

## Reseñas

BASAGLIA, Franco (comp.) *La Salud de los Trabajadores, aportes para una política de la salud*/Trad. Horacio Serafín, 3a. ed. México, D.F., Editorial Nueva Imagen, 1982, 521 p.

Mostrar en que medida la salud de los obreros representa un problema para ellos, para el Estado, así como para la empresa capitalista, es la finalidad de esta obra, que comprende las 18 ponencias presentadas por integrantes del Grupo de Prevención e Higiene Ambiental del Consejo de una importante fábrica italiana, en el coloquio organizado por la Coordinación Toscana del Partido de Unidad Proletaria, llevado a cabo en Florencia, en 1973. El libro contiene un prólogo, en el cual se señala que el presente documento inicia una colección cuyo objetivo es dar a conocer la problemática que se deriva de la salud y de la enfermedad, una amplia introducción y una extensa bibliografía.

A lo largo de la obra se plantea una concepción más amplia para enfocar el aspecto de la salud que sólo podrá aplicarse cuando se tomen en cuenta, en el proceso en que suceden salud y enfermedad, las acciones de los conjuntos sociales, en particular las de los trabajadores, lo cual sería el resultado de un proceso social e ideológico en el que la salud resulte el objetivo primordial.

Igualmente se hace referencia al “modelo médico”, concepto reconocido oficialmente a partir de la tercera década del siglo XIX, cuyo sentido ha ido modificándose según el desarrollo histórico y los sistemas de gobierno. Por consiguiente, el “modelo médico” no siempre ha significado lo mismo, ya que en los cuatro factores que lo condicionan: el económico-político, el institucional, el de la práctica médica y el ideológico, ha sufrido múltiples variaciones, mismas que aquí son analizadas y explicadas ampliamente. Se aborda también la forma en que el Estado capitalista ha

ido asumiendo funciones planificadoras y directivas respecto a la salud y continúa comentando que la peor crisis por la que atravesó el "modelo médico", aconteció en este siglo, en los sesenta, y estuvo relacionada con la crisis científica, y ligada a serios conflictos sociales y políticos. Sin embargo, actualmente se ha generalizado el criterio acerca de lo que debe ser el "modelo médico", el cual tiene ya una significación mucho más profunda.

Se ofrecen algunas consideraciones que representan un paso importante en la consecución de un enfoque más completo acerca de la atención que debe dársele a la salud, a la cual considera estrechamente vinculada con el salario, tipo de ocupación, horario extra, desarrollo productivo y económico, igualdad social y libertad. Por otra parte, pretende mostrar que la situación de las grandes masas, en particular en Italia, es explosiva desde el punto de vista de la sanidad social.

En general la obra presenta una homogeneidad en sus enfoques y aun cuando se dan algunas divergencias de opinión, especialmente en lo que se refiere a los métodos que deben adoptarse para luchar por la salud obrera, existe un criterio similar en todas las ponencias sobre la salud y la enfermedad en la clase trabajadora, el cual se contempla como un asunto político tanto como médico.

Se hace igualmente un resumen histórico de las condiciones precarias por las que atravesó la salud del obrero, hasta llegar a la época actual, en que las enfermedades empiezan a ser contempladas dentro de un marco social; se mencionan las principales demandas de los trabajadores en su lucha por su salud, las cuales se basan en la reducción del ritmo de trabajo, en la disminución de la actividad parcializada y repetitiva, así como en la obtención de un buen salario.

Entre los temas más significativos que se abordan, se encuentra el de la necesidad de sustituir la patología individual y subdividida en apartados por una patología colectiva departamental. A la psiquiatría se le considera como una manifestación de un aparato represivo, que desempeña el papel que la sociedad capitalista le impone. Igualmente se hace hincapié en que deben crearse organismos competentes, con posibilidades reales de acción, que intervengan no sólo en los centros de trabajo, humanizándolos, sino también en hospitales y universidades, a fin de racionalizar y condicionar las prácticas y los estudios de medicina a las necesidades reales.

Al hacer un balance de la lucha por la salud entre sus fallas y logros, se comparan los avances obtenidos por el sector industrial, que resultan superiores a los del sector agrario y, por otra parte, se dan ejemplos de las diferencias de condiciones existentes en diversas regiones de Italia, incluyéndose algunas indicaciones para continuar la lucha por la salud de la clase obrera y para la reforma sanitaria.

Por último cabe señalar que en una de las conclusiones a las que se llegó en dicho encuentro, se puso de manifiesto que el esfuerzo de los trabajadores para solucionar su problema de salud deberá convertirse en lo

futuro en una lucha más generalizada, que incluya la liberación del hombre de la explotación y de la alienación, lo cual será factible cuando el aspecto salud sea asumido como un hecho social y colectivo.

ANA GREÑAS BOLADO

BROWN, E. Richard, *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, University of California Press, Berkeley, California, 1979.

En la última década se ha observado un auge en la producción de trabajos que analizan la salud desde una perspectiva social —entiéndase política, económica, cultural—. Este fenómeno no responde a la mera “curiosidad sociológica”, sino a las dificultades que enfrentan la medicina y sus disciplinas biológicas compañeras para ir más allá del proceso en que suceden los fenómenos salud y enfermedad y de la noción asistencial que se tiene de este proceso.

Al definir al individuo en su contexto sociohistórico, las reflexiones surgidas en este nuevo campo de estudio sobre salud y sociedad pueden aportar nuevas respuestas más fructíferas que los enfoques convencionales. Aunque los trabajos de las ciencias sociales son múltiples y sus explicaciones aún muy heterogéneas y a veces hasta contradictorias, en este paso de lo social hacia lo médico encontramos un importante intento de comprensión integral de un proceso.

E. Richard Brown, en un minucioso estudio del papel de las fundaciones filantrópicas como creadoras del actual sistema de educación médica en los Estados Unidos, busca establecer la vinculación directa de la clase capitalista con todo el sistema médico actual. La pregunta que inspira la investigación gira alrededor de la problemática actual de la medicina (que no es privativa de los Estados Unidos). ¿Por qué con todos los adelantos científicos y tecnológicos de la medicina moderna, no se ha podido atender mejor y resolver las necesidades de salud de la población? El autor repasa las distintas respuestas que se han ofrecido: Mechanic<sup>1</sup> piensa que la tecnología y la industrialización como fuerzas determinantes, en la organización de la salud, es similar y enfrenta los mismos problemas en todos los países industrializados; Vicente Navarro<sup>2</sup> relaciona la tecnología y la organización de la economía en un proceso dialéctico en el cual los dueños de los medios de producción controlan e introducen la tecnología que les sirve y que apoya sus intereses, aun en perjuicio de otros intereses más amplios. Este último enfoque plantea que la organización política y económica de la sociedad genera determinado tipo de innovación tecnológica

<sup>1</sup> Mechanic, David, *Politics, Medicine and Social Science*, New York: Wiley, 1974.

<sup>2</sup> Navarro, Vicente, *Medicine moder Capitalism*, New York, Prodist, 1976.

y que estas innovaciones, a su vez, generan nuevas fuerzas sociales que modifican la tecnología y las relaciones politicoeconómicas.

