

Los procesos de salud-enfermedad en el contexto actual de la medicina en México

by Verónica Gil Montes - lunes, mayo 02, 2005

<https://vinculando.org/salud/saludenfermedad.html>

Día tras día se logran grandes resultados terapéuticos en numerosos pacientes. Pero lo asombroso es que en los enfermos y en los médicos aumenta la insatisfacción. Desde hace decenios, junto con el progreso se habla de la crisis de la medicina, de reformas, de superar la medicina oficial y de innovaciones del concepto global de la enfermedad y del ser médico[1].

En la construcción de la medicina como ciencia y disciplina se han involucrado aspectos tanto humanos, éticos, como científicos, por tal motivo, al tratar de acceder a su estudio y análisis se deben de considerar aquellos lugares y actores que han posibilitado el desarrollo de la ciencia médica, ya que la construcción de los conceptos que le dan sentido a la misma se han transformado a través del tiempo, variando dicha concepción según la época y tipo de sociedad. Las formas distintas de percibir estos procesos tienen que ver en las maneras en que se estructura, entre otras cosas los conceptos como salud-enfermedad o la figura del paciente y del médico a través de la historia.



En la mayoría de los países occidentales, la crisis económica de 1929 y la Segunda Guerra Mundial precipitaron la evolución de los sistemas de Seguros Sociales ya existentes y los transformaron en sistemas de Seguridad Social. Los objetivos para los que fueron formados se pueden resumir en lo siguientes: Conservar la salud de los trabajadores o recuperarla en caso de enfermedad o de accidente, sea cual sea el costo de los cuidados necesarios; solventar las dificultades de subsistencia de los asegurados en caso enfermedad, accidente, imposibilidad física o vejez y proporcionar sistemas de educación.

En América Latina la Seguridad Social ha ido cobrando importancia a través de los diversos movimientos sociales iniciados principalmente por la clase trabajadora; pero dicha institución en los últimos años ha tenido un gran giro con respecto a la procuración de los derechos de los trabajadores; Esto se debe principalmente a las políticas públicas que se han instrumentado hoy en día, mismas que se plantean siguiendo lineamientos internacionales que privilegian un modelo económico y político a nivel mundial reglamentado por organismos internacionales como en Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional.

Como consecuencia de este panorama mundial, a partir de la década de los ochentas, en México se inició una reestructuración económica dando paso a un nuevo modelo económico: El neoliberal, que tiene como referente inmediato la apertura de mercados mediante la globalización e internacionalización de la economía.

Los años ochenta en nuestro país se presentaron como una época difícil sobre todo con respecto a los cambios suscitados en materia económica; una de las mayores preocupaciones era la deuda externa y la creciente inflación. A finales de 1983 se inició una política relativa a un cambio en la participación estatal. El cambio se centró en dos factores importantes: la reducción del tamaño del Estado y el paso a un Estado propietario de empresas a un Estado promotor de bienestar social.

Entre 1985 y 1988 la economía mexicana inició un proceso de apertura comercial que se expresó claramente a partir del ingreso de México al GATT (Acuerdo General de Tarifas y Aranceles, ahora Organización Mundial de Comercio) y al inicio de negociaciones para la firma del Tratado de libre comercio con los Estados Unidos y Canadá[2]. Dicha política comenzó a cobrar fuerza a partir de 1988 en la administración de Carlos Salinas de Gortari.

En esa década, el apoyo a los servicios de salud se restringieron gradualmente. Por ejemplo, los presupuestos per cápita del IMSS y del ISSSTE fueron 44 por ciento más bajos que en 1983; y en la Secretaría de salud fue de 50 por ciento menos que en 1985. La consecuencia inmediata de esta reducción se observó en la desvalorización de las instituciones de salud, bajos salarios de los trabajadores, restricciones en la compra de equipo y mayor cobertura de la población atendida sin aumento de recursos, así como en un cuestionamiento sobre el prestigio médico y social a estas instituciones.

