

Cristina Laurell
**Medicina
y capitalismo
en México**

Este ensayo es una primera aproximación a la interpretación sistemática de los problemas de la salud y la enfermedad y las respuestas que se dan como partes dinámicas de una formación social concreta. Se trata, pues, de analizar cómo determinados procesos sociales llegan a expresarse en la patología que presentan las distintas clases o grupos. Asimismo, se intenta esclarecer la manera cómo aspectos económicos, políticos e ideológicos se combinan en la conformación de los sistemas de atención a la salud y determinan el carácter de los servicios médicos.

La importancia de esta problemática reside en que difícilmente se puede llegar a formular estrategias eficientes para el mejoramiento de las condiciones de salud de las clases trabajadoras, mientras se consideren la salud y la enfermedad como un simple hecho biológico o como el resultado mecánico del mayor o menor grado de pobreza. Tampoco es útil considerar a la medicina como la simple aplicación de una serie de técnicas, cuyo único problema es que no están al alcance de todos.

Por último, quiero aclarar que la tarea no es del todo simple, dado que no existen en muchos casos evidencias empíricas que permitan apoyar ciertas afirmaciones.

SALUD, ENFERMEDAD E IDEOLOGÍA

Hablar de salud y de medicina implica varios problemas conceptuales, que necesitan ser especificados.

Primero es conveniente recordar que la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, y que entre ellas se establece una relación en constante cambio. La enfermedad provoca en el organismo una respuesta biológica tendiente a la salud, que además en muchos casos implica mayor resistencia posterior a esa enfermedad. La salud, por otra parte, contiene a la enfermedad dado que muchas veces no se trata más que de un desequilibrio de los procesos sanos. El enfoque, casi puramente curativo, de la medicina profesional ha resaltado la enfermedad a tal

grado, que aparece como un fenómeno aislado de la salud.

La relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo otra oculta, de carácter ideológico. Es decir, la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para que se presuma enfermedad. Es necesaria, además, una interpretación de este fenómeno. Las bases de tal interpretación no son exclusivamente los conocimientos objetivos y exactos, sino que además en ella interfieren valores socialmente determinados.

Resulta bastante fácil descubrirlos en la explicación de los fenómenos biológicos que se estilaba en otras épocas históricas. Efectivamente, no cuesta detectar el error de interpretación que cometía la gente dominada por una ideología religiosa, cuando consideraba, por ejemplo, a los epilépticos como personas poseídas por espíritus malignos. Pero es mucho más difícil discernir cómo la ideología capitalista interfiere en la definición de la enfermedad, justamente porque esta ideología se presenta como un estadio último y racional del conocimiento.

¿Por qué clasificamos como enfermo al individuo adicto a los narcóticos, mientras que el fumador se escapa a esta definición? ¿Por qué se le da incapacidad al albañil con el brazo izquierdo fracturado y no al maestro, quien se considera enfermo si tiene dolor de cabeza?

Subyacente a nuestra definición de enfermedad está la valoración de la capacidad productiva y competitiva del individuo; es decir, los valores propios de una sociedad que se basa en la explotación del trabajo y fomenta la competencia.¹ Esta definición de la enfermedad no es exclusiva de ningún grupo en particular, sino que penetra a toda la sociedad, porque corresponde a un conocimiento espontáneo de las condiciones de vida: sin trabajo no hay dinero, y sin dinero no hay nada.

La conceptualización profesional médica de la enfermedad, asimismo, lleva el sello de la época histórica que la creó.² El pensamiento médico, que comienza a desarrollarse aceleradamente a partir del siglo pasado, se nutre de una serie de descubrimientos científicos e innovaciones técnicas. Al mismo tiempo, empero, se ve estimulado y orientado por un clima ideológico particular que exalta las ciencias naturales y el individualismo. La medicina se convierte, así, en la ciencia de los problemas biológicos del individuo, y desarrolla una práctica correspondiente.

¹ Conti, L., "Estructura social y medicina". *Medicina y Sociedad*, Ed. Fontanella, Barcelona, 1972, pp. 296-97.

² Véase, para una discusión amplia sobre conceptos médicos profesionales, Freidson, E., *The Profession of Medicine*, pp. 36-41.

Históricamente hablando, esta conceptualización es una novedad. Antes se concebía la enfermedad y su curación como un asunto de la colectividad. Representaba una amenaza contra el grupo, y éste se encargaba de combatirla. La curación implicaba la participación del grupo familiar o de toda la comunidad. A veces la única manera que ésta encontraba para purificarse era expulsar al enfermo.

La concepción de la enfermedad como un problema biológico individual, por otro lado, genera sus propios efectos ideológicos. Desocializa la enfermedad de tal modo que aparece como surgida de los azares de una constitución biológica al margen de la determinación social. Se presenta como un fenómeno del cual no se puede responsabilizar a nadie; ni al individuo enfermo, ni a determinadas condiciones socioeconómicas. Está por encima del bien y del mal, y simplemente es algo que pertenece a la naturaleza. Lo único que le queda al hombre es vencer las adversidades biológicas.

LAS CAUSAS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD

La manera como se concibe la enfermedad orienta la búsqueda de sus causas. El modelo causal clásico de la medicina profesional presenta cada enfermedad como el resultado de la acción de un agente patógeno específico, generalmente de carácter biológico. Es decir, cada enfermedad tiene su causa particular y única. Esta conceptualización de la causalidad surge, y tiene su edad de oro, con el desarrollo de la microbiología, y todavía es modelo dominante dentro de la medicina.

No obstante, se ha descubierto que las causas únicas no permiten la explicación de algunos aspectos de ciertos procesos patológicos, y fracasan por completo en la aclaración de otros. El virus de la poliomielitis, por sí solo, no explica por qué de 100 que se infectan únicamente 20 enferman de gravedad. Parece también poco probable que el azote de los países metropolitanos —el infarto cardiaco— pueda deberse a una causa única.