Brown parte de este último enfoque al afirmar que la fuerza que determina la atención médica actual no es la medicina científica y tecnológica; esta medicina ha sido un instrumento desarrollado por miembros de la profesión médica y la burguesía empresarial ("corporate class") para atender sus intereses. La teoría de Brown se basa en el postulado de que la clase social que posee "desproporcionalmente, dirige y obtiene ganancias del sistema económico dominante, influirá desproporcionalmente en otras esferas de relaciones sociales" (p.4). En su afán por mantener y reproducir sus posiciones de poder y de riqueza, esta clase controla la medicina como otro instrumento de poder y acumulación, sin por esto llegar a tener un control absoluto.

El sistema de mercado que corresponde a la atención médica impulsa la formación de grupos con diferentes intereses en la medicina, v. gr. médicos, hospitales, compañías farmacéuticas y de equipo médico y aseguradoras. Es la intención del autor explicar, por una parte, cómo la clase "corporativa" trata de mantener el control y la coordinación de estos grupos y describir, por otra, las relaciones y las contradicciones entre esta clase y los grupos que juegan distintos papeles en la medicina.

La parte medular del trabajo de Brown se centra en un estudio detallado de las fundaciones creadas por Rockefeller (General Education Board, Rockefeller Institute for Medical Research y la Rockefeller Foundation) y su participación como impulsor del actual sistema de medicina que impera en Estados Unidos y en gran parte del mundo. Analiza la transformación radical de la medicina en los Estados Unidos en el periodo que va 1890 a 1925, época en que la medicina pasa a ser una profesión de prestigio, poder y riqueza. Si bien el eje principal del libro de Brown es la práctica médica, su análisis tiene importantes aportaciones sobre el papel del capital financiero en el mantenimiento del control fundamental en la sociedad a través de las fundaciones.

La primera parte del libro la dedica al análisis de la filantropía en el capitalismo como mecanismo por medio del cual los capitalistas que habían acumulado gran riqueza se permitían repartirla. Las fundaciones e instituciones creadas a principios de siglo por los grandes capitalistas como John Davison Rockefeller y Andrew Carnegie no sólo sirvieron como canal con el cual "civilizarían a las masas" según Carnegie, y "habrían el bien a la humanidad" según Rockefeller; además de que les proporcionaron una manera de "lavar sus conciencias", constituían un instrumento que apoyaría la reproducción del sistema en el que tanto habían acumulado. En un principio no había acuerdo sobre el tipo de actividades que habrían de ser apoyadas. Carnegie donaba millones de dólares para bibliotecas públicas, instituciones médicas, parques, salas de conciertos y por último, iglesias. Mientras que Rockefeller puso énfasis al principio de su carrera de filán-

tropo en la ayuda a las iglesias y misiones, en las obras de caridad y en el apoyo a instituciones de beneficencia y a algunos hospitales.

Según Brown, fue la llegada de un hombre, el reverendo Frederick T. Gates, en la vida de Rockefeller, la que tuvo una influencia fundamental en la creación, no sólo de las fundaciones, sino de su política de filantropía. La historia nos muestra cómo esta política estaría encaminada a crear, moldear y controlar las instituciones sociales que reproducirían el sistema capitalista. Las instituciones serían de educación superior, sobre todo de medicina.

En el segundo y tercer capítulo Brown describe el paso de la medicina del siglo XIX de un estado de ignominia absoluta a una profesión de increíble prestigio y riqueza en el siglo XX. Esta transformación se hace posible —de acuerdo con Brown— con la medicina científica y tecnológica que surge porque responde a las necesidades sociales y económicas de la profesión médica y de la clase capitalista de mantener saludable y productiva a la fuerza de trabajo. Brown estudia la forma en que la profesión médica se organiza, enfatizando sobre todo la importancia del poder político como determinante para obtener y mantener un *status* profesional. Analiza el periodo que va desde la fundación de la Asociación Médica Americana, hasta la creación de asociaciones médicas de especialistas y su influencia en la formación de la medicina como profesión.

El autor señala sobre todo dos beneficios que la ciencia médica da al capitalista: el material y el ideológico. El beneficio material se concreta en una fuerza de trabajo más saludable, que produce más y genera mayores tasas de ganancias. Sin embargo, para Gates las consecuencias materiales de la medicina científica conformaban sólo una parte del beneficio. Como buen capitalista, y con la mente más clara que algunos de sus contemporáneos, Gates reconocía el “valor social de la ciencia médica como ideología y fuerza cultural” (p. 119). Según Gates, esta nueva medicina, esta fuerza social, podría ser utilizada para unificar e integrar la sociedad industrial con valores y una cultura tecnificada, y para legitimar el capitalismo, distrayendo la atención a las causas estructurales y ambientales de la enfermedad. El uso de la medicina como arma ideológica en los programas de los “colonizadores” americanos en varios países del mundo es sólo un ejemplo de su eficacia.

Además de documentar los pasos que se dieron para llevar a cabo la vinculación de la filantropía que practicaba Rockefeller con la ciencia médica, sobre todo en la creación de institutos de investigación médica, Brown describe la influencia que tuvieron las políticas de Gates para despertar el interés de otros donantes hacia la ciencia médica. Este interés llegaba hasta la formación de los recursos humanos en medicina, lo cual hizo que en 1908 la Fundación Carnegie le solicitase a Abraham Flexner un estudio sobre las escuelas de medicina.

El propósito *a priori* del estudio, según los funcionarios de las fundaciones y algunos médicos de la Asociación Médica Americana, era encon-

trar la justificación para una reforma del sistema de educación médica y la integración de las escuelas de medicina al sistema universitario. Todavía en ese momento era difícil hablar de una profesión médica como un solo cuerpo, ya que había médicos de muy distinta formación y práctica, y obviamente de distintos grupos sociales. Las críticas fundamentales presentadas en el notorio informe de Flexner atacaban a las escuelas de medicina por producir demasiados médicos, por no requerir suficiente educación previa, por no contar con los profesores y las instalaciones adecuadas y por no dar entrenamiento adecuado y crear una "composición social... no apropiada para el importante papel social que se le asignaba a la profesión médica" (p.147). Casi todas las recomendaciones de Flexner se pusieron en práctica; establecían la necesidad de formar menos médicos y de elevar el número de años de estudio que los estudiantes debían tener antes de entrar a las escuelas de medicina, que debían incorporarse al sistema universitario. Se sugería el cierre de las escuelas comerciales, las escuelas para mujeres, y se preconizaba la estandarización de los programas de estudio. Además de elevar el *status* de la profesión médica, lo cual correspondía al importante papel social que le otorgaban, estas recomendaciones llevarían a incorporar la medicina científica y tecnológica a la educación médica. El alcance del informe de Flexner fue amplio porque respondía a las necesidades sentidas tanto por los profesionistas involucrados en la reforma de la profesión médica, como por las fundaciones filantrópicas en busca de medios de control social.

Mas no siempre fue feliz el matrimonio de la profesión médica con la clase capitalista. Por un lado, se proponía la abolición de la práctica privada para ser sustituida por el trabajo asalariado en hospitales y centros de investigación y docencia, cosa que no fue aceptada con benevolencia por los médicos. Por otro lado, se dio una pugna por el poder dentro de las instituciones (escuelas de medicina y hospitales) cuyos protagonistas eran no sólo las fundaciones y la profesión médica, sino además el Estado. Gates fue siempre renuente a que las fundaciones Rockefeller participaran en alguna actividad con el Estado. Sin embargo, en los últimos años de los veinte, otros funcionarios de la Rockefeller autorizaron una mayor participación del Estado en instituciones financiadas por Rockefeller.

