
Coyuntura



Política sanitaria estatal y lucha por la salud en México

Héctor D. Salazar Holguín

¡Jamás, señor ministro de salud, fue la salud más mortal...!

César Vallejo

Proemio

Discutir los problemas actuales de la práctica médica en México se ha convertido con la crisis, en arena de confrontación social. A unos cuantos años en que se planteaba la inexistencia de una política sanitaria¹, se afirma ahora que "sin duda el Estado mexicano habrá de buscar nuevas bases de legitimación", mediante sus actividades sobre los niveles de salud².

El surgimiento del IMSS-COPLAMAR, el decreto de la Ley General de Salud, la existencia de un Programa Nacional de Salud, la pretendida descentralización de los servicios médicos, etc. han exigido que los diversos sectores sociales se manifiesten en torno a la política sanitaria estatal. Sus intervenciones van desde la defensa descarada de los intereses económicos que la

burguesía tiene en el área, hasta las demandas de atención médica por quienes inveteradamente han carecido de ella (indígenas, campesinos, desempleados).

En relación con esta problemática, discuto aquí algunos planteamientos publicados por dos destacados investigadores mexicanos, respecto a la política a seguir frente a los daños que produjo el sismo del 19 de septiembre de 1985 en los servicios de atención médica (primera parte) y los pronósticos de salud imaginables a partir de la crisis actual (segunda parte).

Destacan en esos planteamientos dos cuestiones principales: primera, la formulación de políticas sanitarias sin considerar las condiciones colectivas de salud-enfermedad ni los determinantes económico-sociales sobre la práctica estatal. Segunda, un panegírico a la política estatal en este campo, a pesar de sus contradicciones con las necesidades de atención y el decremento real de los recursos financieros dedicados a satisfacerlas.

Frente a la problemática de los servicios de

salud descubierta por el sismo, el Dr. Julio Frenk* ha criticado la exigencia de **reconstruir a su anterior capacidad a los hospitales dañados**, por considerarla propia de “intereses corporativos disfrazados de populares”³.

Considerando que ello atañe al “asunto crucial” del “modelo de atención a la salud a que aspiramos”, ha propuesto “abrir el (Hospital) General con un menor número de camas y distribuir el resto de las camas entre una red de hospitales más pequeños y cercanos a la población”.

Esta propuesta surge de una crítica al “modelo médico dominante” (de bajo impacto, alto costo y difícil acceso, lo que “imposibilitaba la participación de la comunidad”) y de un análisis de las “cuatro grandes áreas de relación entre el sistema de salud y la población” (espaciamiento de los servicios médicos, las modalidades para su cobro, el personal de salud y las formas de su pago). Crítica y análisis que sirven de bases, además, “para replantear el funcionamiento de *todo* el Sistema Nacional de Salud”, mediante las **siguientes siete propuestas concretas:**

- “Descentralización regionalizada” de los establecimientos de atención médica;
- Crear un “Sistema de Servicios de Salud para el Area Metropolitana”;
- Fortalecer la atención primaria y limitar a un sólo nivel del cuidado médico a cada tipo de establecimiento;
- Definir un área geográfica y una población para cada uno de ellos;
- Instaurar una forma de “pre-pago” por los servicios médicos asistenciales;
- Conformar “módulos de atención primaria” (con promotores de salud,

enfermeras, pediatras, gineco-obstetras y médicos de adultos);

- Brindar una bonificación adicional al salario que sea “proporcional al número de personas que elijan ser atendidas por por cada equipo de salud”.

En oposición con el aserto del Dr. Frenk, según el cual “la salud es un campo privilegiado donde las razones técnicas suelen coincidir con las sociales”; pueden percibir en dichas propuestas dos órdenes fundamentales de problemas:

1) *La no consideración de las necesidades de salud.*

Resulta inusitada la pretensión de impulsar un nuevo modelo “que atienda las *necesidades* de la población”... sin considerarlas en absoluto, puesto que los requerimientos de atención médica no pueden definirse sino a partir de las condiciones reales de salud-enfermedad.

Sin embargo, esta ausencia es explicable en tanto que la patología emergente es un argumento esencial contra una política de salud que tiende a reducir “la especialización”, la “alta tecnología” y el “gran hospital”.

