el orden técnico una autoridad normativa central que coordine los planes de salud, imparta las normas y fiscalice su ejecución a nivel regional y local.

El sistema nacional de salud aspira a una mejor utilización de los recursos humanos disponibles, elevando su productividad y evitando duplicaciones. Para ello, es indispensable que exista una clara definición de los propósitos por parte de las autoridades ejecutivas centrales, para hacer participar en el sistema todos los recursos humanos y materiales disponibles, y aceptar la planificación coordinada de las acciones de salud. - Todo esto se puede lograr sin dañar la autoridad administrativa y la autonomía financiera, de manera que, cada institución pueda cumplir con sus obligaciones legales." (12)

La adopción del modelo sistémico de análisis de la situación actual del conjunto de instituciones de salud, con sus consecuentes propuestas, coordinación y sistema nacional de salud, asumen así un carácter "técnico científico", que permitiría comprender dicha situación y alcanzar el máximo de eficacia y rentabilidad en los servicios de salud.

Teniendo ubicados los componentes principales del discurso oficial relacionados con el tema en estudio, creemos que con

ne explicitar ciertos supuestos teóricos que implica tal análisis, antes de su aceptación o crítica.

Creemos que los esquemas teóricos utilizados en la teoría de sistemas, encuentran sus raíces en la concepción llamada funcionalista de las ciencias sociales.

Los supuestos de esta teoría, podrían ser resumidos, según Echeverría y Castillo (13), en tres fundamentalmente:

"El primero, postula que la sociedad está naturalmente en equilibrio, y que ante cualquier desviación que se produzca; -
tiende hacia el equilibrio. Es decir, que en la sociedad no hay contradicciones fundamentales, sólo puede haber desviaciones -
ocasionales con respecto al punto de equilibrio, las cuales son rápidamente corregidas por los mecanismos "naturales" de control que posee la sociedad. Este concepto de equilibrio, implica la idea de que la sociedad es de naturaleza orgánica, y supone también que existe una forma ideal de sociedad, que no es más que la situación presente llevada al estado de perfección.

Un segundo planteamiento se deriva del anterior; él postula que no existen clases sociales, como otra forma de negar que existen contradicciones en la sociedad. 'Para explicar las diferencias en la sociedad, se elabora un nuevo concepto de clase social, o más bien se diluye en el concepto de estratificación. En esta nueva perspectiva, se puede distinguir cuántas clases - se quiera, pero jamás se podría ver una oposición estructural entre ellas. A partir de este concepto de estratificación, se comienza entonces a dar cuenta de las diferencias en la socie-

dad, las diferentes funciones y responsabilidades que en ella cumplen los individuos y la importancia de estas funciones'.

Como último planteamiento, que es una consecuencia directa de los dos anteriores, postula 'que todos los miembros de la sociedad capitalista se hallan participando en una identidad fundamental de intereses. La sociedad, según este pensamiento, estaría organizada a partir de una norma de consenso, a través de la cual todos los individuos participarían de una misma estructura de valores y en el pleno acuerdo con el orden social vigente'.

Sin embargo, ¿qué elementos ideológicos se encuentran presentes en este tipo de discurso?.

Si nos detenemos en la superficialidad del análisis, encontramos una rigurosa búsqueda de "cientificidad" del investigador, basada fundamentalmente en la neutralidad por éste asumida al analizar su objeto de estudio, la sociedad.

Tal actitud no ocurre al azar, pues el funcionalismo adopta y renueva los aspectos centrales de su fuente conceptual, el positivismo. Así, ambos van a analizar la sociedad buscando las mismas leyes "inmutables", derivadas de las ciencias naturales: 'De estas premisas se desprende que el método de las ciencias sociales puede y debe ser idéntico al de las ciencias de la naturaleza, que sus procedimientos de investigación deben ser los mismos y, sobre todo, que su observación debe ser igualmente - "neutra", objetiva y destacada de los fenómenos'. (14)

Sin embargo, la esencia de este discurso nos muestra rasgos ideológicos bien determinados: una vez que la sociedad se -

encuentra en estado de continuo equilibrio, implícitamente desa parecen las contradicciones antagónicas entre las clases sociales, así como la posibilidad de un cambio de la misma sociedad. Esta adquiere la condición de ahistórica e inmutable, y como - tal, induce a una pasividad de los hombres frente a sus desigua- les condiciones de existencia.

Una vez que las clases sociales no están generadas por la dinámica de la acción transformadora del hombre sobre la natura leza, pierden cualquier vínculo orgánico con las relaciones de producción. Consecuentemente, su construcción se hace a nivel - supraestructural, plasmadas en las nociones que el sentido co-- mún hace de estas mismas diferenciaciones: las clases sociales no son más que 'una variedad infinita, un continuum de status individuales". (15)

En relación a la tercera característica mencionada del fun cionalismo ("identidad fundamental de intereses en la sociedad") se observa que en las sociedades capitalistas, la hegemonía política ejercida , está basada en un consenso de intereses existente en mayor o menor magnitud, dependiendo del grado en que - los intereses dominantes son identificados como propios por las clases dominadas. Sin embargo, su debilidad va a residir exacta mente en este supuesto consenso, pues una vez amenazado o cues- tionado, las clases dominantes en el capitalismo son forzadas a adoptar medidas claramente coercitivas para la manutención de - sus intereses de clase, con el consecuente peligro para su pro pia legitimización.

Con esto, se hace evidente el origen ideológico de la teoría de sistemas, que subyace en los planteamientos oficiales sobre coordinación, manifestando esta articulación a través de los conceptos de armonía, equilibrio, adaptación, normatización, etc.

A nivel interno, el análisis sistémico del sector salud, guardaría una gran coherencia, permitiendo proposiciones saneadoras de las "distorsiones".

Sin embargo, al definir la realidad como sistema, esta teoría hace un análisis del "subsistema salud" como una esfera autónoma de dinámica propia, independiente de la totalidad social, o cuya dependencia tiende al equilibrio.

Esta concepción lleva a un distanciamiento de la realidad en estudio, pasa a constituir un modelo, o sea, un objeto de estudio abstracto, en el cual la Práctica Médica adquiere un concepto también abstracto, y a su vez, independiente del contexto histórico en el cual está inserta.

El diagnóstico realizado de la situación actual del sector, o sea, el carácter competitivo y superpuesto de diversos conglomerados de instituciones de salud, la ausencia de objetivos comunes y la multiplicidad de los centros decisorios, es confrontado con un modelo de análisis. Este presupone la existencia, en las relaciones interinstitucionales de las sociedades capitalistas, de conceptos tales como: armonía, homogeneidad de intereses, y valores compartidos por una sociedad unitaria. Este análisis vendría siendo la base de las proposiciones

racionalizadoras, en la búsqueda de fines idealmente definidos.

Para lograr esta pretendida racionalización, el "Estado representante de los intereses de todos los ciudadanos" asume el papel de corrector de las "distorsiones", teniendo como objetivo "una organización comprensiva de todos los servicios de salud" (16), para salvaguardar el derecho a la salud de la colectividad.

Desde este marco de análisis, el Estado se ubica por arriba de la estructura de clases, revestido de neutralidad, y el derecho de la salud pierde su carácter de conquista histórica. Como expresa Donangelo (17), "Al incorporar, en la forma de un dato, el 'carácter universal' del 'derecho a la salud' y el concepto de solidaridad social a él subyacente, deja de aprehender la dinámica de las relaciones sociales como base de la acción estatal. En otros términos, al involucrar concepciones de neutralidad real o potencial del Estado, consistente en la incorporación de intereses comunes a toda la colectividad, reduce la importancia del recurso a los planes económico y social de la realidad como explicativos, al mismo tiempo que limita el significado de la dimensión política, no explicitando el sentido de las propias 'resistencias' a la racionalización".

Creemos por lo tanto, que la adopción del modelo sistémico en el análisis de la situación actual del sector salud no es una opción técnico-científica y sí política, puesto que adopta una metodología analítica de la realidad que excluye otras concepciones divergentes políticamente.

2. LA PRACTICA MEDICA Y LA ESTRUCTURA SOCIAL.

Desde otra posición metodológica en cual la Práctica Médica estaría sobredeterminada por la estructura social, la historia de la sociedad, el desarrollo de las fuerzas productivas y, fundamentalmente, por la lucha de clases, pensamos obtener una aproximación más objetiva a la realidad de sector.

Esta concepción rompe con el análisis de validez universal y estática de la práctica médica, se retoma la historicidad de la misma, es decir, "expresa un su totalidad las determinaciones históricas de la estructura social". (18)

Por lo tanto, las formas actuales de la práctica, del saber y de la organización de la práctica médica, no responden exclusivamente a las cuestiones humanitarias del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte, ni son tampoco el simple resultado lineal de un progreso "positivo" del saber, pero sí responden fundamentalmente a las exigencias generadas por el capitalismo.

En este sentido, "la determinación del saber como de la práctica, se buscará en el conjunto de relaciones que constituye el todo social, y en última instancia, en la estructura económica". (19)

Según esta perspectiva, el cuadro organizacional del sector salud basaría su comprensión en las relaciones y determinaciones establecidos a lo interno de la dinámica general de la estructura social. Así se puede inferir que esta organización no es resultante de un proceso espontáneo y aislado, sino que

constituye parte de la misma estructura social, con la cual está articulada.

Las formas asumidas por esta articulación, han sido objeto de diversos estudios, a partir de los cuales se han caracterizado las principales de estas formas.

Con redoblado énfasis ha sido analizada la articulación - que establece la estructura económica, con las prácticas que aseguran la manutención y reproducción de la fuerza de trabajo, la cual es componente fundamental en el proceso de acumulación capitalista. (20,21)

La medicina, en cuanto práctica social dirigida a la recuperación de las funciones vitales de la fuerza de trabajo, define los límites de su capacidad física, y establece criterios - normativos para su utilización: "El sistema de atención médica tiene bajo su control la parte humana de la actividad de la producción, el trabajo". (22)

Así, seleccionando, manteniendo y recuperando la fuerza de trabajo, el cuidado médico contribuye al "aumento de la productividad, participa en el aumento de la plusvalía relativa y puede contribuir para la creación de la plusvalía absoluta, en la medida en que, manteniendo el trabajador en buenas condiciones de salud, posibilita la realización de jornadas extraordinarias de trabajo". (23)

Por otro lado, la manutención de altos niveles de productividad, obliga a una extensión de la atención de salud, no restringiéndose solamente a la fuerza de trabajo, y sí elevando el

patrón general de las condiciones sanitarias de la población. En este sentido, se comprende la formulación del concepto de "umbral de sanidad": "nivel de salud bajo el cual la población no estaría en condiciones de responder a los imperativos de la producción económica". (24)

Otro elemento de importancia en el análisis de la práctica médica, es el referente a los mecanismos políticos e ideológicos que aquella asume en las formaciones sociales capitalistas. Sin embargo, para comprender estos mecanismos, se hace necesario discutir previamente algunos conceptos relativos al proceso de dominación que se establece en estas formaciones.

