

Carlos Rodríguez Ajenjo

José Antonio Vital Galicia

Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores

INTRODUCCIÓN

Las luchas de los trabajadores de la salud, que han alcanzado su expresión más intensa en el caso del Hospital General —Sección 14 del Sindicato Nacional de Trabajadores de Salubridad y Asistencia (SNTSA)—, tienen particular interés porque plantean nítidamente algunos de los problemas que tiene que enfrentar en la coyuntura actual el movimiento obrero democrático e independiente. En efecto este sector de trabajadores recibe la afluencia directa de dos vertientes de la llamada política económica de austeridad: el virtual congelamiento del gasto público social y las medidas de contención de la lucha obrera.

El manejo restrictivo del gasto público significa, para los 300 000 trabajadores del sector salud, el deterioro de sus condiciones de trabajo y de su nivel salarial. Al rebelarse contra esta situación, los trabajadores de la salud se enfrentaron a todas las medidas de la política gubernamental de contención obrera, instrumentada por los dirigentes sindicales "charros" respaldados por el aparato represivo estatal, en un marco legal ya de por sí restrictivo, el que impone el Apartado "B" del Artículo 123 constitucional.

La lucha de los trabajadores de Salubridad, además, resume otros de los problemas que tienden a presentarse cuando las bases de los sindicatos "charros" se movilizan por demandas reivindicativas, ya que el primer obstáculo al cual se enfrentan son sus propios dirigentes espurios, lo que pone en el orden del día la necesidad de democratizar la organización y construir o reconstruir el sindicato para los fines de la lucha.

Otro dato notable, en el caso específico de la Sección 14, es cómo la lucha reivindicativa y democratizadora en las organizaciones obreras casi inmediatamente deja de ser un asunto sindical y se potencia como un problema político, alrededor del cual se definen una serie de fuerzas, de tal manera que se opera en concreto una transformación profunda del carácter de la Lucha.

Analizada como un acontecimiento aislado, la lucha de los trabajadores de la Sección 14 no muestra toda su importancia. Analizada como un acontecimiento en estrecha relación con la crisis estructural capitalista y determinado por ella, cobra su dimensión real y todo su significado. Por ello, no podemos fijar nuestro análisis en un punto cronológico inmóvil, ya que tanto la crisis como el problema concreto evolucionan paralelamente. De hecho, en los momentos actuales la lucha de la Sección 14, después de la violenta represión sufrida en julio de 1978, no sólo confirma la persistencia de las demandas y problemas que le dieron origen, sino que también ejemplifica la larga lucha de los trabajadores de Salubridad, que no ha podido ser detenida ni con las calumnias, ni con el virtual estado de sitio que aún priva en el Hospital General.

I. LA CRISIS Y EL SECTOR SALUD

Aunque 1973 ha sido señalado por varios autores¹ como el año del inicio de la crisis, la fase de transición sexenal de 1976, precedida de dos devaluaciones y de la firma de los Convenios de Facilidad Ampliada que el gobierno mexicano pactó con el Fondo Monetario Internacional (FMI), fue la que configuró el clima que viviría el país en el futuro. El fracaso de Luis Echeverría en revitalizar el sistema político con un esquema de corte populista enfrentó a su gobierno con poderosos grupos de la burguesía sin lograr crear las ansiadas, nuevas y amplias bases sociales de apoyo a la acción estatal reformadora. Todo esto profundizó la crisis política y de legitimidad estatal, de ahí que el proyecto de "Alianza para la producción" sintetice no sólo la política sexenal de José López Portillo, sino la intención de recuperar el crecimiento económico y la confianza de la burguesía dentro del marco impuesto por los acuerdos con el FMI.²

Los resultados concretos de esta política estatal tienen consecuencias graves para la clase trabajadora. El incremento del salario real a raíz de la aplicación de los topes salariales de 10 y 12% en 1977 y 1978, respectivamente, junto con la inflación de 35 y 17% en los mismos años, significaron un deterioro en las condiciones de vida, situación agravada, además, por el incremento en el desempleo.³ Por otra parte, la restricción del gasto social en educación, vivienda, seguridad social y servicios de salud, supuestamente para controlar la deuda pública, profundizó aún más la situación precaria de las

1 "La política de la crisis", en *Punto Crítico*, México, n. 84, febrero de 1978, pp. 3, 5, 7, 11 y 13.

2 P. Serrano, "Algunas implicaciones del crédito del FMI a México", *Investigación Económica*, 34(4), 1977, pp. 85-96.

3 *Punto Crítico*, n. 84, 1978, p. 15 y n. 94, 1979, p. 10.

masas populares.

El complemento a esta política ha sido una serie de medidas orientadas a asfixiar las luchas obreras, y ha incluido desde la legislación especial —pasando por otros recursos legales como la "requisa"— hasta la represión policiaca de las huelgas y los sindicalistas democráticos como en el caso de la UNAM, Cactus y Reforma, Nacozari y Loreto, para mencionar los casos más conocidos.

El gobierno, sin embargo, intenta simultáneamente revitalizar el papel de las organizaciones de masas bajo control oficial, como es el caso del Congreso del Trabajo. Se observan así diversas concesiones a la burocracia sindical "charra", como por ejemplo la fundación del Banco Obrero, el manejo de los fondos del INFONAVIT y un aumento en la dotación de diputaciones obreras dentro del partido oficial.

Esta política estatal contra la crisis también se expresa sectorialmente. En el caso que nos ocupa, en el sector salud, los mecanismos anticrisis tienen la misma expresión que en el resto del país, pero la forma como se han implementado reviste aspectos peculiares que se relacionan con las luchas de los trabajadores de la salud y que las vuelven específicas en forma importante.

En el sector de los servicios de salud, la política estatal tiene que analizarse, por un lado, a la luz de los lineamientos económicos básicos de restricción del gasto público social y, por el otro, destacando la importancia política que tienen los servicios de salud y seguridad social.

En esta esfera, la contradicción que enfrenta el gobierno radica en que al mismo tiempo que se propone reducir el gasto en estos servicios, está obligado a extender la cobertura de los mismos a una parte mayor de la población, o por lo menos a no disminuir su alcance, so pena de mermar aún más su legitimidad frente a las masas populares.

La distribución de los servicios

El sistema de salud mexicano se compone de tres sectores fundamentales: el privado, los sistemas de seguridad social y el sistema estatal. El cuadro 1 expone la distribución de la población y del presupuesto entre estos tres sectores. Salta a la vista la disparidad entre el porcentaje del presupuesto del cual dispone cada institución y el porcentaje de la población que debe atender. Así, el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) atiende al 27% de la población y cuenta con el 56.4% del presupuesto público dedicado a servicios de salud y seguridad social. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) dispone del 29.7% del presupuesto para

atender al 7% de la población, mientras que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) tiene el 13.9% del presupuesto para atender, teóricamente, al 51% de la población.

Cuadro 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y EL PRESUPUESTO PÚBLICO ENTRE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD. MÉXICO, 1978 Y 1979

<i>Institución</i>	<i>Población</i>			
	<i>Atendida¹</i>		<i>Presupuesto²</i>	
	<i>Persona</i>		<i>Millone</i>	
	<i>s</i>	<i>%</i>	<i>s</i>	<i>%</i>
Medicina privada	10 000	15.0	?	?
IMSS	18 430	27.6	60 856	56.4
ISSSTE	4 560	6.8	32 061	29.7
SSA y otras	10 500	15.8	14 985	13.9
Con cobertura real				
Sin cobertura real	23 110	34.8		
Total	66 600	100.	107 902	100.0

FUENTES: ¹ *Segundo Informe de Gobierno, 1978*, anexo gráfico, p. 93.
² *Presupuesto de Egresos de la Federación, 1979*.

En realidad, según cálculos oficiales, la Secretaría de Salubridad no alcanza a cubrir más que al 16% de la población, dejando a uno de cada tres mexicanos sin acceso a los servicios de salud.⁴ Aun así, es claro que los servicios que imparte la SSA, por regla general, son de calidad inferior a los servicios del IMSS y del ISSSTE. Es decir, la SSA está urgida de un cambio profundo tanto en la cantidad como en la calidad de sus servicios.

La explicación de la distribución desigual de los servicios de salud entre los distintos grupos y clases sociales se desprende del papel económico y político de estos grupos en la sociedad. Los niveles de ingresos de las clases trabajadoras las excluyen de la utilización de los servicios médicos privados, que se orientan a servir a quien pueda pagar, esto es, las capas medias y la burguesía. El sistema de

⁴ *Segundo Informe de Gobierno*, anexo gráfico, p. 93.

seguridad social cubre a los grupos de trabajadores de importancia productiva y con organización sindical. Finalmente, la SSA tiene como función principal resolver algunos problemas de salud pública que tienen que ser atendidos a nivel de la sociedad en conjunto, por una parte, y dar servicios médicos mínimos que confieran cierta credibilidad a la pretensión declarada por el Estado de "velar por todos los ciudadanos".