Surge, con estas observaciones, un modelo causal alternativo, que postula que se necesita de la confluencia de muchos factores para que se presente la enfermedad. Cabe aclarar, sin embargo, que generalmente el modelo multicausal es una versión ampliada del modelo unicausal. En vez de buscar *un* agente, busca varios "factores de riesgo" de carácter biológico o físico-químico. Sigue enfocado hacia el fenómeno biológico individual.

La investigación médica se frena casi siempre cuando sus resultados apuntan en una

dirección distinta a las señaladas: cuando registra que los problemas de la salud y la enfermedad guardan una estrecha relación con la organización social. Un autor norteamericano³ descubre lo que para él es una paradoja: se conoce desde hace 150 años la relación entre el nivel de mortalidad y las condiciones socioeconómicas de determinado grupo, pero prácticamente nadie ha investigado el carácter de esta relación. Visto a la luz de la historia el hecho no es tan paradójico.

Durante el siglo pasado se enfrentaron dos corrientes de pensamiento médico: la sociomédica, que sostenía que la salud y la enfermedad son manifestaciones del proceso histórico-social y la biomédica, que conceptualizaba la enfermedad como un problema biológico individual. Aquélla fue derrotada, primero políticamente junto con los obreros alemanes y franceses en el movimiento revolucionario de 1848, y después ideológica y prácticamente por la corriente biomédica que proponía remedios que no implicaban cambios en la organización social.⁴

El resurgimiento posterior de los planteamientos sociomédicos se ha dado, significativamente en periodos de crisis del sistema capitalista. En los veintes y treintas Sigerist⁵ trabajaba estos temas, y a partir de finales de los sesentas son de nuevo retomados bajo el impulso del auge de la lucha obrera y de otros grupos explotados.⁶

Las corrientes sociomédicas que sostienen un modelo de causalidad social de la enfermedad parten de conceptos distintos de las biomédicas. Ven en la salud y la enfermedad fenómenos colectivos, que se interrelacionan con el resto de los procesos sociales. El hecho de que su manifestación concreta sea un fenómeno biológico en el individuo no niega su carácter social. Es decir, la enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a impulsos exteriores que actúan sobre éste. El hombre no se enferma solo, sino en interacción con los demás hombres y con la naturaleza.

A nivel más general tanto la salud como la enfermedad son producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza. Esto es, depende cómo se la apropia, y cómo en este proceso la transforma. Dado que esta apropiación —el modo de producción— no se reduce a procedimientos técnicos, sino que ante todo son relaciones sociales, el meollo del problema

³ Stockwell, E. G., "Socio-Economic Status and Mortality in the U.S." *Public Health Reports*, n. 76, 1961, p. 1081.

⁴ Rosen, G., "The Evolution of Social Medicine". *Handbook of Medical Sociology*, 2a. ed. Freeman, H. E., Levine, S., Reeder, L. G., (eds.). Prentice-Hall, New Jersey, 1972, pp. 36-41.

⁵ Sigerist, H. E., *Civilización y enfermedad*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1946.

⁶ Véase por ejemplo, Kosa, J., Antonovsky, A., (eds.), *Poverty and Wealth*. Harvard University Press, Cambridge, 1969; Dreitzel, H. P., *The Social Organization of Health*. Ed. MacMillan, Nueva York, 1971; *Medicina y Sociedad*, ed. cit., pp. 287-398.

es comprender cómo las relaciones de producción y de cambio existentes en una formación social concreta se expresan en la relación salud-enfermedad colectiva. Por otra parte, el proceso productivo implica profundos cambios en el medio natural, que se convierte en un medio bioquímico-físico socialmente determinado. Esta transformación es una segunda dimensión explicativa de los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Así, las condiciones socioeconómicas y ecológicas son las causas determinantes de la enfermedad, por cuanto se combinan en constelaciones dinámicas que desencadenan y transforman los fenómenos biológicos. Son causas necesarias pero no suficientes, ya que para llegar a manifestarse como procesos biológicos del individuo actúan a través de "eslabones" biológicos: microorganismos, desnutrición, "stress", etcétera. Debe quedar claro que una misma situación socioeconómica y ecológica puede propiciar la acción de varios "eslabones". de manera que corresponde a varias enfermedades particulares.

Cada formación social crea su propia patología, y es necesario detectar cuáles son los procesos presentes en ella que tienen relevancia para el panorama de la salud y la enfermedad. Para ilustrar esta tesis hacemos a continuación una comparación, entre Cuba, México y Estados Unidos de las principales causas de muerte —expresión última de la enfermedad— y la frecuencia con la cual ocurren. [Ver cuadro 1.]

Aquí se resalta que el panorama de mortalidad de México se distingue sustancialmente de los de Cuba y Estados Unidos. Predominan las enfermedades infecciosas —que para la ciencia médica son problemas resueltos— al tiempo que las enfermedades del "desarrollo" comienzan a cobrar importancia. El desarrollo desigual y subordinado, característico del país, se refleja en la presencia simultánea de las patologías de dos mundos.

Todas las enfermedades que causan mayor número de muertes en Estados Unidos tienen directamente que ver con la manera de producir y con las condiciones de vida del capitalismo avanzado: las enfermedades cardiovasculares con la tensión nerviosa, la alimentación y ciertos tóxicos; el cáncer con la creciente contaminación química; los accidentes con el automovilismo y el trabajo fabril explotado. Es particularmente importante notar la frecuencia con que se muere a causa de padecimientos cardiovasculares, para advertir que se trata de una "epidemia" de nuevo tipo, que no se explica como un efecto secundario al abatimiento de las enfermedades infecciosas.

Cuba, por su parte, ha logrado controlar los problemas típicos del "subdesarrollo" sin disponer para ello de más recurso materiales que México. Exhibe algunas causas de muerte iguales a Estados Unidos, pero con tasas mucho más bajas. Se ha liberado, pues,

de las viejas plagas sin crear condiciones que desemboquen en las nuevas. Una vez más discernimos las manifestaciones de la organización social.

