

Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud

Eduardo L. Menéndez

1. El Modelo Médico Hegemónico se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía/proletariado.

El Modelo Médico se constituye en función del conjunto de las clases sociales urbanas y no sólo de los sectores burgueses y pequeño burgueses. Más aún, en un nivel manifiesto dicho modelo aparece asociado en su desarrollo a la lucha y abatimiento de toda una serie de padecimientos que pueden ser vinculados con las condiciones de vida de las clases subalternas. La desnutrición, el alcoholismo, las enfermedades infectocontagiosas y en parti-

cular la tuberculosis incidían diferencialmente en el conjunto de las clases sociales, de tal manera que sus consecuencias más graves se daban en los trabajadores urbanos. Las condiciones de vida del proletariado emergen como aquellas donde se dan más frecuente y lentamente los padecimientos que supuestamente la práctica médica debía erradicar.

Pero el Modelo Médico, y esto debe ser subrayado, se instituye durante el período en que las clases subalternas urbanas, incluidos los trabajadores industriales, mejoran comparativamente su nivel de vida y comienzan a obtener determinados "beneficios sociales" como producto de sus luchas y de las necesidades productivas y legitimadoras de la clase dominante. Así, las mejoras en las condiciones de salu-

bridad no se dan abstractamente, sino que implican el control global sobre los focos transmisibles, ya que esto es casi lo único que asegura la protección de las clases dirigentes. Como sabemos, el caso del cólera constituye la expresión más significativa de este tipo de medidas en los países centrales. En el caso de México estas medidas pueden ser analizadas básicamente a través de la fiebre amarilla y del paludismo, sobre todo para el área del Golfo y del tifus para la mesa central.

La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tienen que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en posible protección colectiva; pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad.

Si bien son las modificaciones en las condiciones de salubridad colectiva (agua potable, drenajes, sistemas de limpieza urbanos, etc.) y personal (abaratamiento del jabón y de la vestimenta) y el mejoramiento de las condiciones de alimentación los factores que inciden en el descenso de las tasas de mortalidad de las clases subalternas, es sin embargo la atención médica la que aparece ante los conjuntos sociales como el agente fundamental de estas transformaciones. El Modelo Médico se impone no sólo a las clases dominantes, sino también a los trabajadores urbanos. Estos no sólo pasan a ser uno de los principales consumidores, sino que operan como propagandistas de dicho tipo de práctica médica. Para

sus principales problemas de salud, los trabajadores urbanos no demandan medicina de tipo "tradicional", sino la denominada medicina "científica".

La percepción positiva de la medicina científica por parte de los trabajadores, tiene que ver con procesos ideológicos y técnicos que operan a nivel de la sociedad global, pero también de la particularidad de sus propios procesos de trabajo. De hecho las prácticas científicas van emergiendo como más eficaces, como técnicas que pueden curar más rápidamente que las prácticas tradicionales. Además los padecimientos que los trabajadores relacionan directamente con su trabajo son básicamente los accidentes laborales. Estos, dadas las condiciones de seguridad de las fábricas tienen una frecuencia y una letalidad para las cuales una medicina que en gran medida ejerció sus avances a través de la práctica quirúrgica está en condiciones de dar respuestas más satisfactorias que las de la medicina denominada tradicional.

Estos procesos, deben ser relacionados a su vez con otros que permiten entender la racionalidad de la demanda así como de la percepción diferencial, y que están estrechamente relacionados con las condiciones de trabajo y de vida dominantes. La desocupación cíclica, y el "no trabajo" por enfermedad, constituían dos de los más graves problemas para la familia proletaria. Si bien el primero no tenía solución "legal", sino a través del paro forzoso, la prostitución periódica, las migraciones internacionales y nacionales, etc.;

el segundo necesitaba ser solucionado rápidamente a través de la intervención médica. Tanto el tiempo comparativamente largo con que la familia proletaria asume reconocer la enfermedad, así como la demanda urgente, inmediata con que pide o exige cura para la misma, tienen que ser relacionados con un condicionamiento económico-ocupacional del "tiempo", ya que el enfermarse, asumir estar enfermo, suponía dejar de trabajar afectando directamente a la supervivencia del trabajador y su familia. La restitución de la salud o la reparación de la enfermedad deben ser inmediatos para no dejar de trabajar y seguir recibiendo su salario en el "mercado libre" laboral. Desde esta perspectiva la medicina científica es percibida como más rápida, como más eficaz, como aquella que puede incidir más positivamente sobre determinados padecimientos. Es una medicina de urgencia, y no una medicina de espera.