La contradicción entre el capitalismo y el Estado se resolvió: la clase capitalista veía en el Estado grandes posibilidades de estabilizar mercados y garantizar sus ganancias. El estudio de Brown de 1925 marca el año de cierre de una época en la cual las fundaciones tenían una actividad fundamental en la medicina y la educación médica. De ahí en adelante, si bien las fundaciones siguieron operando, la clase capitalista encontró que podía canalizar sus necesidades a través del Estado con mayor eficacia y menos confrontación política.

Brown medita sobre la importancia del papel del Estado en el sistema médico actual, sobre el desigual acceso de ciertos grupos sociales a los beneficios de la medicina moderna, sobre la incapacidad de esta medicina

científica y cada vez más “tecnologizada” para resolver las necesidades de salud de la población. Mientras no exista —dice el autor— la voluntad política para oponerse al mercado privado de la medicina, persistirá la contradicción que genera la crisis actual de la medicina.

El libro de Brown resulta de sumo interés al lector latinoamericano quien puede encontrar un sinúmero de relaciones entre lo que sucede en Estados Unidos y la situación en América Latina. Piénsese por ejemplo en la influencia de la Fundación Rockefeller en la creación de centros de investigación médica y agrícola en México, o en el impacto del informe Flexner en las escuelas y facultades de medicina en todo el continente. Si bien Brown reconoce el impacto profundo de los programas impulsados por Rockefeller en el mundo, la ausencia de su estudio a conciencia sugiere el título de un próximo libro obligatorio: *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism Abroad*.

La medicina y la salud, campos interdisciplinarios, requieren de un conjunto complejo de análisis que Brown ha manejado con destreza. Quien se interesara en el tema haría bien en consultar esta investigación.

CATALINA DENMAN

KATZ, Jorge, Aquiles Lanza, Jorge Peña, José Ma. Septién, Mario Testa y Juan C. Veronelli, *La Salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*, México, UNAM/FCE, 1983.

La región latinoamericana, en cuanto comparte un pasado común, ofrece un panorama muy interesante en los aspectos de salud y organización administrativa de la atención médica, razón por la que los seis estudios presentados en este libro introducen nuevos elementos, aunque obligan a buscar mayor rigor y mayor precisión en las interpretaciones sobre estos temas.

En el primer artículo, Aquiles Lanza utiliza el enfoque de sistemas para intentar un análisis global de “los principales problemas de la administración gubernamental en América Latina” aunque debe señalarse que no está apoyado en recursos bibliográficos suficientes y que le falta consistencia al enfoque.

Recurriendo al análisis histórico, el autor apunta que el crecimiento de la administración pública no tuvo orden ni planeación, sino que sucedió por agregación asistemática. Esto provocó una indefinición funcional que ha repercutido directamente en la administración de instituciones que prestan servicios de salud; de ello se deriva la necesidad urgente de una reforma administrativa y de la planificación que es una técnica susceptible de ayudar a mejorar el proceso decisorio, a pesar de que la experiencia histórica muestra algunos intentos frustrados.

La administración de los servicios de salud supone un cambio de gran magnitud. Para hacer efectivo el derecho a la salud es necesario evaluar prioridades y técnicas antes que inyectar recursos para tener capacidad de enfrentar la mayor demanda.

La salud depende de la educación, la vivienda, el empleo, la alimentación, los transportes, etcétera; estos elementos forman parte del conjunto de insumos que interactúan en la administración de la salud; paralelamente, el comportamiento de la población influye en ella y necesariamente en los resultados obtenidos. Sin embargo, el autor no señala la importancia que tiene en el flujo de retroalimentación el apoyo específico que la población puede brindar a los programas estatales.

En el artículo intitulado: "Extensión de cobertura en América Latina", Mario Testa cuestiona la existencia de una crisis en el sector salud, en cuanto a sus costos, eficacia y accesibilidad. El autor afirma que es sólo una crisis aparente; la crisis es de la sociedad global, y se debe a las contradicciones entre países centrales y periféricos, propias del sistema capitalista.

Entre otras razones, se señala que la medicina ha sido víctima del capitalismo, que ha desencadenado un proceso de proletarización de la profesión médica al mismo tiempo que ha fortalecido al capital transnacional. Como consecuencia, la tecnificación de la medicina sólo ha beneficiado a las empresas capitalistas en detrimento de la salud de los individuos.

Jorge Peña ve en las condiciones infrahumanas en que vive la población, la principal limitante para llegar a la meta de "salud para todos en el año 2000". En su artículo, Peña dice que la administración pública debe proponerse la extensión de cobertura y buscar nuevas fuentes de financiamiento para el logro de dicho propósito.

El probable incremento de la demanda social de atención médica debe hacer al poder estatal ordenar jerárquicamente la oferta. Sin embargo el autor no considera el rezago que existe en este campo en la región latinoamericana. En tales condiciones, la administración de los servicios de salud debe plantearse cómo anticipar la oferta futura de servicios.

La administración para el desarrollo de los servicios de salud, concluye el autor, debe apartarse del enfoque propio del desarrollo administrativo y buscar nuevas alternativas específicas.

La masificación de los servicios masivos de salud es el tema del artículo de Juan C. Veronelli. Tras una breve descripción de la evolución histórica de los servicios de salud en América Latina, el autor señala que el potencial de la medicina y la salubridad en el tercer cuarto de este siglo, se vio contrarrestado por los conflictos entre las instituciones de servicios médicos dependientes del Ministerio de Salud y las de los Seguros Sociales. Consecuentemente la solidaridad social cobró mayor significado frente a las crecientes necesidades de atención de la salud de la población; esto llevó a contemplar la integración de las instituciones que prestan servicios



de salud bajo determinados modelos de seguridad social. Sin embargo, el problema central lo constituye la participación comunitaria en las decisiones politicoadministrativas cuyas acciones demandarán esfuerzos multisectoriales.

En el penúltimo artículo se establece un marco de referencia más amplio que el que indica el tema central: "problemas de la administración en el campo maternoinfantil y planificación familiar". El autor, José Ma. Septién, empieza por apuntar algunas variables socioeconómicas que explican por qué casi 30 millones de habitantes no tienen servicios asistenciales en México. A esto contribuyen diversos factores como la calidad y tipo de los servicios, las deficiencias de personal, la concentración de recursos materiales en zonas urbanas, la duplicación de esfuerzos gubernamentales y la consiguiente diferenciación de la salud pública. En el momento actual, concluye el autor, la planificación familiar y la atención maternoinfantil, demandan otorgar una atención preferente a las zonas rurales y marginadas.

Finalmente, Jorge Katz analiza los problemas de la industria químico-farmacéutica. En esta industria, dice el autor, se encuentran los grandes capitales transnacionales que dominan el mercado mundial; agrupa a los países conforme al desarrollo de esta industria en cuatro estadios evolutivos: el primero incluye a los países desarrollados con sus innovaciones tecnológicas y producción eficiente, continua y automatizada; en el segundo estadio están aquellos países con cierta industria local, aunque con menor grado de automatización; en los últimos dos estadios están los países con industria rudimentaria y los que no tienen producción farmacéutica local. Finalmente, el autor describe muy brevemente algunos aspectos de la política gubernamental en el campo farmacéutico.