LA FORMACIÓN SOCIAL MEXICANA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD

Es difícil expresar qué representan los problemas de la enfermedad para un pueblo, porque incluyen una multitud de aspectos no medióles. No obstante, algunos datos nos pueden servir. En 1970 murieron en México unas 458 mil personas, 200 mil de ellas menores de 5 años. Si la gente de cada grupo de edad hubiera muerto con la frecuencia del grupo correspondiente de Cuba, 213 mil de los 458 mil sobrevivirían, entre ellos 114 mil niños. Es decir, el costo en vidas que arroja la organización social mexicana al año es de 4.6 personas por cada mil habitantes.

Se llega a un resultado muy semejante calculando el número de defunciones que se deben a las enfermedades infecciosas y nutricionales consideradas típicas del "subdesarrollo". Mueren de éstas 219 mil personas al año.⁷

Interesa, entonces, detectar cuáles son los procesos socioeconómicos de la sociedad mexicana que suscitan esta problemática de salud. Por razones de claridad de exposición se presentarán por separado la situación rural y la urbana.

Generalmente se supone *a priori* que los problemas de la enfermedad son más agudos en el campo, incluso en los casos cuando los datos apuntan en otra dirección.⁸ Esta suposición se relaciona evidentemente con el optimismo desarrollista que durante muchos años fue el centro de la ideología oficial. Se supone que a mayor "desarrollo" corresponde mayor bienestar en todos los órdenes. Estas creencias, empero, no concuerdan con la experiencia histórica general del desarrollo del capitalismo. En términos generales se pueden distinguir dos momentos en este proceso respecto de sus manifestaciones en la salud y la enfermedad colectivas: el primero se caracteriza por el empeoramiento en las condiciones de salud;⁹ en una segunda etapa la patología predominante cambia cualitativamente, la tasa de mortalidad baja y la esperanza de vida aumenta.¹⁰

Esta experiencia nos indica que es más fecundo emplear un modelo basado en la dinámica

⁷ *Demographic Yearbook 1971*, ONU, Nueva York, 1972.

⁸ Vilchis Villaseñor, J., "Epidemiología de las diarreas", *Salud Pública de México*, n. 9, México, 1969, p. 741.

⁹ Engels, F., *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Ed. Esencias, Buenos Aires, 1974, pp. 98-128.

¹⁰ Rosen, G., op. cit.

real del proceso de desarrollo y no concepciones lineales que hacen caso omiso del contenido real de los procesos históricos. Formulado el problema así, se entiende que los problemas de salud del campo no son necesariamente más graves que los de la ciudad. Incluso es bastante probable que ocurra al revés, dado que las contradicciones que implica el modelo de desarrollo del país tienden a agudizarse en las ciudades con mayor crecimiento industrial. Esta hipótesis la apoya el hecho de que el Distrito Federal muestra una de las tasas de mortalidad infantil más altas del país: 78.4 por 1000 nacidos vivos.¹¹

EL CAMPO: COMERCIALIZACIÓN, PROLETARIZACIÓN Y SALUD

El desarrollo capitalista implica una serie de transformaciones en la estructura socioeconómica agraria que tienen relevancia respecto de la problemática de la salud y la enfermedad que allí se vive.

Dicho desarrollo tiende a obligar a los pequeños cultivadores a orientar su producción al mercado a expensas de la producción para el autoabastecimiento, sujetándolos a una relación de intercambio desigual. Al mismo tiempo tiende a crear una rápida proletarización y/o semiproletarización. La intensidad de este proceso la ilustra el hecho de que aproximadamente la mitad de la población rural económicamente activa¹² son jornaleros sin acceso a la tierra, mientras que un alto porcentaje de los pequeños productores directos se ven obligados a complementar sus ingresos con trabajo asalariado. El rápido crecimiento de la oferta de mano de obra, aunado a una demanda muy inferior, mantiene los salarios extremadamente bajos, crea desempleo crónico y expulsa a grandes grupos humanos del campo.

Esto implica cambios en la estructura de clases y en las relaciones de producción y de cambio. La explotación del proletariado rural se da, por supuesto, a través del trabajo y en condiciones que dificultan su organización en defensa de sus intereses. La extracción del plusproducto del pequeño productor se efectúa a través del mercado en el intercambio desigual entre productos agrícolas e industriales. Otro mecanismo importante es el crédito usurero, que además obliga a la siembra de cosechas comerciales.

Una de las consecuencias de esto es que las formas de explotación se individualizan, ya que no es la comunidad como tal la que está sujeta a la explotación, sino cada uno de sus miembros en forma individual. La diferenciación interna de la comunidad hace que ésta

¹¹ Heredia, D., "El incremento de la mortalidad infantil en México". *Gaceta Médica*, n. 103, México, 1972, p. 6.

¹² IX Censo General de Población 1970. Dirección General de Estadística, SIC, México, 1972.

desaparezca como tal, y que lo determinante para las condiciones de vida y de trabajo no sea la pertenencia a un sistema ecológico y socioeconómico homogéneo sino la pertenencia de clase. Esta diferenciación también se refleja en la aparición de grupos de distinta morbimortalidad.

Un estudio comparativo de morbilidad realizado en dos poblaciones rurales de distinto grado de desarrollo capitalista confirma esta dinámica.¹³ Se encontró que la morbilidad general fue un 40% más alta en el pueblo que mayor grado de desarrollo capitalista había experimentado. El análisis de la morbilidad según la clase o el grupo social demostró que la población asalariada se enferma dos veces más que la no-asalariada. Otros elementos que influyen sobre el estado de salud fueron el desempleo temporal, el estatus migratorio y, en menor grado, el tipo de cultivo y de comercialización de la producción. La influencia en la salud y la enfermedad de aspectos ambientales como la vivienda, la calidad del agua, el tratamiento de los desperdicios y excretas estaba sobredeterminado en todos los casos por las condiciones socioeconómicas. Resulta de suma importancia notar que en el pueblo con menor grado de desarrollo capitalista la diferenciación, en cuanto a morbilidad, entre estos grupos era bastante insignificante y se presentaba únicamente respecto a la condición socioeconómica y no respecto a la ambiental.

