

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



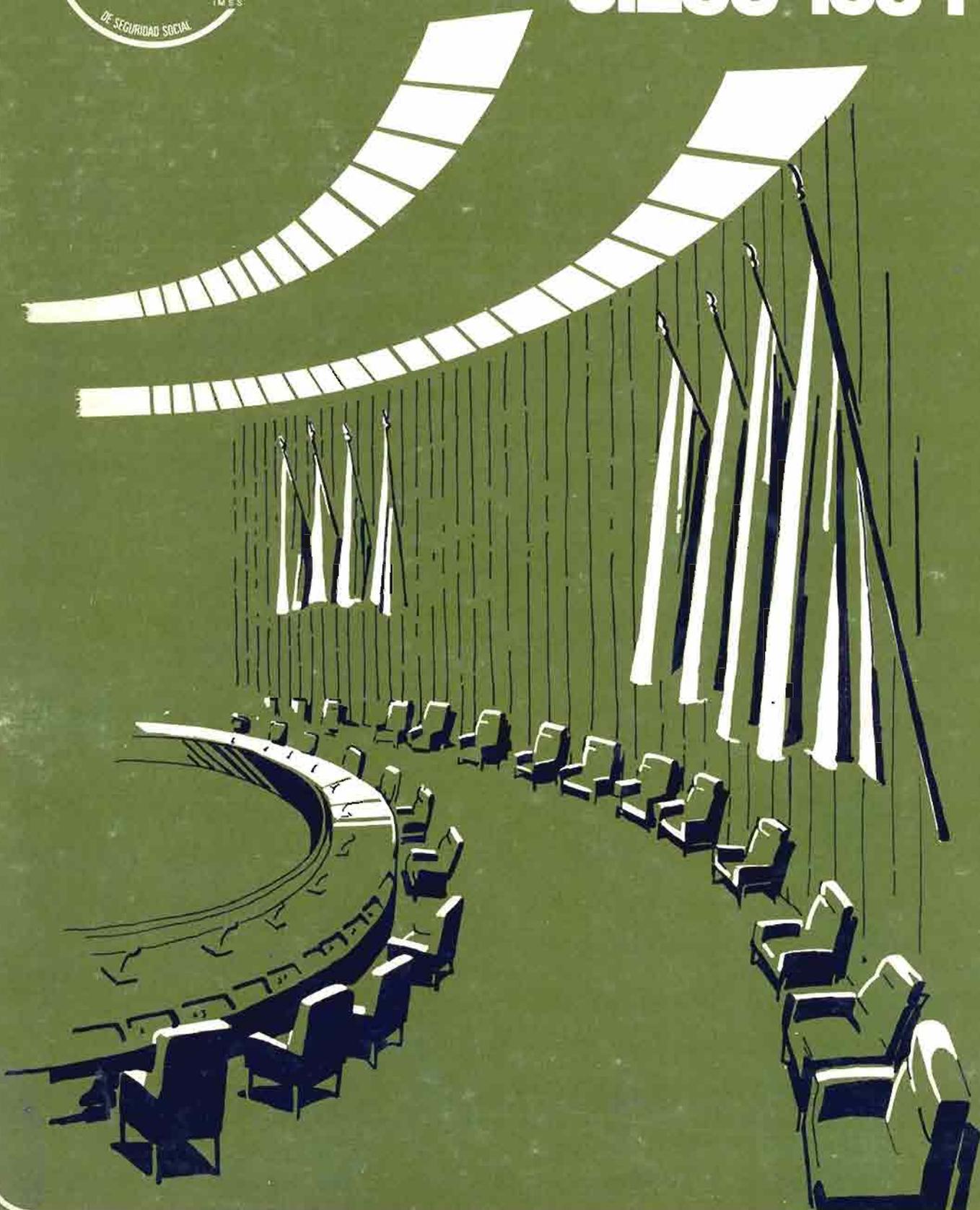
**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



# CONFERENCIAS CIESS 1984



## I N D I C E

Pág.