Además, como sabemos, la salud de los "ciudadanos" aparece ponderada desde fines del siglo XVIII como necesaria para el desarrollo del Estado. Este proyecto funcionó inicialmente a nivel ideológico, pero posteriormente operó en un nivel estructural relacionado con los cambios generados a partir de fines de siglo XIX en el proceso productivo, lo cual implicó la reducción del tiempo de trabajo, pero el incremento de los ritmos de producción. Las nuevas exigencias laborales implicarán el máximo rendimiento durante el menor tiempo; y en función

de ello la necesidad de un trabajador en las mejores condiciones de salud posible. El obrero debe estar sano durante el período laboral, y debe por otra parte no "desviarse" durante el período de "descanso"; no sólo para así reparar su fuerza de trabajo, sino sobre todo para no generar ausentismo laboral. Durante este período la mayor posibilidad de "desviación" de la clase trabajadora está referida al "alcoholismo", el cual es unilateralmente percibido como una enfermedad de clase. El alcoholismo puede generar ausentismo, mantiene la costumbre del "San Lunes", puede conducir al trabajador y a su familia a la miseria "física y moral". Una cosa es beber con *moderación* y otra la *desviación* de la ebriedad que afecta directa e indirectamente al proceso productivo.

El Modelo Médico es en consecuencia reconocido por el conjunto de las clases sociales como el medio más eficaz de cura y de control de determinadas enfermedades y "desviaciones". Dicha percepción social es reforzada desde una perspectiva ideológica proletaria, por el hecho de que casi todos los líderes y teóricos de la clase obrera ponderarán como progresista, como aliado "natural" del socialismo a la medicina denominada científica.

2. Si bien el Modelo Médico Hegemónico tiene una relación activa con la problemática de salud/enfermedad del conjunto de las clases sociales, y en particular con la salud de los traba-

jadores; esta relación operó predominantemente en el plano curativo y marginó o secundarizó las políticas preventivas, sobre todo en el caso de la salud laboral.

El análisis de la estructura y función del Modelo Médico permite percibir con claridad lo que estamos señalando. En varios trabajos (E.L. Menéndez 1978, 1979, 1983) hemos analizado el Modelo Médico y hemos discriminado una serie de caracteres estructurales, que evidencian lo señalado.

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos sociales son considerados siempre como "pacientes".

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo o a lo sumo a la suma de individuos, y que *no puede* referir radicalmente sus políticas de salud a los factores económico-políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría de hecho afectar al proceso dominante. La dimensión biológica, y cuando fuese necesario

la dimensión psicológica aparecen como los niveles a través de los cuales se plantean tanto la causalidad como la solución de los padecimientos.

El Modelo Médico implica el desarrollo de una práctica médica que puede ser pensada como una medicina del trabajador enfermo y no de la enfermedad sobredeterminada por el proceso laboral. La práctica médica convierte el problema específico en un problema abstracto, donde lo determinante es lo genérico, y no la situación específica del trabajador en un determinado proceso productivo.

Por otra parte la práctica médica radica su mirada en una aparente especificidad, la de la enfermedad "en sí", que de hecho elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que afectan la salud global del trabajador, pero también la de su familia. Si reconocemos que el "trabajo" constituye todavía el principal articulador de la vida de los trabajadores, si aceptamos que las condiciones generales de trabajo siguen siendo el ordenador del tiempo de trabajo y de no trabajo, del tipo de relaciones intra y extralaborales, de los niveles posibles de consumo, de las alternativas culturales, etc., debe implicarse necesariamente que las condiciones de trabajo afectan no sólo la salud del trabajador, sino que inciden en las condiciones de salud y enfermedad de su propio grupo familiar.