En efecto, a nivel nacional y sobre todo en la metrópoli, ocurre un constante incremento de accidentes y enfermedades crónico-degenerativas (tumores, cardiovasculares, nerviosas, etc.), en grado tal que ocupan ya los primeros puestos en la morbilidad^{4,5}. Frente a ellos, la atención primaria resulta sumamente limitada, ya que su diagnóstico preciso y atención adecuada sólo son posibles en los niveles secundarios y terciarios. Ello no obsta para que (al igual que en la lucha contra los padecimientos infecto-contagiosos) consideremos a su prevención como la mejor estrategia. Empero, ante la imposibilidad para desarrollar “vacunas” contra los

* El Dr. Frenk es director del Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) de la Secretaría de Salud (SSa).

accidentes y las enfermedades crónicas-degenerativas, el desafío que se plantea es mucho más complejo: modificar las condiciones actuales de una convivencia urbana tan provocadora de stress, someter a control social a los procesos de trabajo y la contaminación, etc.

Esta realidad, por ende, plantea dos cuestiones esenciales. En primer término, una reorganización de los servicios médicos con base en los *grupos sociales* que por su condiciones particulares de trabajo y de vida presentan un perfil patológico propio. Con lo cual se pone en entredicho las propuestas de planificar su atención bajo criterios geográficos o "ecológicos" (los tres niveles derivados de la "historia natural de la enfermedad"), en vez de *sociales*.

En segundo lugar, la imposibilidad de *prevenir* los principales problemas de salud en el estrecho ámbito de la atención médica, negando el requerimiento insubstituible de una participación popular que realmente *incida sobre su causalidad*.

Entonces, desde esta perspectiva, el "asunto crucial" no consiste en elucubrar un "nuevo modelo" de atención médica, sino en la conformación de una estrategia social capaz de impulsar a las condiciones propicias para la salud y de luchar contra las nocivas. Es en este contexto en el que debe ubicarse toda discusión acerca de los servicios relacionados con tal problemática: precisamente la gran ausencia en las propuestas del Dr. Frenk.

2) *La incomprensión de los servicios de salud como una instancia social concreta.*

Efectivamente, preocupado por los detalles de su "nuevo modelo", asume de hecho que

los problemas estructurales de la práctica médica en nuestro país se derrumbaron con el sismo y que ahora sólo falta desarrollar un diseño superior.

Así, bastaría edificar las unidades médicas en otra parte para descentralizar el Sector Salud... como si su concentración no obedeciera al acaparamiento de industrias y servicios por unas cuantas urbes y a la centralización del poder político en los grupos oligárquicos que operan en y desde ellas.

O la mera definición de áreas geográficas para cada institución. Como si fuera de las zonas residenciales- los trabajadores (con seguridad social) y los sub y desempleados (con supuesta asistencia estatal) estuvieran distribuidos en áreas laborales y habitacionales diferenciadas con precisión cuando se sabe que, por el hecho de una distribución institucional de la población (por clases sociales y sus fracciones), resultan inevitables la competencia, confusión, traslapes, duplicaciones, descoberturas, etcétera.

De igual manera, hablar de una "participación activa de la población" en salud, sin cuestionar su viabilidad en un ambiente de autoritarismo real del Estado mexicano, de acoso y represión constantes hacia los propios trabajadores y sindicatos del Sector Salud, de inexistencia hasta de elecciones de los gobernantes del Distrito Federal, etc.; aparece en el mejor de los casos como un buen deseo y, en el peor, como simple demagogia.

En cambio, entre las propuestas del Dr. Frenk, la que presenta un mayor grado de concreción es la relativa a la reconstrucción de lo dañado, por el terremoto. Aunque, al considerar como "asunto crucial" un "nuevo modelo de atención" que incrementa la eficiencia y eficacia del actual, asume de hecho que *toda* la población del valle de México

cuenta con servicios médicos, cuando esto no es así.

Según COMPLAMAR, la cobertura *real* en esta área es de 74.5%, quedando al margen de la atención médica la *cuarta parte* de su población (casi cuatro millones de personas). Considerando que de esa cobertura real tan sólo el 18.9% corresponde a la Asistencia Social⁶, se entiende la enorme importancia que tenían para la atención popular los Hospitales Juárez y General. Las aglomeraciones en ellos eran inevitables, máxime cuando la principal patología existente requiere de esos niveles para atenderla y que los servicios brindados en los Centro de Salud de la SSA en realidad no son primarios, sino “primitivos”.

Esta situación se ha agravado sobremanera a partir de los daños materiales que causó el terremoto en dos de los hospitales (11.7%) de la SSA en la ciudad de México, la afectación del 17.9% de sus unidades de consulta externa (39) y la pérdida de casi la *mitad* (45.2%) de sus camas (2,158). Un golpe fortísimo para la asistencia social⁷.