PRESENTACION Lic. Emilio Rabasa Gamboa DIRECTOR DEL CIESS . . . . .	1
EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. Dr. Carmelo Meza Lago . . . . .	4
SEGURIDAD SOCIAL COMPARADA. EL CASO DE COSTA RICA, CUBA Y CHILE. Dr. Carmelo Meza Lago . . . . .	25
ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE -- ATENCION MEDICA. Dr. Stuart Haywood . . . . .	47
PANORAMA DE LA SALUD EN EL TRABAJO EN CUBA. Dr. Fernández Osorio . . . . .	61
ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION Y SEGURIDAD SOCIAL. Act. Roberto Ham Chande . . . . .	80
TRABAJO TECNOLOGIA Y SALUD. EL CASO DE BRASIL Y -- ESTADOS UNIDOS. Dr. Daniel Berman . . . . .	112
LA DOCENCIA MEDICA EN CUBA. Dr. Francisco Pérez Carballás. . . . .	128
EL FUNCIONAMIENTO DE LOS POLICLINICOS EN LA REPUB <u>LICA</u> BLICA DE CUBA. Dr. Alberto Céspedes Carrillo . . . . .	145

LA PRESENCIA DEL DERECHO EN LA ADMINISTRACION DE PERSONAL.	
Dr. Nestor De Buen Lozano . . . . .	161
ESPECIALIZACION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL. UNA NUEVA OPCION PARA LOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION.	
C.P. Alfredo Adam Adam . . . . .	187
PROCESO DE EVALUACION DE LAS UNIDADES MEDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.	
Arq. Rodolfo Peregrina Marroquín . . . . .	208

## PRESENTACION

El Programa de Cursos y Seminarios CIESS-1984 recogió los planteamientos que se hicieran en diversas reuniones internacionales celebradas en 1983, como la de junio en México y septiembre en Panamá. Estos planteamientos obedecieron a la preocupación por hacer del CIESS un foro de debate doctrinal sobre la seguridad social.

En adición a los cursos y seminarios, cuya mecánica consiste básicamente en el proceso enseñanza-aprendizaje que conlleva la capacitación, resultaba indispensable establecer las condiciones adecuadas para propiciar el debate antes referido. En otras palabras, además de la transmisión del conocimiento a través del programa de cursos y seminarios era indispensable discurrir y discutir abiertamente sobre el conocimiento mismo, tanto teórico como práctico, que se transmitía.

Para tales efectos se estableció un programa de conferencias, de tal suerte que sin faltar un sólo mes de los correspondientes al ciclo académico del CIESS, se contara con un experto en las diversas materias de seguridad social correspondiente a las cinco divisiones operativas del Centro, que presentara un tema para ser discutido entre los asistentes. Fue así que a partir de febrero de este año, el CIESS presentó a un conferencista y a veces hasta dos por mes, provenientes de los Estados Unidos de Norteamérica, Gran Bretaña, Cuba y México.

Las conferencias versaron sobre temas de seguridad social referentes a la Organización y Dirección de los Servicios Médicos, Actuaría y Financiamiento, Salud Ocupacional, Administración y Patrimonio Inmobiliario.

Las exposiciones duraron de 45 minutos a una hora en promedio, e

inmediatamente después, se dió entrada al cuestionamiento y debate entre los asistentes.

El auditorio de este ciclo de conferencias estuvo integrado, básicamente, por los propios participantes en los cursos y seminarios, provenientes de las instituciones de seguridad social, de salud en el trabajo de los países miembros de la Conferencia Interamericana. Adicionalmente se invitó también a estudiantes de instituciones de educación superior en México. Cuantitativamente la asistencia varió de 50 personas como mínimo a 250 como máximo.

El resultado de este ejercicio de debate doctrinal de la seguridad social fue altamente positivo, tanto por lo que hace a los expositores y a los temas, como a los asistentes. Sin embargo, quedaría trunco si no se comunicaran estas conferencias a todos aquellos interesados que por cualquier razón no pudieron asistir a las mismas.

Con el propósito de dar permanencia a este debate doctrinal de la seguridad social, el CIESS emite esta sencilla publicación de su ciclo de conferencias correspondientes a 1984, con la finalidad de continuar retroalimentando un proceso de diálogo en beneficio del mantenimiento, desarrollo y ampliación de la seguridad social.

Sea este el espacio propicio para reiterar el agradecimiento de este Centro a todos y cada uno de los conferencistas, que en forma desinteresada no sólo elaboraron y presentaron sus trabajos, sino también autorizaron su publicación y difusión.

Octubre de 1984.

## C O N F E R E N C I S T A S

DR. MESA LAGO	ESTADOS UNIDOS
DR. STUART HAYWOOD	GRAN BRETAÑA
DR. FERNANDEZ OSORIO	MEXICO
ACT. HAM CHANDE	MEXICO
DR. DANIEL BERMAN	ESTADOS UNIDOS
DR. PEREZ CARBALLAS	CUBA
DR. CESPEDES CARRILLO	CUBA
DR. DE BUEN LOZANO	MEXICO
C.P. ADAM ADAM	MEXICO
ARQ. PEREGRINA MARROQUIN	MEXICO

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD EN AMERICA  
LATINA Y EN EL CARIBE

DR. CARMELO MESA-LAGO  
CONSULTOR ESPECIAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL Y DE  
SARROLLO DE LA CEPAL.  
DIRECTOR Y PROFESOR  
DE LA ESCUELA DE ECO  
NOMÍA EN EL CENTRO DE  
ESTUDIOS PARA AMERICA  
LATINA DE LA UNIVERSI  
DAD DE PITTSBURGH.