Si el proceso de acumulación de capital tiene su punto central basado en la apropiación individual de valores producidos socialmente, lo que genera objetivamente una contradicción de carácter antagónico, por otro lado, su continuidad asume también características alejadas del nivel económico, estando ubicadas en las esferas política e ideológica.

Según Gramsci, se vuelve de fundamental importancia para la clase dominante en su proyecto político, que sus intereses de clase sean difundidos, interpretados y apropiados por los demás grupos sociales; de la profundidad con que este objetivo sea logrado, dependerá tanto la estabilidad del proceso de dominación, así como la hegemonía política de la clase dominante. (25)

En este sentido, la conducción ideológica de la sociedad estaría basada en lo que denomina "sociedad civil", o sea, el conjunto de "instituciones de la cultura" (escuela, iglesia, -

prensa, etc.), así como de sus agentes, los intelectuales, que permiten el logro de un consenso de los varios grupos sociales en relación al proceso de dominación vigente.

Por otro lado, una vez que este consenso sufre un proceso de debilitamiento, amenazando así el propio status quo, entrarían en acción los elementos referentes a la llamada sociedad política: aparato militar, jurídico, etc., los cuales buscan mantener el proceso de dominación previamente existente con énfasis en las medidas coercitivas.

En realidad, esta separación entre sociedad política y sociedad civil es artificial, pues ambas se encuentran estrechamente interrelacionadas, existiendo períodos de predominio de una sobre la otra, en correspondencia a las coyunturas de hegemonía política o de crisis de esta hegemonía. Esta negación de la absolutización de cada uno de los momentos (coerción o consenso), se hace evidente en el propio pensamiento gramsciano, pues un sistema donde fuese suficiente solamente el consenso es "utopía pura por estar basado en el presupuesto de que todos los hombres son realmente iguales, y por consiguiente, igualmente razonables y morales, es decir, pasibles de aceptar la ley espontáneamente, libremente, y no por coerción, como impuesta por otra clase, como algo externo a la conciencia". (26)

Las determinaciones político-ideológicas que inciden sobre la práctica médica se evidencian, entre otras formas: cuando se utiliza la extensión de los servicios de salud como mecanismo de control sobre los antagonismos de clase (27); cuando, a tra-

vés de la práctica médica se pretende lograr la normatización de la conducta de diferentes clases sociales (28); cuando la -- organización de la salud proyecta la imagen del Estado representante de los intereses de la "colectividad": y cuando se busca "convencer que la salud es un bien absoluto al que el hombre ha aspirado siempre, y a la medicina como una conquista progresiva de los medios para satisfacer tales aspiraciones".(29)

Estas diferentes formas a través de las cuales se expresa el contenido ideológico, implican en un enmascaramiento del significado que para cada sociedad tiene un determinado tipo de - práctica médica, y de cómo ésta se inserta en el conjunto so--- cial, legitimizando de una u otra manera el orden establecido.(30)

Además de los planos en que se articula la práctica médica aquí considerados, cabe señalar aquel que se establece a nivel de la producción económica, cuando a través del acto terapéutico se hace efectivo el consumo de mercancías derivadas de la industria de medicamentos, equipos y aparatos médicos. Así, estos elementos "deben ser considerados como mercancías cuya producción es externa a la medicina, pero cuyo consumo solamente se - efectúa a través de aquella".(31)

Este nivel de articulación gana importancia cuando se - - observa el incremento de los costos de la atención médica, en - gran parte debido a la introducción de estos instrumentos en el acto terapéutico. Así, las empresas productoras de estos mate-- riales, se constituyen en grupos de intereses, procurando la manutención de un modelo de atención altamente tecnificado, pues-

to que este fenómeno garantiza su propia acumulación de capital.

Una vez comentados estos tres niveles, gana importancia re saltar la participación del Estado como elemento mediador de - los mismos, en determinados momentos históricos de una forma--- ción social concreta. Así, cabría analizar la participación es- tatal en: la utilización de sus aparatos jurídico-políticos, - procurando dirigir la atención médica a determinados grupos so- ciales; en su propia legitimización como entidad neutra y ubica_ da por arriba de los intereses particulares de las clases socia_ les; y como elemento garantizador del proceso de acumulación en las industrias productoras de bienes involucrados en la aten--- ción médica.

CAPITULO II

DESARROLLO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

Partiendo de la concepción expuesta en el capítulo anterior, según la cual la organización actual de los servicios de salud en México se comprendería desde un análisis de la articulación de la Práctica Médica en la formación socio-económica mexicana, nos proponemos señalar algunos elementos necesarios para el entendimiento de esta organización.*

En este siglo, encontramos sucesivamente en la Organización de la Atención a la Salud en México, un momento en el cual predominan las instituciones de sanidad (hasta 1930), y posteriormente, la hegemonía de las instituciones de asistencia médica.

1. PRIMER PERIODO (1900-1930): PREDOMINIO DE LA SANIDAD.

Si nos remitimos a inicios de este siglo, nos encontramos con la existencia de acciones fragmentadas por parte del Estado con respecto a la organización de los servicios de salud.

Las primeras tentativas de centralización estatal se registraban en el ámbito de la sanidad, expresándose su nivel organizativo inicialmente con el Consejo Superior de Salubridad.

Mientras tanto, para este período la llamada asistencia médica no sufre una intervención estatal centralizadora, encon---

* Queremos resaltar que nos detendremos en la constitución de las instituciones de salud, que actualmente tienen un papel decisivo en la conformación del sector salud en México. (IMSS y SSA)

trándose en manos de la medicina privada (liberal) para los grupos sociales poseedores. Por otro lado, la atención dirigida a los grupos dominados, presenta características de "caridad", quedando en el plano organizativo a nivel local (municipal).

La búsqueda de la centralización y de la nacionalización de los servicios de sanidad por el Estado, es un hecho común a la mayoría de los países latinoamericanos en este período (1880-1930), correspondiendo a las necesidades impuestas por el incremento del comercio exterior. (32)

La revalorización de las antiguas colonias, y entre éstas los países latinoamericanos, como fuentes de materias primas y alimentos, además de mercados importadores de productos manufacturados, la creciente inversión de capitales provenientes de los países centrales en los segmentos claves de la economía; así como la construcción de una infraestructura de transporte (ferrocarriles y puertos), acabaron por envolver los países periféricos en la problemática de salud desde la perspectiva de una óptica emanada a nivel internacional.

Esta apertura y expansión creciente de una red de mercados internacionales, llevaba al recrudecimiento de la difusión de enfermedades transmisibles, problemática que pasaba a afectar la circulación de mercancías, y por ende, los intereses de las clases capitalistas (en el plano interno y externo).

A nivel internacional, por iniciativa de los países centrales, se realizaban conferencias, que buscaban estandarizar medidas de sanidad, las cuales garantizasen los intereses de los

mismos países periféricos, así como procuraban superar el hecho de que ciertos países (Inglaterra) utilizaran las medidas cuarentenarias como un arma en la disputa por la hegemonía del comercio internacional. (33)

Las recomendaciones de estas reuniones fueron plasmadas en reglamentos sanitarios por los diversos países latinoamericanos, como, por ejemplo, es el caso del Reglamento de Sanidad Marítimo de 1916 en México, el cual "se caracteriza por definiciones derivadas de la Convención General Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington , 1905". (34)

La primera institución de sanidad con características centralizadoras en México, fué el consejo superior de Salubridad, el cual fue una tentativa, a nivel organizativo y administrativo, de reemplazar los centros locales de sanidad, bajo el control y poder regional. Este nuevo centro de carácter nacional, estaba constituido por un cuerpo colegiado consultivo, vinculado al Ministerio de la Gobernación, poseyendo funciones normativas y de control en relación a la sanidad en el país. Sin embargo, en la medida que este organismo no disponía de facultades ejecutivas, las cuales estaban a cargo del poder regional, resultaba que las normas establecidas no eran rigurosamente cumplidas; además, permitía una dispersión y muchas veces contraposición al poder central.

A pesar de estas limitantes, las acciones de sanidad derivadas del Consejo Superior de Salubridad, estaban subordinadas al papel fundamental desempeñado por el comercio exterior y la

inversión extranjera, aunque éstos se presentasen como acciones de "intereses universales-científicos" (35), y evidenciaba su finalidad en el cumplimiento de intereses particulares.

La preocupación por el desempeño de esta función, queda evidenciada a partir del propio discurso oficial en 1911:

"...se persigue vacunar contra la viruela, difteria y la peste...Es obligación del Estado evitar la propagación de enfermedades a países vecinos y lejanos".(36)

Las acciones de sanidad se centraban en los puertos y en regiones fronterizas, como se evidencia en la medidas adoptadas en relación a los brotes epidémicos en este período.

Además, el control sanitario no se hacía con rigurosidad cuando así lo exigían determinados rubros económicos de importancia, como es el caso del petróleo en que el Consejo de Salubridad reivindicaba su opinión de que:

"era del todo indispensable no prohibir ni estorbar su depósito, transporte y comercio, sino fijar simplemente reglas por las cuales deben prevenirse o por lo menos aminorarse los riesgos de incendio de dicho combustible"(37)

La postura del Estado Mexicano, asumida internacionalmente frente a la problemática de la sanidad, puede ser ilustrada por las declaraciones formuladas en estas reuniones: "Es deber inexcusable del Estado defender los intereses de la salubridad, sin perjudicar o perjudicando lo menos posible los intereses del co

mercio, de la navegación y de la libre comunicación de los hombres"- Costa Rica, 1905. (38)

A pesar de las labores desarrolladas por el Consejo Superior de Salubridad, éste no suplía las necesidades impuestas por el comercio exterior, dificultad reconocida en diversas ocasiones, debido "a la carencia de una legislación que permitiese una actividad nacional a dicho organismo, pues era frecuente que el celo de las autoridades de los Estados rechazara como intromisión las benéficas actividades de dicho Consejo. (39)

Sin embargo, solamente en 1917 con la nueva constitución, es creado el Departamento de Salubridad, que vendría a resolver esta problemática en el plano organizativo, ya que este organismo tendría facultades ejecutivas.

Meir, en su trabajo "La Organización Sanitaria en los Países Latinoamericano", señala que "los países que lograron primero la creación de una producción capitalista alrededor de un producto de importancia para la exportación, y en los que los grupos dominantes emergieron de esta producción, lograron controlar los organismos del Estado, fueron también los primeros a crear un espacio administrativo estatal dedicado a los asuntos de sanidad" (40), registrándose las primeras creaciones en el período 1880-1910.

¿Cuáles fueron las especificidades del caso mexicano?

El predominio de la sanidad en este período, así como las formas organizativas que se van conformando, pueden ser entendidas desde el análisis de la formación socio-económica mexicana

a la época, pues permite visualizar las articulaciones de esta organización sanitaria estatal con la totalidad social.

Para inicios del siglo, encontramos en México un predominio económico capitalista, resultado del desarrollo en el último cuarto del siglo pasado, posibilitado por: la derrota del clero frente a la alianza de los hacendados con la naciente burguesía; por la influencia externa del auge comercial, por la disponibilidad de capitales y el avance tecnológico; además de la combinación de la construcción de una infraestructura de transportes (ferrocarriles y puertos) con el crecimiento de las exportaciones y el incremento de la producción interna. (41)

El desarrollo hacia el exterior durante el porfiriato, fue favorecido por el período de auge intenso en el panorama mundial de la explotación de recursos y mercados coloniales (a partir de la década de 1890).