La urgencia de un “reforzamiento de la atención primaria” es indiscutible y quizás la propuesta de hacerlo a través de los “módulos” y “equipos de salud” que define el Dr. Frenk resulte conveniente.

Sin embargo, no esclarece en absoluto cómo se evitará que esa atención en vez de primaria sea *única* (como es el caso para la inmensa mayoría de la población adscrita al IMSS-COPLAMAR, para dar sólo un ejemplo). Y mucho menos se mencionan las tácticas para superar un problema estructural de todos los servicios de salud mexicano: la incongruencia intra e inter-institucional entre los distintos niveles del cuidado médico.

En cambio, lo que claramente resulta insostenible (salvo con argumentos que apoyen las disminuciones del gasto estatal en salud o la

desmembración de sindicatos del sector, independientes y combativos) es negar la absoluta necesidad de *reconstruir a toda su capacidad* los Hospitales Juárez y General y el Centro Médico Nacional del IMSS, además de construir también los nosocomios periféricos propuestos y una red *integrada* de atención primaria eficiente y eficaz.

Empero, defender esta necesidad e impulsar su realización con base en un efectivo derecho a la salud, implica luchar contra la actual política económica del Estado (pagar la deuda externa a costa del sacrificio del pueblo y su salud, gravando cada vez más al trabajo en favor del capital) del cual el propio Dr. Julio Frenk forma parte. De ahí su propuesta reaccionaria del “pre-pago” y las “bonificaciones” para recibir la atención médica, lo cual no es otra cosa que una modalidad para reprivatizar espacios sociales que históricamente se han ganado en la práctica mexicana.

II El Horizonte de la Enfermedad

Como “un ejercicio pronóstico”, los doctores Miguel Angel González Block* y Julio Frenk han ofrecido, para México, “un esquema de los rasgos más sobresalientes que pueden expresarse en el campo de la salud en el mañana”. En él se sitúa a la práctica médica como una de las “nuevas bases de legitimación” para el Estado, en su estrategia contra “un proceso que amenaza los pilares de la estabilidad posrevolucionaria”, debido a la crisis que padecemos².

Su discusión tiene importancia, en tanto desean con tal esquema “contribuir a una reforma sanitaria” que está realizando el actual gobierno y que “debe ser permanente”. En la problemática que deberá enfrentar, destacan las transformaciones epidemiológicas en curso, las

* El Dr. González Block es Jefe del Departamento de Investigaciones en Políticas de Salud del CISP de la SSA.

contradicciones entre la práctica médica oficial y la iniciativa privada, la extensión de la cobertura de los servicios de salud merced a la atención primaria y su primacía en el sector, la descentralización y lograr que participen las comunidades en ciertas acciones sanitarias.

Auguran, finalmente, que el Estado concretará su "apoyo al sector salud" mediante el presupuesto y gasto en él. Sin embargo, los datos oficiales al respecto contradicen tal "apoyo". Lo que puede advertirse es que el principal obstáculo para la "legitimación" estatal lo constituye, precisamente, un decreciente gasto real en el sector salud.

1) La "transición epidemiológica" y sus causas.

Los investigadores mencionados retomaron el término de "transición epidemiológica" (definido por Abdel Omran⁸) para denominar al proceso por el cual se transforma el perfil patológico de nuestro país. No sólo ha ocurrido, durante la crisis, un decremento de la mortalidad general (de 9.9 a 5.9 defunciones por cada 100,000 habitantes, entre 1970 y 1981), sino que su estructura también ha cambiado. Los padecimientos infecto-contagiosos han disminuido en frecuencia e importancia frente al incremento de las enfermedades del corazón y los accidentes. Estos ocupan ya el primero y segundo lugares, respectivamente, entre todas las causas de muerte.

Tal transición epidemiológica la explican en base al crecimiento económico: "quizás el factor que mayor peso ha tenido en México". Sus "efectos benéficos" se perciben en dicha disminución de la mortalidad y en el incremento de la esperanza de vida. Por el contrario, "el consumo de grasas, el transporte motorizado, el abuso de alcohol y drogas y la contaminación ambiental son sus principales agentes patogénicos". Ambos factores mantienen una "competencia muy pareja" entre

sí, con la pequeña ventaja de los "benéficos" hasta ahora. No obstante, la crisis, debido a un "descenso en el nivel de vida, llevará sin duda a importantes aumentos en la morbilidad". En este "horizonte de la salud" lo que puede advertirse es, ante todo, la miopía frente a la erosión y los oscuros nubarrones de la enfermedad.