CONFERENCIA DICTADA  
EL 28 DE FEBRERO -  
DE 1984.

## C U R R I C U L U M    V I T A E

El doctor Carmelo Mesa-Lago, nació en la Habana, Cuba. En la Escuela de leyes de la Universidad de este país se graduó como abogado.

Su interés por la Seguridad Social lo llevó a estudiar este tema en varias universidades: "Trabajo y Seguridad Social", en la Universidad de Madrid; "Economía", en la Universidad de Miami y "Economía Laborar y Seguridad Social" en la Universidad de Cornell.

En universidades e institutos de Pittsburgh, Miami, Oxford y la Habana, el doctor Mesa-Lago ha colaborado como profesor y asesor. Se ha especializado en Programas comparativos de Seguridad Social, Relaciones Laborales y Sistemas económicos comparados en Latinoamérica. Ha sido además consultor de diversos organismos internacionales y ha escrito y publicado gran número de estudios técnicos.

Actualmente es consultor especial de Seguridad Social y Desarrollo, de CEPAL, organismo que depende de la ONU. Es también director y profesor de la Escuela de Economía en el "Centro de Estudios para América Latina" de la Universidad de Pittsburgh, lugar en el que hoy radica.

El punto de partida de esta conferencia será la siguiente pregunta clave:

¿Es posible alcanzar en América Latina y en el Caribe, la meta -- que se ha propuesto la Organización Mundial de la Salud? Esta meta propone la cobertura universal de salud en toda la región americana, y el mundo entero, para el año 2000.

De este planteamiento se derivan otras preguntas.

Primera: ¿Qué posibilidades financieras tiene la región Americana para poder universalizar la atención de la salud?

Segunda: ¿Cuál es el papel de la Seguridad Social en el logro de este objetivo?

Tercera: Teniendo en cuenta el enfoque actual, en el que se pone énfasis en la medicina curativa de alta tecnología e intensiva de capital, ¿Es posible expandir la cobertura de la Seguridad Social a toda la población?

La presentación se dividirá en dos partes:

- a) Se analizarán los cuatro aspectos fundamentales de los programas de atención a la salud: La organización, la cobertura, el financiamiento y los beneficios y gastos, incluyendo en este último renglón un breve análisis del costo de la atención a la salud.
- b) Se expondrán una serie de recomendaciones ideales para poder alcanzar la meta de cobertura universal para el año 2000.

## Estructura organizativa.

La atención de la salud en la América Latina y el Caribe está en manos de una serie de instituciones como son: el Seguro Social o Seguridad Social, los Ministerios de Salud Pública, Beneficencias, Sociedades Mutuales en Cooperativa; atención provista por empleadores y por el sector privado.

En la mayor parte de los países de la región, el Seguro Social se ha convertido, hoy en día, en el principal proveedor de servicios médicos hospitalarios a través del seguro de enfermedad y maternidad y también, a través del seguro de riesgos profesionales y de asignaciones familiares.

El Ministerio de Salud se ha circunscrito cada vez más a la medicina preventiva y a la atención de los no asegurados e indigentes (personas sin ingresos).

Desde el principio de la década actual, en dieciocho de los veintiocho países de la región, los servicios de salud están siendo administrados por el Seguro Social o la seguridad social; en cinco, por el Ministerio de Salud; en tres, por el Ministerio de Trabajo o de Bienestar Social y en dos, por otras agencias autónomas. Así pues, la seguridad social funciona de acuerdo con la organización administrativa de los servicios médicos hospitalarios de la región.

Hay dos formas de proporcionar la prestación de asistencia médica: una, la llamada sistema directo, que es el más extendido en la región y consiste en instalaciones médico-hospitalarias propias de la institución aseguradora. La otra, llamada sistema indirecto, se usa raramente en forma pura y consiste en contratar servicios para prestar la atención de la salud.

Lo que encontramos en América Latina en general, son sistemas -- mixtos, es decir, la seguridad social, y en algunos casos los Ministerios de Salud, operan en una parte importante con instalaciones propias y en ciertas regiones del país, en que no existen las mismas, subcontrata con otras instalaciones del sector privado.