Era posible mantener a grandes grupos al margen de los servicios mientras se encontraban dispersos y sin una idea estructurada acerca de los beneficios que podía ofrecerles la medicina profesional. Hoy es cada día más aceptado por el conjunto de la sociedad que el acceso a los servicios médicos es una necesidad básica, y ha aumentado la presión para que se expandan. A esta presión social creciente obedecía el Plan Nacional de Salud, elaborado durante el sexenio de Luis Echeverría, que tenía como uno de sus principales objetivos extender la cobertura de los servicios de salud a través de la creación de una red de Medicina Comunitaria y, en diez años, contar con 20 000 médicos comunitarios en todo el país.⁵

Esta forma de extender la cobertura fue abandonada por el actual gobierno, de modo que la deficiente cobertura sigue en pie como problema político para el gobierno y como necesidad social para las masas populares.

El gasto en salud

La política de salud del periodo 1976-78 se objetiviza en dos hechos: el desarrollo del gasto público y el de la cobertura de servicios. El cuadro 2 muestra el gasto en salud de 1975 a 1978. Si bien casi se ha duplicado en números absolutos, ajustando las cifras por la depreciación de la moneda resulta que bajó más de mil millones en 1977 y en 1978 y que, a pesar de un ligero aumento, hoy día no alcanza el nivel de 1976.

Al analizar los datos referidos a las distintas instituciones se aprecia el congelamiento del gasto dado fundamentalmente en el presupuesto de las instituciones de seguridad social, mientras que el presupuesto de la SSA creció lentamente. La explicación a este hecho probablemente está dada por la imposibilidad de disminuir más el presupuesto de la SSA sin orillarla al colapso, mientras que los márgenes de recorte son un tanto más amplios en el IMSS y el ISSSTE.

⁵SSA, *Plan Nacional de Salud*.

El porcentaje de la inversión pública dedicada a inversión en bienestar social, que se mantuvo entre el 27.1 y el 16.4% en el periodo 1970-75, bajó a 11.1 y a 7.9% en los años 1977 y 1978. Igualmente decreció la inversión en instalaciones hospitalarias.⁶

El cuadro 3 muestra las consecuencias del manejo restrictivo del gasto en salud respecto del acceso de la población a los distintos servicios. El porcentaje de la población cubierta por los servicios de seguridad social aumentó a un ritmo lento: 1.5% en dos años, sin comparación con el 3.5 al 4.5% bianual en el periodo anterior.

La población que debería estar protegida por la SSA aumentó en aproximadamente un millón de personas. Estos hechos, vistos a la luz de la virtual congelación de la inversión, significan que la presión sobre las insuficientes instalaciones creció aún más. El programa de Solidaridad Social impulsado por el IMSS en el campo también llegó al congelamiento, ya que no aumentó su cobertura en 1977 y 1978, mientras que cubría a 2.6 millones de personas en 1974 y 1976.⁷

6D. López Acuña, "La situación de la salud y de la seguridad social en México en los últimos años", en *Situación presente y futura de México* (en prensa).

7Sumario Estadístico del IMSS, 1977, pp. 9 y 102.

Cuadro 2

GASTO PÚBLICO EN SALUD MILES DE PESOS)
EN LA SSA, IMSS E ISSSTE. MÉXICO, 1975 A 1978

<i>Presupuesto a precios corrientes</i>			
<i>Año</i>	<i>SSA</i>	<i>IMSS,</i>	<i>Total</i>
1975	5 088	17 452	22 540
1976	5 939	22 916	28 855
1977	8 683	26 512	35195
1978	11844	31351	43197
<i>Presupuesto a precios de 1968</i>			
<i>Año</i>	<i>SSA</i>	<i>IMSS,</i>	<i>Total</i>
1975	2 652	9150	11802
1976	2 674	10 322	12 996
1977	2 894	8 837	11731
1978	3 384	8 958	12 342

FUENTE: D. López Acuña, "La situación de la salud y la seguridad social en México en los últimos años" (en prensa).

Cuadro 3

COBERTURA POBLACIONAL DE LOS SERVICIOS DE
SALUD. MÉXICO, 1976 A 1978

<i>Institución</i>	<i>1976</i>	
	<i>Personas (miles)</i>	<i>%</i>
IMSS	1 551.6	26.6
ISSSTE	3 919	6.3
SSA y otras	3 509.4	52.1
Medicina privada	9 349	15.0
Total	62 329	100.0
<i>Institución</i>	<i>1977</i>	
	<i>Personas (miles)</i>	<i>%</i>
IMSS	1 3	26.9
ISSSTE	4 3	6.7
SSA y otras	3 1	51.4
Medicina privada	9 6	15.0
Total	64 594	100.0
<i>1978</i>		

<i>Institución</i>	<i>Personas (miles)</i>	<i>%</i>
IMSS	18 43.	27.6
ISSSTE	4 560	6.8
SSA y otras	33 620	50.4
Medicina privada	9 990	15.0
Total	66 600	100.0

FUENTE: *Segundo Informe de Gobierno*, Anexo 1, pp. 551, 622, 637, y

Sumario Estadístico 1977, IMSS, p. 102.

Lo que estos datos demuestran es la existencia de una política de salud claramente selectiva, que convierte la utilización de los servicios médicos en un arma política gubernamental masiva al abandonar la extensión de cobertura de servicios médicos a nivel general. El Programa de Extensión de Cobertura (PEC) presentado en 1977 por la Dirección General de los Servicios Coordinados, plantea un plan que descansa esencialmente sobre el adiestramiento de promotores de salud en cursos cortos y en la construcción por parte de la comunidad de unas 10 000 casas de salud para 1982.⁸ La piedra angular de una propuesta como ésta radica en su bajísimo costo, pero también está a la vista que es una medida ineficiente. Además de que no es realmente un plan para aumentar el acceso a los servicios médicos, la manera de llamarlo pomposamente Programa de Extensión de Cobertura tiene claros tintes demagógicos.

Sin embargo, no puede decirse que el gobierno haya abandonado totalmente los servicios médicos como recurso político, sino que su utilización es más selectiva. Para mencionar tan sólo un ejemplo, en Nacozari, Son., el IMSS construyó a marchas forzadas una clínica en medio de uno de los conflictos laborales más agudos para el gobierno durante 1978.

II. LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Los más afectados por la política actual de salud son los trabajadores de las instituciones del propio sector, ya que dicha política tiene repercusiones directas en sus condiciones de trabajo. Revisando la lista de funcionarios que fueron nombrados para encabezar las principales instituciones de salud, Emilio Martínez Manautou en la SSA, Arsenio Farell Cubillas en el IMSS, Carlos Jonguitud Barrios, primero, y Carlos Sansores después en el ISSSTE, inevitablemente resalta un común denominador: su larga experiencia "manejando" conflictos laborales. A Martínez Manautou le corresponde el dudoso

⁸SSA, *Programa para 1977 con proyecciones a 1982*, México, 1977, p. 16.

mérito de haber diseñado la represión contra el Movimiento Médico en 1965 desde el puesto de la Secretaría de la Presidencia; Farell jefaturaba la Comisión Federal de Electricidad en la fase más aguda del conflicto entre la Tendencia Democrática y los "charros" del SUTERM; Jonguitud Barrios inició su carrera en 1958 militando en el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación contra el Movimiento Revolucionario del Magisterio, llegando a la Secretaría General de ese sindicato en 1972 en situaciones sospechosas y finalmente saltando a la dirección de la central de trabajadores burocráticos (FSTSE), de donde pasa a dirigir el Instituto. Sansores Pérez, designado recientemente, ha comprobado sus servicios al Estado en varias formas, particularmente enfrentando movimientos sociales contra el caciquismo en su tierra natal, antes de presidir el partido oficial.

Por otro lado, debe mencionarse la Reforma Administrativa, que es uno de los instrumentos de la política de austeridad, y que tiene por finalidad aumentar la productividad del aparato burocrático. Hasta ahora ha implicado la reestructuración de las categorías salariales, lo que reduce las posibilidades de promoción para los trabajadores. En el sector, se liquidaron varios organismos como el Plan de Médicos Comunitarios, el CEMEF, el Instituto Nacional de Nefrología y la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, que fue transferida para su uso racional a la Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas.

El punto esencial para entender la implementación de la política de salud y sus efectos sobre los trabajadores, sin embargo, se refiere al crecimiento del gasto en sueldos y salarios en relación al total del gasto corriente. Por ejemplo, mientras que en 1970 representaba el 54% del gasto corriente, en 1976 había aumentado a 57% y en 1977 a 62% en el IMSS.⁹ Para resolver este problema le quedaban al Estado varias vías: controlar los aumentos salariales, congelar el número de plazas o dejarlo crecer lentamente y lograr una recomposición del personal, de tal modo que el crecimiento se diera fundamentalmente entre las categorías de personal de bajos ingresos.

Las condiciones de trabajo en la crisis

A los trabajadores de la salud se les aplicó estrictamente el tope salarial: en 1977 el 10% y para 1978 los trabajadores recibieron el 12% (los del IMSS el 13%) en diciembre. Estos aumentos significaron una pérdida considerable de ingresos reales. Además, en la SSA hubo congelación estricta de plazas hasta el cuarto trimestre de 1977, con el correspondiente aumento en las cargas de trabajo.