De manera general se puede decir que el conjunto de artículos que componen este libro representa un esfuerzo por detectar los principales problemas que debe enfrentar la administración pública en el campo de la salud. Si bien los cuestionamientos no son novedosos, sí pretenden mostrar su creciente complejidad e interdependencia, lo que incide directamente en la administración pública.

ROBERTO RIVES S.

SOBERÓN Acevedo, Guillermo (comp.), *Derecho Constitucional a la protección de la salud*, Ed. Miguel Angel Porrúa, México, 1983.

La obra comprende diez estudios; en conjunto brinda una panorámica general de los antecedentes, situación actual y perspectivas del derecho a la salud en México. En ella se transcribe la exposición de motivos para la iniciativa de adición al artículo cuarto constitucional, incluyendo el con-

tenido vigente del propio artículo, que consagra el derecho de toda persona a la protección de su salud.

En el artículo intitulado "Derecho constitucional a la protección de la salud", Salomón Díaz Alfaro señala que el derecho a la protección de la salud se encuentra vinculado, por su origen, a los servicios de asistencia pública y al régimen de seguridad social. Sin embargo, recientemente, con motivo de la incorporación de este derecho a los textos constitucionales de diversos países, se independiza de los esquemas tradicionales de asistencia y seguridad social, para convertirse en un derecho social, extensivo a la sociedad en su conjunto. También con el propósito de ofrecer una visión panorámica de la situación que en esta materia se contempla en otros países, el autor expone las legislaciones que universalizan el derecho a la salud y las que aún se mantienen al margen de esta garantía social.

En el artículo "El derecho a la protección de la salud y las garantías sociales", Fernando Zertuche Muñoz aborda el análisis del tema a partir del movimiento revolucionario de 1910 y de su culminación con la reunión del Congreso Constituyente de 1917. En este contexto, el incluir en la Constitución Política los derechos sociales fue una innovación sustantiva y una decisión política fundamental que postula una distribución equitativa de la riqueza y el acceso de todos los mexicanos al bienestar social. Al finalizar, señala que el derecho a la protección de la salud es otra etapa de los derechos sociales que debe entenderse como un compromiso revolucionario que entraña derechos y responsabilidades. En el ensayo "El derecho a la protección de la salud y el estado social de derecho", Marcos Kaplan enfatiza que el derecho a la protección de la salud, la configuración del Sistema Nacional de Salud, la elaboración del programa sectorial en la materia, la definición del sistema de planeación democrática y la rectoría económica del Estado, responden a una estrategia orientada a enfrentar un entorno de crisis económica, lo que modifica y adecúa el modelo de desarrollo nacional a las necesidades del momento actual. Para fijar las prioridades en materia de salud, el autor expone y analiza el modelo de medicina y servicios de salud aplicado en los países industrializados de Occidente. Argumenta que este modelo ha sido copiado y adaptado en los países subdesarrollados de América Latina, Asia y África, por lo que los servicios de salud en estos países presentan graves deficiencias. Para concluir, el autor señala que en países como el nuestro se deben llevar a cabo y en forma prioritaria acciones de medicina preventiva.

El trabajo "El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud", de José Francisco Ruiz Massieu, precisa que la Constitución Política del Estado mexicano ha superado el esquema constitucionalista clásico y se ha enriquecido, como sucede en otros países, con una dimensión programática. Es en esta dimensión que se ubica el derecho a la protección de la salud.

En "Las perspectivas del derecho mexicano a la protección de la salud", José Laguna García indica que la adición al artículo cuarto refleja el

interés común para apoyar las garantías individuales y más concretamente los derechos sociales. También señala que existen dos grandes campos de acción en el ámbito de la salud: el de atención al medio ambiente y el de atención médica. Por último, reitera la existencia de un rezago en materia de disponibilidad y de accesibilidad a los servicios de salud y preconiza acciones para hacer realidad el derecho a la protección de la salud.

En el trabajo “El derecho a la protección de la salud y el federalismo”, Diego Valadés sostiene que el reconocimiento constitucional de este derecho social, aunado a la configuración del Sistema Nacional de Salud y a la descentralización de los servicios de salud, contribuirán al proceso de fortalecimiento del sistema federal. En el aspecto jurídico, describe las sucesivas reformas y adiciones de que ha sido objeto nuestra ley fundamental en materia de salud. Por último, analiza las relaciones entre los gobiernos estatales y el gobierno federal en cuanto a normatividad de salud, subrayando la importancia de los servicios de salud para la política de descentralización.

El análisis sobre “La evolución del derecho sanitario y el derecho a la protección de la salud” de Juan Francisco Rocha Bandala destaca la importancia de superar el esquema liberal de asistencia pública. El autor expone, además, los antecedentes legislativos y ordenamientos jurídicos vigentes en materia de salubridad general. Finalmente expone las implicaciones de la adición al artículo cuatro constitucional.

En “Beneficiencia, asistencia, seguridad social y el derecho a la protección de la salud”, Alejandro Manterola Martínez señala que es preocupación de la presente administración ofrecer a toda la población el acceso a los servicios de salud, para lo cual se han venido realizando las adecuaciones jurídicas necesarias. El autor concluye que es urgente abandonar la idea de seguridad social en tanto contraprestación a una contribución para convertirla en un derecho universal, sufragada por los recursos fiscales aportados por toda la población.

En “Responsabilidades ciudadanas y responsabilidades de la sociedad frente al derecho a la protección de la salud”, Graciela Rodríguez de Arizmendi postula que el ejercicio del derecho a la protección de la salud es una responsabilidad individual. Asimismo, considera necesario contemplar el concepto de salud con un enfoque integral y armónico, que implicaría hacer una revisión de nuestra cultura y un análisis de la situación y evolución de la sociedad, a fin de poder comprender los propósitos del derecho a la protección de la salud. Finalmente, la autora plantea la necesidad de mayor participación por parte de la población y menos paternalismo estatal en la prestación de servicios.

En “Sociedad igualitaria y derecho a la protección de la salud”, Adolfo Izundegui Rullan afirma que el derecho a la protección de la salud es la respuesta del gobierno del presidente Miguel de la Madrid a una demanda popular. Asimismo, pone de manifiesto que es responsabilidad del estado garantizar este derecho mediante el establecimiento de mecanismos

institucionales. Concluye señalando que ya se han iniciado las acciones gubernamentales en este sentido, adquiriendo especial importancia el fortalecimiento a la Coordinación del Sector Salud, órgano que posibilitará el acceso de toda persona en condiciones de igualdad a los servicios de salud.

MINERVA GUÍZAR BRITO

#### *Comentario*

En conclusión, debe apuntarse que esta obra es de carácter normativo pues afirma los objetivos del actual sector de salud en México, más que sus realizaciones. Esto no le quita mérito al trabajo sino que lo coloca dentro de una línea, ya muy larga, de trabajos que afirman la necesidad de lograr una salud integral más allá de los esquemas asistenciales convencionales; no indica, empero, cuál es el camino a seguir. Quizá la única crítica que pueda apuntarse es que no abunda lo suficiente en los serios obstáculos administrativos, financieros y políticos que se oponen al logro de la salud integral en México, y se deja llevar por los eslogan de una utopía que, en las condiciones actuales, aparece casi inalcanzable.