Dentro de este auge, se evidencia los avances norteamericanos en México, que además de la explotación de materias primas necesarias para sus procesos productivos con inversiones directas de capital, pasan a exportar manufacturas para el mercado mexicano, a competir con la obtención de concesiones ferrocarrileras, a exportar capitales en la industria y a formar grandes ranchos agrícola-ganaderos. (42)

El comercio exterior presentaba un inusitado crecimiento: en lo que respecta a las exportaciones, encontramos una tasa de crecimiento con promedio anual del 6%, siendo del 4.7% para las importaciones. (43)

La inversión extranjera en México se caracterizó por un constante incremento, alcanzando en 1900, la suma de 3400 millones de pesos (44), encontrándose así distribuída: un tercio en ferrocarriles; 24% en minas y metalurgia; 15% en bonos de la deuda pública; 7% en servicios públicos; y 3 a 6% en bancos, comercios, industria y petróleo.

El desarrollo capitalista a inicios del siglo era incontestable con una base productiva en constante crecimiento, pero combinaba diversas relaciones de producción en su seno, predominantemente en las regiones agrícolas del centro y sur del país.

La explotación del trabajo en formas capitalistas, a pesar de alcanzar a una parcela pequeña de los trabajadores, estaba localizada en las actividades que eran determinantes en la reproducción económica, social y política del sistema.

En esta primera etapa de desarrollo capitalista, se destaca la articulación de las relaciones de producción capitalistas y no capitalistas, a través de la presencia y fortalecimiento de la hacienda, verificándose consecuentemente un desarrollo incompleto de la formación de clases sociales correspondientes a la formación capitalista.

En este cuadro, para inicios del siglo, se verificaba el debilitamiento del poder estatal, representado por la alianza de los hacendados y de la burguesía. (45)

Surgió una fracción de la burguesía que no compartía las ventajas de enseñorarse ni tenía acceso al poder económico. (45) Además, creció la rebeldía de los campesinos explotados (levantamientos en 1906, 1908) y despuntaron movimientos huelguísticos

de importancia en el proletariado. (46)

Fracasadas las tentativas del grupo en el poder destinadas a canalizar el descontento político, para controlarlo y conducirlo de acuerdo con las conveniencias del régimen, se observa una desintegración de la compleja red de alianzas y compromisos políticos sobre los cuales reposaba el orden.

Las transformaciones económicas llevadas a cabo durante el período del porfiriato, habían alterado la estructura social y las relaciones de fuerza entre las clases y los grupos dominantes. Estos últimos, al llegar el momento de traspaso del poder en 1910, no son capaces de resolver sus intereses dentro de la escena política, cayendo en una crisis de auto-representación. (47)

En esta situación se plantea la alianza del núcleo de la burguesía alejado del poder con los campesinos y proletarios, para la destrucción del sistema "capitalista señorial", que permitiría el surgimiento del "capitalismo burgués", con el objetivo de lograr un desarrollo industrial, un dominio mayor de la economía por la burguesía nacional y una mayor participación en sus ventajas.

En esta tentativa se plasmaría en la Revolución Mexicana de 1910, con la participación explosiva y masiva de los campesinos que se alzaron en armas.

Después del largo período de lucha, la dirección de las transformaciones resultantes del proceso de la Revolución, se quedaría en manos de la burguesía. Este hecho respondía a las condiciones objetivas dadas por la ausencia de un proletariado

organizado, con peso decisivo para estar en condiciones de dirigir el proceso revolucionario.

Sin embargo, la Revolución había sido ante todo un gigantesco movimiento de movilización de la masa trabajadora; así es que en la Constitución de 1917, encontramos plasmados elementos del programa de reforma social que había sido la palanca que impulso esa movilización, posibilitando a través de ella la toma del poder. Entre los elementos que se resaltan están la Reforma Agraria, el reconocimiento de los derechos de los trabajadores urbanos, etc. (48).

Entre otros elementos relevantes con respecto a salud que quedaron constituidos en 1917, están el reconocimiento de derecho a la salud a todos los ciudadanos, en el plano de la atención a la salud, encontramos la creación del Departamento de Salubridad.

Este nuevo organismo centralizado, tendría facultades ejecutivas mientras que el anterior, el Consejo de Salubridad, quedaba como organismo autónomo, con autoridad para legislar las disposiciones generales con respecto a sanidad. (49)

Con la creación del Departamento de Salubridad Pública, se superaba el principal obstáculo para la eficacia de las acciones sanitarias, posibilitando así una respuesta más acorde a las necesidades impuestas por el comercio exterior.

El hecho de que en México la centralización de los servicios de salubridad se hace en un proceso de larga duración, culminando tardíamente (1917), merece una especial atención.

En efecto se observa que desde inicios del siglo, estaban dadas las condiciones de la base económica (importancia del comercio exterior) que exigían una estructuración al nivel de Estado, que fuese efectiva en el ámbito de la salubridad.

Mientras tanto, observamos que, a nivel del poder estatal, las fracciones de clase dominante que lo controlaban, atravesaban un proceso de marcado debilitamiento de su poder, con pérdida de representatividad frente a las otras fracciones de esta clase. Este proceso culminaría en una crisis de autorepresentación, que abrió paso a un largo período de indefinición y disputa (Revolución Mexicana) del poder de Estado.

Así es que la debilidad del poder estatal en la primera década de este siglo-período que corresponde a las primeras creaciones de Direcciones de Salubridad en América Latina, y posteriormente la indefinición del poder durante el período de la Revolución, son elementos de importancia para la comprensión de las formas organizativas estatales, que se fueron conformando en el campo de la salubridad en México.

En el nuevo espacio administrativo estatal, el Departamento de Salubridad Pública, reorganizaría los servicios sanitarios y respondería de forma incisiva a las necesidades planteadas en este campo, como se puede observar en los brotes epidémicos de peste bubónica y fiebre amarilla en Veracruz (1920), así como en la epidemia de viruela del mismo Estado. (50)

El carácter centralizado que asumiría el Departamento de Salubridad Pública fue así expresado:

"Los Estados se encuentran privados de las principales facultades de soberanía en materia de salud, constituyéndose por la Carta Política de 1917 la Dictadura Federal Sanitaria". (51)

No obstante, las acciones sanitarias continuasen dirigidas con marcado predominio a los puertos y regiones fronterizas, se observaba a mediados de la década del veinte, una importante variación de ciertos problemas sanitarios como la tuberculosis, la sífilis, la higiene infantil, etc. (52). En lo que respecta a la atención médica de parte del Estado, ésta no sufre cambios de importancia durante el periodo de referencia.

La atención médica estaba a cargo de la Beneficencia Pública, que tuvo sus orígenes en 1861, posteriormente a la supresión de las corporaciones religiosas, quienes hasta entonces se hacían cargo de la atención a la "indigencia". Estaba organizada de forma tal, que el gobierno de la Unión se encargaba de la dirección y mantenimiento de los establecimientos existentes en el Distrito Federal, en tanto que aquellos de los Estados, eran administrados por los gobiernos locales. La Beneficencia Pública estaba formada por "hospitales", manicomios, asilos, cárceles, etc. (53)

La inauguración del Hospital General en el Distrito Federal en 1905, merece ser citada, puesto que representó una innovación en términos de infraestructura hospitalaria, además de involucrar una considerable inversión económica de parte del Estado. Hecho este singular, en un periodo de predominio de las

acciones de salubridad.

Otro cambio de alguna relevancia en este período, es el relativo a la organización y funcionamiento de la beneficencia Pública del Distrito Federal, en 1924 que pasa a estar a cargo de una Junta Autónoma, con bienes propios y con "respetables ingresos de la Lotería Nacional" (55); este cambio toma importancia - por ser una de las primeras medidas que reflejan una mayor atención para el área de principal concentración obrera de la época.

En este primer período del siglo, encontramos la atención sanitaria (portuaria y fronteriza) como eje central de la práctica bajo control estatal, revelando la poca importancia dada - por el Estado a los problemas de atención médica individual.

Si bien la economía agroexportadora y la incipiente industria significaban fuentes importantes de absorción de mano de obra, por otro lado, la masa trabajadora no expresaba orgánica-mente exigencias reivindicativas en salud; además, la existen-cia de un amplio ejército industrial de reserva, llevaba a que la clase dominante tuviese a su disposición fuerza de trabajo - suficiente para que su mantenimiento y reproducción no fuesen - objeto de preocupación.

Solamente a partir de mediados de la década de los treinta-tas, se hace presente el surgimiento del cuidado médico como - práctica de control estatal, fenómeno que será analizado con - más detalles en el otro subcapítulo.

2. SEGUNDO PERIODO (1930-1970): PREDOMINIO DE LA ATENCION MEDICA.

Es a partir de la década de los treintas, que se gestan en México las condiciones sociales y económicas que propiciarían, en el período posterior (1943), la conformación en rasgos generales de la organización institucional actual de los servicios de salud.

Para este período se observa que la atención médica institucional, hasta entonces guardando un papel secundario, pasa a ganar importancia, constituyendo ya a mediados de la década de los cuarentas el eje central de la práctica médica estatal.

Como primera aproximación a este proceso de estructuración organizacional del sector salud, se resaltan, por un lado, el papel central que asume el Estado en el mismo, y por otro, la configuración de distintas instituciones, destinadas a diferentes grupos sociales.

De la misma manera como se ha analizado el período previo a 1930, los elementos arriba mencionados solamente pueden ser -aprehendidos en su real dimensión, a partir de la especificidad existente entre la articulación de la organización de la práctica médica con la instancia político-ideológica, siendo ésta determinada, en última instancia, por el desarrollo de la base --económica en la formación socio-económica mexicana.

En el período que sigue la Revolución Mexicana, se protagonizó una lucha por el poder por parte de los diversos grupos -participantes en aquella, una vez que el Estado se mostraba in-

capaz de llevar adelante el programa de reformas que había servido de palanca para la movilización masiva de trabajadores. El poder estatal "hasta los últimos años veinte no había hecho otra cosa, en la práctica, que pugnar por mantenerse en pie, pero estaba lejos de convertirse en el poder rector, soberano y aceptado por la sociedad que la revolución había postulado". (56)

La reforma agraria se había convertido en un simple instrumento de manipulación de la masa campesina y el diminuto reparto de tierras no había interferido en la transformación de las relaciones de propiedad.

Así es que México ingresa en la década de los treinta con el 67% de su población ubicada en áreas rurales, estando la propiedad de la tierra distribuida de la siguiente manera: 13,444 terratenientes monopolizaban el 83.4% de las tierras, en tanto que 668 mil ejidatarios tenían la posesión de tierras que representaban un décimo de las que estaban en manos de los hacendados; además existían dos millones y medio de campesinos sin tierras. (57)

Por otro lado, la crisis internacional del capitalismo (1929) afectaría de forma importante, la débil y dependiente economía mexicana. La producción sufriría una baja brusca y acentuada: la producción de cereales en 1932 cayó en un 14% en relación a 1929, mientras que la producción de cultivos industriales, básicamente para exportación, descendía en un 40% (58). El intercambio comercial se redujo considerablemente, habiendo el valor de las exportaciones decrecido en un tercio relativa--

mente a 1929, y las importaciones alcanzado niveles inferiores a los existentes a inicios del siglo, (59)

Los resultados de esta situación adquirirían proporciones -- trágicas para la masa trabajadora, ocasionando tasas de desempleo crecientes, además de provocar bajas salariales.