Desde esta perspectiva puede reconocerse la incidencia del proceso laboral en determinadas enfermedades, de

las cuales la más evidente son los accidentes; pero también debe ser reconocida en padecimientos que son producto de las condiciones de vida derivados en gran medida de la inserción laboral. Tal vez el caso más evidente lo constituya la desnutrición, que no afecta generalmente al propio trabajador, pero que directa o indirectamente constituye una de las principales causales de mortalidad de sus hijos. La inserción laboral no determina, pero sí condiciona las posibilidades de una mejor infraestructura sanitaria que como sabemos está a la base de las principales causalidades que afectan la salud familiar de los estratos sociales subalternos.

Con este análisis no queremos disolver la especificidad de la enfermedad laboral, sino que por el contrario reconocemos tal especificidad, pero tratando de considerar en toda su envergadura las consecuencias del proceso de trabajo que no sólo se registra en el trabajador, sino *sobre todo* en su grupo familiar.

2.1. Las características dominantes del Modelo Médico Hegemónico son expresión de un proceso, según el cual algunos de los caracteres básicos pasan a tener mayor o menor preponderancia según las condiciones sociopolíticas dominantes. Esta preponderancia se expresa a través de las funciones que este Modelo cumple respecto del Estado y de los conjuntos sociales estratificados.

Potencialmente y en toda sociedad el Modelo Médico cumple cuatro funciones básicas: a) curativo-preventiva; b) normatizadora; c) de control y d) de legitimación. La primera función, la curativo-preventiva es la que aparece generalmente como la única, o por lo menos como la reconocida como más importante y relevante. Y en cierta medida así lo es; en el nivel manifiesto y aparente la curación y secundariamente la prevención aparecen como las funciones más frecuentes, como aquéllas con las cuales se identifica la práctica médica. Más aún, *todas las otras funciones* necesitan manifestarse a través de esta función; sólo pueden ser asumidas en la medida que sus objetivos sean por lo menos formalmente curativopreventivos.

Las otras funciones, sobre todo las b) y c) son parte implícita del trabajo médico: este necesita normatizar para actuar; requiere controlar para ser eficaz. Para que quede claro lo que estamos analizando, debemos recordar que el mero hecho de prevenir un padecimiento supone la posibilidad de normatizar y de controlar. El término "vigilancia epidemiológica" expresa en toda su transparencia este proceso, que en todos los casos supone además una organización jerarquizada de la normatización y del control, así como una participación pasiva de los "pacientes".

En este trabajo no vamos a discutir si en el medio laboral mexicano se realiza vigilancia epidemiológica respecto de las enfermedades laborales.

De hecho no se hace; sólo puede realizarse a partir de determinadas condiciones productivas y a partir de la complejidad del aparato sanitario privado y/o público. Pero lo que nos interesa proponer es que toda práctica médica generada desde el Modelo Médico, supone aun en sus principales avances objetivos, la posibilidad de controlar y normatizar, y desde esta perspectiva contribuir a la reproducción ideológica de determinadas relaciones dominantes.

La utilización de la dimensión salud/enfermedad y de la acción como un legitimador social se manifiesta con toda transparencia luego de la crisis de 1929 y sobre todo a partir de la segunda postguerra. El notable abatimiento de la mortalidad general e infantil; el aumento de la esperanza de vida serán manejados en términos comparativos respecto del pasado y entre sistemas sociales antagónicos. Estos y otros indicadores de salud expresarán niveles de "desarrollo" económico-social diferenciales y que pueden ser remitidos a las condiciones estructurales de los sistemas en los cuales se manifiestan estos fenómenos. Si bien constituyen un indicador menos utilizado, las enfermedades laborales y sobre todo las condiciones de accidentabilidad también serán manejadas como objetivos legitimadores y de lucha ideológica.

Debe subrayarse que en todos los casos estas condiciones deferenciales están referidas a las condiciones de vida, pero también a las consecuencias de la hegemonía de la práctica médica

científica. En los países capitalistas este reconocimiento tiene una notable congruencia económico-política dado que el dominio de la prácticas curativas contribuye en forma notable a la reproducción ampliada del capital a través de la denominada "industria de la salud".