Si bien son ciertos los decrementos y las transformaciones de la mortalidad señaladas, respecto a la morbilidad el panorama es muy distinto. Tan sólo en los derechohabientes del IMSS, las "enfermedades transmisibles" (15,595,684 casos) superan en más de ocho veces a otras causas de "morbilidad hospitalaria" (1,854,520 casos) durante 1983⁹. Es de esperarse que el desempleo y la depresión salarial impidan una dieta adecuada y el logro de convenientes condiciones de vida para la mayoría de los mexicanos. La desnutrición, las avitaminosis, las enfermedades infecciosas y parasitarias no tendrán otro curso que el incremento. La morbilidad ya lo está mostrando. No obstante, las ayudas alimenticias y la atención médica del primer nivel han logrado mantener con vida a una cantidad mayor de desnutridos, parasitados e infectados.

¿Significa esto que la *salud* ha mejorado? En todo caso, había que añadir: ¿para quién?

Una de las más seguras profecías de los doctores Frenk y González es, sin duda, lo referente a la "polarización epidemiológica"... por la sencilla razón de que ha ocurrido desde siempre. Ellos la definen así: "grupos sociales y geográficamente diferenciados se distinguirán también según sus patologías predominantes". Pues bien, geográficamente podemos constatar que las disminuciones en la mortalidad mexicana son asaz disparejas. En 1981, por ejemplo, las tasas de defunción en Tlaxcala (8.8), Oaxaca y Puebla (8.2 ambas) eran aproximadamente el

doble de las correspondientes a Nuevo León (4.1), Baja California Sur (4.2) y Campeche (4.4 por cada mil habitantes)¹⁰.

También en el Valle de México encontramos diferencias importantes: la mortalidad infantil en el Distrito Federal (35.6) fue en 1978 apenas la *mitad* de la registrada en Tlalnepantla (65.0) Netzahualcóyotl (60.3) y Naucalpan (63.5) defunciones por cada mil nacidos vivos)¹¹.

Más importante aún es que tales diferencias regionales contiene, en el fondo, graves antagonismos de clase. Mientras que la probabilidad de muerte para la burguesía mexicana alcanzó en 1977 una tasa de 36.3 por cada mil, en los asalariados agrícolas casi se triplicó (98.4 por mil) en el mismo año. La esperanza de vida correspondiente varía desde 68 años para los ricos y apenas 54 para los jornaleros¹². Catorce años de vida median entre quienes disfrutan los "efectos benéficos" y los que padecen "el estancamiento" del "crecimiento económico" de México.

Estos hechos muestran que atribuir al crecimiento o al desarrollo económico las causas de la mezcla de enfermedades infecciosas y crónicas, por una parte, y de la "polarización epidemiológica", por otra, equivale a su *cosificación*, como si estos procesos no dependiera de acciones *humanas*. Ello implicaría, entonces, que no existen responsables.

Empero, tal mezcla de padecimientos ocurre merced a un agregado de patologías propias de clases y fracciones sociales claramente diferenciadas. El que a los productores directos (campesinos y proletarios) correspondan mayores tasas de morbi-mortalidad y menor esperanza de vida, en tanto que lo contrario se presente en los propietarios del capital y sus corifeos, esto se explica con base en el proceso social fundamental que los diferencia y relaciona: *la explotación*. Múltiple investigaciones que han indagado los

nexos entre el trabajo capitalista y el proceso salud-enfermedades así lo demuestran³.

Asimismo, la "polarización epidemiológica" es producto de las contradicciones inherentes al capital en su desarrollo desigual y combinado, el cual se expresa tanto a nivel internacional como en las diversas entidades nacionales. La diferenciación patológica por clases y sus fracciones refleja, pues, los antagonismos insuperables entre explotados y explotadores. Por ello un papel fundamental de la práctica médica, capitalista consiste en la "anestesia" de esta contradicción.

Entonces, es en una política burguesa y estatal que favorece la polarización clasista de la sociedad mexicana en aras del capital nacional e imperialista, donde se debe buscar y ubicar la responsabilidad histórica del horizonte de la salud-enfermedad que se avizora. Y es en la organización social de la práctica médica y en su dinámica donde ella se realiza.