Esta disminución del poder adquisitivo de la población asalariada, afecta directamente los intereses de la naciente pequeña burguesía comercial e industrial, deseosa de ampliar el mercado interno del país, por sí solo ya diminuto en 1935, el sector secundario era responsable por 28% del PIB. (60)

Teniendo como trasfondo esta situación, en el escenario de la lucha política para el traspaso del poder (1934-39), ocurre la aglutinación del proletariado, del campesinado y de sectores de la pequeña burguesía comercial e industrial, los cuales irían a constituir la base social que posibilita la victoria de la plataforma programática de Cárdenas. Esta se basaba en la intensificación de la reforma agraria, y en una intervención creciente del Estado en el proceso de industrialización, pero dando privilegios a la iniciativa privada.

Con la ascensión de Cárdenas al poder, cobra importancia una serie de reformas que responden parcialmente, en forma directa, a algunos de los intereses de su base de apoyo.

Entre ellos, se encuentra la intensificación de la reforma agraria, que significa el reparto de tierras en un monto superior al total distribuido en todos los gobiernos previos. Además, son llevadas a cabo medidas que viabilizan esta distribución, como son la constitución del Banco de Crédito Ejidal, la

construcción de obras de riego y el suministro de material mecánico. (61)

La productividad agrícola alcanza índices relevantes y -
cuantías significativas de excedentes son así canalizadas hacia
las ramas de la industria.

Esta última se favorece además por medidas arancelarias y
proteccionistas de los productos nacionales, así como a través
de los contratos que los pequeños empresarios firmaron con el -
Estado, sin grandes riesgos. La creciente importancia que asume
la industria durante el período Cardenista, se evidencia por el
número de nuevas empresas creadas (6594), por el aumento del ca-
pital invertido (87.4%), por el incremento de la producción -
(64.8%) y de la fuerza de trabajo asalariado (22.6%). (62)

El proletariado marca su presencia a través de huelgas rei-
vindicativas por aumentos de salarios, movimientos que se refle-
jarían en un incremento de los salarios de orden de 66%, mien-
tras el índice del costo de vida durante el mismo período aumen-
taba en 52%. (63)

En relación al punto de vista de las políticas estatales -
respecto al sector obrero, existía una permisividad en cuanto a
su movilización y organización, desde que su fuerza reivindica-
tiva no entraba en conflicto con el crecimiento de la produc-
ción. (64)

Es en esta coyuntura que ocurre la organización de los pro-
letarios en la Central de Trabajadores Mexicanos (1936), la -
cual aglutina importantes sindicatos como los ferrocarrileros,
petroleros, mineros y trabajadores de la industria eléctrica;

en relación a los campesinos, éstos también son organizados iniciativa estatal en la Confederación Nacional Campesina en 1938. Estas organizaciones (CTM y CNC) traen en su génesis la depen--dencia del aparato estatal, condición ésta que habría de permiti--tir un margen de control sobre las demandas y reivindicaciones de estos sectores, jugando así un papel esencial en el proceso de acumulación de capital. (65)

Por lo tanto, el período cardenista se caracteriza por el asentamiento del desarrollo industrial capitalista, proceso en el cual, por las características ya mencionadas, el Estado tendr--ía un papel decisivo. ~

En la dinámica de la estructura socio-económica de este -período, se inscriben transformaciones con respecto a la aten--ción médica estatal.

En un primer momento (1934-36), se observa una preocupa---ción del Estado hacia a la asistencia médica, la cual tiene su expresión en el incremento de su presupuesto (superior al 100%), aunque se conserva la estructura organizacional de la Benefi---ciencia Pública. La segunda etapa (1937-39), consiste en la -transformación de las características que tenía el cuidado médi--individual por parte del Estado, tanto en su aspecto conceptual como en el organizativo.

En el campo conceptual, ocurre un desprendimiento del sentido de "caridad" dirigida a la "indigencia" propio de la Beneficencia, asumiendo el Estado el concepto de solidaridad frente a los grupos sociales "débiles"; se establece así el recono-

cimiento de la "obligación del Estado en suministrar la asistencia médica a las clases sociales débiles, a los desheredados".(66)

En el plano organizativo, este cambio se expresaría con la creación de la Secretaría de Asistencia Pública (1937), en reemplazo a la Beneficencia Pública, estableciendo este nuevo organismo, dependiente del ejecutivo, una cooperación con los gobiernos de las entidades federativas, mediante los Servicios Coordinados. (67)

La Secretaría de Asistencia Pública, única respuesta organizacional del Estado con respecto al cuidado médico individual durante el período, desempeñaría un papel fundamental en la continuidad del proceso de acumulación capitalista.

Los llamados "grupos sociales débiles", a quienes estaba dirigida su atención, correspondían a la masa trabajadora, es decir, fuerza de trabajo, uno de los componentes fundamentales del proceso productivo, que además se encontraba valorizada, en este momento de asentamiento de un desarrollo industrial emprendido por la burguesía.

El Estado, mediador de este proceso, responde a las necesidades del capital, de mantener y reproducir la fuerza de trabajo, respuesta ésta que se materializa, entre otras, de la siguiente manera: el monto de las inversiones realizadas en la asistencia médica durante el período (aumentó en 400%); la creciente preocupación por la niñez, grupo que representaba fuerza de trabajo en potencia, a través de la creación del Departamento de Atención Infantil; la construcción de amplios servi---

cios públicos de alimentación. (68)

Sin embargo, las transformaciones ocurridas en la conceptualización y organización de la atención médica estatal, no han respondido solamente a las determinaciones de la estructura económica, puesto que para entonces ya se destacaba la toma de posición de las clases trabajadoras, defendiendo sus intereses, en la dinámica del proceso político.

El movimiento reivindicativo ascendiente de los obreros, cuya máxima expresión fue la demanda por la nacionalización de la industria petrolera en 1938, precedida por la realización de una huelga general, contemplaba también aspiraciones en lo referente al sector salud. Estas se manifestaban tanto como reivindicaciones en relación a su organización (seguridad social), como en formas directamente relacionadas a la actividad fabril.

Estas últimas se verían plasmadas en la extensa revisión del Reglamento de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo, originando la creación de Comisiones Obreras de Seguridad, las cuales alcanzaron las cifras de 408 en 1934, elevándose a 1576 en 1940. (69)

Es interesante señalar que la salubridad era el eje central de la práctica médica estatal en las décadas anteriores (sanidad marítima y fronteriza), encontrándose desplazada en este período por la asistencia médica. Las acciones del Departamento de Salubridad, pasan a ser dirigidas a los problemas sanitarios internos generales del país; entre otros se resaltan: las labores emprendidas para dotar de agua potable a las pobla-

ciones (70), las campañas de control del paludismo, la preocupación por la superación del problema del tifus exantemático (búsqueda en la obtención de vacuna y sueros), el combate a la tuberculosis, las acciones para la higiene del trabajo, etc. (71)

No obstante que el incremento (100%) referente al presupuesto del Departamento de Salubridad era considerablemente menor que aquel otorgado a la asistencia médica (400%), durante el período (1934-39), el primero representaría inversiones nunca realizadas en los programas de los gobiernos anteriores. (72)

A pesar de las marcadas reformas sociales ocurridas durante el período de Cárdenas, éste llegaba a su término sin promulgar la legislación sobre seguridad social.

El período cardenista, de trascendental importancia en la formación social mexicana, es objeto hasta la actualidad de distintos tipos de análisis. Entre éstos, figura aquel que señala la presencia de dos contradicciones fundamentales, que interrelacionadas, explicarían parcialmente la no resolución de los problemas del desarrollo mexicano. Una primera, a nivel de la base económica, correspondería al hecho de haberse combatido los intereses de la oligarquía y del capital extranjero, pero mostrándose incapaz de alcanzar una completa nacionalización de los medios de producción; la segunda a nivel supraestructural, se relaciona con la no autonomía del sector obrero organizado, paralelamente a su desvinculación de los sectores campesinos organizados en la CNC. (73)

La década de los cuarenta va a caracterizarse por cambios bastante significativos en las tendencias que habían sido dominantes durante el período anterior.

El primero sería aquel relacionado con el reconocimiento de la lucha de clases durante el cardenismo, fenómeno éste cuya solución era planteada a través de la corporativización de la estructura sindical: "Frente a la lucha de clases inherente al sistema de producción en que vivimos, el Partido y el Gobierno tienen el deber de contribuir al robustecimiento de las organizaciones sindicales de las clases trabajadoras".(74) Posteriormente, este reconocimiento sería eliminado del discurso oficial, dando lugar a los planteamientos de armonía social.

A nivel económico, además de la interrupción de la reforma agraria, se produciría una creciente dependencia del capital extranjero, incrementándose las inversiones directas de capital; el comercio exterior representó el 30% del Ingreso Nacional, durante el período 1940-50, estando vinculado primordialmente a los Estados Unidos, con quienes se realizaban el 70% de las transacciones.(75)

El poder político del capital se imponía, y como reflejo, crecían el número de organizaciones patronales; 195 en 1939 y 344 en 1941; además, el Estado, favorecido por la situación coyuntural del conflicto mundial, retomaba el movimiento de masas para su proyecto de dominación en base a la colaboración de las clases, utilizando lemas como "Cooperación entre el Capital y el Trabajo", "Armonía de los grupos" y "Siempre por el progreso

de la Patria". Se establece así el espacio político donde se insertan las nuevas creaciones del Consejo Obrero Nacional y del Consejo Nacional de Empresarios, los cuales examinarían conjuntamente los conflictos laborales, bajo la dirección del Departamento de Trabajo.

Al mismo tiempo, son establecidos mecanismos jurídicos - que posibilitan el control del movimiento obrero, a través de cambios en la legislación huelguística (1941), los cuales hacían viable el despido de los trabajadores participantes en paros de declarados ilegales. (76)

De esta manera, es garantizada la continuidad del proceso de acumulación capitalista, legitimizando el modelo adoptado, y sus consecuencias para la clase obrera prontamente se hacen sentir: el salario real con un índice de 100 en 1939, desciende a 66 en 1944. (77)

El poder adquisitivo de los sectores asalariados así disminuido, trae consigo la presencia del peligro de una baja en la productividad de los mismos. Este fenómeno es de gran impacto, "concientizador" para los sectores capitalistas, pues se hacía evidente la amenaza al proceso de acumulación ya iniciado sobre bases más sólidas.

El cambio cualitativo caracterizado por esta "toma de conciencia" del capital sobre el valor de la fuerza de trabajo, - aliado a la existencia de luchas específicas de los grupos obreros, ya con dos décadas de historia reivindicativa en el área - de salud, crean las condiciones objetivas para que la antigua -

aspiración de un sistema de seguridad social se concrete.