Ahora bien a mediados de la década de los 60 este modelo entra en crisis, la cual se expresa a través de toda una serie de consecuencias y cuestionamientos críticos generales (ver E.L. Menéndez 1985:21-22). Desde la perspectiva específica de la salud de los trabajadores los ejes de la crisis pueden ser enumerados de la siguiente manera:

- a) inicio de la crisis financiera de los organismos de seguridad y bienestar social, que durante la década de los 70 se profundizará hasta generar reducciones o directamente incapacidad de acción en países de capitalismo periférico, y que llevara a implementar políticas de racionalidad "productiva" en países de capitalismo central;
- b) desarrollo creciente de la morbilidad relacionada con las condiciones de trabajo, lo cual en gran medida se expresa a través del hecho de que aun en los países industrializados donde se generan los descensos más notables de la tasa de mortalidad general y de las mortalidades específi-

- cas, es en el grupo etéreo denominado “productivo” donde ocurren los menores decrementos en las tareas de mortalidad;
- c) la creciente incorporación al proceso productivo de materiales, sustancias e instrumentos que generan condiciones potenciales de morbilidad y que sólo en las experiencias concretas evidenciarán su causalidad negativa, lo cual se evidencia con particular énfasis en las actividades agropecuarias;
- d) el continuo aumento de los tiempos y ritmos de producción, así como la reorganización laboral que afecta a ramas enteras de la producción;
- e) el desarrollo continuo de los procesos de desocupación en los países de capitalismo periférico y el inicio de la “nueva desocupación” en los países centrales que conducirán a fines de los 70 a hablar nuevamente del “síndrome desocupacional”;
- f) el desarrollo en los países capitalistas de formas de producción interpretadas inicialmente como “marginales”, pero que luego serían verificadas como formando parte de una nueva estrategia productiva, que se caracteriza por la inexistencia de condiciones mínimas de seguridad social para los trabajadores.
- g) el crecimiento, en algunos países en forma vertiginosa del denominado sector “pasivo”, es decir los jubilados y “retirados”, que sobre todo en el caso de los trabajadores verán deterioradas sus condiciones de vida justamente en uno de los períodos vitales de más alta vulnerabilidad.
- Junto a éstos y otros procesos, se generaron sobre todo en países como Italia y Francia corrientes críticas dentro del movimiento obrero respecto de las consecuencias del proceso productivo, las cuales se centraron en los efectos sobre la salud y la vida cotidiana del trabajador y de su familia. Luego de una etapa de notable desarrollo, estas corrientes entraron en receso a partir de fines de los 70. Parcialmente este cuestionamiento ha sido continuado por tendencias, que también se desarrollaron desde los 60, las corrientes de “rechazo del trabajo”, pero cuya vinculación con esta problemática no podemos analizar ahora. Debe subrayarse que ambos tipos de movimientos han sido meramente anecdóticos en los países de capitalismo periférico y en particular en México.
- Es importante señalar además, que los procesos de desarrollo industrial desigual incidirán notoriamente para modificar el perfil epidemiológico y las causalidades básicas que afectan las

principales enfermedades de los trabajadores.

Los problemas de salud ocupacionales generados por la industria moderna, sobre todo en el caso de los cánceres, aparecen cada vez más evidentes tanto en términos de trabajo directo, como en términos indirectos, es decir, a través de las condiciones generales de vida. Pero no son sólo las consecuencias biológicas donde tenemos que encontrar el condicionamiento del proceso laboral sobre la enfermedad. El incremento de la enfermedad mental debe ser ponderado en todas sus consecuencias, dentro de un panorama donde objetivamente se genera un descenso de las tasas de mortalidad a nivel absoluto y diferencial. Justamente la validez del Modelo Médico pretende fundarse en este descenso objetivo de las tasas de mortalidad; pero la cuestión no radica en permanecer nuevamente en el nivel manifiesto sino remitir dicho proceso de *abatimiento* a sus condiciones reales y posibles.

Si bien debe reconocerse dicho *abatimiento*, inclusive para nuestros países, el análisis de la crisis del Modelo Médico evidencia justamente su inoperancia respecto de una mayor disminución de determinados procesos de morbilidad, lo cual remite nuevamente a hallar las condiciones del proceso en la disminución económico-política que fundamenta la práctica del Modelo y no en el "modelo en sí".