La tendencia política y económica era disminuir la intervención del Estado en ciertos rubros; para tal fin se creó en 1984 el Sistema Nacional de Salud el cual contaba con atribuciones para planear, coordinar e integrar las actividades y programas de las instituciones públicas relacionadas con la salud de la población[3]. Por medio de este organismo se ha pretendido realizar las reformas que han contribuido a relegar o disminuir la intervención del Estado, las cuales, sin lugar a dudas, repercuten tanto en el nivel de atención, así como en diversos procesos de relación dentro de la institución, como pueden ser las relaciones médico-paciente, el vínculo del paciente con la institución, o la noción de salud-enfermedad, sólo por citar algunos.

En términos generales las reformas planteadas reestructuran tangiblemente la participación del Estado y de los trabajadores. Como bien apunta Asa Cristina Laurell, las reformas al Sector Salud se basan en una estrategia neoliberal que dirige las necesidades en salud a ser cubiertas por los individuos, la familia o el mercado, por lo que al Estado sólo corresponde impulsar dichos servicios pero no financiarlos.

El Estado compartía junto con el sector industrial y laboral la aportación económica de la Seguridad Social. Ahora se pretende crear condiciones “favorables” para instaurar una política de mercado y así capitalizar al organismo de la Seguridad Social. Además, se pretende organizar al Sector Salud según las necesidades geo-económicas: “El nuevo modelo organizativo consta de tres subsistemas: el aseguramiento privado, el de seguridad social y el de los sistemas estatales de salud dirigidos a la población rural o suburbana “no asegurable””[4]. Esto permite la distribución de ciertos insumos para dicho sector, pero además también la segmentación de la población que accede a los servicios. Se plantea dar un mayor auge al Seguro de Enfermedad y Maternidad, consolidar el Seguro Social para la Familia y debido al supuesto incremento de insumos mejorar la calidad de los Servicios médicos.

Siguiendo la misma lógica que inició con el gobierno de Miguel Alemán y que continuó en los gobiernos de Salinas y Zedillo, se conformó el Programa Nacional de Salud (PNS) en el que se concretan las posturas económicas y políticas con respecto a la salud que desde hace poco más de 18 años se han gestado en nuestro país, convirtiendo el ámbito de la salud en un mercado en el que los medios de producción del bien y las formas de consumo del mismo le darán sustento a las necesidades básicas de la población. Es importante mencionar que en el

informe publicado en 1999 sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se promueve un nuevo universalismo y se reconocen los límites del Estado: “el nuevo universalismo reconoce que si los servicios deben ser prestados a todos, entonces no todos ellos podrán ser prestados. De acuerdo a una determinada priorización, los servicios más costo-efectivos deben ser provistos primero” [5].

La salud, de un bien accesible que debería estar al alcance de todos, pasa a ser un bien de mercado, es decir, un bien de consumo, ya que bajo estos lineamientos y el establecimiento de cuotas únicas se está trabajando bajo el mismo principio que las aseguradoras privadas, en las cuales los montos a cubrir corresponden a ciertos niveles de atención; el principio de solidaridad

ad y equidad social planteado

os en los inicios de la conformación de la Seguridad Social de antaño se dejan de lado.

El Sector Salud necesita una serie de reformas al interior del mismo, tanto en lo económico, lo político como en lo social; los aspectos económicos desde hace mucho tiempo han ido gestando una crisis al interior de la institución que repercute en la atención médica, pero también en la instrumentación de servicios dentro de la misma; se privilegian cifras: número de pacientes atendidos, número de camas disponibles, entre otros muchos números. “El PNS establece que las “contribuciones serán proporcionales a la capacidad de pago” y propone abiertamente subsidios escalonados para la atención integral y resolutive de la enfermedad “según la capacidad de pago del hogar” a través del así llamado seguro popular, la “ampliación” de la seguridad social y la “regulación” de los seguros privados vía las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)” [6].

Es sin lugar a dudas de gran importancia tener en cuenta este tipo de cambios, en lo económico y lo político para poder analizar a una institución que por sus mismas características hace compleja su observación, pero que además esta íntimamente ligada con la vida de los individuos que la constituyen, ¿qué hacer con la salud en estos tiempos en que se ha marcado como un producto más que necesariamente debe ser comercializado?, ¿cómo enfrentan los sujetos sus vínculos institucionales con el sector salud en un país que poco a poco transforma la concepción de la Seguridad Pública constituyéndola como privada?, ¿cómo se instituyen los procesos de salud-enfermedad ante este nuevo panorama nacional?