Así, en 1943 se realiza la convocatoria para la celebración del Primer Congreso Nacional de Asistencia, teniendo como objetivo generar formalmente el sistema de seguridad social, legislación ésta que es promulgada inmediatamente después del Congreso. De esta manera, después de postergada por dos décadas se materializa la recomendación del Artículo 126 de la Constitución de 1917.

Estos hechos son retratados de la siguientes manera en el discurso oficial:

"A través de su evolución, los pueblos revelan un interés creciente por implantar aquellos sistemas que hagan posible su progreso en el orden económico, político y social. Este anhelo se manifiesta en la lucha para lograr una armonía social, una cultura superior orientada hacia la búsqueda de la felicidad humana y del bienestar colectivo... Frente a esta situación en que se busca el máximo de garantías humanas, como una condición previa del progreso, se descubre lleno de posibilidades de acción futura, lo que se llama el régimen de seguridad social, destinado a contribuir al adelanto de las naciones". (78)

En el mismo año de 1943, queda establecido otro hecho de importancia en relación a la organización de la atención a la salud, a través de la creación de la Secretaría de Salubridad y

Asistencia, resultante de la fusión del Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de Asistencia Pública. Para el puesto de dirección del nuevo organismo, sería designado el anterior Secretario de Asistencia, hecho éste probablemente debido a la importancia que venía asumiendo la atención médica. (79)

El derecho a la salud era reafirmado, quedando en manos de la nueva SSA la función de garantizarlo, siendo así expresado:

"Cuando se pensaba en terminos de "beneficencia, la ayuda al necesitado como un obsequio que se hacía al desválido. Ahora, con el moderno concepto de asistencia, el necesitado recibe la ayuda que ha menester como un servicio al que tiene pleno derecho. Por eso es que se tiende a hacer de los establecimiento de asistencia, instituciones modelo, con la mejor prestación posible." (80)

Sin embargo, a pesar de los discursos con contenido igualitarista de ambas instituciones, se observa que por un lado, la Ley del Seguro Social va a señalar claramente quién es su "pueblo electo", quedando bien definida su esfera de acción, y por otro, se delimitaría el campo de acción y quiénes serían objeto de atención de la SSA:

"El Seguro Social se circunscribe a la población asalariada y sus económicamente dependientes; las prestaciones que concede en especie, en servicio y en metálico, se aplican en los casos determinados por la ley: riesgos profesionales, enfermedad y maternidad, vejez, inválidez, muerte y cesantía voluntaria en edad avanza

da. La Asistencia Pública se circunscribe a la población menesterosa, la ayuda que concede es eventual y de naturaleza diversa." (81)

"El Seguro Social incrementa sus recursos económicos en función directa del número de trabajadores asegurados. La Asistencia, con una población inmensa de menesterosos, sólo puede cubrir parcialmente sus necesidades en función de la generosidad del Poder Público". (82)

Así es que el discurso oficial reconoce que las instituciones estaban dirigidas a distintas "clientelas", las cuales recibirían diferentes tipos de atención. Sin embargo, estos hechos se presentan enmascarados por la postura ideológica, según la cual los distintos grupos sociales-trabajadores y "menesterosos" "existen naturalmente" y por lo tanto, "naturalmente" son objeto de una atención diferenciada.

En nuestro punto de vista, la esencia de este proceso de selección estaba en el significado que los distintos grupos sociales tenían para el proceso económico y político, fenómeno éste que se tornaría evidente en la propia trayectoria que desempeña tanto el IMMS como la SSA.

A partir de la década de los cuarenta, se puede observar una transformación radical de las políticas agrarias gubernamentales, la cual tiene su máxima expresión en la reforma del Artículo 127 constitucional, tornando posible la apropiación de grandes extensiones de tierras de riego. (83)

Las condiciones así generadas para la instalación de la gran empresa agropecuaria en moldes capitalistas, permitieron un crecimiento acelerado del sector (6.5% anuales), hasta mediados de la década de los cincuentas, (84)

El crecimiento de la producción agrícola benefició el sector industrial en varios sentidos: inversiones en la industria a través de las divisas obtenidas, la exportación de productos agrícolas; aprovisionamiento de materias primas para la industria; y la constitución de un creciente ejército industrial de reserva, consecuente a la continua reducción de la fuerza de trabajo empleada en actividades primarias.

Además del papel jugado por el sector agrícola, otros elementos posibilitaron la consolidación del proceso de industrialización durante este período; entre éstos se destacan: la creciente disponibilidad de inversiones del capital internacional en la post-guerra; los bajos precios de materias primas suministradas por el sector público a las empresas privadas; la política fiscal del Estado, con muy bajos impuestos, así como la presencia de medidas proteccionistas, favoreciendo el desarrollo de las empresas nacionales relativamente aisladas de la competencia externa.

A medida que evoluciona este proceso -incremento de la productividad agrícola y consolidación de la industrialización- el marco de acción de las instituciones de salud también acompañaba el movimiento y la ubicación espacial de este proceso.

Así la mayoría de las unidades bajo control de la SSA, fue

ron concentrándose en las regiones centrales del país, y especialmente en los Estados de México, Guanajuato, Michoacán, Sinaloa, Jalisco, Hidalgo y Tlaxcala, debido a su posición de región granera en México. (85) Por otro lado, la acción del IMSS se ubica progresivamente en los centros urbanos, inicialmente de manera especial en áreas industriales: Distrito Federal, Puebla, Guadalajara, Monterrey, Orizaba, etc. (86)

Paralelamente a la diferenciación entre las dos instituciones en relación a las respectivas coberturas, se verificaba también la existencia de características administrativas distintas, en relación a la centralización del poder interno, fenómeno éste que pensamos no es espontáneo.

En cuanto a la estructura administrativa, la del IMSS, se presenta fuertemente centralizada desde su formación; la SSA ha permitido, a través de los Servicios Coordinados de los Estados, la existencia de una influencia local en las medidas administrativas y decisorias de la institución.

El origen de los Servicios Coordinados de la SSA es remoto, constituyendo su embrión los Servicios Sanitarios Coordinados de la década de los treinta; Originados inicialmente en Guanajuato (1933), y expandiéndose posteriormente a todos los Estados de la República*, los Servicios Sanitarios Coordinados han

* En 1934 se establecen Servicios Sanitarios Coordinados en Jalisco, Nuevo León y Querétaro; el último a ser constituido, ya en el marco de la SSA, es el de Yucatán (1960). (87)

representado una de las primeras tentativas de racionalización de los recursos municipales, estatales y federales en el sector salud, pero guardando un grado de decisión política a nivel local.

"En los convenios que se celebran con los gobiernos de los Estados o con los Ayuntamientos, deberá determinarse que el nombramiento de empleados se hará por las autoridades locales en favor de las personas que proponga el Departamento de Salubridad Pública Federal, con excepción del Jefe o Director, cuyo nombramiento será hecho por el propio Departamento de Salubridad". (88)

Así que es de especial importancia tener en cuenta los sucesos históricos subyacentes en la creación del IMSS y de los Servicios Sanitarios Coordinados, base de los futuros Servicios Coordinados de la SSA, para poder comprender las diferencias que ambas instituciones presentan en relación a sus respectivas características de centralización.

Los Servicios Sanitarios Coordinados emergen en un panorama político caracterizado por los primeros pasos en el sentido de la consolidación del Estado Mexicano, hasta entonces todavía sufriendo las consecuencias de las luchas internas posteriores a la Revolución.

Su formación responde tanto a la presencia legitimizadora de un poder federal emergente en el plano nacional, como a la necesidad de fortalecer este mismo poder central a través de alianzas políticas a nivel regional. Los desdoblamientos histó-

ricos de estos sucesos persisten todavía hoy, y por tanto, basta analizar las diferencias presupuestarias entre los diferentes Servicios Coordinados de los Estados.

Por otro lado, la creación del IMSS, en un lapso posterior en una década en relación a la de los primeros Servicios Sanitarios Coordinados, ocurre en una coyuntura política y económica totalmente diversa: el Estado se ha consolidado, el proletariado, el campesinado y la pequeña burguesía se encuentran organizados bajo la égida estatal y se inicia un proceso acelerado de industrialización.

Si bien, como fuera mencionado previamente, la creación del IMSS tiene vínculos con la historia anterior del movimiento obrero, por otro lado, representó una necesidad histórica para desarrollo de las fuerzas productivas en el país.

En este sentido, el IMSS puede también ser analizado desde la perspectiva de la legitimización del Estado, es verdad, (una de las materializaciones del principio "la salud para todos"), pero creemos que su mayor significado reside en el grado de organicidad que, en tanto institución supraestructural, establece con la base económica de la sociedad mexicana.

Como ya fuera mencionado anteriormente, en el transcurso de la década de los cuarentas, se observa un proceso de continua disminución del poder adquisitivo de los sectores asalariados, fenómeno éste resultante de las políticas de apoyo del Estado al proceso de acumulación de Capital.

En este período, el sector industrial presentaba un predo-

minio de las ramas productoras de bienes de consumo no durable (textiles, calzado, alimentos, etc.), teniendo así sus posibilidades de crecimiento basadas en la existencia de un amplio mercado interno. (89)

De esta manera, a corto plazo se verificó la disminución del poder adquisitivo que trajo como consecuencia una limitación de las posibilidades de expansión industrial.

Por otro lado, este fenómeno afectó directamente al Estado, que durante el período en que se gestaba esta crisis, estuvo continuamente financiando el conjunto de empresas industriales a través del Banco Central, sea mediante el aprovisionamiento de materias primas a bajos precios, sea con las políticas fiscal (bajos impuestos) y arancelaria (protección contra la competencia externa) del período. (90)

De esta forma, continua subvención estatal sin una respuesta del sector industrial a la altura deseada, provocó un proceso inflacionario que condicionó el aumento anual de los precios entre el 6 y 22% (91), así como dos devaluaciones de la moneda (1948 y 1954).

Frente a este impase, la actitud del Estado es la de fomentar la inversión de capital financiero internacional, predominantemente norteamericano, además de endeudarse externamente para cubrir los déficits del gasto público. (92)

En este proceso se redefinieron las ramas de la industria que serían objeto de inversiones privadas y públicas, ahora encaradas a la producción de bienes de consumo duradero y bienes

de capital (automóviles, aparatos eléctricos, petroquímica, maquinaria, etc.), las cuales alcanzaban un predominio ya en - - 1960. (93)

En la dinámica de consolidación de la industrialización en el país, se observa también una tendencia hacia la monopolización, posibilitada por la fusión de sectores de la burguesía nacional con el capital financiero.

Por otro lado, en el sector agrícola se procedía al crecimiento vertiginoso de la gran propiedad agraria (fenómeno posibilitado por las reformas posteriores a Cárdenas), las cuales - estaban constituidas por cultivos comerciales dirigidos, en - gran parte, hacia la exportación (caña de azúcar, algodón, café tomate, etc.). Conjuntamente con esta agricultura moderna, - coexistía aquella en moldes tradicionales, formada por pequeños campesinos y campesinos ejidatarios.