La forma de crecimiento del personal del IMSS entre 1975 y 1977 demuestra cómo se reestructuró el cuerpo del personal, ya que el personal médico creció en un 0.9% mientras que el personal

⁹ Segundo Informe de Gobierno, Anexo 1, México, 1978. p. 159.

paramédico aumentó en un 25.5% y el auxiliar de diagnóstico y tratamiento en un 19 por ciento.¹⁰

Tómese en cuenta que en la SSA tampoco se implementó el acuerdo de 1976 de regularización de todo el personal, ni la nivelación de los salarios con el IMSS. En los Servicios Coordinados de la SSA, por ejemplo, que cuenta con unos 30 000 trabajadores, únicamente el 10%, los que tienen base federal, gozan de todas las prestaciones y derechos laborales mientras que el 40%, pagados por subsidios no cuentan con todas las prestaciones, no tienen seguridad en el empleo, ni siquiera derechos plenos al ISSSTE y menos aún otras prestaciones.

Otro mecanismo frecuentemente usado en la SSA para ahorrar gastos en salarios es emplear personal con menos calificación formal. Así, el 85% de las trabajadoras sociales de base no son tituladas, lo que significa que ganan un 20% menos de lo que se tendría que pagar por el mismo trabajo a personal titulado. Entre las enfermeras, de igual forma, más del 80% no son tituladas, lo que permite a la SSA pagarles un 10% menos.

Al tiempo que el ingreso de los trabajadores ha sido abatido, también se ha dado un deterioro en las condiciones de trabajo, ya que las instalaciones no han sido renovadas y hubo un corte sustancial en partidas para materiales de trabajo. Se puede inferir que los resultados han sido más graves para los trabajadores de la SSA, ya que desde antes sufrían condiciones más precarias tanto en lo relativo a su nivel salarial como respecto a las condiciones en las cuales trabajan. La política de salud, así, tendrá necesariamente que combinarse con una política de contención obrera para poder desarrollar los planes gubernamentales.

Las organizaciones sindicales y las condiciones laborales

Se calcula que un poco más de 300 000 mexicanos trabajan en el sector salud.¹¹ De ellos, la mayor parte, unos 250 000, se ubican en el sector público, en instituciones de seguridad social o en el sistema estatal de atención.

Del cuadro 4 se desprende que la situación organizativa de los trabajadores del sector salud no sólo es variable, sino que a veces carecen de cualquier organización representativa. Por otra parte, las

¹⁰Anuario Estadístico del IMSS, México, 1977.

¹¹En este dato se incluye lo que ya se ha referido de la seguridad social, el sistema estatal (Secretaría de Salubridad y Asistencia y Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios) así como la medicina privada bien sea directamente subrogada por el Estado o financiada por los particulares.

organizaciones existentes generalmente son centrales "charras", lo que implica que la mayoría de las organizaciones laborales del sector carecen de representatividad democrática. Los datos de este cuadro, reunidos con los del siguiente (cuadro 5) permiten deducir algunas de las características generales en relación con la organización laboral del sector:

¾Un 85% de los trabajadores aproximadamente se encuentra organizado (en sindicatos nacionales).

¾La mayoría de éstos pertenecen a centrales oficiales.

¾Los trabajadores de la salud están regidos por legislaciones laborales diferentes, al pertenecer unos al apartado "A" y otros al "B" del Artículo 123.

¾Las diferencias organizativas corresponden además a situaciones distintas en cuanto a condiciones de trabajo, de vida, de salarios, etcétera.

SNTSS ¹	Empresa	1105	CT	A
SNTISSSTE	Empresa	1 60		
SNTSA ³	Empresa	87	FST	B
SNMPM ⁴	Empresa	1	—	A
STCMIMAC	Empresa	00		A

FUENTE: Investigación Personal, FSTSE, ISSSTE, SNTSS.

¹ Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

² Sindicato Nacional de Trabajadores del ISSSTE.

³ Sindicato Nacional de Trabajadores de Salubridad y Asistencia.

⁴ Sindicato Nacional de Médicos de Petróleos Mexicanos.

⁵ Sindicato de Trabajadores del Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho.

Al contemplar las condiciones en que diariamente laboran estos trabajadores, nos explicamos el carácter de las reivindicaciones laborales sindicales. Si bien existen desniveles políticos entre los distintos grupos, en general se puede afirmar que la movilización en cualquier parte del sector salud repercute en el conjunto. Por ello, antes de analizar las experiencias de lucha más importantes, además de las mencionadas, queremos delinear otras diferencias que existen entre los trabajadores del sector.

TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD NO ORGANIZADOS SINDICALMENTE O ENCUADRADOS EN ORGANIZACIONES SINDICALES DISTINTAS A LAS DEL SECTOR. 1978

<i>Ubicación institucional</i>	<i>Tipo de trabajo</i>	<i>de No. aproximad</i>	<i>Sin organizar</i>	<i>Otra</i>
	Médico-	7 000	xxxxx	
Ferrocarriles Nacionales	Paramédico -			
DDF	Ídem	3 500	xxxx	
CFE	Idem	800	xxxx	
SIDIF	Idem	1 500		xxx
Medicina privada	Idem	70 000	xxxxx	
Internos y pasantes de varias	Internos	10 500	xxxxx	
Residentes de varias	Residentes	5 000	xxxxx	

FUENTE: Investigación personal.

- La división en distintos grupos de trabajadores surge como resultado histórico de los ajustes sectoriales en el desarrollo capitalista. Así nos explicamos que los trabajadores regulares del IMSS, SSA e ISSSTE se agrupan en formas distintas tanto entre sí como en relación con otros trabajadores de la salud como son los del DDF, DIF, Pemex, FFCC, Internos, Pasantes y Residentes.
- Hay una estratificación muy marcada de los trabajadores en los diferentes grupos, y la mayoría de ellos están ubicados en las categorías bajas (cuadro 6). En las categorías altas, una fracción de médicos ocupa cargos de elevada jerarquía, mientras que la mayoría del personal es explotado en condiciones similares, por mucho que se insista en diferencias ideológicas entre grupos laborales privilegiados.
- Las diferencias jurídicas consisten en que los trabajadores al servicio del IMSS, FFCC, CFE, Pemex y la medicina privada quedan sujetos al apartado "A", mientras que los de la SSA y el ISSSTE se rigen por el "B". Los internos y pasantes, por otra parte, no son reconocidos como trabajadores y los residentes son considerados como "trabajadores especiales" sujetos a un capítulo especial en la ley, en el apartado "A", pero están restringidos en los hechos en cuanto a sus derechos laborales por normas técnicas, administrativas o académicas.
- Existen notables diferencias en las condiciones de trabajo, que además tienden a deteriorarse en

general por la situación de crisis. Las diferencias salariales (cuadro 7) y en prestaciones¹² identifican dos grandes grupos. Uno, representado por los trabajadores del IMSS y Pemex, y otro por los de la SSA y la medicina privada, especialmente ésta allí donde se dan situaciones de explotación poco comunes.¹³

Estas diferencias reflejan los ajustes sectoriales que dependen del papel sociopolítico de cada institución. Los trabajadores viven las contradicciones generadas por éstos, y cuando luchan por modificarlas, deben enfrentarse a ellas como condiciones objetivas y como obstáculos.

III. LAS LUCHAS

Las luchas de los "trabajadores-estudiantes"

Por esto, las movilizaciones de los trabajadores del sector que han levantado demandas de mejores salarios, prestaciones, condiciones de trabajo, así como respeto a sus organizaciones, se han convertido en demandas políticas de mayor complejidad. Tal situación se dio, por ejemplo, en las movilizaciones de la Unión Nacional de Médicos Internos, en Servicio Social y Egresados (UNMISSE), en la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANAMERE) y en las protagonizadas por la Unión Nacional de Estudiantes de Facultades y Escuelas de Medicina Oficiales (UNEFEMO) entre 1974 y 1977.

¹²*Contrato Colectivo de Trabajo*, SNTSS, México, 1977.

¹³Recomendamos la lectura de un artículo relacionado con la explotación que priva en el sector, particularmente en la medicina privada y en forma especial en las Clínicas Prensa, en *Punto Crítico*, México, n. 61, agosto de 1976.

Cuadro 6

DIFERENCIAS ENTRE EL NÚMERO DE PLAZAS
DE DIFERENTES CATEGORÍAS. SSA-IMSS, 1976

Categorías	SS		IMSS ²	
	Númer o	%	Núme ro	%
MÉDICOS	2 932	9.7	5 039	6.0
Dentistas	235	0.7	—	—
Pasantes	4 760	15.7	7 649	9.8
Internos pregrado	435	1.4	—	—
Internos	4	—	—	—
Enfermeras	8 944	29.0	38	0.5
Paramédico	3 658	12.0	4 327	5.4
Administrativo	4 544	15.0	9 015	11.3
Intendencia	4 724	15.0	12	0.1
Otro	147	0.5	6128	7.7
Totales	30 154	100.	30 154	100.

Los datos sólo pretenden dar una base de comparación.

FUENTES: ¹*Anuario*. Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y

Territorios. Los datos se refieren a los servicios de la SSA.