Las políticas que se han instrumentado en materia de salud obedecen también a los avances científicos y tecnológicos, que además han marcado tanto el devenir de la historia de la medicina como las diversas maneras de apropiación de los médicos sobre su profesión, estableciendo una serie de símbolos, normas, signos, imágenes del hacer-ser, tanto de la profesión como de la ciencia médica.

Actualmente las transformaciones culturales, económicas, políticas en las sociedades están sustentadas en un gran porcentaje por el avance tecnológico; la tecnología facilita y sostiene la nueva visión de ver al mundo, “lo global” permite tener puntos de contacto entre diversas sociedades. Basándose en la nueva infraestructura tecnológica, el proceso de globalización de la economía y la comunicación ha cambiado nuestras formas de producir, consumir, gestionar, informar y pensar [7]. Aparentemente los procesos llamados globales, económicos y políticos, han marcado esta línea, pero lo cierto es que existen procesos sociales los cuales no pueden ser considerados iguales en todos los ámbitos de cada una de las sociedades.

Las transformaciones históricas en curso no se limitan a los ámbitos tecnológicos y económicos, afectan también las formas de producir las formas que los sujetos tienen de relacionarse entre sí, de establecer formas de construcción simbólicas que les permita establecer relaciones sociales y apropiarse de su medio cultural.

Al observar los cambios que se experimentan en el sistema de salud con respecto a la atención de los enfermos, a la administración de los recursos y las transformaciones con respecto a las políticas internas en la institución es correcto suponer que los sujetos que forman parte de la misma también transformen la manera en que se relacionan en la institución, y que las prácticas hospitalarias se resignifiquen, emergiendo nuevos imaginarios con respecto a la

medicina y sus prácticas.

En el quehacer cotidiano las políticas que se establecen a partir de las líneas de mercado ya mencionadas trastocan de diversas maneras la singularidad de los individuos. Se empiezan a crear nuevas formas de reproducción de sentido, de apropiación del conocimiento y del uso del mismo, y nuevas formas de incorporación a los procesos institucionales. Cabría preguntar ¿Qué nuevos imaginarios se están creando con respecto a la profesión médica?

Las políticas de salud que se han establecido durante los tres últimos sexenios, han ido trastocado y colocando a los médicos en distintos lugares de la institución medica, como administradores, académicos, médicos residentes, médicos de base; modificando los espacios que los médicos y el uso de la medicina han ocupado a lo largo de la historia.

Ahora el médico ocupa el lugar del administrador, diversifica su saber y su mirada es más atenta a los lineamientos del mercado, se ha concentrado en aprender a suministrar los recursos de la salud, por ejemplo, una nueva manera de ingresar al sector salud es el sistema de prepagos, el cual primero se estableció para aquellos que tenían mayor poder adquisitivo, después se ampliaron estos servicios a otros sectores de trabajadores como los del Metro, bancarios y universitarios, a los cuales se les otorga una nueva prestación definida por el gobierno federal: el seguro de gastos médicos mayores, lo que ahora repercute en una descapitalización de los recursos materiales y humanos en este rubro.

Cabe hacer hincapié que el rubro de la salud desde una perspectiva global se percibe como uno de los indicadores más significativos del desarrollo de un país. Del gasto en salud se llega a hablar de una inversión orientada específicamente al capital humano de un país y con repercusión en la productividad y la capacitación de avance en ciencia y tecnología[8].

La institución de la salud, la cual reside principalmente en las instituciones de Seguridad Pública, se ha convertido en administradora de ciertos servicios. Los médicos ahora tienen un papel importante en este nuevo engranaje. La prioridad es la prevención, no la cura, no la atención. El portador del saber, el curador, se descoloca poco a poco de su lugar de conocimiento, y de esta manera las formas de portar su saber se trastocan. Se puede explicar entonces por qué en el consultorio no se mira, se escribe; no se escucha, se interrogan; se llenan expedientes; se presentan los formatos estadísticos; se pretende medir la calidad de la atención médica de esta manera. *A partir de una política de gestión preventiva, la participación del especialista se reduce a una simple evaluación abstracta: señalar los factores de riesgo. En resumen , procede como un agente administrativo que elabora un banco de datos*[9].