VIVIANE B. DE MÁRQUEZ

CORDERA, Armando y Manuel Bobenriet, *Administración de Sistemas de Salud*, México, A. Cordera y M. Bobenriet, 2 vols. 1983.

Los autores señalan que para obtener resultados más congruentes con los objetivos, la administración de los sistemas de salud requiere de un replanteamiento de objetivos y funciones en el que participen en forma conjunta los integrantes del sector salud.

Los autores proponen concebir a la administración de la salud como una amplia red de sistemas y subsistemas que operan en forma coordinada. Sugieren un "modelo" que integre todos los elementos que forman parte de la administración de la salud: trabajo, persona, grupo, burocracia y ambiente; que, a la vez, facilite el conocimiento de principios y problemas fundamentales, tal como son percibidos por ejecutivos de diversos niveles.

El desarrollo del tema se efectúa a la luz del "proceso administrativo", que incluye: planificación, organización y dirección y control; se hacen amplias consideraciones teóricas en torno a la actualización permanente de grupos, niveles de comunicación, funciones médicas administrativas y control de costos y programas.

En forma específica se trata el tema de las organizaciones de salud como sistemas, el de los servicios de salud coordinados con prioridades nacionales, el de los sistemas de atención médica en relación con la organi-

zación de la salud pública, el de la estructura burocrática y los servicios de salud en general.

El primer elemento que se considera en el análisis sistémico es la planificación. Esta requiere a su vez una evaluación explícita de los conjuntos de objetivos y acciones que la constituyen. Para evitar demasiada incongruencia entre los resultados esperados y los objetivos planteados, se propone una planificación estratégica capaz de satisfacer o neutralizar las necesidades sociales debidamente jerarquizadas en un ambiente cambiante, y enfocada en la implantación o innovación de sistemas. También se incluye la planeación por regiones.

Este "modelo conceptual de planeación", plantea posibilidades interesantes; sin embargo, no hay que olvidar que la planeación e integración de sistemas constituyen justamente uno de los problemas a que se enfrenta el sector salud, así como también lo es la puesta en práctica de modelos conceptuales. Esto no es tarea fácil, porque interfieren distintas fuerzas sociales y políticas que influyen en forma determinante en los cambios de programas. De ahí que un análisis del proceso de planeación que no incorpora estas variables se reduce a meros juegos de simulación.

No se pueden olvidar tampoco las estructuras actuales de las organizaciones dedicadas a prestar servicios de salud, ni la importancia de algunos programas, cuyo éxito depende de valores establecidos por la población, las autoridades y los grupos de poder.

En términos de organización, se propone una jerarquización de la autoridad y de la responsabilidad, cambiando o eliminando modelos poco operativos que permanecen únicamente por tradición o herencia administrativa. Sin embargo, resulta indispensable reconocer que existen creencias, actitudes, valores y estructuras de organización que deben interactuar con nuevas tecnologías, sistemas y autoridades. En este sentido valdría la pena preguntarse si pueden conciliarse intereses organizacionales con intereses personales, o si resulta fácil llevar a cabo un cambio estructural de las organizaciones a partir de la mera voluntad política y, por último, si es más fácil efectuar cambios a nivel personal.

La dirección ocupa un papel preponderante dentro del proceso administrativo debido a sus características propias; tiene como elementos preios el contexto, la planificación y la organización. Llevar a cabo las tareas propias de la dirección resulta de una enorme complejidad por la diversidad de los sistemas de salud y por la indefinición de tareas a realizar.

El modelo propuesto para la selección del directivo de las organizaciones que prestan servicios de salud resulta muy positivo en cuanto al perfil sicotécnico que incluye cualidades, obligaciones, responsabilidades, así como la sensibilidad para captar los fenómenos del medio y su relación con el personal médico y paramédico, con los pacientes, los trabajadores y los compañeros de trabajo. Respecto al control, los autores exponen la eficacia e ineficacia de las técnicas de supervisión, la estadística, la informática y la contabilidad.

En el tercer capítulo se aborda el tema de la evaluación, definida como el proceso para determinar el valor o cuantía del éxito en alcanzar un objetivo determinado. Esto incluye la comparación entre el objetivo a lograr y la ejecución o realización de los objetivos.

También, se hace notar que la evaluación de los sistemas ha sido difícil, dadas las características de las organizaciones en México, y que tendrían que efectuarse evaluaciones de los sistemas de salud, de los sistemas de información documental y de la operatividad de los sistemas de atención médica. Así, se tendría que efectuar un estudio comparativo de cómo funcionaban los sistemas inicialmente y cómo funcionan actualmente, considerando la variable o variables intervinientes.

En síntesis, el documento es un compendio de técnicas utilizadas en la administración que, a juicio de los autores, pueden utilizarse para el buen funcionamiento de los sistemas de salud. Ofrece en forma generosa, información a médicos, administradores, dentistas, veterinarios, ingenieros sanitarios, enfermeras, trabajadoras sociales y educadores de servicio, involucrados en la administración de instituciones privadas y oficiales. El libro refleja la metamorfosis de las ciencias de la salud y de la administración, aunada a la expansión de nuevas áreas del conocimiento y a la crítica ponderada de lo tradicional.

Sin embargo, la obra no indica claramente su orientación en materia de políticas de salud, ni los replanteamientos de objetivos que demanda el sector salud. Su enfoque está marcadamente dirigido a la administración. Cuando se analizan los sistemas integrados (IMSS, ISSSTE, DIF, fuerzas armadas) debería mencionarse como prioridad la reestructuración de objetivos y el señalamiento de políticas y directrices. Dado el momento histórico y económico que vive el país, este tipo de reflexión debería llevarnos a tomar decisiones más realistas respecto a las necesidades de la población y los recursos disponibles.

La propuesta de un nuevo modelo de administración de los sistemas de salud resulta interesante; sin embargo, dejar al ejecutor la elaboración y la práctica de éste, es como volver a empezar el juego de especulaciones, opiniones y acciones de buena voluntad. Por otra parte, por sencillo que parezca el modelo propuesto, en nuestra realidad mexicana, superar esquemas tradicionales plasmados ya en estructuras resulta uno de los mayores retos.

JAVIER ARTEAGA Y PATRICIA RAMOS

Necesidades esenciales en México; No. 4; Salud. *Edit. Siglo XXI*  
COPLAMAR, México, 1982.

Una de las políticas que caracterizaron el sexenio de 1976-1982 se orientó a elevar los niveles de vida de los grupos más pobres del país; con ella se

creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), la cual se encargó de coordinar los servicios de diversas dependencias públicas para llevar agua, luz, apoyo técnico agrícola, caminos, educación, vivienda, salud y alimentos a la población marginada. Al mismo tiempo, este organismo inició un conjunto de investigaciones que permitieran conocer las condiciones de vida de los grupos marginados y el grado de satisfacción de sus necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda.

La primera investigación de este organismo se publicó en 1979 en seis volúmenes bajo el título de *Minimos de bienestar*; en ella se analizó el grado de satisfacción de las cuatro necesidades básicas en los niveles nacional, estatal y municipal; posteriormente se intentó profundizar más sobre el tema para llegar a definir conceptual y operativamente cada necesidad y el satisfactor mínimo correspondiente, contrastándolo con la cantidad de bienes y servicios a los que la población tiene acceso, con el propósito de definir cuál de ellos no satisface dichas necesidades.