Hay que apuntar algunos datos más para ubicar y relacionar los aspectos aislados dentro de un proceso dinámico que explique el empeoramiento de la salud.

En el paso de una economía natural a una economía mercantil, la relación del productor con la tierra cambia. En aquella es un medio directo que sirve para la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, habitación y vestido. La producción, así, garantiza mínimamente la sobre-vivienda y los productores tienen cierto control directo sobre sus condiciones de vida. Además, los conocimientos tradicionales permiten orientar la utilización de diversos elementos de la naturaleza para asegurar un cierto equilibrio en la alimentación.

Este cambio en la utilización de la tierra transforma la relación con la naturaleza. Ahora no se trata de producir lo necesario sino lo máximo. La introducción de nuevas técnicas, como son, por ejemplo, los insecticidas y fertilizantes, implica cambios ecológicos cuyos efectos no están previstos. Los monocultivos comerciales son más vulnerables, tanto a los azares biológicos y climatológicos como a fluctuaciones en el mercado. Se pierde, pues, el control sobre los medios de subsistencia. Por otra parte, tanto los pequeños productores como los

¹³ Laurell, A. C., *Enfermedad y desarrollo* (en prensa).

jornaleros, que para satisfacer sus necesidades básicas dependen del dinero, tienden a cambiar sus patrones tradicionales de consumo bajo la presión de la propaganda. Se transforma así la dieta con la inclusión de productos elaborados, muchas veces caros y de bajo valor nutritivo, y la exclusión de otros que ya no se producen o no se utilizan. La desnutrición crónica se extiende endémicamente,¹⁴ predisponiendo a la población a las enfermedades infecciosas.

La creciente división del trabajo se expresa en el desempleo temporal y en redefiniciones importantes en los grupos primarios. El tiempo que no se emplea en trabajar la tierra es tiempo muerto, ya que no se puede dedicar a la producción, de artículos complementarios de la economía familiar. Dado que el sostén de la familia ya no son ciertos recursos naturales que se pueden utilizar de manera variada, sino el ingreso por la venta de un producto comercial o por un salario, los grandes grupos familiares tienden a desaparecer porque su capacidad para absorber mano de obra se reduce. Cada cual, tan pronto como llega a la edad productiva, tiene que resolver por sí solo los problemas de sobrevivencia.

LA CIUDAD: INDUSTRIALIZACIÓN, CONTAMINACIÓN Y SALUD

Gran parte de la problemática que determina las condiciones de salud en el campo se presenta también en las ciudades, a veces en forma agudizada. Hay que añadir, además, los problemas propios de los procesos de industrialización y de urbanización.

Dos características de la política económica implementada a partir de los años cincuenta tienen particular relevancia para el entendimiento de los problemas de la salud y la enfermedad: la baja inversión social y la protección al capital.¹⁵ Estos dos aspectos del proceso de desarrollo se manifiestan claramente en las condiciones generales de vida y de trabajo de las clases trabajadoras.

La forma caótica de crecimiento de los centros industriales, sin la creación de una infraestructura mínima de servicios públicos, se traduce en un primer elemento de un ambiente nocivo. A la escasez de agua, por lo demás contaminada, a la contaminación fecal, a los basureros improvisados, hay que añadir un aire contaminado por los gases de automóviles e industriales. La emisión de contaminantes en el valle de México fue en 1972 de 4900 toneladas al día.¹⁶ Millones de personas hacinadas en viviendas defec-

¹⁴ Véase por ejemplo Mead, M., *Cultural Patterns and Technical Change*. Ed. Mentor Book, Washington, 1955, pp. 194-201. Hughes, C. C., Hunter J. M., "Disease and 'development' in África". *The Social Organization of Health*, ed. cit., pp. 75-80.

¹⁵ Solís, L., *La realidad económica mexicana*. Ed. Siglo XXI, México, 1970, pp. 99-108.

¹⁶ Suárcz, L., *La contaminación*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1970, p. 27.

tuosas¹⁷ sufren los efectos de esta naturaleza "socializada". Las enfermedades contagiosas —diarreas, parasitosis, infecciones de las vías respiratorias, etcétera— encuentran condiciones óptimas para su propagación. Prenden en organismos en malas condiciones físicas, ya que la desnutrición no es menos común en la población urbana que en la rural, y surgen por las mismas causas que en las zonas rurales, con el agravante de que la ciudad no permite la utilización de muchos elementos nutritivos que el campo ofrece: raíces comestibles, reptiles, insectos, etcétera. El aire contaminado irrita los bronquios, abriéndole paso a las infecciones.

La conjugación de estos factores adversos probablemente explica en parte el aumento de la mortalidad infantil —indicador sensible de las condiciones de salud— que se registró a partir de 1965 ante todo en las y todo urbanas.¹⁸

Las condiciones de vida descritas no son exclusivas del subproletariado urbano; lo son también de grandes grupos del proletariado industrial y de los servicios. Este hecho nos remite de nuevo a buscar una explicación de sus causas en los procesos socioeconómicos y políticos propios de la formación social mexicana. Ya se ha visto que los movimientos migratorios del campo a la ciudad en parte se explican por los efectos del desarrollo capitalista en el agro. Los inmigrantes recientes llegan a integrarse a las filas de los desempleados carentes de recursos tanto económicos como organizativos. Faltaría explicar por qué el proletariado propiamente dicho no ha logrado mejorar sus condiciones de vida.

La política de apoyo al capital se complementa naturalmente con una política de contención de las luchas reivindicativas de los trabajadores. Ésta se ha instrumentado a través del sindicalismo controlado y la franca desorganización de los obreros —en 1970 únicamente el 36.3% de la fuerza de trabajo industrial y el 13.1% en servicios estaban sindicalizados—,¹⁹ por un lado, y mediante una ideología de colaboración de clase en aras del desarrollo nacional, por el otro. Es cierto que esta estrategia se puso en entredicho durante los últimos años de la década pasada y entró en plena crisis bajo la presión de la crisis económica y política generalizada de los últimos tres años. No obstante, los intentos reformistas no han cambiado sustancialmente el panorama.