2) *La práctica médica en México*

Basta un somero análisis para advertir que la práctica médica en nuestro país no se ha organizado de acuerdo a las necesidades populares de atención, sino a partir de los intereses económicos de la burguesía y los fines políticos del Estado. La gran descobertura de indígenas y campesinos, la existencia de instituciones de seguridad social para los trabajadores y el área de medicina privada para los ricos muestran indiscutiblemente esa verdad.

Sorprende, pues, la opinión de especialistas en esta materia cuando afirman que "la iniciativa privada ha visto muy limitada su participación dentro del sector de la salud". Aun dejando de lado que ella se encarga virtualmente de toda la producción y comercio de los insumos médico-quirúrgicos, su papel en la prestación de servicios de salud no puede ser despreciado.

En 1971*, la *tercera parte* de los hospitales generales y de los laboratorios de análisis clínicos del país eran *privados*; lo mismo que un cuarto del total de las camas. Para su operación se recurría al 20% de las enfermeras, más del 15% de los médicos y al 25% de los laboratoristas¹⁴. Si se considera que estos recursos se utilizaban para atender tan sólo entre un *cinco y doce por ciento* de los mexicanos¹⁵, la importancia de la medicina privada acentúa la “polarización epidemiológica” y no puede concebirse, por lo tanto, como “muy limitada”.

Sin embargo, la intervención de la iniciativa privada en la práctica médica mexicana no se circunscribe a ese ámbito. La organización de la seguridad social, definiendo a la salud “con base en los criterios de productividad y eficiencia”, indica claramente su finalidad empresarial.

El principal objetivo del IMSS consiste en asegurar las condiciones psicofísicas de la fuerza del trabajo necesarias para mantener e incrementar su explotación. Las mayores tasas de plusvalor y ganancia que posibilita son usufructo para la “iniciativa privada”. Por su parte, servicios médicos como los de PEMEX coadyuvan a la obtención, para el Estado, de una cantidad fundamental para su financiamiento, a partir de **las ganancias que producen los trabajadores petroleros**.

Los sindicatos (particularmente los “charros”, afiliados a la CTM y el Congreso del Trabajo), en efecto, “delegaron a la seguridad social la responsabilidad por las condiciones determinantes de la salud”. Mas no concedieron a los médicos “el poder” sobre ella. Es la burguesía, a través del Estado y éste merced al corporativismo sindical, quienes detentan una inmensa capacidad para decidir y controlar la gestión de las instituciones de seguridad social. Consecuentemente, su responsabilidad es casi

absoluta respecto a las condiciones de salud-enfermedad de los trabajadores y sus familias, de su cobertura y la calidad de la atención que reciben.

En el anverso, la falta de atención médica para indígenas, capesinos y “marginados” denota la poca importancia que esta población tiene para los negocios capitalistas y los “gobiernos emanados de la Revolución de 1910”. En este contexto, resulta evidente más que la necesidad, la urgencia de “legitimación” estatal en el campo de la práctica médica.

A pocos pudo haber sorprendido el fracaso de la **SSa (después de cuatro decenios) para cubrir** mínimamente a las clases sociales no integradas de todo al capitalismo. Si no, ¿para qué la emergencia del IMSS-COPLAMAR? Lo insuficiente del presupuesto para la asistencia social (337 per cápita en 1979) y su inferioridad frente a las asignaciones otorgadas a la seguridad social (\$ 2,081 per cápita en 1979¹⁶), muestra un rasgo esencial de la política de salud del Estado mexicano: su apoyo y dependencia del capital, por encima de las necesidades populares de atención médica.

La “incapacidad de cobertura” que, según los Dres. Frenk y González, mantiene a 14 millones de mexicanos sin servicios de salud y, de acuerdo con COPLAMAR, a 29 millones (45% de la población total¹⁷) es el principal problema con que se enfrenta la estrategia de “legitimación” estatal en la práctica médica.

Tan gran descobertura real no se debe, ni única ni principalmente, a una “ineficiencia administrativa”. Sus causas verdaderas obedecen, por una parte, a un modelo de desarrollo capitalista incapaz de incorporar a los “marginados” por vías distintas a su explotación (de aquí el **por qué del impuesto dado al control natal**) y, por otra parte, al desinterés del Estado por aquellos grupos sociales de quienes no puede obtener beneficios económicos y/o políticos y que,

* No hay datos publicados más novedosos.

por eso mismo, tienen muchas limitaciones para organizar demandas propias.