Estas investigaciones fueron publicadas en 1982, en cinco tomos, con el título de *Necesidades esenciales en México*; los cuatro primeros tomos se refieren en forma separada a las necesidades específicas de alimentación, educación, salud y vivienda y el quinto a la geografía de la marginación; en él se utilizan simultáneamente indicadores de las cuatro necesidades antes mencionadas y otros más, que definen un índice de marginación para cada municipio y cada entidad federativa.

El volumen que comentaremos, es el correspondiente a Salud; estuvo a cargo de Julio Boltvinik y varios investigadores entre los que destacan Carlos Santos Burgo, Ignacio Almada Bay y Rafael Mendoza Toro.

El análisis parte de la definición del proceso en que se suceden la salud y la enfermedad como un acontecer biológico social históricamente determinado cuyo contexto lo constituyen las relaciones sociales de producción y los estilos de vida concretos. Los autores convienen con Thomas Me Keown y J. Me Kinlay en considerar que el decrecimiento de la mortalidad en las últimas décadas es atribuible al mejoramiento del nivel de vida antes que a las conquistas de la atención médica. Por lo tanto, los autores indican la necesidad de prevenir los daños a la salud por medio de medidas destinadas a mejorar las condiciones sociales y ambientales. Ponen a prueba sus hipótesis comparando grupos de países con características diferentes, para demostrar la nula correlación que existe entre las variables económicas y las de salud; con ello queda claramente expuesto que el crecimiento económico no basta para mejorar las condiciones de salud. El factor determinante es la distribución del PNB entre la población; esto explica por qué Cuba, con un PNB bajo, tiene los mejores indicadores de nivel de vida en América Latina, mientras que Brasil, con un PNB cercano al doble del de Cuba, tiene una tasa de mortalidad infantil cuatro veces mayor y una esperanza de vida de ocho años menos.

En el capítulo dedicado al proceso de los fenómenos de salud y enfer-

medad en México se indican las grandes diferencias en función de la clase social. El análisis se realizó tomando únicamente indicadores de salud, enfermedad o muerte; en él se concluye que a pesar de que la esperanza de vida haya ascendido y la tasa de mortalidad haya descendido, los valores actuales de estos indicadores se encuentran por debajo del nivel correspondiente al grado de desarrollo económico del país, debido a serias desigualdades en la distribución del ingreso.

Con base en el manejo de indicadores de mortalidad general, se llevó a cabo la descomposición de los datos en las muertes evitables e inevitables para la población mexicana en 1974. De 432 mil muertes, 43% se consideraron evitables, es decir que se explicaron por la insatisfacción de las necesidades esenciales y la falta de acceso de una parte importante de la población de México a servicios de salud adecuados. Estas muertes correspondieron en su mayoría a la población infantil.

Cuando estos datos se analizan por grupos de enfermedades, resulta que las muertes por infecciones respiratorias agudas y por enfermedades diarreicas se podían haber evitado en un 76 y en 90 por ciento respectivamente; estos porcentajes representan en sólo estos dos grupos de enfermedad el 49.6% de todas las muertes evitables. Así, estas muertes podrían haberse evitado atacando a fondo las causas que las generan: falta de agua potable, mala alimentación, vivienda inadecuada y servicios de salud deficientes.

Un aspecto interesante del estudio es el de las tasas de mortalidad y morbilidad laborales, las cuales mostraron un importante ascenso de 1970 a 1978 sobre todo en las entidades federativas de mayor desarrollo industrial. No obstante, el factor contaminación ambiental producido por el desarrollo abarcó por igual las zonas atrasadas y las desarrolladas. En el año de 1976, las enfermedades laborales alcanzaron un nivel casi epidémico, pasando de 0.23 a 0.41 por ciento por 1 000 trabajadores, o sea subiendo en 78.3 por ciento.

En el capítulo en el que se analizan las políticas de salud en México desde 1940, se afirma que éstas sólo han beneficiado a una fracción de la población; en 1978 sólo un 43% de la población fue atendida por instituciones públicas. Se afirma también que aquellas políticas no han sido congruentes con las necesidades reales de salud de la población pues están basadas principalmente en modelos onerosos de atención curativa que se siguen en el contexto urbano. Resalta como una de las mejores iniciativas del gobierno federal el convenio entre IMSS-COPLAMAR que, basándose en el principio de solidaridad social, amplió la cobertura en el medio rural.

Los autores realizaron, además, proyecciones para conocer la cobertura nominal de las instituciones de seguridad social en el año 2000. De acuerdo con las tendencias, los resultados indican que 60% de la población estaría cubierta en ese año. A pesar de un incremento en los recursos humanos y físicos, los servicios de salud tendrían una capacidad menor para atender las necesidades de la población.



Las sugerencias que hacen los autores en los últimos capítulos para adecuar los servicios de salud a las necesidades de la población se dividen en tres áreas: *a*) la planeación; *b*) la conformación de un modelo de atención a la salud de cobertura universal en el cual la población participe activamente, y *c*) la adecuación de la formación de recursos humanos al modelo de atención que, según opinión de los investigadores, lograría una cobertura total en el año 2000.

GUSTAVO FIGUEROA

NAVARRO, Vicente (comp.), *Salud e Imperialismo*, México, Siglo XXI, 1983.

Este libro está escrito desde la perspectiva "instrumentalista" de la teoría marxista, la cual postula que el Estado funciona como instrumento de una clase dominante que, en el caso de los países del tercer mundo, está aliada con la clase dominante de los países desarrollados, con lo cual la relación entre norte y sur es por definición una relación imperialista.

La intención de los ensayos recopilados en el volumen aquí reseñado es desafiar las explicaciones prevalecientes en la área del "subdesarrollo de la salud", presentándolas como ideológicas, destinadas sólo a reproducir y sostener el sistema de poder capitalista y su concomitante distribución de control económico y político.

En la primera parte intitulada "Determinantes políticos y económicos en la salud y la medicina", Navarro plantea que la distribución desigual de los recursos para la salud, particularmente los recursos humanos en Latinoamérica, es sintomática de la distribución desigual en otros sectores de la economía, consecuencia de la dependencia económica y cultural de los países del área y del control que ejerce una lumpen burguesía nacional junto con su contraparte extranjera sobre la economía. También señala que es históricamente inexistente la posibilidad de esperar cambios con los que se logre la equidad dentro y fuera del sector salud sin erradicar dicha dependencia económica y cultural y el control que ejerce la clase dominante. En el escrito referente a los determinantes económicos y políticos de los derechos humanos, Navarro postula que en los Estados Unidos los derechos civiles y políticos están altamente restringidos, especialmente si se analizan en su dimensión social y económica. El autor establece la relación intrínseca entre derechos civiles, políticos y socioeconómicos, y niega que la definición de la naturaleza y extensión de los derechos en sus aspectos civil, social y económico sea universal ya que depende del patrón de relaciones de poder económico y político particular de cada sociedad. Por otro lado, pretende demostrar que dichos patrones en la sociedad norteamericana y en el sistema occidental son incompatibles con el ejercicio de los derechos humanos, por estar basados en la propiedad privada.