¹⁷ Puente Leyva, J., "El problema habitacional". *El perfil de México en 1980*. Ed. Siglo XXI, México, 1970, t. II, p. 257.

¹⁸ Heredia, op. cit., p. 491.

¹⁹ *Anuario Estadístico Compendiado 1970*. Dirección General de Estadística, SIC, México, 1971.

El freno a las luchas reivindicativas permite entender el nivel salarial relativamente bajo y las precarias condiciones de vida. Además explica por qué las medidas de protección al trabajador en los centros de trabajo se encuentran a un nivel rudimentario, mientras que todos los mecanismos de intensificación del trabajo propios del capitalismo industrial avanzado son impulsados. Estos hechos no pueden más que expresarse en los procesos patológicos que sufren las clases trabajadoras. Ya no es privativo de las clases dominantes sufrir de las enfermedades de la sociedad "moderna". La úlcera y el infarto han pasado a ser, también, de los trabajadores.

Son pocos los estudios que se ocupan de los problemas de la salud y la enfermedad entre las distintas clases, de manera que es difícil ilustrar directamente con datos la dinámica descrita. Vale la pena, no obstante, mencionar un estudio comparativo que investiga la diferencia de problemas de salud entre la clientela de la medicina privada y los pacientes del Hospital General de la ciudad de México.²⁰ Acotemos que tiene la limitación de basarse en datos referidos a una población seleccionada, en la medida en que ha llegado a los sistemas de atención médica.

La patología típica de los pacientes del Hospital General —obreros no organizados, subproletariado urbano y clases trabajadoras rurales— se puede resumir de la siguiente manera:

- alta frecuencia de enfermedades infecciosas como pulmonía, enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis y amibiasis; cirrosis hepática; problemas graves de la piel; cáncer en estados avanzados; complicaciones del parto y del aborto provocado; desnutrición en el adulto;
- presencia simultánea de varias enfermedades;
- enfermedades en estado avanzado;
- alta mortalidad (en los servicios de medicina interna el 25% de los pacientes fallecen).

La patología de la clientela privada —burguesía y capas medias altas— se caracteriza por:

- frecuencia más baja de enfermedades infecciosas;
- predominio de enfermedades degenerativas, cáncer en estado poco avanzado, enfermedades sicosomáticas y neuróticas ;

²⁰ Celis, A., Nava J., "La patología de la pobreza", *Revista del Hospital General*, n. 33, México, 1970, p. 31.

—detección temprana de la enfermedad.

Estas diferencias se reflejan en las causas de muerte de los distintos grupos sociales. La amibiasis como causa de muerte es 30 veces más común entre los pacientes del Hospital General que entre los pacientes privados; la tuberculosis 8 veces más común, la hepatitis 6 veces, las enfermedades respiratorias agudas 4, la cirrosis 3.5 y las enfermedades reumáticas crónicas 3.5.

Aparte de las diferencias obvias entre las distintas clases que estos datos ponen al descubierto, es importante notar que los grupos se enfrentan a ellos de manera distinta. La burguesía y las capas medias tienen libre acceso a la medicina profesional y se atienden antes que la enfermedad haya progresado. Las clases representadas en el Hospital General no pueden admitir la presencia de la enfermedad hasta que está tan avanzada que materialmente no pueden seguir trabajando o hasta que todos los otros remedios han fallado. No tienen más alternativa que las instituciones públicas, que disponen de recursos bastante limitados para atender a una parte mayoritaria de la población. Así, la atención a la salud es otro problema relacionado con la organización de la sociedad.

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA MEDICINA

Es característica de los sistemas de atención médica del país la existencia de una multitud de instituciones, que en la práctica funcionan sin coordinación entre sí y que distribuyen sus servicios muy desigualmente entre los grupos sociales. Comúnmente se buscan las razones de la situación imperante en el comportamiento antisocial de los médicos en las dificultades que ofrece un vasto territorio, en los intereses creados de la burocracia de las distintas instituciones o, finalmente, en la relativa pobreza del país. Cada uno de estos intentos explicativos puede aportar algo de verdad, pero resulta claro que evaden los problemas centrales.

Para explicar la conformación de los sistemas de atención a la salud —el popular, el privado y el institucionales necesario tomar en cuenta una serie de aspectos económicos, políticos e ideológicos que los han creado y los mantienen. La medicina, en el terreno económico, es uno de los elementos que garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo en términos cuantitativos y cualitativos. Además, da origen a una poderosa industria médico-farmacéutica que nutre y que actualmente la determina en forma parcial. Finalmente se

encuentra, entre los aspectos económicos relacionados con la forma organizativa de la medicina, la magnitud del mercado disponible para los servicios producidos por ella.

Entre los aspectos políticos relevantes al problema ha que considerar el grado de organización de las clases sociales y el nivel de lucha política y reivindicativa que despliegan. Importa para la organización de las instituciones tipo de Estado; ya que el estado liberal limitará su actividad en este campo a la solución de algunos problemas de salud pública, que no pueden ser resueltos por la medicina privada, mientras que el Estado de corte "benefactor" se encargará de la organización y asumirá el costo de la atención médica. Por último, interviene la organización de L médicos como grupo social con intereses propios, aunque si organizaciones fungen como portavoz de los intereses d complejo médico-industrial —grandes compañías de según y cadenas de hospitales— en algunos países.

En lo ideológico hay que tomar en cuenta las doctrinas económicas dominantes, ya que el liberalismo económico asignará a la medicina como un campo más de la iniciativa privada, mientras, por ejemplo, la doctrina keynesiana tenderá a enfocar la atención a la salud como un problema que corresponde al Estado. Asimismo, la medicina puede ser estructurada para reforzar algunos supuestos de la ideología dominante como la Igualdad, la Seguridad, el Bienestar. Operan, además, aspectos que surgen del cuerpo ideológico la misma medicina, dado que la concepción imperante de enfermedad dictará las medidas a tomar en su contra. Si considera la enfermedad como un castigo divino, hay que conciliarse con los dioses. Si se percibe como un problema individual biológico, hay que vencer la naturaleza aplicando la ciencia y la tecnología.