Sin embargo, la crisis ha sido factor importantísimo para el desarrollo de reivindicaciones populares por más y mejores servicios de salud y, a la vez, la principal limitante para su satisfacción. El IMSS-COPLAMAR es la respuesta del Estado a este dilema.

Mediante la simplificación extrema de recursos materiales (pequeños consultorios, instrumentos manuales para diagnóstico y tratamiento, un cuadro elemental de medicamentos, etc.), el empleo de personal de salud en formación (pasantes, auxiliares, promotores) y diversas aportaciones populares, el servicio que brinda se limita virtualmente a la atención primaria (consultas médicas). Así, el programa IMSS-COPLAMAR está aún lejos de brindar una "atención altamente tecnificada", como se afirma.

Es esencialmente la posibilidad que brinda para extender la cobertura (de primer nivel) abatiendo los costos, lo que ha llevado al Estado a esgrimirlo como el bastión favorito de su actual política de salud. COPLAMAR ha logrado abatir en más de *dos mil por ciento* los gastos per cápita del IMSS*.

3) Salud... ¿para todos?

Sin haberse precisado su cuantía, es un hecho que la atención primaria ha resultado relativamente eficaz contra las enfermedades infecciosas, particularmente en las zonas rurales. **empero**, ¿puede justificarse con ello su primacía para las áreas urbanas?

La contradicción fundamental contenida en el artículo bajo análisis es la siguiente.

Si se reconoce que "*más de la quinta parte*" de la mortalidad general a principios de los 80 se debió a enfermedades del corazón y accidentes; ¿cómo puede defenderse, pues, "un mayor apoyo" hacia "un modelo de atención primaria a la salud con énfasis en servicios de primer nivel"?

Considerando sus recursos disponibles, este tipo de servicios en México son por demás *inadecuados* para el diagnóstico y la terapéutica que requieren tales padecimientos. La "prevención y saneamiento" ocupan tiempos e insumos escasísimos. Por ello, la incidencia y prevalencia de enfermedades que pueden evitarse con vacunas e higiene mínima siguen siendo numerosas. **¿Qué puede hacer esta atención primaria para prevenir males crónico-degenerativos como el cáncer, cardiovasculares, nerviosos, etc.?**

La explicación de dicha antinomia es ajena a la ciencia médica y a las necesidades de salud del pueblo mexicano. Se pretende "justificar" sólo ante el requerimiento de aumentar la cobertura, abatiendo a la vez los costos. Y esto se logra precisamente con la reducción (al menos relativa) de los niveles II y III del cuidado médico, limitándose a la atención primaria que deviene, así en única.

De esta manera sí es posible que alcance a todos los mexicanos hacia el año 2000. Lo que resulta muy discutible es su real capacidad para otorgar "salud para todos". Ahora la población se diferencia entre los que tienen o no servicios médicos; mañana, entre los de primer nivel, secundario y terciario, entre los que cuentan con mil pesos al año para atenderse o veinte mil o más.

La "polarización epidemiológica" abarca también las posibilidades y la calidad de la atención médica. Los pobres no sólo enferman y mueren con mayor frecuencia, disminuyendo su longevidad, sino que carecen en absoluto del

* En 1984 el gasto anual por derechohabiente del IMSS superó a los \$ 21,000. En cambio, el IMSS-COPLAMAR tan sólo gastó \$ 1,000 por persona al año (12).

cuidado a su salud o se dedica a ellos recursos ínfimos.

Así como la burguesía y el Estado nunca aspiraron a más de una mera apariencia de democracia para la vida del pueblo mexicano; para la enfermedad y la muerte no desean sino lo mismo.

4) *La utilización comunitaria.*

Durante el actual gobierno, la participación popular o comunitaria ha devenido un lugar común. No obstante, el espacio dedicado a ella en el Plan Global de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud, etc., es mínimo y su concreción en programas, presupuestos, etc., es casi *inexistente*.

En el ámbito de la práctica médica, los comités de salud efectivamente han sido “promovidos como una herramienta técnica y administrativa” por el Estado. De hecho, se considera a las comunidades como meros receptores de los servicios asignados por él y como fuente de recursos materiales y fuerza de trabajo gratuitos.

En relación con esto, también la predicción hecha es definitivamente probable, puesto que la sujeción al “control político y corporativo” de los “pueblerinos comités de salud” no es cosa del futuro. Su promoción misma a través de instituciones gubernamentales y paraestatales y su constante relación con organismos como el PRI (CNC y CNOP, principalmente), las escuelas oficiales o la iglesia han definido de entrada su carácter político y corporativo.