² *Memoria Estadística*. Dpto. de Estadística, IMSS, México, 1977, pp. 165-72.

El ejemplo más claro es ANAMERE, ya que expresa, por una parte, los resultados de la proletarización creciente del trabajo médico¹⁴ y, por otra, la respuesta a las demandas de estos nuevos asalariados en dos situaciones políticas muy distintas que en mucho sobrepasan las

¹⁴ Carlos Gutiérrez de Aquino, *Proletarización del trabajo médico*, tesis, FLACSO, México (en preparación).

reivindicaciones planteadas. Efectivamente, mientras que Luis Echeverría en 1976 reconoce a ANAMERE como el "portavoz de los intereses de todos los residentes del país",¹⁵ la administración actual ordena "revisar el oscuro convenio y ventilar posteriormente [en la Reforma Política] uno de los problemas que representa la Asociación", declarando ilegal a la asociación, solicitando un prolongado mecanismo de corte civil para autenticarse, que necesariamente desgastó al movimiento.¹⁶

Las demandas de ANAMERE, en uno y otro caso, no diferían sustancialmente,¹⁷ pero en la coyuntura de 1977 significaban no sólo la presencia de una organización que aglutinaba a los residentes del país, independiente y democrática, sino la posibilidad real de una alianza entre residentes y el resto de los trabajadores de la salud. El antecedente de esta situación se había dado unos meses antes al conseguir los médicos residentes la cláusula de escala móvil de salarios¹⁸ e incrementos salariales de 23% global entre todos los trabajadores, así como una promesa de nivelación salarial, misma e fue concedida en 1976 por Echeverría a raíz del conflicto de ANAMERE.¹⁹

En su segunda revisión, ANAMERE pretendía entre otras cosas: intervenir en la gestión de mejoras en los servicios proporcionados al pueblo; legalizar la expedición de certificados de especialidad que paulatinamente han robustecido a los monopolios de especialistas ligados al poder estatal, a las transnacionales farmacéuticas y a los grandes consorcios de la medicina privada; mejoras académicas sustanciales que frenaran el poder que las universidades adquieren en detrimento de los "trabajadores-estudiantes"; finalmente, ANAMERE exigía mejoras en las condiciones de trabajo, reconocimiento de antigüedad institucional, y base o plaza al egreso de la especialidad,²⁰ medidas todas que obviamente mermaban el poder del Estado y su economía y abrían el cauce reivindicatorio a otros grupos del sector.

15 Convenio de ANAMERE y el Gobierno Federal, México, mayo de 1976.

16 Notas periodísticas en *Excelsior* y *El Universal*, 4 de junio de 1977, p. 1, 1a. sección.

17 Anteproyecto de Convenio de ANAMERE, mayo de 1977 (mimeo.).

18 Convenio celebrado entre la ANAMERE y el Gobierno Federal, 5 de octubre de 1976, cláusula IV, copia del original.

19 Decreto del 16 de mayo de 1976, publicado en el *Diario Oficial*, México, 1976.

20 Anteproyecto de Convenio, ANAMERE, mayo de 1977 (mimeo.).

Aparte de que las demandas planteadas por la ANAME RE tenían una relación directa con la estructura de poder en las instituciones, surgieron cuando aún no había una definición explícita del régimen frente a los conflictos laborales. Así, la huelga de ANAMERE se convirtió en un ensayo general durante el cual se implementaron algunas de las medidas que se usarían en contra de los movimientos laborales independientes y democráticos. Una serie de obstáculos legales prolongaron el conflicto, que sufrió un desgaste al no darse ninguna solución. Esto, junto con las amenazas de represión y despido, y dado el aislamiento al que se autocondenó el movimiento al estar apoyado sólo por sectores estudiantiles, internos y pasantes y algunas secciones del SNTSA, llevaron finalmente a la derrota del movimiento huelguístico nacional de más de 1 500 médicos residentes efectuado entre mayo y junio de 1977.²¹ La manipulación pública en la prensa y la televisión, en una campaña de corte amarillista y tendencioso, además marcó la relación entre el Estado y los medios de información.²²

El movimiento de UNMISSE tiene matices similares. Su importancia radica en la posición expresa de la Unión de obtener para sus agremiados el reconocimiento de la categoría de trabajadores, ya que, a pesar de estar en una etapa de formación, el trabajo de ellos es indispensable en la vida hospitalaria.

Entre 1974 y 1976 los estudiantes agrupados en la UNEFEMO y los internos y pasantes de la UNMISS (entonces sin los egresados) habían realizado movilizaciones importantes que incluso los llevaron a firmar convenios de carácter laboral con las instituciones de salud, lo que significaba sacudirse la tutoría universitaria. Los actuales funcionarios sanitarios, provocando la división entre UNMISSE y UNEFEMO, lograron firmar los convenios de internado y pasantía con las universidades y la UNEFEMO, lo que significó la liquidación de la UNMISSE, única organización con planteamientos sindicales.

De esta manera, con los internos y pasantes divididos entre sí y aislados del resto de los trabajadores del sector, con la liquidación de la ANAMERE se nulificó la posibilidad de un

²¹*Excelsior*, 27 de junio de 1977, nota en la p. 4.

²²Al respecto, resulta interesante observar la comparación con el movimiento de los molucos en Holanda, muy activo en aquellos momentos, al que relacionaba la prensa nacional con el paro de los médicos, *La Prensa*, 14 de junio de 1977.

frente común de internos, residentes, pasantes y trabajadores. La cobertura universitaria para unos, la legislación especial para otros y el control a través de los "charros" en los últimos, resultaba ser la estrategia estatal en el sector.

Cuadro 7

COMPARACIÓN DE SALARIOS IMSS-SSA. 1979

<i>Rama de Trabajo</i>	<i>Catego-</i>	<i>IMSS</i>		<i>SSA</i>			<i>Diferencias</i>	
		<i>Sueld</i>	<i>Sueldo</i>	<i>Categ</i>	<i>Sueld</i>	<i>Sueldo</i>	<i>Total</i>	
Aux. De Enfermería	B	7 077	9 271.3	Enfer. G	4 969	6 514.91	2 756	5
	A	7 511	9	I	5 382	7 056.40	2 757	4
	Fam.		813.75					7.1
Médico	No	21	27 530	M	13	18	9 301	6
	Fam.	684			907	228.40		6.9
Aux. De Intendencia	Ayud. Of.	5 396	7 345	A	4 032	5 286.40	2 058	0
Of. Administrativo	Univ.	7 112	9 315	A	4 032	5 286.4	4 029	9
	de Oficina	10	13	R	9 974	13 077	412	9.9 4
	Aux.	5 226	7	Tec. A	4 969	6 519.9	612	1
	Téc.	11	14 705	Tec. F	8 880	11 646.7	3 058	3
	Radio T	11424	14 705				5 255	7
	Fisio T	9 126	11	Tec. D	7 207	9 449.2	1 958	2
	Psicólogo	16	20				10	1
	Lab.	7 978	9 772.5	Aux. Serv.	5 817	7 626.7	2 145	3
		12	15	M y L			8 134	1

FUENTE: Catalogo de Puestos, 5a. Ed. D.GRH. SSA, Sep. 1978. Tabulador de sueldos, Seg. Soc. n. 44, órgano Of. del SNTSS, enero 1979.

¹ Categoría. Se compara con equivalentes. En técnicos, radio y fisioterapeutas se toma el valor medio del tecnólogo D.

² Sueldo total = Sueldo base + renta + despensa + sobresueldo.

En la SSA la política de contención laboral es clara desde 1976 y no tan sólo con estos

"trabajadores-estudiantes". Los "charros" enfrentaron a los trabajadores con una política de desgaste, llena de subterfugios estatutarios, con procesos de desconocimiento de la mayoría de los comités democráticos, incluida la sección 14 del Hospital General de la ciudad de México.

En todos los casos, los planteamientos de las secciones democráticas rebasaban los planteamientos economicistas porque iban, desde la crítica del sistema de salud del país, atacando las estructuras sindicales "charras", hasta la apertura de un cauce de libertad política para los trabajadores.²³ La labor de los "charros", en alianza con el Estado, ha consistido en la implementación de la política antilaboral en el sector; como muros de contención, los "charros" han sido eficaces para detener las demandas; como colaboradores del Estado en otros problemas, sectoriales o no, han salido siempre en defensa de "los intereses nacionales".²⁴

SNTSA: la estructura de control

El caso que nos ocupará en seguida, se refiere al Sindicato Nacional de Trabajadores de Salubridad y Asistencia (SNTSA) por varios hechos. Concreta las luchas en el sector en los últimos treinta años y se vincula con otras de especial interés, como las de los médicos entre 1964 y 1965²⁵ y las de UNMISSE y ANAMERE entre 1976 y 1977.