Toda una serie de hechos evidencian esta "inoperancia":

- a) si bien con la tecnología médica actual son curables y abatibles la mayoría de las principales causas dominantes en nuestros países. La aplicación de dicha tecnología opera sólo en forma muy limitada;
- b) se conoce la tecnología a partir de la cual controlar las principales causales de insalubridad, contaminación, desmejoramiento del ambiente y sin embargo en la mayoría de nuestros países continúa el proceso de contaminación general;
- c) con la tecnología fabril actual son potencialmente controlables la mayoría de los riesgos laborales directos y sin embargo dicho control industrial se ejerce muy limitadamente a nivel médico-sanitarista.
- d) el crecimiento objetivo de la enfermedad mental derivada directamente del trabajo o de las condiciones de vida se expresa a través de indicadores como el proceso de alcoholización, cuyo agente puede ser potencialmente controlable, pero afectando seriamente a intereses económico-ocupacionales del conjunto de las clases sociales complicadas en el proceso de producción, comercialización y consumo.
- e) pese al objetivo abatimiento de la mortalidad, sigue prevaleciendo

do una mortalidad diferencial en prácticamente todos los países; esta mortalidad diferencial puede ser medida en términos de clase, de estratos y de sectores ocupacionales, ya que a través de estas tres unidades pueden detectarse diferencias en las tasas de mortalidad y en la esperanza de vida. El Modelo Médico no ha conseguido abatir la diferenciación, y si bien se ha generado una disminución en la brecha existente entre algunos sectores sociales, todo indica que aun en países como Estados Unidos o Gran Bretaña se ha incrementado la diferenciación entre el estrato social más bajo y los restantes. (R.D., Pardo, E.L., Menéndez, 1986).

3. La crisis del Modelo Médico Hegemónico debe ser vinculada en la actualidad con la crisis económico-política, y con las alternativas que el sector salud se plantea a partir de seguir manteniendo la estructura y funciones de dicho modelo.

Debe destacarse al respecto que las condiciones actuales de la crisis afectan decididamente no sólo el tipo de estrategias, sino también a las causales de morbimortalidad. El endeudamiento financiero, así como las propuestas del Fondo Monetario Internacional, sobredeterminan de hecho las condiciones de vida de las clases subalternas, así como las propuestas de solución.

El Modelo Médico Hegemónico necesita readecuarse, es decir, necesita sobre todo abaratar costos sin por eso perder legitimidad y sobre todo respecto de determinados sectores ocupacionales.

En las últimas décadas el Modelo Médico corporativo estatal, que constituye una variante del Modelo Médico fue construyendo en México un tipo de práctica que podemos caracterizar de la siguiente manera:

- a) ha tratado de extender las coberturas basado en instituciones de seguridad social; el porcentaje de derechohabientes pasó del 20% en 1965 al 43% en 1980;
- b) no obstante esta extensión, debe señalarse que la misma se ha dado en forma diferencial, lo cual implica una atención desigual a la población económicamente activa. Los recursos económicos, materiales y humanos se han concentrado en algunas instituciones, básicamente el IMSS y en la población trabajadora que opera dentro de los programas regulares de dicha institución;
- c) en el conjunto del sector salud domina un modelo curativo, que no sólo es sumamente costoso, sino que es de baja eficacia respecto de los principales problemas de salud. Así, tenemos que el IMSS en 1978 dis-

tribuyó su presupuesto de tal forma que sólo el 1.1% del mismo correspondió a atención preventiva y el 52.5% a la curativa. Todas las instituciones de salud del país presentan una composición de la plantilla del personal que expresa con claridad el dominio del enfoque curativo. Así en el Instituto de Servicios de Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1975 había 4,998 médicos, 5,954 enfermeras y 1,975 paramédicos. Si bien esta relación establece ya una composición considerada no satisfactoria inclusive desde una perspectiva curativa en 1979, dichos porcentajes siguen diferenciándose en forma negativa. Ahora tenemos 6,704 médicos, 6,882 enfermeras y 1,655 paramédicos, es decir que los médicos se incrementaron en un 6.4% y las enfermeras en un 2.1%, mientras que los paramédicos se redujeron en un 3.2%. En el caso del IMSS para 1979 tenemos 25,389 médicos, 15,377 enfermeras y 21,888 auxiliares de enfermería. La notable cantidad de médicos, planteada no en términos absolutos, sino comparativos, indica de hecho un predominio de las actividades curativas respecto de las preventivas, así como el potencial incremento de los costos de atención a la salud. Un modelo