La tarea para el futuro, entonces, consiste en la transformación de los comités de salud en organismos autónomos realmente populares, sujetos a sus propios intereses políticos y, por ende, independientes del Estado, **sus corporaciones y las clases sociales antagónicas a los trabajadores,**

5) *Descentralización de responsabilidades y concentración de poder.*

A la par que la ley General de Salud, en su artículo 7o., arroga a la SSA “la coordinación del sistema nacional de salud” (adjudicándole “establecer y conducir la política nacional en materia de salud”, “coordinar los programas”, “determinar... la información” que ha de difundirse, la “asignación de recursos” para el sector, etc.), dispone en su artículo 9o. que serán “los gobiernos de las entidades federativas (quienes) planearán, organizarán y desarrollarán... sistemas estatales de salud”¹⁹.

Con ello, esta ley no hace sino consagrar una decisión táctica estatal durante la crisis. Consiste en la descentralización de una serie de responsabilidades del gobierno federal respecto a la atención médica para abaratar sus gastos, a la vez que pretende avanzar en el control político que **ejerce a través de la Secretaría de Salud (SSa).**

Incapaz de lograr una distribución mínimamente equitativa de los recursos para la salud entre las entidades, éstos son ínfimos donde más apremian. En 1978 la cobertura real en Chiapas y Oaxaca no alcanzaba ni a la *cuarta parte* de sus habitantes (23.9 y 24.1% respectivamente); y llegaba apenas a un *tercio* de la población de Guerrero (33.0%), Tabasco (35%) y Zacatecas (37.2%)⁽²⁰⁾. ¿En qué beneficios podría redundar la descentralización en estos estados empobrecidos?

Ante todo, los beneficios van hacia la federación: el traslado de una serie de responsabilidades a los gobiernos estatales y de los municipios, quienes obrarán como muros de contención para obstaculizar o impedir que se conformen demandas *nacionales* por la salud; la atomización de sindicatos de esta envergadura; la emergencia de impuestos locales extras para financiar el cuidado médico y facilitar su tendencia a disminuir el gasto federal en el sector etcétera.

Sin embargo, la dialéctica de esta decisión coyuntural acorde con la política que el gobierno

de la nación viene realizando durante la crisis, terminará revirtiéndose en su contra.

No se puede tener un control efectivo merced a la sola Ley General de Salud. La posesión de la mayor parte de los recursos y la cobertura a las principales fuerzas productivas otorgan a las instituciones de seguridad social un poder real que la legislación no puede sobrepasar. El alegato entre el IMSS y la SSa en torno a los servicios del COPLAMAR es clara muestra de esto.

Por otra parte, los "sistemas" estatales de salud ofrecerán un responsable más cercano y visible frente al cual la comunicación y el organizarse resultarán con una mayor viabilidad; "llevando la gestión a una menor escala y acercándolo a la participación comunitaria". Con el transcurso de la crisis seremos testigos de más frecuentes y grandes movilizaciones populares por la salud en múltiples localidades. La tarea fundamental será entonces su conjunción en una lucha con la talla del país.

6) *El mentis del gasto en salud.*

En su tercer informe de gobierno, el Lic. Miguel de la Madrid, presidente de la República, afirmó: "La crisis económica no ha modificado la prioridad que mi administración le concede a la salud del pueblo. Hemos sostenido el esfuerzo financiero... para prestar mejores y más amplios servicios"²¹. Por su parte, los Dres. Frenk y González han interpretado declaraciones como ésta, en términos de una "decisión política de no restarle apoyo al sector salud durante estos años de crisis".

Si todo lo dicho arriba no fuera suficiente ni adecuado para mostrar que los hechos contradicen flagrantemente tales asertos, el análisis del presupuesto y gasto en salud realizado por el actual gobierno sí es concluyente.

Quizás la única variable que indica un incremento considerable del gasto estatal en salud es el de "pesos corrientes". Así, por ejemplo, en el Programa de Salud a Mediano Plazo elaborado por el Sector Salud, el gasto total ejercido entre 1978 y 1984 muestra un aumento impresionante: de 102 mil millones de pesos a 773 mil millones²². De aquí, las conclusiones de "apoyo" al sector salud pese a la crisis. No obstante, otros datos las contradicen del todo. Por ejemplo:

a) La inversión pública federal por sectores muestra que el porcentaje asignado para "desarrollo social" disminuyó de 8.3 a 6.7 entre 1982 y 1984.