En este sistema polarizado de producción agrícola, se verificaba también un proceso de concentración de los medios de producción, y ya en 1960, menos el 0.3% del total de predios no - ejidales poseían cerca del 46% de la maquinaria, implementos y vehículos. (94)

El Seguro Social se inscribe en el proceso capitalista, - respondiendo a las necesidades de la estructura productiva, que definía los espacios donde proliferarían las unidades de atención; así es que éstas se multiplican en los Estados industrializados.

En este momento particular del desarrollo capitalista, se

perfila también la necesidad de mantener y reproducir la fuerza de trabajo de ciertos grupos seleccionados, todavía no incluidos en el IMSS, pero ahora esenciales para la continuidad del proceso de acumulación capitalista.

De esta manera, se verificó la extensión del régimen ordinario del IMSS a los sectores productivos ubicados en actividades primarias, aquellos directamente relacionados con la agricultura de exportación, que en este momento era de trascendental importancia para la economía mexicana. En 1954, la seguridad social se materializa para los trabajadores del campo en Baja California y Sinaloa, en 1961 para ejidatarios y pequeños productores de Baja California y Sonora, y en 1963, para los trabajadores cañeros*. (95) Sin embargo, todavía en 1963 el IMSS cubre apenas 70904 personas en el campo, menos de 1% de la fuerza de trabajo empleada en actividades primarias. (96)

La vinculación de esta extensión del IMSS con las necesidades impuestas por el proceso productivo, así como su futura ampliación, son expresadas en el discurso oficial:

"Esta valiosísima experiencia de los cañeros, es la actitud más recia y decidida para llevar el Seguro Social al campo. No sólo por lo que significa cubrir con fórmulas bienhechoras a regiones necesitadas y densamente pobladas de trabajadores productivos; sino especialmente cuanto pueda significar de prece--

* Estas áreas se caracterizaban además por ser regiones con historia previa de luchas campesinas.

dente y experiencias nuevas para generalizar la extensión de la seguridad social a otras líneas de producción agrícola, especialmente de materias primas fundamentales o artículos de exportación: henequen, copra, café, algodón, arroz y chicle". (97)

"Eliminar explotaciones antieconómicas, introducir actividades complementarias para aprovechar el tiempo libre del campesino, continuar la vigorosa política de salud pública, bienestar social y la extensión de la seguridad social en el campo". (98)

En el mismo período, la SSA expande su infraestructura, siendo creados 65 centros de salud A y 372 centro de salud C (1958-62), base a partir de la cual son ampliados sus programas específicos. Estos denotan una concepción individualizadora sobre la causalidad de la enfermedad, siendo concebidas sobre la corrección de distorsiones existentes en relación a la educación, patrones de higiene, hábitos, alimentarios y de accesibilidad a la atención de salud. (99)

En este proceso de expansión de la SSA, se observa también una delimitación precisa del grupo social que es objeto de su atención, o sea, el campesinado.

En el modelo de desarrollo capitalista verificado durante este período, la articulación entre la producción agrícola y el sector industrial continuaba asumiendo importancia fundamental, pues de las divisas obtenidas mediante la exportación de productos agrícolas provenía la principal fuente involucrada en la

importación de bienes de capital y piezas de reposición para la industria.

Sin embargo, del punto de vista del campesinado, los términos en que era llevado a cabo este intercambio, se caracterizaban por una extrema desigualdad. Los campesinos al ser introducidos al mercado interno -venta de productos agrícolas, consumo de manufacturas-, tenían que adquirir las últimas a precios más elevados que aquellos por los cuales eran vendidos sus productos agrícolas; así, en la década de los cincuenta, los precios de los productos del sector agrícola, comparados con aquellos -relativos a productos de sector industrial, presentaron un descenso del 17%, (100)

Al descontento generado por este fenómeno, se añadía otro de no menor magnitud: el desplazamiento continuo de la fuerza de trabajo del agro, sea por la introducción de la mecanización en el campo, sea por un ritmo de crecimiento de la población superior a aquel de su absorción en las áreas menos productivas.(101)

De esta manera, al extender la infraestructura de servicios de salud en las áreas rurales, el Estado, además de buscar algún nivel de incremento de la productividad agrícola, manejaba fundamentalmente un mecanismo para su propia legitimización entre las masas campesinas, y de esta manera, aseguraba la paz social en un momento de agudización de las contradicciones generadas por el desarrollo peculiar de las fuerzas productivas en el país.

El período comprendido en las décadas de los cincuenta y

sesentas, va a caracterizarse por fenómenos bien definidos, tanto en la esfera agrícola como en la industrial, los cuales problematizan el modelo desarrollista propuesto.

La exportación de productos agrícolas, pilar fundamental en la obtención de divisas necesarias para la manutención del proceso de industrialización, empieza a declinar: con un ritmo de crecimiento de 6.5% durante el período 1945-55, baja a 2.5% durante 1956-60, 2% en 1966 y 1.1% en 1969. (102) Entre las razones aquí involucradas, se destacan tanto la limitación de la producción agraria de origen capitalista, para satisfacer los requerimientos de productos primarios en la intensidad que demandaba la acumulación de capital, así como el enorme peso de la productividad tradicional, con la respetable fracción del 40% del total de la producción agrícola. (103)

En el sector industrial, la estructura de la producción había sufrido transformaciones, quedando configurado cada vez más acentuadamente su carácter monopólico; en 1970, la gran industria estaba constituida por el 2.43% del total de empresas, pero era responsable por el 76% de la producción, el 81% del capital invertido y emplea el 60% del personal ocupado en el sector. (104)

En este cambio de la situación perfilado por el sector secundario, la producción de bienes de capital ha jugado un papel preponderante; en 1950 ocupaba el 27.4% del total de la producción industrial, habiendo aumentado al 37.2% en 1966. (105)

Sin embargo, la magnitud asumida por la industria pesada -

de transformación en el panorama industrial del país ha conducido, a partir de 1960, a una mayor dependencia del sistema productivo en relación a la importación de maquinaria y piezas sueltas de reposición; en 1960, la importación de estos dos renglones, igualaba la producción nacional, y durante el período 1965-68, en tanto ocurría un incremento de la importación de bienes intermedios y piezas de refacción del orden del 8.9% anual, así como del 10.8% para bienes de capital, la exportación de mercancías solamente crecía a una tasa de 4.2% anuales. (106)

A medida que evolucionaba este proceso, se verificaba un endeudamiento creciente del Estado para hacer frente a la situación; durante el período 1950-60 el pago de intereses creció anualmente a una tasa de 10.5%, siendo de 22% para el período 1961-67. El fenómeno adquiere paulatinamente características de agudización, y en 1970, el Estado es obligado a destinar el 64% del total de créditos obtenidos (560 millones de dólares) para cubrir amortizaciones de deudas anteriormente contraídas. (107)

Paralelamente a la evolución de esta crisis económica, se gesta otra de orden político-social, sea entre las fracciones de la burguesía con intereses divergentes, sea a partir de las presiones de los sectores asalariados.

El empeoramiento del nivel de vida de estos últimos es notorio: de los 6.3 millones de personas ocupadas en actividades agrícolas en 1965, solamente el 38% recibían ingresos superiores al mínimo legal (108); y en 1970, el 65% de la población

urbana, así como el 92% de la rural, no cubrían los gastos míni mos indispensables para su subsistencia. (109)

En respuesta a esta situación , crecen gradualmente las - reacciones de oposición de parte de los sectores asalariados; como expresiones de éstas, pueden ser citados el surgimiento de un sindicalismo independiente, el movimiento médico del 65, el amplio movimiento popular del 68, el abstencionismo marcado en las elecciones presidenciales para el período 1970-76, etc.

De esta manera, los hechos que han ocurrido en el plano - organizacional de la salud durante la presente década, estarían profundamente condicionados, tanto por la crisis del modelo de desarrollo mexicano, como por las medidas de reordenamiento lle vadas a cabo para la superación de la misma. En este sentido, - las acciones en el sector se encuentran enmarcadas por dos ver tientes aparentemente contradictorias.

Una sería aquella correspondiente a la necesidad de restrin gir el gasto social en el contexto de crisis, incluyendo salud, y que se reflejaría en las tentativas racionalizadoras en el - ámbito de la planificación de salud, así como en la disminución presupuestaria del sector. La otra, sería aquella correspondien te a la extensión de la atención médica a los grupos sociales - todavía no cubiertos por los servicios existentes.

Así, es que durante el período 1970-74, se observa una ten dencia de decrecimiento relativo del presupuesto federal asigna do a las mayores instituciones del sector salud, ya que esta ci fra en 1971 correspondió al 22.1% del presupuesto federal, al -

18% en 1972, al 16.9% en 1973 y al 16% en 1974. (110)

En este mismo período, el IMSS continúa extendiendo su régimen modificado a grupos productivos limitados del sector primario: en 1972 a los henequeneros de Yucatán; en 1973 a los tabacaleros de Nayarit, a los trabajadores de Chontalpa, Tabasco, y a los algodoneros de la Comarca Lagunera; en 1974, a los tejedores de palma en la Mixteca, a los productores de cera de candelilla en Coahuila, Chihuahua, Durango y Zacatecas, a los chicleiros y apicultores de Quintana Roo, a los trabajadores de la copra y café en Guerrero, a los cacaoeros y copreros de Tabasco y a los tabacaleros de Veracruz, Oaxaca, Hidalgo y Puebla. Sin embargo, el conjunto de trabajadores, así como sus familiares, beneficiados por esta ampliación de la cobertura del IMSS, alcanzaba un total de 613,113 derechohabientes, fracción diminuta de la población campesina del país. (111)

Si bien la principal determinante de este proceso de extensión de la cobertura del IMSS continuaba siendo la de apoyar el aumento de la productividad del sector agrario, por otro lado, encerraba elementos ideológicos y políticos, los cuales se relacionaban con la búsqueda de un consenso hacia el Estado, en este momento de debilitamiento de su base social de apoyo.

Esta tendencia, en lo que se refiere a las características legitimizantes, asume mayor claridad en 1973, al ser modificada la Ley Orgánica del IMSS, generando así el Programa de Solidaridad Social al Campo. (102)

Este programa de carácter nacional, con la participación -

de la CONASUPO, se proyectaba para la extensión de la atención médica a los grupos "marginalizados, campesinos pobres, no asalariados". (113)

La solidaridad social estaría inicialmente implementada - por 151 unidades, las cuales ya estaban en funcionamiento en - 1975. Se pretendía establecer un total de 1000 unidades rurales antes de finalizar 1976, pero esta expansión no ocurriría ni durante el plazo estipulado ni posteriormente. (114)

A través de la solidaridad social, el foco de atención pasaba a centrarse en aquellas áreas rurales de baja productividad, pero no incorporando los grupos poblacionales allí existentes bajo un régimen distinto del ordinario. El solidariohabitante tendría derecho a atención médica y haría la retribución de este servicio a través de jornadas de trabajo destinadas al mejoramiento de la comunidad; además se esperaba que en el plazo de tres años, estos grupos lograsen una elevación de la productividad, lo que posibilitaría el traspaso gradual al régimen ordinario.