curativo supone de hecho el incremento de la medicamentación, de la polifarmacia, del uso creciente del equipo técnico, que favorecen la reproducción de la "industria de la salud" y que en países como los nuestros afecta la estructura del financiamiento del aparato de salud y lo que es más grave no afecta a los factores "ambientales" que favorecen el mantenimiento de determinados cuadros de morbi-mortalidad;

- d) es el predominio de este modelo curativo el que se expresa en la ineficacia o en una eficacia limitada y diferencial de la aplicación de los programas que deberían actuar sobre las causas básicas de mortalidad y morbilidad; desnutrición, saneamiento, accidentes, contaminación, etcétera. Las prácticas curativas sólo pueden operar limitadamente sobre nuestros principales problemas de salud física y mental.
- e) debe subrayarse que para algunos autores, el dominio de las prácticas curativas no tiene que ver solamente con la reproducción de la industria de la salud, sino también con procesos de reproducción y de legitimación ideológica del sistema. La inducción médica fomenta directa e indirectamente la aceptación de la hegemonía de dicha prác-

tica por parte de los conjuntos sociales. Conduce a estos conjuntos y sobre todo al conjunto de las clases subalternas, a percibir y a demandar este tipo de práctica como “la mejor”, o por lo menos como la mejor que el sistema global les puede dar. Diversas investigaciones evidencian que son los sectores de menores ingresos los que tienden a incrementar la demanda de los servicios médicos de salud cuando pueden consumirlos.

Es decir que en el contexto latinoamericano, y en particular en el caso de México, se generó una institucionalización del Modelo Médico que cumple las funciones descritas y en particular respecto de los trabajadores.

Ahora bien este Modelo, como ya lo señalamos, necesita readecuarse dadas las condiciones actuales de la doble crisis, la referida a la situación económica general y la crisis del Modelo Médico. Es indudable que la crisis económica afectará al conjunto de las clases sociales; pero pueden detectarse toda una serie de problemáticas donde la crisis afectará en forma diferencial a las clases subalternas:

I) el deterioro de las condiciones nutricionales de la población, y sobre todo en el caso de los niños menores de cinco años, y facilitará la incidencia de las enfermedades infecto - contagiosas, incrementando la potencialidad de

mortalidad en dichos grupos etéreos;

- II) teóricamente puede deducirse que el incremento de la desocupación y subocupación no sólo se reflejará en la disminución del nivel de vida, sino en el incremento de las denominadas “violencia” y “patología” sociales;
- III) determinadas medidas económicas pueden afectar directamente algunas causales de mortalidad y morbilidad; así, el aumento del costo del agua puede incidir notoriamente en la higiene corporal, alimenticia y de la vivienda;
- IV) hipotéticamente el incremento de la racionalidad productiva puede traducirse en el incremento de la morbilidad ocupacional;
- V) los procesos de empobrecimiento relativo y absoluto, y los procesos migratorios rural-urbanos, tenderán a afectar la oferta de servicios de salud y salubridad de modo diferencial. El posible incremento de los asentamientos “marginales” incrementará los problemas de saneamiento y salubridad;
- VI) el deterioro de la capacidad adquisitiva de los trabajado-

res y de los sectores medios dependientes, orientará su demanda de atención médica, tanto en el primer nivel de atención, como sobre todo en los niveles de mayor complejidad, a los servicios de seguridad social de los cuales son derechohabientes. Es decir que una parte del consumo médico que era "solucionado" por la práctica privada, tendrá que ser absorbido por los servicios públicos generando posibles "cuellos de botella" en la organización institucional. Esto a su vez puede conducir a reducir la calidad de la atención médica, al aumentar el número de pacientes por médicos;

VII) si bien la incidencia del aumento del costo cotidiano de vida puede llevar a la reducción de la contaminación ambiental (gases, ruidos, accidentes) generada por el transporte automotor privado, no ocurrirá lo mismo con la contaminación proveniente de las actividades industriales.