El avance de las nuevas tecnologías, así como los intereses propios de las políticas económicas han permeado en todo momento la construcción de la institución hospitalaria, del sector salud, de la escuela, es decir de los espacios propios que atañen a la construcción de los procesos de salud-enfermedad. Ante las reformas económicas y políticas, los sistemas de salud en general se vuelven preventivos de los riesgos, ya no sistemas de regulación de los procesos de salud- enfermedad. Se construye un objetivismo tecnológico, en el cual los médicos adquieren una nueva construcción simbólica ante el otro, “un poder que no tiene relación con lo que ellos representen realmente en la sociedad”[10].

Las formas de atención que se presentan bajo la lógica de los nuevos sistemas de salud pretenden ser más que curativos, preventivos. El objetivo principal será detectar los riesgos con respecto a la salud de la población, pero los riesgos, dice Castel, no son el resultado de la presencia de un peligro concreto para una persona o para un grupo de individuos, sino la relación de datos generales impersonales o factores (de riesgo) que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables[11]. De esta manera la población “riesgosa” es colocada en sistemas especiales para su tratamiento lo que conlleva a establecer estados de normalidad que pretenden agrupar a un gran número de población, con lo cual el sistema de instituciones tienen como objetivo la prevención de conductas indeseables, estableciendo así una estrecha vigilancia en los sujetos, quienes al ser normados y

disciplinados enfrentan una pérdida continua de libertades y derechos.

Cada vez el tratamiento hacia los pacientes se vuelve más impersonal. Ahora los estudios epidemiológicos marcarán la pauta para que los enfermos ingresen al hospital y sean atendidos. La calidad de esta atención se verificará en la forma en que el paciente sea registrado en la institución, en los datos que se escriben e inscriben en su expediente. Los sistemas computacionales y de registro se encargarán que el sujeto forme parte de una cadena, ingrese como un número más en la institución, quien será atendido por un médico que tendrá que ser detector de riesgos, un administrador de la salud que ya no se ocupará de contextualizar al paciente, de tratar de indagar sobre su entorno cotidiano, su forma de vida, datos que podrían llevarlo a realizar un diagnóstico diferente al que realiza con sólo preguntar, medir y palpar.

Las significaciones imaginarias de la profesión médica se construye ahora desde referentes distintos a los de antaño, produciendo así ya no curadores, ni artesanos; el prestigio social que la profesión médica ha gozado durante mucho tiempo está siendo mermado. Ahora la disciplina médica y su contexto actual produce médicos-administradores, médicos-especialistas, médicos-detectores de riesgos.

Las nuevas producciones de sentido que se den con respecto a esta disciplina obedecerán principalmente a políticas económicas, por lo que un gran sector de este gremio será sólo una figura administrativa, dejando de lado el arte de la cura.

Es importante, acompañar a pensar a aquellos que se dedican a estudiar e intervenir en los procesos de salud-enfermedad, a pensarse y mirarse de forma distinta a lo ya establecido.

Notas

* Profesora-investigadora, UAM-Xochimilco, Área de Investigación: Cultura y sociedad, Departamento de Política y Cultura.

[1] Kraus, A y Cabral, A (1999) *La bioética*, Tercer Milenio , México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, p. 14.

[2] Reflexiones sobre las reformas en la Seguridad Social, Serie de estudios 34, Centro de desarrollo estratégico para la Seguridad Social, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1997.

[3] Cfr. Op.Cit. p.242.

[4] Asa Cristina Laurrel (1996) *la nueva concepción de los Servicios de Salud*, en: Mussot, M (coord) Alternativas de Reforma de la Seguridad Social, UAM-X/Fundación Friedrich Ebert, México. p. 52.

[5] Citado en: Leal, G . “Pasaporte al fracaso. El foxismo como tardoprismo social 16 apuntes sumarios sobre un gobierno del “cambio” que se traicionó en sólo cuatro meses”, en: El Cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual, número 111, enero-febrero 2002. Año 18, UAM-A, p. 96.

[6] Op. Cit. p. 96.

[7] Borja J y Castells M. (1997), *Local y Global. La gestión de las ciudades en la era de la información*, España, Taurus, p. 21.

[8] Cfr. Política y salud social, p. 238.

[9] Castel, Robert (1981) *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis*, Barcelona ,Anagrama, p.160.

[10] Op. Cit. P. 158.

[11] Op. Cit. 153.