Por lo tanto, este programa implicaba una nueva selección de los grupos objeto de la atención: solamente incorporaba a los campesinos ubicados en regiones previamente estudiadas, donde esta evaluación del área garantizase su posible desarrollo económico futuro.

El Programa de Solidaridad Social al Campo, forma parte de un conjunto de medidas dirigidas a estas regiones agrarias (empleo de técnicas modernas de cultivo, utilización de maqui-

naria, comercialización de sus productos a través de CONASUPO, etc.), las cuales buscaban el incremento de la productividad agrícola en un momento en que el crecimiento de este sector era de fundamental importancia para la economía mexicana.

Además, la Solidaridad Social delineaba un espacio donde, bajo la égida del Estado, se procuraba organizar estas poblaciones rurales, las cuales habían sido objeto de una superexplotación en el modelo de desarrollo adoptado. A través de la salud, el Estado buscaba legitimarse, transmitiendo la ideología dominante, edificando el consenso necesario para ejercer su hegemonía y así, garantizando la continuidad del proceso de acumulación de capital.

"...la mayor demanda de alimentos de muchedumbres desnutridas, de baja o nula productividad, débiles y enfermos, fomentan desequilibrios políticos, trastornos sociales y cambios bruscos generadores de violencia. Esta realidad obliga a la acción urgente de crear modelos de desarrollo que funcionen como focos de irradiaciones estimulantes de la conducta del hombre y fortalecimiento de la solidaridad del trabajo y la concordia." (115)

"...el IMSS desempeña una función destacada como mediador de las diferencias económicas y culturales entre los integrantes de la comunidad...es un medio idóneo para proteger la vida y la dignidad del trabajador y simultáneamente una manera de elevar el sala-

rio. Es indispensable realizar un esfuerzo cada vez -
más grande de solidaridad nacional, a fin de que sus -
beneficios puedan irse extendiendo a los sectores más
débiles".(116)

Otro hecho de especial importancia en esta década actual -
consiste en la realización de la Primera Convención Nacional de
Salud, con el propósito de formular el Plan Nacional de Salud.

Este proceso culminaría en la elaboración de un plan dece-
nal (1974-1983), el cual definía problemas, recursos, políticas,
metas y estrategias del sector, buscando así "una adecuada pla-
nificación de salud que permita la racionalización administrativ
va y financiera, que evite la duplicidad de funciones de las -
instituciones del sector salud y que permita la utilización má-
xima de los recursos".(117)

La elaboración del Plan Nacional de Salud en México, se -
inscribe en un movimiento amplio de definición de una política
en el ámbito continental, la cual se gesta en América Latina a
partir de la década de los sesentas, pero con mayor énfasis pos-
teriormente a la III Reunión de Ministros de Salud en 1973 (for-
mulación del Plan Decenal de las Américas).

Aunque la elaboración del Plan Nacional de Salud respondei
se a una política emanada de los organismos internacionales (OPS
y OMS), creemos, sin duda, que a nivel nacional esta formula-
ción asumiría gran importancia, puesto que por primera vez el -
Estado procuraba enmarcar las políticas y acciones de salud en
un "sistema coherente y centralizado".

Así es, que en la formulación misma del Plan Nacional de Salud, se encuentra plasmada la tentativa de racionalización del sector; sin embargo, es en la forma en la cual se plantea esta búsqueda, donde reside su gran debilidad. Se pretendía lograr la proyectada racionalización a través de un plan nacional basado en "el funcionamiento por coordinación de un sistema nacional de salud, en el que participasen todas las instituciones, uniformando aspectos básicos sin perder autonomía y obligaciones legales". (118)

De esta manera, la multiplicidad de instituciones, con su duplicidad de recursos y heterogeneidad de objetivos, era el punto de estrangulamiento a ser vencido para obtenerse un cierto grado de racionalidad en el sector.

Como alternativa a esta compleja configuración organizacional del sector, se responde en el Plan Nacional de Salud con la propuesta de coordinación de las instituciones, la cual se presenta limitada en su alcance, puesto que conserva las individualidades institucionales y lo máximo que pretende es una "uniformidad de aspectos básicos".

Esta formulación tiene como trasfondo la concepción de que las "irrationalidades" son el resultado de un desarrollo espontáneo del sector, las cuales pueden ser superadas a través de la adecuación de medios y fines idealmente definidos en base a ellos, "intereses comunes" existentes en la sociedad'

En realidad, estas "irrationalidades" son el resultado del desarrollo histórico de la organización del sector en articula-

ción con la estructura social, y por lo tanto, reflejan los problemas y las contradicciones de la misma. En este sentido, las instituciones existentes están dirigidas a grupos y clases sociales distintos, hecho éste que determina la naturaleza diferencial de recursos financieros, humanos y materiales.

Una vez analizados los elementos relacionados con la racionalización de los servicios de salud, abordemos ahora otra vertiente que ha caracterizado la organización del sector salud en la década de los setentas, o sea, la extensión de la cobertura,

Como ya fuera mencionado anteriormente, la extensión de la cobertura no es un fenómeno reciente en su sentido estricto. Por un lado, la SSA había extendido sus servicios desde la década de los cincuentas, principalmente a través de la construcción de los centros de salud C. Por otro lado, el IMSS, en magnitud reducida, había ampliado inicialmente su cobertura, a través del régimen ordinario y modificado, a los sectores productivos del campo desde la década de los cincuentas; posteriormente, hubo la extensión a los sectores potencialmente pasibles de tornarse productivos, mediante el régimen de solidaridad social. Una característica importante a ser resaltada en este proceso, consiste en el hecho de que, si el mismo ha tenido un interés básico en el aumento de la productividad agrícola desde sus experiencias iniciales (fenómeno evidente por las áreas seleccionadas), posteriormente, a éste se añadió un carácter político, como es el de controlar el antagonismo de clases en un momento de agudización de la lucha de clases y debilitamiento de

la hegemonía política vigente, (década de los sesentas y setentas).

Sin embargo, es solamente durante el presente decenio que la extensión de cobertura se convierte en un fenómeno cualitativamente diferente. Pero antes de analizar las facetas involucradas en este proceso, cabrían algunos comentarios sobre los determinantes del cambio verificado.

La extensión de cobertura, a pesar de existir en forma limitada mediante las acciones del IMSS, solamente va asumir un papel relevante en el discurso oficial a través del Plan Nacional de Salud (1973). En este sentido, la especificación de uno de los objetivos del Plan como la extensión de la atención en salud para la totalidad de la población, debería inducir a transformaciones de peso en el panorama operacional del sector.

No obstante la explicitación de este objetivo, en la medida que el mismo Plan aseguraba una continuidad del status quo de cada una de las instituciones existentes en el sector (estructura administrativa, poblaciones objeto de atención, fuentes y magnitudes presupuestarias, etc.), quedaban implícitamente planteadas las distintas formas de operacionalización de la extensión de la cobertura, según las políticas propias de cada institución.

La realidad actual ha confirmado esta afirmación: en tanto que el IMSS sigue acercándose a los sectores agrícolas productivos, la SSA tiene su objeto de atención encarado en los grupos marginalizados en áreas urbanas y rurales.

En este proceso, y en la medida que el Plan Nacional de Salud mantenía las diferencias presupuestarias entre las instituciones (diferencias éstas de magnitud creciente en la presente década), se creaban las condiciones objetivas para que la extensión de cobertura implementada por el IMSS, tuviese muy pocas similitudes con aquella operacionalizada por la SSA.

Además de las diferencias ya mencionadas en relación a las poblaciones cubiertas, se observaba que en tanto que el IMSS mantenía la llamada estructura clásica de atención (personal médicos, enfermeras, etc.), la SSA introducía un nuevo personaje en su estructura de prestación de servicios de salud: la auxiliar de salud, persona extraída de la propia población, entrenada durante dos meses y mantenida financieramente, de forma parcial, por la propia comunidad.

Si bien esta nueva categoría en la atención de salud ha surgido muy recientemente (1977), y por lo tanto se dificulta la evaluación de su desempeño, por otro lado, es evidente que, al contrario de una modalidad de extensión de cobertura, el Plan Nacional de Salud ha generado una multiplicidad de formas involucradas en esta práctica (grupo social objeto de atención, personal profesional en servicio, etc.).

Si esto es verdad, y la realidad aparentemente lo comprueba, se podría preguntar las razones de esta incoherencia, como es la de que un plan nacional que teniendo como objetivo la coordinación de los servicios de salud, promueve la manutención de su independencia y posibilita, de forma indirecta, la exis-

tencia de una multiplicidad de prácticas,

En verdad, esta realidad de las instituciones de salud solamente ganan su espacio de existencia y desarrollo en una determinada totalidad social, en el caso, la formación social mexicana, con un modo de producción dominante de molde capitalista.

Ahora, si el capitalismo tiene contradicciones profundas - que lo convierten en irracional, (producción socializada pero - con apropiación individual de la misma), así como a los sucesos que gravitan alrededor de su existencia (por ejemplo la multiplicidad de instituciones de salud mexicanas en la actualidad), por otro lado, el es dialécticamente racional, vía unidad de los contrarios, en la medida en que genere mecanismos que busquen viabilizar su perpetuidad. En este sentido, ¿pueden ser - considerados como incoherentes o irracionales la existencia, en el capitalismo, de prácticas científicas de salud, dirigidas a los grupos poblacionales seleccionados entre los más productivos?; o por otro lado, la extensión de modalidades de medicina simplificada para los marginados y campesinos pobres, cuando el consenso sobre la hegemonía existente pasa a se cuestionado.

De esta manera, pensamos que, a pesar de la irracionalidad existente, ella está perfectamente de acuerdo con la estructura de clase existente en el país, constituyendo pues un error intentar dominar la esencia de su explicación a través de otra metodología que no sea la histórica materialista. Así, podría ser explicada sobre bases más científicas, la situación actual respecto a los intentos fallidos en la coordinación de institucio-

nes, en el fracaso relativo del Plan Nacional de Salud, y en la crisis del Programa de Solidaridad al Campo, del IMSS.