Bajo la óptica de estos lineamientos el cuadro irracional de los sistemas mexicanos de atención a la salud se convierte en algo comprensible y hasta lógico.

Existen en México tres sistemas principales que se encargan de los problemas «le salud de la población: el estatal o paraestatal (hi Secreluría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado, etcétera), la medicina privada y la medicina popular o tradicional. El cuadro 2 resume los datos relativos a la distribución de los recursos entre los dos primeros y a la población que deben atender. Por razones obvias no existen datos de los recursos de la medicina popular, ni de la población que atiende.

Se calcula, empero, que unos 15 a 20 millones de mexi-nos se encuentran al margen de los

sistemas médicos profesionales. Éstos son los pacientes de la medicina popular, ya que tienen que recurrir a los curanderos, hueseros, yerberos. Se trata de grupos sociales — minifundistas, jornaleros, obreros de la pequeña industria, artesanos y subproletariado urbano— que carecen de organización propia capaz de conseguir reivindicaciones mínimas; que no laboran en ramas significativas de la economía capitalista, de manera que ni siquiera importa al sistema la reproducción de su fuerza de trabajo; y que, por sus bajos ingresos, no constituyen mercado para la medicina privada. En una sociedad que se caracteriza por una avanzada división del trabajo social* requisito necesario de la medicina profesional, ellos no pueden aprovechar sus aspectos positivos, a pesar de que su trabajo genera parte de la riqueza que la hace posible.

Si ocasionalmente alguien perteneciente a estos grupos entra en contacto con la medicina profesional en su modalidad privada, será una experiencia que no se repite. El gasto general lo endeuda de por vida; para el pequeño productor significa vender sus medios de trabajo convirtiéndose definitivamente en proletario.

LA MEDICINA ESTATAL Y PARAESTATAL

Formalmente estas clases y grupos están amparados por la SSA. Esta institución, sin embargo, en la realidad no dispone de recursos para atender a la totalidad de la población. Su función socioeconómica más bien es la de encargarse del control de ciertos riesgos de salud, que por su carácter tienen que ser combatidos a nivel global. Se trata, pues, del control de ciertas enfermedades infecciosas y epidémicas que no respetan las fronteras de clase. En fechas recientes se ha añadido el control de la creciente contaminación ambiental acompañante de la industrialización, la urbanización y el automovilismo. Este último aspecto cobró tal importancia que el presente régimen ha creado una subsecretaría del ambiente en la SSA. La actividad de asistencia médica desarrollada por la SSA a través de sus hospitales y el sistema de Centros de Salud cuenta con tan escasos recursos, que no se puede considerar como un intento serio de proporcionar servicios médicos curativos a la población.

En última instancia, el verdadero efecto social de esta institución es crear la convicción de que el gobierno vela por el bienestar de todos los ciudadanos, por pobres e insignificantes que sean.

Es importante recalcar respecto a la SSA que es la única institución médica del país que se

dirige a la totalidad de la población y que, por lo menos en el papel, se orienta por doctrinas que identifican la salud y la enfermedad como un problema colectivo, y que antepone la prevención a la curación. Es decir, cumple los prerequisites para poder estructurar un sistema de atención a la salud que corresponde a las necesidades reales del pueblo, y para jerarquizar los problemas de acuerdo a su importancia social. No obstante, en la práctica, es la institución que menos recursos y posibilidades tiene para desarrollarse como el organizador de todas las actividades sanitarias.

Los diversos institutos de seguridad social —el IMSS, el ISSSTE, el de PEMEX, etcétera— constituyen la parte más importante de la medicina institucional del país. Atienden a una tercera parte de la población y disponen para esto de un 40% de los médicos, así como de presupuestos que son diez o hasta veinte veces más altos que el de la SSA. (Véase cuadro 2.) Los derechohabientes de estas instituciones son principalmente los trabajadores sindicalizados del sector privado y estatal. Son grupos, pues, que se caracterizan por su importancia económica o política.

La seguridad social,^{*} sin lugar a dudas, es una reivindicación obrera lograda en la lucha contra los patrones. Esto explica por qué los grupos obreros caracterizados por su combatividad, como los ferrocarrileros, petroleros y electricistas, la obtuvieron antes que el resto de las clases trabajadoras. Como contraparte está el hecho de que grandes grupos de trabajadores carentes de organización sindical —forma primaria de organización obrera— siguen sin esta protección.

La seguridad social, sin embargo, es mucho más que esto. Permite a los capitalistas disponer de una fuerza de trabajo en aceptables condiciones físicas, lo que resulta importante ante todo en el caso de la mano de obra calificada, que no es fácilmente sustituible. Adiestrar a un trabajador representa cierto gasto para la empresa, que posteriormente debe recuperarse. La enfermedad o muerte del trabajador adiestrado significa una pérdida para el patrón.

El caso de los cortadores de caña muestra claramente que se protege a la gente en su calidad de mano de obra. Los cortadores, que son trabajadores temporales, tienen derecho a los servicios del IMSS únicamente durante los meses que trabajan en la zafra, quedando sin protección el resto del año.

Por otra parte, la institucionalización y la reglamentación, en condiciones ideológicas

* Se hablará aquí de la seguridad social en general a pesar de que la atención médica no es más que una parte de ella. No obstante, es la parte más importante.

favorables al capital, respecto a lo que debe considerarse enfermedad beneficiaria al empresario en contra del trabajador.