El SNTSA nació en 1948, al operarse transformaciones administrativas en el Estado que acabaron por reunir a los trabajadores de la Beneficencia Pública, Departamento de Salubridad (posteriormente Secretaría), la Secretaría de Asistencia y Direcciones como las de Salubridad y Alimentos y Drogas en lo que fue la flamante SSA.²⁶ En el momento de su formación ya existían esbozos del ISSSTE, y el IMSS había surgido formalmente en 1943. Al constituirse como sindicato, el SNTSA, la participación de las bases trabajadoras fue fundamental. De hecho, las primeras demandas levantadas señalaban problemas específicos de ellas como: aumentos salariales, mejores condiciones de trabajo, vacaciones, pensiones de invalidez o

23Proyecto de Organización. Documento de Trabajo CED-CGR (mimeo.), julio de 1977.

24Recuérdese el papel que jugó el SNTSA en el conflicto de ANAMERE en mayo de 1976 y el desplegado publicado en *Excelsior* el 14 de mayo de ese año, en el que calificaba al movimiento de los residentes como antinacionalista.

25Consúltense el interesante trabajo sobre el movimiento médico publicado por Ricardo Pozas H., "El movimiento médico 1964-65", en *Cuadernos Políticos*, n. 11, junio de 1976.

26José Álvarez Amézquita, *Historia de la salubridad en México*, Ed. por la SSA, México, 1952, pp. 457-80.

vejez, pago de tiempo extra, comedores, medidas de seguridad e higiene, etcétera.²⁷

La relación con el Estado-patrón, con funciones dobles frente a sus trabajadores (ser patrón y juez a la vez), así como los llamamientos ideológicos a la "unidad nacional",²⁸ van abriendo paso a la incorporación del SNTSA a los aparatos del Estado en el plano del control sindical. Así, junto con otros grandes sindicatos burocráticos (Hacienda, Educación, Agricultura, etcétera), integra la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), central a la que pertenece hasta el momento.

Este hecho fundamental traduce la pérdida de independencia del sindicato frente al Estado y paulatinamente introduce elementos que desvirtúan las funciones sindicales, ya que al transformarse en instrumento de intereses extra-obreros y participar los dirigentes en cargos públicos, el espacio sindical se convierte en lugar donde lucharán las camarillas por ascender y participar en la repartición del poder en el PRI, partido al que obligadamente pertenecen los miembros de esta central.²⁹

El ejercicio del poder de manera unipersonal durante largos periodos de tiempo se ha convertido en otro rasgo fundamental del sindicato. En los últimos veinte años, la sucesión de poder dentro del SNTSA había quedado en manos de una camarilla que sucesivamente habían representado: Francisco Ruiz Madero, Roberto Dueñas Ramos (recientemente nombrado delegado del PRI en Naucalpan, México) y Eduardo Díaz Leal. De esta manera, no sólo se institucionalizaban prácticas antidemocráticas, sino que se creaba un paulatino clima de inestabilidad a medida que corría el tiempo.

Para llevar a efecto lo anterior, el sindicato se transformó paulatinamente en un aparato burocrático, sin funcionalidad obrera, y reformó consecuentemente sus estatutos. Hoy, éstos consagran como prácticas sindicales: la centralización de todo el poder sindical en el Comité Ejecutivo Nacional (CEN),³⁰ la subordinación de la vida seccional a éste, la subordinación de

²⁷*Antorcha*, órgano informativo del SNTSA, Ed. por el CEN, México, junio de 1970, pp. 14-17.

²⁸En un discurso dirigido a los trabajadores del Estado (mayo de 1953) el presidente en turno declaraba "[...] no sólo porque los intereses de la patria están por encima de los sujetos que la componemos, sino primordialmente porque la patria *es* nuestra casa, nuestro sustento y nuestro templo [...]". Citado por Rubén Zapién A. L., *Tesis recepcional*, Facultad de Medicina de León, León, Gto., abril de 1975, p. 34.

²⁹Estatuto de la FSTSE, Cap. vi, Art. 67.

³⁰*Estatutos del SNTSA*, publicados por el CEN (mimeo.), México, 1973.

órganos autónomos (Vigilancia, Fiscalización, Justicia) al mismo y la elección de puestos claves por conducto de la delegación mediante el voto de "delegados" incondicionales a la dirección nacional.³¹ Por si fuera poco, el CEN concentra la recepción de cuotas y subordina su utilización a las prioridades que él mismo marca.³²

De esta forma, hasta 1976 el SNTSA se había convertido en un instrumento estatal de control sobre los trabajadores, plegado a los lineamientos de la FSTSE, con lo que se garantizaba la implantación y el mantenimiento de prácticas antidemocráticas que hacían que el poder unipersonal, conforme pasaba el tiempo, llevara a una estabilidad precaria el poder en el sindicato, al tiempo que cedía el espacio propiamente sindical para el juego de intereses particulares; esto se refleja especialmente en la incorporación de sus dirigentes a cargos públicos o de "elección popular".³³

Sin embargo, la estabilidad sindical era posible sólo gracias al aplazamiento que sistemáticamente hacían los líderes "charros" de las demandas obreras. Así, en el periodo 1948-1976, toda demanda obrera en el SNTSA era manipulada por los dirigentes. Un buen ejemplo de lo anterior lo constituye la invasión por parte del IMSS de lugares y fuentes de trabajo de la SSA, al vender ésta al IMSS las instalaciones que constituyen lo que actualmente es el Centro Médico Nacional,³⁴ que obligó a la construcción del actual Hospital General de México. Este manejo no sólo aplazó las principales demandas de los trabajadores como exclusividad de los lugares de trabajo, aumento del número de plazas, mejores condiciones de trabajo, etcétera, sino que sirvió para beneficiar a las camarillas sindicales, que junto con el Estado utilizaron el problema para la retórica nacionalista acerca de la seguridad social.³⁵

Este acontecimiento nos sirve para subrayar las diferencias de que han sido objeto los trabajadores del sector salud, que ubicados en diferentes instituciones reciben tratos preferenciales o discriminatorios. Así, el gran crecimiento del IMSS en el periodo mencionado

31 Ibid., p. 13.

32 Ibid., p. 15.

33 Los casos más notables son los de los diputados Ruiz Madero y Dueñas Ramos, postulados por el PRI y electos en 1967 y 1973 respectivamente.

34 *Excélsior*, 17 de junio de 1974, p. 18.

35 Recuérdense los llamados de López Mateos en ese sentido, al referirse a que "ni derechas ni izquierdas", en la inauguración del CMN IMSS, 1964. *Memoria* publicada por el IMSS.

fue en parte a expensas de la SSA, ya que se empezó a dar preferencia a los trabajadores organizados ("la fuerza de trabajo" en el caso del IMSS) relegando los servicios de la SSA a sectores sociales "marginados". La violación de los derechos laborales no sólo se explica por esta situación. El principio de "a trabajo igual, salario igual" fue violado sistemáticamente gracias al control sindical de los líderes. Se permitió el desarrollo de grandes diferencias entre uno y otro grupo de trabajadores en cuanto a condiciones de trabajo, salarios, prestaciones y ayudas con un trato preferencial del Estado hacia las instituciones de seguridad social que, en el esquema de la rentabilidad, desempeñan un papel económico y político distinto.

Los estatutos y las condiciones generales de trabajo

Tales situaciones recayeron sistemáticamente en los trabajadores. A los brotes de inconformidad, sin embargo, los "charros" respondieron siempre con amenazas, despidos o bien con la manipulación de las demandas. Esto explica, por ejemplo, por qué no se llevaban a cabo medidas que favorecieran a los trabajadores, la formación de Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad en los centros de trabajo o la formulación de reglamentos interiores de trabajo.³⁶ Una característica de los sedicentes dirigentes, en el marco de las organizaciones corporativas del Estado, ha sido aceptar el autoritarismo del patrón como un hecho cotidiano. Las condiciones de trabajo de los trabajadores de la SSA confirman lo anterior en forma extrema y el análisis revela algunos hechos fundamentales para entender los movimientos que realizaron los trabajadores entre 1976 y 1978. Sólo mencionaremos algunas de las características de las condiciones generales de trabajo (CGT) de la SSA, equivalente del contrato colectivo de trabajo de los trabajadores del Apartado "A", pero impuesto por el titular de la SSA con la anuencia del sindicato.³⁷ Veamos: el patrón no se compromete a mejorar las condiciones generales de trabajo, ni a instalar equipos o medidas de seguridad, ni a proporcionar los materiales de trabajo más adecuados, ni a respetar la jornada laboral.³⁸

Las necesidades del patrón (confundidas con las "necesidades de la nación") están por encima de las necesidades de los trabajadores y por encima de sus derechos individuales y

³⁶ *Condiciones Generales de Trabajo*, publicación de la SSA y del SNTSA, MÉxico, 1974, p. 12.

³⁷ *Ibid.*, p. 1.