BIBLIOGRAFIA

- 1). OPS. Administración de los Servicios de Atención Médica. Nuevos elementos para la formulación de una política continental. Publicación científica 129; Washington, D.C., 1966.
- 2). OPS. Coordinación de los Servicios Médicos. Discusiones - Técnicas de la VII Conferencia Sanitaria Panamericana. Publicación Científica 154, Washington, D.C., 1967
- 3). OPS. Coordinación de la Atención Médica. Informe Final y Documentos de Trabajo de un Grupo de Estudios. Publicación Científica 201, Washington, D.C., 1970
- 4). OPS. Guía para la Coordinación de la Atención Médica. Publicación Científica 234. Washington, D.C., 1972. pp.27-46
- X 5). OPS. Plan Decenal de Salud de las Américas. Documento Oficial 118, Washington, D.C., 1973, pag.77
- 6). OPS. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Actas Reunidas, Documento Oficial 123, Washington, D.C., 1973. pp. 182-201
- * 7). OPS. Administración de los Servicios de Atención Médica. op.cit., pag.56
- 8). Ibid. pag. 59
- 9). Ministerio da Saude, Brasil. Quinta Conferencia Nacional da Saude, Tomo I, Brasília, 1975.
- 10). OPS. Sistemas de Salud, Publicación Científica 234, Washington, D.C., 1972, pag. 4 y 5
- 11) Ibid. pag.6

- 12). OPS, Coordinación de la Atención Médica, Op.cit., pag.30
- 13). Echeverría, R.; Castillo, F. Elementos para una teoría de la ideología, Cuadernos de la Realidad Nacional, marzo - 1971; citado por García, J.C. en la Integración de las - Ciencias Sociales con la Medicina, Mimeografiado.
- 14). Lowy, M. Objetividad y Punto de Vista de Clase en las Ciencias Sociales, Sobre el Método Marxista. Teoría y Praxis. Ed. Grijalbo. México, D.F., 1974. pag.11
- 15). Stavehagen, R. Essai Comparatif sur les classes sociales - rurales et la stratification dans quelques pays sousdevel^loppés. These de Troisieme Cycle, Ecole Practique des Hautes Etudes, Paris, 1964. pag.25
- 16). Saldaña, J. La Atención de la Salud en el Nivel Primario - Estrategias para la extensión de servicios de salud en la América Latina. IX Conferencia de Escuelas de Saude Pública da América Latina, 1975. Mimeografiado. pp.16
- 17). Donnangelo, M.C. Medicina e Sociedade. O Medico e o Mercado de Trabalho. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Editora Pionera, Sao Paulo, 1975. pag.3
- 18). Donnangelo, MC.F. Medicina e Estructura Social. O Campo de Emergencia de Medicina Comunitaria. Tese apresentada a Faculdade de Medicina de USP para concurso de livre docencia no Departamento de Medicina Preventiva. Sao Paulo, 1976. pag.26.
- 19). García, J.C. La Articulación de la Medicina y de la Educación en la Estructura Social. Mimeografiado. pag.2
- 20). Donnangelo, MC.F. Medicina e Estructura Social, op.cit. pag. 32-36

- 21). García, J.C. Medicina y Sociedad. Trabajo presentado al XX Congreso Internacional de Sociología. Venezuela, - 1972. Mimeografiado.
- 22). Pollack, J.C. La Medicina de Capital. Ed. F. Maspero, París, 1971. Citado por García en Medicina y Sociedad. pag.8
- 23). Arouca, Ass.O. Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica de medicina preventiva. Tese de doutoramento apresentada a Faculdade de Ciências Médicas de UNICAMP, 1975. pag.219
- 24). Comites d' Action de la Santé. Contra la Medicina Liberal. Ed. Estela. Barcelona, 1970. Citado por Gaete, J. en El Desarrollo de las Instituciones de Atención Médica en Chile durante este siglo. Mimeografiado. Pag. 15
- 25). Portelli, H. Gramsci y el Bloque Histórico. Ed. Siglo XXI, 2a. Edición. 1976.
- 26). Gramsci, A. Notas sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno. Ed. Lautaro. Buenos Aires, 1962. pag.166
- 27). Donnangelo, M.C.F. Medicina e Estrutura Social. op.cit. pag.45
- 28). Boltanski, L. Los Usos Sociales del Cuerpo. Colección Salud. Política y Sociedad. Ed. Periféria, Argentina, 1975.
- 29). Conti, L. Estructura Social y Medicina, en Medicina y Sociedad; Varios Autores. Ed. Fontanella. Barcelona, 1972
- 30). Gaete, J. Medicina Comunitaria. Mimeografiada, pag.4

- 31). Donnangelo, M.C.F. Medicina e Estructura Social. op.cit. pag.37
- 32). Meir, A. La Nacionalización de los Servicios de Salud. La Organización Sanitaria en los países Latinoamericanos, 1880-1930. Mimeografiado, pag.2
- 33). Ibid, pag.3
- 34). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Historia de la Sa
lubridad y Asistencia en México. México, 1960, Vol.II
- 35). Meir, A. Op.cit.
- 36). Liceaga, E. Algunas consideraciones acerca de la higiene social en México, Conferencia realizada en 1911; citado en SSA; Historia de la Salubridad y Asistencia en México. Op.cit. pag.15
- 37). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Historia de la Sa-
lubridad y Asistencia en México. Op.cit. pag.23
- 38). Liceaga, E. Discurso en la Conferencia Sanitaria Interna-
cional de San José, Costa Rica de 1909. Citado en SSA, -
Historia de la Salubridad y Asistencia en México, Op.cit.
pag.21
- 39). Secretaría de Salubridad y Asistencia; Historia de la Sa-
lubridad y Asistencia en México. Op.cit.
- 40). Meir, A. La Nacionalización de los Servicios de Salud, Op.
cit. pag.21-22
- 41). Peña, S. de la. La Formación del Capitalismo en México.
Ed. Siglo XXI, México, 1975.

- 42). Ibid. pag.167
- 43). Ibid. pag.171
- 44). Ibid. pag.175
- 45). Ibid. pag.233
- 46). Mancisidor, J. Historia de la Revolución Mexicana. México Costa Amic Editor. 1967. pag.81
- 47). Leal, J.F. El Estado Mexicano: 1876-1911. Tesis Profesional, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. México, 1972. pag.109
- 48) Cordoba, A. La Política de Masas del Cardenismo. Serie Popular. Ed. ERA. México, 1974. pag.13
- 49). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 73. 1917
- 50). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Historia de la Salubridad y de la Asistencia. Op.cit. pag.143
- 51). Urbina, S. Dictadura Sanitaria. Boletín del Departamento de Salubridad Pública. Núm.3, 1926. Citado en SSA, Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. Op.cit. pag.330
- 52). Secretaría de Salubridad y Asistencia; Historia de la Salubridad y Asistencia en México. Op.cit. pag.174-240
- 53). Ibid. pag.429
- 54). Ibid. pag.514

- 55). Ibid. pag.565
- 56). Córdoba, A. La Política de Masas del Cardenismo. Op.cit. pag.13
- 57). Ahuja, B.V. y Michel, A. Alianza de Clases y Dominación, México; 1930-1946. Rev. Historia y Sociedad. Núm.9. México, 1976. pag.31
- 58). Pereyra, C. México: Los Límites del Reformismo. Cuadernos Políticos. Núm.1. México, 1974. pag.53
- 59). Ahuja, B. y Michel, A. Alianza de Clases y Dominación, México: 1930-1946. Op. cit. pag.78
- 60). Córdoba, A. La Política de Masas del Cardenismo. Op.cit.17
- 61). Ahuja B. y Michel, A. Alianza de Clases y Dominación, México: 1930-1946. Op.cit. pag.78
- 62). Ibid. pag.35
- 63). Ibid. pag.38
- 64). Córdoba, A. La Política de Masas del Cardenismo. Op.cit. pag.192
- 65). Álvarez, A. y Sandoval, E. Desarrollo Industrial y Clase Obrera en México. Cuadernos Políticos. Núm.4. México,1975 pag.7
- 66). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Historia de la Salubridad y de la Asistencia. Op.cit. pag.583
- 67). Ibid. pag.555

- 68). Rivera, M. La Medicina Social en el Sexenio del Presidente Cárdenas. México, 1978. Mimeografiado; pag.7.
Cuadernos 10 y 12
- 69). Ibid. Pag.11
- 70). Ibid. Pag.6
- 71). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. Op.cit. pag.400-424
- 72). Rivera, M. La Medicina Social en el Sexenio del Presidente Cárdenas. Op.cit. pag.6
- 73). Ahuja, B. y Michel, A. Op.cit. pag.51
- 74). Plan Sexenal del Gobierno de Cárdenas. Citado por Córdoba A. La Política de Masas del Cardenismo. Op.cit. pag.48
- 75). Padilla, A. México Desarrollo con Pobreza. 7a. Edición. Editorial Siglo XXI, 1976.
- 76). Ahuja, B. y Michel, A.; Op.cit. pag.50
- 77). Ibid. pag.48
- +78). González, Garza H. Seguro Social y Asistencia Pública. Ponencia realizada durante el Primer Congreso Nacional de Asistencia; México, 1943. Citado en SSA, Historia de la Salubridad y de la Asistencia. Op.cit. pag.573
- 79). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Historia de la Salubridad y de la Asistencia Pública en México. Op.cit. pag.483 y 484

- 80). Baz, G. Editorial de la Revista Salubridad y Asistencia, México, 1944. Citado en SSA, Historia de la Salubridad y Asistencia en México. Tomo II. Op.cit. 585-586
- 81). González Garza, H. Seguro Social y Asistencia Pública. Op.cit. pag.585
- 82). Ibid. pag.585
- 83). Ahuja, B. y Michel, A. Op.cit. pag.48
- 84). Soriano, R.G. Auge y Crisis del Capitalismo Mexicano, 1950-1971. Revista Historia y Sociedad, Núm.3, México, 1974. pag.43-44
- 85). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memorias 1947-50.
- 86). García Curz, M. La Seguridad Social en México. Tomo I, 1906-1958. Eb. B. Costa Amic; México, 1972.
- 87). Secretaría de Salubridad y Asistencia en México. Tomo II, Op.cit. pag.370
- 88). Ibid, pag.368
- 89). Soriano, R.G., Op.cit. pag.37
- 90). Hansen, R. La Política del Desarrollo Mexicano, Ed. Siglo XXI, 7a. Edición, 1976. pag.69
- 91). Ibid. pag.69
- 92). Ibid. pag.81
- 93). Soriano, R.G., pag.7
- 94). Pereyra, C. Op.cit. pag.55

- 95). García, Gruz M. La Seguridad Social en México. Tomo II. Ed. B. Costa Amic. México, 1972. pag.371,429 y 457
- 96). Ibid. pag.62
- 97). Ibid. pag.63
- 98). Díaz Ordaz, G. Discurso citado en García Cruz. Op.cit. pag.64
- 99). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memorias 1958-1964. pag.65
- 100). Rello, F. y Montes, R. Acumulación de Capital en el Campo Mexicano. Cuadernos Políticos. Núm.2, 1974
- 101). Ibid. pag.
- 102). Soriano, R., Op.cit. pag.43-44
- 103). Ibid. pag.39
- 104). Pereyra, C. Op.cit.pag.56
- 105). Soriano, R. Op.cit.pag.46
- 106). Ibid. pag.48
- 107). Pereyra, C. Op.cit. pag.49
- 108). Secretaría de Industria y Comercio, IX Censo General de Población, 1970.
- 109). Kumate, J.;Cañedo, L.; Pedrotta, O. Op.cit.pag.130

- 110). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud, México, 1974.
- 111). Instituto Mexicano de Seguridad Social. Servicios Médicos de Campo y Seguridad Social. Subdirección General Médica. México, 1976. pag.73-85
- 112). Ibid. pag.74
- 113). Ibid. pag.89
- 114). CONACYT, Op.cit. pag.55
- 115). Leal, A. Derecho a la Salud y a la Seguridad. Memoria de la I Convención Nacional de Salud, Tomo I, México, 1974, pag.276
- 116). Castelazo, A. Nueva Ley del Seguro Social. Memorias de la I Convención Nacional de Salud. Tomo II, México, 1974. pag.285
- 117). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Sa lud, Tomo I, México, 1974.
- 118). Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Sa luc, Tomo I, 1974.