

## ECONOMÍA MORAL

### ► Crisis del capitalismo mundial/XVII ► Bancarrota y dependencia del sistema de salud de México

JULIO BOLTVINIK

**C**omo consecuencia de la crisis de la *influenza porcina*, la población y los medios están descubriendo qué tan insuficientes, precarios e inequitativos son los **servicios** de salud en México y las graves consecuencias que de ahí se derivan. Imágenes de personas "hospitalizadas" sentadas en pasillos, narraciones de población no atendida o atendida con negligencia, se han vuelto frecuentes. (Un indicador de esta precariedad: la proporción de personas con baja agudeza visual que fueron tratadas exitosamente con lentes o pupilentes por entidad federativa, se presenta en la gráfica. Sólo se cubre, en el mejor de los casos, Distrito Federal, a poco más de la mitad de la población. En el peor, Oaxaca, a poco más de 20 por ciento, en algo tan elemental.) También ha salido a la luz la ominosa dependencia científico-tecnológica del país en asuntos tan esenciales para la salud como la identificación de virus y la producción de vacunas (véase el desplegado de la Academia Mexicana de Ciencias en *La Jornada* de ayer, que destaca esta dependencia y el raquítico presupuesto dedicado a la ciencia y la tecnología en el país: 0.33 por ciento del PIB).

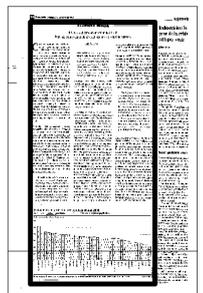
A los dos problemas anteriores (precariedad/insuficiencia y dependencia) se suma el de la creciente medicalización y mercantilización del modelo de atención a la salud, que ha dejado prácticamente en el olvido (en los hechos, aunque no necesariamente en la retórica) lo que se solía llamar salud pública o **servicios de atención masiva** o **servicios no personales de salud** (concepto que comprende desde el **agua potable** y el drenaje, la *vigilancia epidemiológica*, la prevención de accidentes, el control y regulación de: contaminación, **agua**, alimentos y medicamentos; orientación nutricional, y educación para la salud, entre otras actividades). Ésta ya era una distorsión grave antes de la crisis de la deuda de los años 80:

El modelo medicalizado de atención a la salud vigente en la actualidad en los países desarrollados, donde la necesidad de algunos de los **servicios** no personales está totalmente satisfecha, ha sido trasplantada mecánicamente a los países pobres. La adopción en México del modelo medicalizado... que menosprecia

las influencias ambientales y psicológicas en la salud y rechaza la importancia de los determinantes histórico-sociales en el proceso de salud-enfermedad, ha convertido al hospital en el centro estratégico de atención a la salud y ha impulsado una industria químico-farmacéutica de origen transnacional... (J. Boltvinik, C. Santos-Burgoa, I. Almada Bay, R. Mendoza Toro y A.M. Chávez, *Salud*. Volumen 4 de la serie *Necesidades esenciales en México*, Coplamar-Siglo XXI editores, 1982, p. 133).

A este panorama vino a sumarse, a partir de 1983, el "grave desfinanciamiento de todas las instituciones públicas, incluyendo la seguridad social como resultado de la política neoliberal de ajuste y cambio estructural adoptado por México con la crisis de 1982" (Asa Cristina Laurell, *La Jornada*, 07/5/09) y el predominio aún más tajante de una visión individualista-mercantilista y antiolecionista.

La **revisión** de tres documentos sobre el sector salud de México, elaborados durante esta década, muestran que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) aborda el análisis y las recomendaciones del sector salud de nuestro país centrándose casi exclusivamente en los **servicios** personales de salud, evidenciando que incluso a nivel conceptual la medicalización se ha impuesto en este organismo (*Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México*. París, 2005). En cambio, los dos programas nacionales de salud (PNS) más recientes, el de 2001-2006 y el de 2007-2012, le otorgan una cierta presencia a los **servicios** no personales de salud o salud pública (el segundo de ellos los llama promoción de la salud y prevención de riesgos sanitarios y de ciertas enfermedades), pero ninguno plantea el objetivo de aumentar la *seguridad sanitaria* de la población y, al parecer, buena parte de lo señalado en ellos ha quedado como buenas intenciones no traducidas en hechos, y en la práctica el énfasis ha seguido en los **servicios** personales, como lo muestran los indicios recientes. Baste un ejemplo: entre las metas planteadas por el PNS 2007-2012 está la de "reducir 15 por ciento el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años



de edad". Además de que el lector se preguntará por qué sólo se plantea tal reducción en ese grupo de edad, es evidente, casi dos años después de publicado el PNS, que no se ha hecho nada para hacer realidad tal meta.