Respecto de la actual situación, que no configura nuevas problemáticas, sino que la crisis actual agudiza, las estrategias del sector salud se siguen implementando a partir de las líneas institucionales previamente.

La revisión de las estrategias actuales implica su lectura en dos dimensiones, la de la continuidad de las acciones y la de las posibles alternativas gestadas por el sistema:

Desde la primera dimensión observamos:

- a) que continúa la hegemonía del Modelo Médico;
- b) que la práctica médica dominante es la curativa en las principales instituciones del sector salud, y en particular en aquellas que tienen que ver con la salud de los trabajadores;
- c) que sigue dominando la tendencia a incorporar profesionales médicos con énfasis en lo curativo;
- d) que persiste la atención "desigual";
- e) que la inversión en controles preventivos, sobre todo del medio ambiente, son reducidos y muy inferiores a las inversiones en la dimensión curativa;
- f) que trata de desarrollarse la fusión organizativa del sector salud, aunque con escasos resultados;
- g) que en todos los casos, ya sea referidos a la programación de actividades, o ya sean tomadas

las acciones en sí, son los criterios biológicos los que operan predominantemente, si bien son tomados en cuenta en forma subordinada criterios de tipo económico, social y cultural.

Ahora bien, en los últimos años se vienen propugnando algunas medidas que aparentemente cuestionarían, o por lo menos establecerían una alternativa distinta respecto del modelo dominante. Las dos medidas básicas son las referidas al énfasis en la atención primaria y en la participación comunitaria por una parte, y las propuestas de descentralización de los servicios centrandose en unidades municipales o jurisdiccionales las funciones y actividades aplicativas. Ambas propuestas son en gran medida complementarias.

La revisión de esta "nueva" orientación supone la discusión de dos hechos: primero discriminar si estas actividades constituyen realmente una alternativa al modelo curativo; segundo establecer cuáles son sus articulaciones con las políticas reales del sector salud, tanto a nivel nacional como internacional.

En un trabajo previo (E.L. Menéndez, 1985:23-25) analizamos las causales y posibles consecuencias de estas nuevas políticas en salud y concluimos que las medidas propuestas por los organismos internacionales tanto de tipo económico (Banco Mundial) como de salud (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud) se verificaban a través de

los llamados programas de salud rural implementados por los países latinoamericanos. Estas nuevas políticas se relacionan directamente con las crecientes dificultades para invertir en la salud de los conjuntos sociales y en consecuencia tratan, aunque en forma poco exitosa, de paliar el aumento constante de los costos de la "industria de la salud".

En el caso mexicano estas propuestas se retomarán, pero no tanto a través del uso de personal tipo "médico descalzo", aun cuando existieron y existen programas que lo promovieron, sino sobre todo a través de médicos, paramédicos y pasantes de medicina. Además el modelo curativo sigue dominando sus prácticas y la dimensión de una real participación comunitaria es muy limitada. Es decir que la extensión de la atención primaria no sólo reproduce el modelo curativo, sino que tiende a legitimarlo. Por otra parte el incremento de las inversiones en salud siguen orientadas hacia los recursos humanos y hacia los medicamentos. La atención primaria no constituye "en sí" una estrategia preventiva; en general racionaliza y refuncionaliza el modelo médico. El primer nivel sólo se configura como preventivo si realiza acciones preventivas, lo cual, aunque sea obvio, debe ser subrayado, y además, cuando dichas acciones implican la participación activa de los conjuntos sociales.

El énfasis en la atención primaria exclusivamente curativa, tiende más a la legitimación que a la acción modi-

ficadora de las condiciones de salud/enfermedad y halla en consecuencia un límite a sus acciones no sólo en dichas condiciones, sino en las propias posibilidades dada la reducción potencial de las inversiones en salud.