³⁸ *Ibid.*, p. 14

colectivos.³⁹

No hay reciprocidad en derechos-obligaciones; los trabajadores tienen 8 derechos, 21 obligaciones y 36 prohibiciones. El patrón restringe sus obligaciones a un ámbito meramente formal.⁴⁰

El trabajo no está reglamentado; esto consagra el autoritarismo patronal y su arbitrariedad en la asignación de cargas de trabajo, jornadas, duraciones, ritmos, etcétera. Curiosamente, la arbitrariedad patronal en el caso de los sujetos al Apartado "A" se magnifica debido a la reglamentación del trabajo.⁴¹

La seguridad en el trabajo no existe prácticamente; en los hechos, un trabajador puede ser despedido por faltas como: "negarse a permanecer a disposición del patrón fuera de la jornada de trabajo"⁴² o "efectuar reuniones sindicales no autorizadas por el patrón"⁴³ o "faltar a las normas de la decencia o la probidad".⁴⁴

Si el marco de un sindicato significa la posibilidad colectiva de remontar situaciones como éstas, en el caso del SNTSA la propia estructura sindical mermaba dicha posibilidad. Al centralizar los estatutos todo el poder de decisión en el CEN, se subordina la vida sindical a las necesidades de la camarilla, a su juego político, sus intereses y su función de control. Por esto, pese a que las CGT reconocen la necesidad de implantar algunas medidas (como las antes referidas de los Reglamentos y las Comisiones), el inmovilismo de los "charros" deja en letra muerta esas y otras disposiciones. Al inmovilismo de los "charros" también se debe, entre otras cosas, que los trabajadores de la SSA carezcan de derecho a negociar con el patrón; carezcan de participación en las gestiones institucionales, en la reglamentación del trabajo y en la distribución de los presupuestos; y que carezcan de libertades, incluso políticas.⁴⁵

De esta manera, el instrumento de lucha por excelencia, el sindicato, en el caso del SNTSA ha devenido en un instrumento de control, impuesto a los trabajadores y al servicio del patrón. Y el marco jurídico del Apartado "B" en el que se ha ubicado a estos trabajadores profundiza

39 Ibid., pp. 12, 18.

40 Ibid., pp. 18, 24, 36.

41 Ibid., p. 30.

42 Ibid., p. 40.

43 Ibid., p. 13.

44 Ibid., p. 36.

45 Ibid., p. 21.

aún más la situación.

Efectivamente, privados del derecho a negociar con el patrón sus condiciones de trabajo y carentes del derecho de petición o reclamo, deberán esperar a que el patrón les "conceda", vía decreto, incrementos salariales, mejoras en prestaciones o en condiciones de trabajo, etcétera, a fin de mejorar sus condiciones de vida. Igualmente, privados de derechos como el de huelga, a fin de reivindicar sus derechos constitucionales o contener el autoritarismo del patrón, que en la misma legislación se sujeta al arbitraje de tribunales especiales que también dependen de él,⁴⁶ deben buscar formas de lucha más restringidas, menos efectivas.

En esta perspectiva, ante condiciones de vida y de trabajo cada vez más deterioradas, con diferencias sustanciales en relación a trabajadores del mismo sector que disfrutaban de condiciones en que por justicia deberían estar todos; restringidos en sus derechos por un marco jurídico especial, en plena crisis estructural a la que el Estado responde con políticas antiobreras, el instrumento sindical que representaba el SNTSA era la alternativa lógica, para los trabajadores de la SSA, a la que iban a apelar en su lucha por modificar a su favor todo el panorama.

La Coordinadora de Secciones en lucha

Entre 1976 y 1978 se registraron modificaciones muy importantes en el sector. salud, protagonizadas por los trabajadores de la SSA, en distintas secciones del SNTSA. En enero de 1976, unos meses antes del movimiento de residentes, la Sección 54 (Hospital de la Mujer) logró derrotar electoral y políticamente a los "charros" e impuso un comité democrático. Acciones similares se realizaron en las secciones 12 (Instituto Nacional de Ciegos y Escuelas "Amigas de la Obrera") y 5 (Laboratorios de Biológicos y Escuela de Salud Pública), que concentraban alrededor de 3 000 trabajadores.

A raíz del decreto presidencial que nivelaba los salarios de todos los trabajadores de la SSA en relación con los del IMSS⁴⁷ y paralelamente al triunfo de ANAMERE en mayo de 76, surgieron dos problemas básicos en el sector: la posibilidad de que la nivelación quedara en una falsa promesa para evitar la participación de los trabajadores con reivindicaciones propias en el conflicto de ANAMERE, y una situación explosiva si la nivelación no se daba.

⁴⁶ Ley Federal del Trabajo Burocrático. Ed. de la STyPS, México, 1974.

⁴⁷ Decreto de Luis Echeverría A., publicado por el CEN del SNTSA en junio de 1976.

Los "charros" evitaron la movilización por la nivelación, pese a plantearla como un "logro" de su dirección nacional.⁴⁸ A partir de ahí, los centros de trabajo entran en una efervescencia política inusitada. Los trabajadores toman la iniciativa y nombran comisiones gestoras en un número cada vez mayor de secciones. Estas comisiones expresaban indudablemente las necesidades de representación y organización de los trabajadores.

La "Coordinadora de Secciones" aglutinó con rapidez 16 secciones (14 en el D. F. y 2 en provincia) alrededor de la demanda de la nivelación salarial. En octubre de 1976 el aumento de emergencia concedido a todos los burócratas no logró disminuir la efervescencia expresada también en triunfos de planillas de oposición a los "charros". Todo esto provocó que los "charros" recurrieran a amenazas y actos represivos. Desconocieron comités seccionales democráticos y a sus secretarios generales,⁴⁹ pero sin poder impedir el ascenso del movimiento democratizador.

En mayo de 1977, una planilla sindical de trabajadores representativa de la base, en una campaña modesta pero claramente democratizadora de la sección 14 del SNTSA, triunfó en las elecciones. El CEN (que apoyaba a otra planilla), al participar en el robo de las urnas y la falsificación de las boletas, intentó por todos los medios conservar el poder y el control e impedir el avance de los trabajadores.

La reconstrucción de la vida democrática sindical

En su campaña electoral, la planilla democrática Azul no sólo captó el descontento obrero, sino definió una perspectiva de lucha que rebasó los límites sindicales. Con planteamientos claramente proletarios⁵⁰ cuestionó el sistema de salud de México, y abrió entre los trabajadores la discusión de temas como la unificación de los servicios de salud en un solo organismo, la formación de un sindicato nacional de trabajadores de la salud, etcétera.

Entre mayo y septiembre de 1977 la lucha en el SNTSA no es tan sólo la lucha por la dirección de la sección más importante del sindicato, con unos 5 000 trabajadores, sino es la lucha por la democracia y la revitalización de todo el sindicato. Esto permitió la confluencia de todas las secciones democráticas alrededor de la 14 y también la solidaridad del

48 Ibid., "Considerandos".

49 Boletín informativo del CEN, SNTSA, noviembre de 1976.

50 Manifiesto de la Planilla Azul, Comité de Propaganda, México, abril de 1977, impreso.

movimiento obrero. Así se explican todos los intentos de desgaste y represión de los "charros", así como la alianza, en el conflicto, de los líderes nacionales con el Estado, que llegó a expresarse en las formas más variadas. Por ejemplo, el Tribunal Federal de Conciliación se llegó a presentar como vocero del CEN.⁵¹

Los trabajadores, sin embargo, en formas muy diversas, siempre mostraron una posición clara ante el problema, como se puede deducir de un análisis de su propaganda en la época.⁵² Resalta la claridad que se tenía respecto a varios puntos, por ejemplo, al evidenciar las diferencias de las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores de la SSA y de otras instituciones explicando a qué se debían, y también al mostrar el estado de ruina sindical a que habían llevado los "charros" el sindicato y poner en evidencia la cara represiva del Estado y de los dirigentes espurios. Pero sobre todo demostraron que la organización de los trabajadores, sus órganos democráticos, la propaganda, la discusión, la unidad interna y con el resto de los trabajadores, son los mejores instrumentos de la clase obrera para sostener su lucha.

Efectivamente, los hechos demostraban que los trabajadores habían retomado la vida sindical usurpada y bloqueada por los "charros". En las secciones democráticas, particularmente en el Hospital General, se celebraban periódicas asambleas generales y departamentales. Se hacían reuniones de análisis político, cursos de formación sindical y conferencias obreras. Además, el Comité Ejecutivo Democrático (CED) asumió en los hechos su papel al realizar gestiones sindicales que se convirtieron en verdaderos hechos políticos. Los trabajadores, por ejemplo, generaron la idea de llamar "Plaza Roja" a la explanada de Gineco-Obstetricia en que se celebraban sus reuniones generales,⁵³ lo que traduce lo que en aquellos momentos vivía la base trabajadora. Se repartían más de 4 000 volantes semanales y el Consejo General de Representantes (CGR), recién formado, sesionaba regularmente cada semana. Este Consejo, además de representar a la base de cada departamento o servicio democráticamente, servía de correa de transmisión entre el CED y la base

Se publicaban sistemáticamente órganos de difusión que mantenían la información y la discusión al día. Se visitaban servicios en los 5 turnos de trabajo del Hospital General y se

51 Declaraciones del licenciado Rocha B., *Excelsior*, 6 de agosto de 1977.

52 Colección de volantes, órganos informativos, *Hoja Sindical, Jeringa Democrática*. Propiedad del CED, Sec. 14.

53 *Trabajadores en Lucha*, órgano informativo de la Sección 14, MÈxico, octubre de 1977, n. 1, p. 8.

efectuaban frecuentes mítines relámpago en los pasillos o corredores. Se establecieron relaciones con otras secciones y se discutían fraternalmente diversos puntos relacionados con la lucha sindical y los problemas nacionales.