En su inferior, la inversión en "salud y seguridad social" sufrió la mayor baja: de 4.2 a 2.6%²³.

b) El gasto ejercido por sectores ha variado contradictoriamente. Los porcentajes para "desarrollo social" pasaron de 19.5 a 13.2 entre 1980 y 1984. En cambio, la asignación para "administración, defensa y poderes" se incrementó del 27.2 hasta 52.5% en el mismo periodo²⁴.

c) En particular, el gasto ejercido en "salud y seguridad social" disminuyó su participación respecto al total del sector "desarrollo social", al variar de 53.6% en 1974 a 37.4% en 1984²⁵.

d) Finalmente, si se considera la importancia de la inflación y devaluación de nuestra moneda (fijándolo a pesos constantes), *el gasto total ejercido en 1978* (102,677 millones de pesos) *para la salud disminuyó realmente a \$ 86,465 millones en 1984*. Por lo cual se ha contraído en casi *dieciseis por ciento* el gasto en salud en dicho periodo.

¿En qué consiste, pues, el "apoyo" al sector de servicios médicos? ¿En qué sentido debe entenderse la "prioridad" concedida a la "salud del pueblo"? ¿Es así como podrá el Estado "evitar su deterioro"?

Los porfiados hechos contradicen las respuestas verbales que los funcionarios dan a estas interrogantes.

- ¹ Daniel López A., "Notas sobre la ausencia de una política sanitaria en México" en *Revista Siempre*: núm. 801, julio 1º de 1977.
- ² Miguel A. González y Julio Frenk: "El horizonte de la salud". *Nexos*, año IX, vol. 9, núm. 100, abril de 1966.
- ³ Frenk Mora, Julio. "Las oportunidades de la reconstrucción" *Nexos* núm. 96, vol. 8, diciembre de 1985.
- ⁴ Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Salud 1984-1988.
- ⁵ Narro, J. et al, "Evolución reciente de la mortalidad en México" en *Rev. Comercio Exterior*, vol. 34, núm. 7, julio de 1984.
- ⁶ COPLAMAR, *Necesidades esenciales en México*, vol. 4 *Salud*, México, Siglo XXI Editores, 1983.
- ⁷ G. Soberón J. Frenk y J. Sepúlveda, "The health care reform in Mexico; before and after the earthquake", Paper presented at Harvard University, november 4, 1985, and at the 113th Annual Meeting of the American Public Health Association on November 20, 1985.
- ⁸ Omran, Abdel, "The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change" en *Milbank Memorial Fund Quarterly*: 49 (509-538), 1971.
- ⁹ Instituto de Estadística Geografía e Informática y SSA, Cuaderno No. 4 de "Información estadística Sector Salud y Seguridad Social"; México, 1985.
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ Narro, J. et al. "Evolución reciente de la mortalidad...", Op. cit.
- ¹² Ibid.
- ¹³ Laurell, Asa Cristina, *Tendencias de la investigación científico-social en la salud del trabajador*, OPS/OMS, Cuenca, 1983 (en prensa).
- ¹⁴ López A., Daniel, *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI Editores, 1980.
- ¹⁵ COPLAMAR, *Necesidades esenciales...*, op. cit.
- ¹⁶ López A., *La salud desigual...*, op. cit.
- ¹⁷ COPLAMAR, op. cit.
- ¹⁸ Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, *Tercer Informe de Gobierno 1985, anexo sobre Sector Salud y Seguridad Social*. México, 1985.
- ¹⁹ Ley General de Salud, Diario Oficial, martes 7 de febrero de 1984.
- ²⁰ COPLAMAR, *Necesidades esenciales...*, op. cit.
- ²¹ SECTOR SALUD. *Avances en salud. 1983-1985*, México, septiembre de 1985.
- ²² SSA, IMSS, ISSSTE y DIF, *Programas de Mediano Plazo del Sector Salud. 1984- del Sector Salud. 1984-1988*, México, s/f.
- ²³ Miguel de la Madrid Hurtado. *Segundo Informe de Gobierno 1984, anexo sobre Sector Salud y Seguridad Social*. México, 1984.
- ²⁴ Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, *Tercer Informe de Gobierno*, op. cit.
- ²⁵ Lic. Miguel de la Madrid, *Segundo Informe de Gobierno*, op. cit.