Este proceso implicó teóricamente la participación comunitaria; se proyectó sobre áreas rurales y en segundo lugar sobre áreas "marginales", y en general se propició una participación pasiva, subordinada, que no interviene en los niveles decisorios. Respecto de la salud en la fábrica, prácticamente no se han impulsado experiencias de participación real, es decir, autónomas o por lo menos de coparticipación efectiva.

Si bien a nivel de los organismos decisorios aparecen ponderadas las condiciones de salubridad, de prevención, de participación; lo real es que estas propuestas no son llevadas a cabo con el mismo nivel de inversiones económicas y con la misma continuidad que las prácticas curativas.

Pero además estas nuevas políticas de salud, esta nueva orientación comunitaria, este énfasis en la atención primaria se ha desarrollado al margen de la problemática de la salud ocupacional tanto en el medio productor agropecuario, como en el medio industrial. La revisión de los programas de Bienestar Social Rural, Extensión de Cobertura, IMSS-COPLAMAR, Areas marginales de las grandes urbes evidencian claramente que la problemática de la enfermedad de los trabajadores en cuanto tales, no es considerada por

estos programas. Correlativamente con ésto, hallamos que en la esfera específicamente industrial no se han impulsado programas de vigilancia epidemiológica, de acciones comunitarias a nivel fabril, de control real de los procesos de contaminación rural y urbano.

La crisis del modelo médico, las nuevas condiciones que afectan el financiamiento de los sistemas de seguridad y bienestar social, la creciente incidencia del proceso productivo en las condiciones de morbilidad no son resueltas por las "nuevas" políticas en salud. Más aun las condiciones de participación, el énfasis en la atención primaria no se verifica en el contexto donde se genera la enfermedad de los trabajadores.

Asumir la participación subordinada, enfatizar las consecuencias negativas de la contaminación industrial sin poder actuar radicalmente sobre ellas, da cuenta de las limitaciones ideológicas y económico-políticas que operan en y sobre el modelo médico hegemónico. Pero debe ser subrayado, que la aceptación de la monetarización de la enfermedad, el reconocimiento de la ideoneidad de una práctica médica reparativa, la convivencia con la creciente degradación del significado del trabajo, la secundarización de las demandas y luchas por mejores condiciones de salud laboral por parte de la mayoría de los trabajadores deben ser integradas como parte fundamental del mantenimiento de la hegemonía de un modelo médico que pese a la

crisis sigue cumpliendo funciones de normatización y legitimación, transacciones a través de sus objetivos casi exclusivamente curativos.

BIBLIOGRAFIA

BANCO MUNDIAL (1980), *Informe sobre el desarrollo mundial*, Washington.

COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD (1982), *Hacia un sistema nacional de salud*, México (edición mimeografiada; sin anexos).

COPLAMAR (1982), *Necesidades esenciales en México*, Salud, Siglo XXI, Vol. 4.

— — — — — (1982), *Necesidades esenciales en México, Geografía de la marginación*, Siglo XXI, Vol. 5.

DIPARDO, R., E.L. MENENDEZ, 1986 "El concepto de clase social en la investigación de la problemática salud/enfermedad" en prensa en: *Papeles de la Casa Chata*, Vol. 1, No. 1.

I.M.S.S. (1974), *Estudio de actitudes de los derechohabientes del IMSS*, México.

— — — (1979), *Resumen estadístico de los riesgos de trabajo ocurridos*, México.

MENENDEZ, E.L. (1978), *El modelo médico y la salud de los trabajadores*, en F. Basaglia y Otros: *La salud de los trabajadores: 9-54*, Nueva Imagen, México.

— — — (1979), *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Nueva Imagen, México.

— — — (1983), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía, autoatención (gestión) en salud*. Cuaderno No. 86 de La Casa Chata.

— — — (1985), "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", en *Nueva Antropología*, No. 28:11-28.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD (1978), *Las condiciones de salud en las Américas, 1973-76*, Washington.

— — — — — (1982), *Las condiciones de salud en las Américas: 1977-80*, Washington.

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO (1978), *Manual de estadísticas básicas sociodemográficas, III, Sector Salud y Seguridad Social*, México.