En síntesis, se había logrado revivir la vida sindical, lo que a su vez explica las presiones constantes, las provocaciones que paulatinamente elevaron su tono,⁵⁴ junto con las amenazas de las sociedades médicas y otros grupos pro-patronales (como el Themis, el Reivindicador, Las Poquianchis) que buscaban reencauzar la vida sindical por los cauces del "charrismo".

Pero por encima de todo, este movimiento había logrado demostrar ampliamente el agotamiento del modelo de control sindical imperante y la gravedad de la crisis que se vivía. Se palpaban las potencialidades de la organización obrera que, finalmente, llevaron a imponer el reconocimiento por parte del CEN a la dirección democrática elegida en mayo y ratificada en septiembre ante el Tribunal, pese a un último intento de robar las urnas en el trayecto del Hospital General al Tribunal.⁵⁵

Al asumir sus funciones el comité democrático de la 14 unido a las otras secciones en lucha, encontró, sin duda, bases para su fortalecimiento. Si tratamos de seguir un hilo conductor que relacione los distintos elementos o acontecimientos encuadrándolos en una lógica clara, tenemos que reconocer que lo ocurrido hasta octubre de 1977 sólo marca la importancia ulterior que adquiere en el problema la celebración del IX Congreso Nacional del SNTSA⁵⁶ convocado a realizarse lejos del centro de los problemas, esto es, en la ciudad de Mazatlán.

El programa de la corriente democrática

Hasta noviembre de 1977 no sólo se había evidenciado ante numerosos grupos la crisis del sistema y su carácter estructural, sino que también se habían hecho patentes las contradicciones en el sector salud. Frente a la revelación de la verdadera imagen de los "charros", los trabajadores de toda una corriente democratizadora encontraron en su

54 En octubre de 1977 una extraña explosión en el pabellón de Cancerología es atribuida a los trabajadores; antes, en julio de ese año, se les acusaba de "dejar corromper" los alimentos destinados a los pacientes y al personal; en enero de 1978 se formalizan las acusaciones penales contra cinco empleados de la cocina acusados de robo.

55 *Excelsior*, 5 de septiembre de 1977, pp. 18-19.

56 Convocatoria al IX Congreso Nacional, CEN, México, agosto de 1977.

organización y en sus movilizaciones los mejores instrumentos para revitalizar a su sindicato. Sin embargo, a excepción de unas cuantas secciones de provincia, que se agregaron a la corriente democrática, el resto de los trabajadores, unos 60 000, permanecían bajo control "charro". Esto significó que de los delegados al Congreso Nacional de Mazatlán, sólo unos cuarenta eran representantes democráticos, y el resto, un poco más de 300, eran incondicionales de los "charros".

Por ello, pese a divergencias más o menos importantes en cuanto a concepciones o caracterizaciones sobre el sindicato, el Estado, la crisis, etcétera, las secciones democráticas concentraron sus esfuerzos en impulsar dentro del congreso un programa de demandas y no una lucha electoral. Las demás secciones vieron en el programa de los democráticos la cristalización de las auténticas demandas obreras y lo apoyaron. Es más, con algunas enmiendas menores, el programa de demandas promovido por las democráticas fue aceptado como Programa Resolutivo del noveno congreso del SNTSA.⁵⁷ Los puntos esenciales que planteaba eran:

- 1] Nivelación salarial en relación al IMSS.
- 2] Revisión de las Condiciones Generales de Trabajo en base a opiniones mayoritarias de los trabajadores.
- 3] Revisión del sistema de escalafón de la SSA.
- 4] Plan de jubilaciones decoroso.
- 5] Libertad política en la vida sindical. Respeto a la vida seccional.
- 6] Reconocimiento y reinstalación de los Comités Democráticos desconocidos o de sus secretarios generales.

Frente a este acontecimiento —considerado por las secciones democráticas como fundamental— en el Congreso de Mazatlán, existió otro esencial para los "charros" y para el desarrollo ulterior de los conflictos planteados por la corriente democrática. Este acontecimiento es la renovación del Comité Ejecutivo Nacional y de las Comisiones Autónomas y Permanentes que se efectúan en el SNTSA cada tres años en los Congresos Nacionales, y que de alguna manera fue subestimada por los democráticos en el Congreso.⁵⁸

⁵⁷Boletín informativo del SNTSA, editado por el CEN, impreso, México, enero de 1978.

⁵⁸Cambio 90, órgano de la Sección 90, SNTSA, sept.-oct., 1978.

En vista del acomodo de fuerzas previo al Congreso, era evidente que las camarillas tradicionales habían agotado su eficiencia y sus posibilidades. La cuidadosa selección de precandidatos, así como el diseño de su campaña y sus declaraciones, eran elementos que ya no podían dejarse en sus manos. De ahí la participación directa de la FSTSE en la postulación de un elemento apegado a ella y recomendado por su dirigente Carlos Riva Palacio.⁵⁹ Asimismo, era obvia la intención del Estado de recomponer, por esta vía, la imagen de sus "charros".

El eje de la campaña del candidato oficial fue la "unidad sindical". El candidato además aparecía desvinculado de las camarillas previas. La ausencia de una oposición real, vinculada o no al CEN anterior, junto con la ausencia de candidatos democráticos y la inclusión de algunos dirigentes de secciones democráticas en la planilla triunfadora, ubicaron la renovación del CEN en un contexto de aparentes buenas intenciones, de respeto a la disidencia y avance político.

Al protestar como secretario general y "obligarse a cumplir y hacer cumplir los acuerdos emanados del Congreso", Joel Ayala Almeida parecía abrir una posibilidad de avanzar hacia la democracia y el respeto sindicales, lo que, junto con el programa de demandas del Congreso, cumplía una aspiración de la corriente democrática del SNTSA.

La contraofensiva represiva

Sin embargo, en el contexto objetivo donde se había ubicado el problema del sindicato, estas expectativas no tenían base, y pronto el mismo CEN las echó abajo. La vinculación más estrecha entre FSTSE y SNTSA revelaba una mayor intervención estatal en el conflicto que indudablemente asumiría una línea de dureza, tal como había sucedido en todos los conflictos obreros hasta entonces.

Así pues, pese al recubrimiento de liberalidad y respeto hacia la disidencia,⁶⁰ la elección de un representante directo de la FSTSE no era más que la renovación del "charrismo" apoyado por el Estado, en un silencioso pacto para avanzar contra la insurgencia obrera en el sector

⁵⁹ Folleto de propaganda, planilla "Unidad Sindical", septiembre de 1976, pp. 4-5.

⁶⁰ Sus primeras declaraciones eran en el sentido del respeto a la disidencia, etcÈtera. Un oficio enviado a la Sección 14, sin fecha, afirma: "El CEN es respetuoso de los estatutos de nuestro sindicato. Por carecer de esta atribución NO desconoce al ComitÈ Ejecutivo de la Sec. 14. Los ùnicos que tienen esa capacidad son quienes lo eligieron, esto es, los trabajadores".

salud. Esto se confirmó entre los meses de enero y julio de 1978.

Efectivamente, en ese periodo se dio toda una serie de agresiones en contra de los dirigentes y trabajadores democráticos. Provocaciones que no sólo eran evitadas por los trabajadores sino denunciadas sistemáticamente.⁶¹ Se demostraba, además, una precisa participación de los dirigentes nacionales,⁶² quienes, a su vez, se negaban a entregar las cuotas correspondientes a las secciones democráticas y retardaban inútilmente los trámites u obstaculizaban las gestiones seccionales. Sin embargo, lo fundamental de este periodo es la coincidencia entre esta actitud de agresión contra los trabajadores democráticos y el olvido y falta de promoción del programa del IX Congreso.⁶³

Por su parte, el Estado no hizo caso omiso del problema. Al contrario, en el caso del Hospital General el director no sólo provocó enfrentamientos entre trabajadores democráticos y grupos de choque financiados por él,⁶⁴ sino que llegó a incrementar hasta en un 300% los cuerpos policiacos de este centro de trabajo,⁶⁵ a la vez que persistía en caracterizar el problema como un "lío entre camarillas" sindicales.⁶⁶

Esta etapa, la más desgastante del movimiento, se acompañó de grandes movilizaciones de los trabajadores y se ubicó en el contexto de las grandes represiones al movimiento obrero, luego de la derrota de organizaciones sectoriales fraternas (ANAMERE y UNMISSE). Por ello, representa una página de resistencia proletaria, de solidaridad y de grandes experiencias para todo el movimiento obrero.

Es por este constante desgaste, por las movilizaciones frecuentes que debían efectuar los trabajadores ante violaciones a sus derechos elementales (que se traducían en un aumento de las fricciones, en un alejamiento progresivo de los problemas fundamentales), que los

61 Desplegado en *Unomásuno*, 12 de abril de 1978, p. 7.

62 El caso de los empleados acusados de robo en diciembre de 1977-enero de 1978, es sintomático; el CEN dispuso abogados para que los defendieran pero jamás se presentaron a diligencias; las movilizaciones obreras, incluso una concentración cerca del Reclusorio Norte, arrancaron a los trabajadores de la cárcel.