El tercer actor que aparece en el análisis del sistema de seguridad social es el Estado, que en el caso mexicano adquiere cierta preponderancia. Cabe recordar que los institutos tienen una estructura tripartita. Así, por ejemplo, el órgano supremo del IMSS, la Asamblea General, está constituido por 10 representantes por el Ejecutivo Federal, 10 por las organizaciones patronales y 10 por las organizaciones obreras. Toca al Ejecutivo determinar cuáles de las organizaciones existentes deben intervenir en la asignación de representantes.²¹ Este poder, junto con el hecho de que los institutos de seguridad social son feudos de la alta burocracia política, los convierten en instrumentos económicos y político-ideológicos del Estado.

El financiamiento de la seguridad social se efectúa a través de contribuciones de las mismas tres partes. La contribución del Estado es una forma más de subsidio al capital, dado que significa la canalización de fondos públicos no a la solución de problemas de toda la población, sino a un sector clave en la acumulación capitalista. Es decir, el Estado asume parte del costo social de la reproducción de la fuerza de trabajo industrial. La importancia de esto resalta aún más si se recuerda que los empresarios suelen deber grandes cantidades al IMSS. En 1972, por ejemplo, se mencionó una deuda patronal de 2 mil millones de pesos.

La seguridad social, por otra parte, representa un recurso político en manos del Estado. En efecto, el primer sistema de seguridad social en el mundo, instituido por Bismarck en 1882,²² era un intento de restarle fuerza al movimiento obrero alemán en su enfrentamiento con la débil burguesía. La actuación del Estado mexicano no se distingue en lo fundamental de la bismarckiana. El Estado ha concedido derechos de seguridad social a ciertos grupos obreros combativos y promovido la inclusión de otros. En los pocos casos de grupos rurales que están amparados por la seguridad social, casi siempre se encuentra en los antecedentes un conflicto político agudo. Recuérdese, por ejemplo, que una de las soluciones que se dio al conflicto violento en la zona henequenera de Yucatán en 1972-73 fue el establecimiento de una red de clínicas del IMSS.

La seguridad social, por último, es un elemento importante de la ideología de conciliación de clases. Pretendo demostrar que la contradicción entre capital y trabajo se

²¹ *Ley del Seguro Social*, IMSS, México, 1973.

²² Rosen, op. cit., p. 47.

puede resolver en el terreno del consumo sin cambios esenciales en las relaciones de producción.²³ Recoge y da respuesta a ciertas demandas que exigen la satisfacción de necesidades básicas para evidenciar que no hacen falla grandes convulsiones sociales para solucionarlas.

En México puede parecer que el argumento no es del todo convincente, dada la selectividad «le Ion sistemas de seguridad social. La estructura tripartita de las instituciones, no obstante, se presenta como la expresión del pálelo .solidario entre capitalistas, obreros y Estado. La exclusión de una parte mayoritaria de la población de estas instituciones la justifican con la falta de recursos, y desaparecerá, se dice, tan pronto como el país tenga mayor rapacidad económica. El razonamiento, así, cobra cierta credibilidad para los grupos con presencia política y abre expectativas a los grupos desorganizados.

LA MEDICINA PRIVADA

La medicina privada, que agrupa a casi la mitad de los médicos para atender al 18% de la población (véase cuadro 2), es la forma capitalista clásica de producción de servicios médicos. Independientemente de las profesiones de fe en el humanismo y de las actitudes apostólicas, la medicina privada es obviamente un sistema de producción de servicios que se venden en el mercado. El carácter netamente comercial de la medicina privada explica por qué tiene un desarrollo cuantitativo bastante modesto en México. Su alto costo y el nivel salarial bajo de las clases trabajadoras tienen como resultado que los servicios médicos privados los consuman, ante todo, la burguesía y algunas capas medias.

Las mismas restricciones del mercado explican por qué no se han suscitado enfrentamientos entre la medicina institucional y la privada, como suele suceder en otros países. La medicina institucional mexicana simplemente no compite con la privada, ya que a ésta no le interesan las grandes masas de obreros y campesinos con ínfimos ingresos.

El hecho de que los servicios médicos privados asuman la forma de mercancías no debe llevar a pensar que su precio se fija en el libre juego de la oferta y la demanda. Interfieren una serie de factores extraeconómicos y, en última instancia, cuando de la vida

²³ Mendieta y N. L., "Introducción a la sociología de la seguridad social". *Revista Mexicana de Sociología*, n. 25, México, 1963, p. 879.

se trata pocos son los que regatean o buscan hasta encontrar lo más barato.

El Estado, por su parte, se abstiene de intervenir en esta rama de la medicina. Las modestas iniciativas estatales para canalizar una parte de los recursos médicos privados a la población más necesitada suelen terminar en creaciones formalistas, que no pueden aplicarse en la práctica.

El ejemplo más reciente es la estipulación del Código Sanitario que ordena que el 5% de las camas de los hospitales privados debe destinarse a pacientes indigentes. La respuesta inmediata de muchos empresarios médicos fue utilizar el recurso del amparo, logrando una excelente posición de negociación. El resultado final es que no se pueden utilizar las camas privadas hasta que estén ocupadas las públicas, y, en todo caso, el paciente tiene que presentar un estudio socioeconómico que compruebe que carece de recursos, cosa difícil cuando se trata de una emergencia.

Puede pensarse que la tolerancia estatal frente a la medicina privada no tiene consecuencias, dado que ésta aparentemente no extrae recursos del sector institucional, ya que los pacientes la financian. Este argumento no se sostiene, porque la medicina privada emplea recursos humanos cuyo adiestramiento se paga con fondos públicos que bajo otras circunstancias se utilizarían en el sector institucional.

LA MEDICINA PROFESIONAL: MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍA

Hasta ahora se ha presentado únicamente la dinámica económica, política e ideológica que determina la estructura de las instituciones médicas. Es indispensable complementar este análisis con algunas consideraciones respecto del contenido de los servicios.

No existe ninguna diferencia sustancial entre la práctica médica institucional y la privada. Ambas se sustentan en las mismas concepciones ideológicas, fijan prioridades en base a los mismos criterios y emplean medios similares. La única excepción a esta regla constituye una parte de las actividades desempeñadas por la SSA.