Chossutovsky, en su artículo "Derechos humanos, salud y acumulación de capital en el tercer mundo", argumenta que la acumulación del capital en la periferia recibe el apoyo del aparato represivo estatal y que esta represión tiene una influencia directa en los costos laborales al sostener los salarios bajo estrecho control institucional. El autor opina que en el trabajo periférico, basado en un abundante abastecimiento de mano de obra no calificada, las inversiones del Estado en la formación del capital humano y en el mantenimiento y protección de la fuerza de trabajo son mínimas. Esto, a su vez, explica la depresión en los sectores sociales y el grado insuficiente de renovación de la misma fuerza de trabajo debido a la estructura de salarios bajos.

La fuerza de trabajo no renovable y la programación de la pobreza influyen en la salud de la población, lo que se refleja en varios indicadores de mortalidad y morbilidad, que permiten observarla como la resultante de un particular patrón social de consumo. Chossutovsky hace referencia indirecta a los derechos humanos para concluir que su respeto o violación están íntimamente relacionados con la bipolaridad de la división internacional del trabajo, y que su negación en el tercer mundo está invariablemente ligada al proceso de explotación capitalista del trabajo.

En el artículo final de la primera parte, Nicole Ball cuestiona la relación causal entre sequía y carestía ampliamente aceptada por gobernantes, agencias oficiales internacionales y medios de comunicación. La autora encuentra las raíces de la carestía en el Sahel en las relaciones entre factores socioeconómicos y políticos que llegan a originar desastres ecológicos como la aridez. La sequía en Africa es un síntoma de subdesarrollo y sólo incidentalmente una de sus causas. Se analiza la interacción entre sequía y subdesarrollo desde dos puntos de vista: el de la operación del sistema económico internacional, y el del impacto del sistema económico internacional en la estabilidad de los ecosistemas del tercer mundo.

Para Ball, una estrategia de desarrollo alternativa para los países de la región del Sahel estaría caracterizada por una mayor confianza en el elemento humano local y en sus propios recursos, por otorgar menos prioridad a las importaciones de bienes de capital, y por la adaptación de la agricultura y ganadería a las limitaciones del ecosistema.

La segunda parte del volumen presenta tres ensayos que muestran el papel desempeñado por las fundaciones y la política de los Estados Unidos en las áreas de la medicina y de la salud de otros países.

Donaldson analiza el caso de la participación de la fundación Rockefeller en la escuela de medicina de Tailandia; el autor destaca el papel de este organismo en la evolución de la educación médica y el cuidado para la salud. Señala que en los países en desarrollo, la mayor parte de la población no tiene acceso a la atención médica, que los servicios de salud están concentrados en las grandes áreas metropolitanas y que existe una tendencia hacia la práctica especializada de tipo hospitalaria, considerada inadecuada para las necesidades médicas del tercer mundo.

Tomando el caso de Tailandia, Donaldson analiza la estructura de las relaciones entre país donador y país receptor con información que podría tomarse como un ensayo en sociología histórica si no fuera por el hecho de que tanto en el área de salud como en muchas otras, aún se emplean los procedimientos de hace medio siglo para ayudar a “naciones en desarrollo.”

Taussigg presenta un trabajo que evalúa los efectos de los programas norteamericanos de salud en Colombia, donde, según el autor, los intereses de los Estados Unidos corren un riesgo considerable. Mediante un estudio de caso de los programas para el cuidado de la salud en una plantación colombiana, el autor muestra la forma organizada en que se propicia la enfermedad y la desnutrición. En tales condiciones, la medicina resulta ser un instrumento de penetración política especialmente privilegiado debido a la imagen humanitaria que proyecta.

Breilh estudia la relación entre las naciones capitalistas poderosas y las economías subordinadas del cono sur, para explicar la “reorientación” en las políticas de inversión sanitaria de los organismos nacionales y multinacionales, corporaciones, organismos privados y asociaciones médicas en los países de esa región. El trabajo se centra en el análisis de la medicina comunitaria como política médica del imperialismo, cuya deformación ideológica y práctica represiva dan lugar al mal uso de este bien básico en los servicios de salud.

En la tercera parte del volumen, Hofsten expone las ideologías que se observan en el estudio del crecimiento demográfico: describe la planificación familiar en China y retoma la discusión ideológica para concluir que un crecimiento más lento de la población no garantiza el desarrollo, y que es utópico pensar en una sustancial reducción de la fertilidad mientras una sociedad no haya pasado por una verdadera transformación.

Mass reseña las complejas motivaciones económicas y políticas de las agencias de planificación familiar y de sus financiadores. La autora hace un esbozo histórico del movimiento norteamericano para el control de la población; afirma que los grupos financieros industriales de los Estados Unidos están dispuestos a aumentar su “caridad” para mantener el sistema de producción capitalista, y que el aumento de la población mundial suele considerarse independientemente del sistema internacional de explotación.

La última y cuarta parte de la antología reúne artículos relacionados con el poder corporativo y el subdesarrollo. Bajo el título “Industrialización ocupacional en los países subdesarrollados”, Elling argumenta que los trabajadores de los países en desarrollo representan el grupo de población con mayores riesgos de salud, debido a la naturaleza del capitalismo internacional.

En el estudio “El papel de las transnacionales en Latinoamérica”, Bader analiza la acción de las compañías fabricantes de fórmulas de leche infantil para sustituir a la leche materna, así como otras causas que propician la disminución de la alimentación materna. Señala los beneficios que ésta

tiene por sus propiedades nutricionales e inmunológicas y sus ventajas económicas. El mismo artículo menciona la "cocacolonización" del mundo y los graves riesgos que tienen para la salud los alimentos artificiales promovidos por corporaciones multinacionales. En tal situación, apunta la necesidad de intervención del Estado en las decisiones de inversión en bienes de consumo.

Lall y Bibile estudian la experiencia de Sri Lanka en la reforma de la estructura de producción, importación y distribución de fármacos durante el periodo que va de 1972 a 1976. El artículo es relevante pues descubre la importancia vital que la industria farmacéutica tiene en todos los países en desarrollo y el dominio de las compañías trasnacionales en dicha industria, con su considerable poder de mercado y habilidad para resistir las reformas. El análisis permite entender la interacción entre las gigantescas firmas y los diversos grupos anfitriones y despierta interés particular por la poderosa presencia trasnacional en México.

Los trabajos incluidos en este volumen sostienen en común la tesis de que la principal causa de muerte y enfermedad en las zonas pobres del mundo no es la escasez de recursos, ni su proceso de industrialización, ni la tan anunciada expresión de la pobreza, sino el patrón de control que se ejerce sobre sus recursos: tierra, crédito y capital; patrón que permite una muy desigual distribución de las riquezas.

MARÍA DE LOS ÁNGELES HURTADO DE MENDOZA

*Vida y muerte del mexicano*, vol. 2, Federico Ortiz Quezada, Folios Ediciones, México, 1982.

*Vida y muerte del mexicano* presenta, desde la perspectiva social, un análisis sistemático de los distintos aspectos, las consecuencias y las proyecciones hacia el futuro de la salud y la enfermedad en México. Los ocho artículos que hacen el libro nos muestran la relación que la medicina ha tenido históricamente con los diferentes aspectos de la estructura socioeconómica, política, cultural y religiosa de México.