63 *Boletín Informativo*, CEN, SNTSA, MÉxico, enero de 1978.

64 Las llamadas "Poquianchis", grupo de mujeres con sueldo directo de la Dirección del Hospital General (*Unomásuno*, 13 de julio de 1978, pp. 7 y 8), constituye una clara muestra de la incorporación que el poder puede hacer de grupos marginados a actividades que en otro contexto sí se consideran delictivas; el mencionado grupo era ampliamente identificado por los colonos del campamento "2 de Octubre" como grupo de "choque" interno.

65 *Unomásuno*, desplegado, 12 de abril de 1978, p. 7.

66 Declaraciones del doctor Francisco Higuera Ballesteros a los periódicos. 13 de julio de 1978.

trabajadores encauzan la lucha hacia la implementación de un Reglamento Interior de Trabajo (RIT), que significaba, entre otras cosas:

- conquistar el derecho de negociar con la patronal;
- mejorar las condiciones locales de trabajo, regulando las compensaciones, retribuciones extraordinarias, cargas de trabajo, etcétera;
- evitar el despido y la corrupción institucional;
- establecer condiciones de higiene y seguridad;
- disminuir el poder de la autoridad en el centro de trabajo.

Independientemente de la vía de lucha que el RIT abría para otros trabajadores del Apartado "B", para el Estado significaba un grave problema.⁶⁷ Esencialmente abría un cauce para lograr la necesaria transformación institucional, y terminar con un caos que a todas luces le es conveniente. Es precisamente en la importancia que revisten estos problemas para los trabajadores y para el Estado, que encontramos el origen del enfrentamiento, que sobrepasa la capacidad mediatizadora de los líderes "charros".

El apoyo legal para impulsar el RIT quedó demostrado por los trabajadores en un desplegado⁶⁸ aparecido en un diario nacional el 18 de julio de 1978. Esta fundamentación⁶⁹ hacía pensar que la legalidad los protegería de las agresiones. No obstante, el secretario de la SSA pregonó la respuesta represiva del gobierno al prometer ante la Sociedad Médica del Hospital General, que solicitó su intervención, "acabar de raíz con el problema".⁷⁰

Los ataques a los trabajadores del Hospital General, en julio de 1978, culminaron toda la campaña previa iniciada por el CEN del SNTSA (anterior y actual) y las autoridades del Hospital General con provocaciones y grupos parapoliciacos.

El problema, como lo declaró el titular de la SSA, se "iba a acabar de raíz"; esto es, el

67 "Las luchas de los trabajadores de la salud", Suplemento *México en la Cultura, Siempre!*, México, n. 1325, 15 de noviembre de 1978, p. VI.

68 Desplegado en *Excelsior*, 18 de julio de 1978, segunda sección, p. 28A.

69 Su fundamentación era en el artículo 88, vi de la ley que rige a los burócratas, así como en las CGT de la SSA (capítulo I Art. 3o. y 3o. transitorio).

70 Declaraciones del doctor Emilio Martínez Manautou, secretario de la SSA, publicadas en *Unomásuno*, dos días antes del golpe policiaco del 21 de julio de 1978.

Estado ya tenía delineada su estrategia para cercar y aplastar al movimiento. A raíz de las agresiones y en vista de que los trabajadores sostenían en su centro de trabajo una huelga por más de diez días, solicitando pláticas sobre el RIT, destitución del director del hospital y sus cómplices, y alto a la represión sistemática, se incrementaron los ataques contra ellos. Ilegalmente el CEN los desconoció como representantes de los trabajadores, justificando así su pasividad frente al problema, y se inició una larga serie de despidos con su complacencia. El golpe más cruento provino del Estado, que invadió el Hospital General con una impresionante fuerza de policías civiles y detuvo a 150 trabajadores.

Luego de torturar a siete de los detenidos (seis dirigentes del CED del Hospital General y un miembro de su CGR) el Estado les ofreció una "negociación" inaceptable, ya que significaba convertirse en controladores de los trabajadores y retirarse de la lucha sindical y política en el sector. Rechazada la negociación por los dirigentes detenidos y los órganos de decisión de la sección, el gobierno montó procesos penales en su contra. Mientras los detenidos resistían, se reorganizaba el trabajo sindical en la sección y se convocaba a movilizaciones solidarias del movimiento obrero,⁷¹ con lo que se logró invertir parcialmente el golpe del Estado.

Más aún, luego de la liberación bajo fianza, pagada por la solidaridad de los trabajadores (insólitas fianzas de cien mil pesos por el delito de despojo), el CEN preparó su última maniobra contra los trabajadores y sus representantes. En el Consejo Nacional realizado en Querétaro, al cual asistieron los secretarios generales de todas las secciones del SNTSA, se ratificó, bajo una importante vigilancia policiaca, el desconocimiento de la directiva de la Sección 14. Se desconoció además al secretario general de la subsección 1 de Mexicali y a algunos miembros de la sección 17; y se suspendió en sus derechos sindicales a dirigentes de las secciones sindicales 61 (Chiapas) y 28 (Jalisco) por su identificación con la corriente democrática.⁷²

Así, el Consejo, violando estatutos,⁷³ se prestó a la maniobra, lo que sellaba un compromiso

71 *Unomásuno*, desplegado, 21 de agosto de 1978, p. 13.

72 *El Sol de Querétaro*, 13 de diciembre de 1978.

73 El Consejo del SNTSA es el órgano que sigue en jerarquía al Congreso del sindicato; está formado por el CEN y los secretarios generales de todas las secciones del mismo. Tiene facultades extraordinarias sobre cuestiones de justicia y vigilancia pero debe "analizar y en su caso aprobar" el informe del CEN. En el caso mencionado, obvió este trámite. El informe contendría la ilegal maniobra de desconocimiento que el CEN hizo, el 17 de julio de 1978 del CED de la Sección 14, publicada en *Excélsior*, desplegado, 17 de julio de 1978, p. 14.

con la "línea dura" del sindicato que había ido más allá de maniobras tibias o conciliadoras, como lo había declarado el Comité Nacional unos días antes del golpe policiaco del 21 de julio de 1978.⁷⁴

IV. CONCLUSIONES

La lucha de los trabajadores de la SSA, y particularmente la de los trabajadores de la Sección 14, plantea puntualmente todos los rasgos definitorios de la lucha de clases hoy en México. Demuestra los efectos graves de la crisis para los trabajadores y la movilización desde abajo que ésta genera en pro de las demandas reivindicativas.

Señala también cómo el principal obstáculo en esta lucha reivindicativa son los dirigentes "charros", cuyo control vertical sobre los trabajadores difícilmente puede resistir, en un primer momento, los movimientos democratizadores.

Una vez recuperado el sindicato como organización reivindicativa, sin embargo, las direcciones democráticas tienen que enfrentar situaciones complicadas en dos niveles; por una parte, tienen que lograr una estructura que permita el funcionamiento democrático en todos los niveles de la organización, dado que sólo así se puede educar masivamente a las bases y dar cauce a la lucha; por otra parte, tienen que enfrentar todo el aparato de control obrero del Estado, incluyendo a los "charros" y las restricciones legales del Apartado "B".

Esto resulta prácticamente imposible si no se cuenta con la solidaridad de otras organizaciones democráticas y si no existe una generalización de la lucha en grupos cada vez más amplios dentro de todo el sector.

La lucha en el SNTSA planteaba la posibilidad de un retroceso del control estatal sobre un sector muy importante —el Sindicato es segundo, en importancia, en la FSTSE—, perdiendo así bases sociales de apoyo tradicionalmente garantizadas. Lo que se produce de noviembre de 1977 en adelante es una contraofensiva de los dirigentes espurios con pleno respaldo del gobierno; contraofensiva con una perfecta coordinación entre los órganos jurídico-políticos del gobierno y los "charros".

Al verse derrotados y sin haber podido imponer su dominio por la vía de la violencia, los "charros" recurren a otros métodos. Con el recambio de personas en la dirección y adoptando la plataforma de lucha de la corriente democrática, logran recuperar una parte de la legitimidad

⁷⁴ *Excélsior*, desplegado, 17 de julio de 1978, p. 14.

perdida. Se mantienen luego a la expectativa, mientras que las autoridades de la SSA desgastan al movimiento democrático. En la situación de provocación que lleva al paro en el Hospital General el Comité Nacional interviene, escudándose en la legitimidad que le transfiere la parte del sindicato aún bajo su control, para justificar la intervención policiaca contra los trabajadores y sus dirigentes. Su control sobre una parte del sindicato, asimismo, le permite legitimar la decisión de desconocer a la dirección de la Sección 14 y a otros directivos democráticos. Resalta el hecho de que la recuperación del control formal del SNTSA por los "charros" sólo ha sido posible ejerciendo la violencia, con el respaldo total y permanente del gobierno, lo que hace esperar una lucha más larga y pujante de los trabajadores del sector salud.