Como se ha visto, las corrientes dominantes del pensamiento médico identifican a la enfermedad como un fenómeno biológico individual, cuya causa se puede ubicar a determinado nivel en el organismo. La práctica terapéutica se expresa en términos complementarios.

En primer lugar, se ampara la unidad dialéctica salud-enfermedad, concentrando toda la

atención en la enfermedad. Esto se traduce en un comportamiento defensivo: se cura o mitiga la enfermedad en vez de impedir que se presente. La actividad médica así, es una actividad justificadora de un sistema social que produce diarreas, úlceras, infartos y accidentes, para después ofrecer remedios científicos, médicos, como compensación.

En segundo lugar, dado el supuesto carácter individual del problema, se dirigen los esfuerzos al individuo biológico, o a una parte de él, abstrayéndolo de su definición social. Se reflejan, pues, los valores individualistas de la ideología dominante, y sólo se garantiza que el individuo tenga posibilidad de restablecer su capacidad competitiva en una sociedad competitiva.²⁴

En tercer lugar, se postula que a causas específicas corresponden remedios igualmente específicos. Se utiliza en la terapia medicamentos y procedimientos que se basan en una tecnología avanzada. Esta orientación de la medicina se refleja fielmente en la investigación médica que se realiza en el país: el 64.4% es investigación clínica, otro 31.3% se clasifica como investigación básica y el restante 4.3% es investigación en salud pública.²⁵

Las terapias farmacológicas y tecnológicas se derivaron originalmente de avances científicos, pero es posible afirmar que hoy se han invertido los términos. Se impulsa, a través de la canalización de presupuestos, el tipo de medicina que consume productos de la industria médico-farmacéutica. La importancia de este complejo industrial se ilustra con datos. La inversión en la industria farmacéutica fue en 1970 aproximadamente de 5 mil millones de pesos, reportando ganancias de alrededor de 2 mil millones, al tiempo que se importaban productos farmacéuticos por un valor de IOS millones de pesos. La inversión en la industria de materiales y tecnología médica fue de 184 millones de pesos con ganancias de 57 millones, y las importaciones representaban un valor de 175 millones de pesos.²⁶

Hay que añadir que los productos y procedimientos implicados no sólo permiten la extracción de grandes ganancias, sino que en algunos casos se convierten en una amenaza contra la salud. Los efectos nocivos del uso indiscriminado de antibióticos, por ejemplo, es del conocimiento común.

²⁴ Contí, op. cit., p. 297.

²⁵ Echeverría, A. E., Ordóñez, B. R., Alvarez, C. R., *La investigación para la salud en México*. Ponencia presentada en la I Convención de Salud, México, 1973, p. 7.

²⁶ *IX Censo industrial 1970 y Anuario Estadístico de Comercio Exterior 1972*, Dirección General de Estadística, SIC, México.

Cabe preguntarse, finalmente, cuál es el impacto de esta medicina profesional sobre los problemas colectivos de salud enfermedad. Resulta claro que, dados la organización y el contenido que actualmente la caracterizan, es incapaz de influir relevantemente en la solución de la problemática sanitaria del país.

Es imposible planear la utilización racional de los recursos existentes, ya que no se encuentran integrados en un solo sistema, sino dispersos en muchos; cada uno está sujeto a su particular dinámica sociopolítica y económica, a veces distante de las necesidades de las clases trabajadoras. Un sistema médico no puede funcionar óptimamente si no tiene capacidad para distribuir y organizar los recursos existentes según un plan que jerarquice prioridades de acuerdo con la importancia social de cada problema.

Esto nos lleva al segundo problema que resta efectividad a la medicina mexicana. Fijar estas prioridades implica varias cuestiones: anteponer el interés colectivo al individual; ubicar los problemas de la salud y la enfermedad dentro de su contexto socioeconómico y biológico; poder actuar en contra de sus causas determinantes y no tan sólo sus manifestaciones biológicas; dar supremacía a la prevención frente a la curación; utilizar fármacos y tecnología sólo cuando resulta necesario; y anular la subordinación a los "avances tecnológicos".

Debe quedar claro que los sistemas de salud mexicanos están lejos de poder fijar este tipo de prioridades. Los sistemas de salud capitalistas, como el mexicano, demuestran un desarrollo muy desigual en todos los terrenos y tienden a reproducir y acentuar la desigualdad existente. Hay, en efecto, una relación inversa entre las condiciones de salud de las diferentes clases y los recursos que se destinan a su mejoramiento: a mayores problemas, menores recursos, y viceversa.

Es necesario concluir, pues, que los sistemas de atención a la salud no desempeñan un papel preponderante para el mejoramiento de la salud colectiva.

Incluso se impone una conclusión paradójica; mientras los sistemas de atención a la salud sean solamente eso, serán bástanle ineficientes. Ocurre así porque expresan una visión parcializada de la realidad, divide a ésta en retazos y encarga a especialistas el cuidado de cada parcela particular, impidiendo que se vean las relaciones que las partes guardan entre sí. Es necesario, entonces, que los conocimientos especializados se articulen de una manera nueva.

La inanición y la enfermedad se reflejan en la cara de toda la clase trabajadora. Se reconoce a primera vista. Cualquiera que la haya observado no llamará a ninguno de sus miembros hombre libre. El término ha quedado sin sentido.

Agobiado con tantas causas de enfermedad, el pobre está expuesto a numerosas desgracias en cuanto sucumbe a una de ellas.

Estremecido por la fiebre, se aferra a su duro trabajo para mantener a su mujer y a sus hijos hasta que su organismo se derrumba bajo el peso de tanta miseria.

Quizá llama a un médico y cuando llega implora su ayuda. La indigencia le niega medicamentos, comida apropiada y asistencia.

—John Peter Frank, 1790, en su discurso *La miseria del pueblo; la madre de la enfermedad*

. . . las epidemias artificiales son atributos de la sociedad . . . ocurren como el resultado de las contradicciones sociales, y también como manifestaciones significativas del proceso histórico . . .

—Rudolf Virchow *Medicinische Reform* 1848