Los trabajos aquí reunidos conjugan la rigurosidad del análisis con la riqueza de las interpretaciones. Todos y cada uno de ellos nos brindan, en precisos bosquejos históricos, un panorama retrospectivo de sus temas particulares. Así, Xavier Lozoya, al abordar la medicina tradicional, nos presenta un rico panorama de esta práctica médica en México. Llamen la atención las detalladas y variadas observaciones que el autor realiza de la peculiar combinación que se da entre medicina tradicional e institucional. Al final, el autor propone que esta forma de práctica médica debe tener una mayor integración con la medicina institucional (instituciones del sector salud y centros de enseñanza).

Otro aspecto analizado en la obra es el papel del Estado en el área de bienestar social en general, y en la salud en particular. Tomando el periodo histórico que va de mediados de la década de los treinta a 1980, Héctor Hernández Llamas relaciona la situación económica con el quehacer del Estado y con las formas en que estos factores inciden en los servicios públicos de salud. Con este análisis, el autor pone de manifiesto el importante papel que los servicios de salud han desempeñado en el proceso de legitimación del Estado mexicano.

En el siguiente artículo, se recopila el conocimiento sobre la aparición y desarrollo de las distintas especialidades médicas en nuestro país, tanto en la capital como en el interior de la República. Su autor, el doctor Kumate nos muestra cómo el desarrollo de las especialidades médicas ha sido el resultado de la convergencia de factores socioeconómicos, del trabajo académico y de la acción de grandes personalidades. El autor señala que a partir de 1940 la influencia francesa en el estudio de la medicina se ve desplazada por la norteamericana; esto explica la dependencia tecnológica y científica de México respecto a Estados Unidos. El artículo concluye con un panorama actual de las especialidades médicas en México.

Utilizando la categoría analítica marxista de relaciones sociales, Ortiz Quezada analiza la relación entre la medicina y el trabajo en México. El autor nos muestra cómo la seguridad social aparece en el momento en que se acelera la industrialización para mantener la fuerza de trabajo en buen estado de salud, factor indispensable para el desarrollo. Luego de mostrar la magnitud del problema de la enfermedad en el trabajo en México y de anotar que, a pesar de las disposiciones "progresistas" en nuestra legislación, se ignora la existencia y gravedad de los riesgos laborales, el autor concluye que el proceso de industrialización ha acarreado un aumento en los riesgos, pero que esto no ha ido acompañado de soluciones, pues son limitadas las acciones que el Estado realiza en este sentido a través del IMSS, el ISSSTE y la SSA.

En esta misma línea de análisis, Rodríguez Ajenjo nos ofrece una historia de la lucha de los trabajadores de los servicios de salud en México. Esta lucha, dice el autor, es el resultado de la contradicción de intereses antagónicos entre los trabajadores de los servicios de salud y los propietarios de los medios de producción. El autor parte del supuesto de que la lógica con la que ha operado el sector salud mexicano ha sido determinada por la lógica con la que opera el capitalismo; en este sentido se analiza las organizaciones médicas, los sindicatos de los trabajadores de la salud, la falta de organización laboral de los médicos al servicio de instituciones privadas, etcétera.

Una conclusión de este trabajo es que los patrones siguen controlando al trabajador por medio de sus propios sindicatos. La independencia de estos organismos con respecto al Estado se ve mermada constantemente por la vida sindical antidemocrática y corrupta. Como resultado, estos organismos acaban sometiéndose a la organización corporativista del sis-

tema político mexicano. Rodríguez Ajenjo concluye con el análisis del movimiento médico de 1964-1965; muestra cómo el Estado logra frustrar el proyecto político de los médicos.

El mercado de trabajo médico es otro aspecto analizado en esta obra; los autores Frenk, Hernández Llamas y Alvarez Klein, centran su estudio en la participación del Estado en la producción de servicios de salud y argumentan que este hecho “ha transformado la estructura del mercado de trabajo médico”.

Utilizando como instrumento analítico el concepto de mercado de trabajo médico que comprende tanto los aspectos económicos como los sociopolíticos, los autores encuentran que, a partir de 1967, se acrecienta la intervención del Estado en la prestación de servicios de salud, se consolida la medicina hospitalaria y especializada, lo que causa una mayor demanda de trabajo médico y la consiguiente proletarianización de la profesión médica.

Otro aspecto que sobresale en este artículo es la contracción en la demanda y el aumento en la oferta del trabajo médico, tendencia que se mantiene hasta hoy. Estas circunstancias coadyuvan —dicen—, al surgimiento de formas de subempleo y de abierto desempleo entre los médicos, al trabajo sin contrato y a la inseguridad en el empleo, condiciones laborales que no propician el desarrollo profesional y sí fomentan las actividades clandestinas e ilegales.

Finalmente, los autores concluyen que más allá de las condiciones específicas, la agudización de la crisis que se registra en México a partir de los años setenta puede postularse como causa común de los fenómenos anotados.

Arturo Lomelín, en su artículo “El consumidor de servicios médicos; mercadotecnia, publicidad y medicamentos”, nos ofrece una visión del “lado oculto” de la práctica médica. Con base en detalladas observaciones, el autor evalúa el conjunto de procedimientos que conforman el quehacer médico. Nos muestra el condicionamiento de la práctica médica por las industrias farmacéuticas; denuncia el hecho de que en la actualidad el dolor se haya convertido en asunto “político” que ha dado lugar a una demanda creciente de anestésicos, para obtener una insensibilidad inducida artificialmente hasta la inconsciencia frente al acaque.

Apoyándose en algunos estudios, el autor expone cómo los médicos también nos enferman (yatrogénesis) con sus malos hábitos de prescripción, con el abuso de antibióticos y, en general, con los efectos colaterales negativos de los medicamentos. Ante estas condiciones, Lomelín recomienda un mayor control por parte de las autoridades y una actitud crítica por parte del paciente. En términos generales, podemos afirmar que este ensayo constituye una síntesis que logra desmitificar algunos aspectos de la práctica médica.

El último artículo “Capital humano, salud y bienestar social”, de Uribe Castañeda y Suárez Mcauliffe, se inicia señalando que en México el

coeficiente de inversión en capital físico con respecto al PIB; es similar al de los países desarrollados (del orden del 30%), mientras que el coeficiente de la inversión en capital humano es de sólo 3 o 4 por ciento del PIB. Ante esta situación, los autores señalan la conveniencia de reorientar la política económica y poner mayor énfasis en la formación del capital humano.

Para lograr una política clara y congruente en esta materia, los autores consideran conveniente ampliar la definición de capital humano, incluyendo los aspectos relativos a la salud, de manera que “el crecimiento económico se tornaría en un subproducto que se condicionaría al logro del bienestar social, pero de ninguna manera al objetivo primordial de la política social y económica”.

Con estas consideraciones, los autores realizan un balance crítico de la situación mexicana en esta materia; concluyen que a pesar de los innegables esfuerzos por planificar las acciones públicas, el camino por recorrer es largo, pues persiste la presencia de serios obstáculos estructurales e institucionales que dificultan el logro de niveles mínimos de salud.

Cabe destacar el nivel de integración y coherencia interna de los ocho artículos; esto tiene particular valor y no es frecuente encontrar en este tipo de trabajos.

En síntesis, el libro es un instrumento valioso con información pertinente sobre la relación entre problemas de salud y factores socioeconómicos y políticos en México.

VICENTE DE LA CRUZ S.