**Los que entre 1974 y 1976** participamos en la formulación del Plan Nacional Indicativo de Ciencia y Tecnología en el Conacyt aprendimos que la dependencia científico-tecnológica se venía a sumar a la dependencia económica y que la superación de ambas era una tarea conjunta. Por ello, el objetivo global de la política de ciencia y tecnología quedó expresado en dicho plan como "el desarrollo científico, la autonomía cultural y la autodeterminación tecnológica". Y a continuación se añadía:

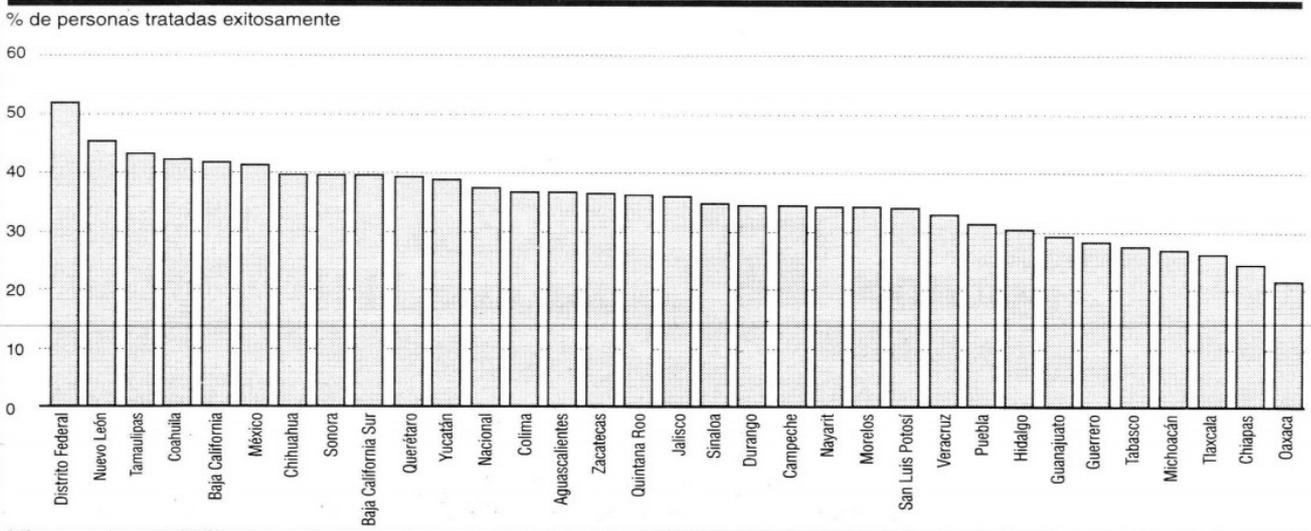
"Para lograr este objetivo, es menester que la política científica y tecnológica esté cabalmente integrada a la política general de desarrollo del país y que ésta tenga, a la vez, como uno de sus objetivos, el desarrollo de la ciencia y la tecnología nacionales" (pp.34-35). "La autodeterminación tecnológica no supone la autarquía en este campo, sino la libertad de decisión en la búsqueda, selección, negociación, utilización,

asimilación, adaptación y generación de tecnología; esto es, el desarrollo de una capacidad para establecer relaciones tecnológicas sin dependencia" (p. 41).

**Aunque la Ley** de Ciencia y Tecnología hoy vigente establece que debe destinarse uno por ciento del PIB como gasto en la materia, prevalece la misma proporción (un tercio de la marcada en la ley) que el plan en la materia que venimos citando calculó como el prevaleciente en 1976. Ello es así porque la autodeterminación tecnológica no está en la agenda de quienes ejercen el poder político en México. Los grupos políticos que se han apoderado del país están asociados con una burguesía maquiladora, comercial y de **servicios** para la cual la autodeterminación tecnológica no es un valor, sino sólo una mercancía más que el país puede comprar como se compra la publicidad o la asesoría financiera o legal. Los científicos, los auténticos, caracterizados por su autonomía y capacidad crítica, traen más problemas que soluciones. Como lo dijo explícitamente Fox: son gobiernos de empresarios para empresarios (habría que añadir solamente que son empresarios *pequeños* en muchos sentidos).

### Tratamiento de problemas de agudeza visual. 2006

% con baja agudeza que fueron tratados con éxito con anteojos o pupilentes



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Cuadro A. 15, Programa Nacional de Salud, 2007-2012, Secretaría de Salud, 2007, p.169.

LA JORNADA

jbolt@colmex.mx