Los sistemas de salud en algunos países de América Latina se encuentran básicamente concentrados y organizados por una sola institución. Este es el caso de Cuba, Nicaragua y países del Caribe de habla inglesa.

Costa Rica y Panamá tienen servicios de salud altamente integrados. En la mayor parte de los otros países se trabaja con servicios coordinados. En México, por ejemplo, se opera con un programa de coordinación entre el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En otro grupo de países no existe una coordinación efectiva de la atención de la salud. Esto crea una serie de problemas de tipo administrativo que provocan la duplicidad de funciones. En -- ciertas regiones, la atención es muy deficiente.

### La Cobertura.

La cobertura de los riesgos laborales por la seguridad social en América Latina se inicia en el año 1932. El primero que se cubre es el de Riesgos Profesionales; ya para el año 1952, prácticamente todos los países latinoamericanos tenían cobertura en este ramo del seguro, excluyendo a los países del Caribe de habla inglesa.

Por otra parte, y casi paralelamente, comienza la cobertura de enfermedad y maternidad, de vejez, invalidez y muerte y progra-

ma de pensiones; con un poco más de anticipación del primero con respecto al segundo. Los programas que aparecen ya al final son los de asignaciones familiares y desempleo. Los primeros comienzan en la década del 50 y hoy en día solamente una pequeña proporción de los países de América Latina cuentan con estos programas dentro de su esquema de aseguramiento.

Las cifras más recientes que corresponden a 1982, indican que son siete programas de asignaciones familiares y seis de desempleo.

Para fines de la década del 70, todos los países de América Latina y también los del Caribe de habla inglesa, tenían ya cobertura a través de la seguridad social en el programa de enfermedad y maternidad.

En los programas de enfermedad y maternidad, se pueden distinguir tres etapas:

En la primera, que se inicia en los años 20 y 30, se encuentran siete países, entre los cuales están: Chile, Uruguay, Brasil, Argentina y Cuba que se consideran los pioneros en la seguridad social en América Latina.

El segundo grupo, que incluye la mitad de todos los países de la región, se inicia básicamente en la década del 40, influenciado por la labor de la OIT con el informe Beveridge, de William Beveridge, que estableció las bases de la seguridad social.

El primer grupo estuvo, en cierta forma, inspirado por el Seguro Social y el segundo comienza a estar influenciado por una doctrina más amplia de Seguridad Social. En la tercera etapa o grupo, tenemos a siete países que son fundamentalmente los de habla inglesa del Caribe, que se constituyen como independientes en la década del 60 y del 70.

A pesar de que en las diversas legislaciones aparece el seguro de enfermedad y maternidad la pregunta obligada es, ¿Cuál es la cobertura de la población? habría que distinguir entre cobertura legal y cobertura estadística; la cobertura legal es la que viene determinada por la ley y la segunda es la que se calcula con base a las estimaciones de cobertura que dan las distintas instituciones.

Con respecto a la ley, se tienen tres grupos de países:

Un primer grupo, el Caribe de habla inglesa y Cuba, donde se otorga la atención a la salud a todos los residentes. Este es el grupo que tiene la cobertura legal más amplia.

En un segundo grupo, ocho países cubren prácticamente a todos los empleados. En once, se cubre sólo parte de ellos; se excluye generalmente al sector agrícola, a los trabajadores independientes y al servicio doméstico.

Se debe aclarar que en la mayor parte de Centro América, con excepción de Costa Rica, Panamá y Haití, la cobertura por ley se limita a la Capital y ciudades más importantes.

En la gran mayoría de los países, la cobertura de enfermedad y maternidad está ligada al empleo; esto es típico del sistema original alemán, que conecta la atención a la salud, el sistema de pensiones y otros beneficios de la seguridad social con el empleo.

Lo anterior muestra lo que se ha llamado la extensión vertical de la seguridad social o de los riesgos.

#### Cobertura de la Población en América o extensión horizontal.

En virtud de un trabajo que se está llevando a cabo en CEPAL ---

(Centro de Estudios para América Latina) para medir la cobertura de la seguridad social en América Latina en lo que va de la presente década, se nota una gran disparidad en la información extraída de la respuesta a un cuestionario que se envió a veinte países latinoamericanos. Basados en cifras oficiales, estos datos incluyen a los asegurados activos o cotizantes, pasivos (pensionados y jubilados) y dependientes de ambos.

En los países considerados pioneros de la seguridad social, como es el caso de Cuba, Uruguay, Brasil, Chile, Argentina y Costa Rica, la cobertura de la población asegurada va del 65% al 100%. En un segundo grupo, que incluye México, Panamá, Venezuela, Perú y Guatemala, la cobertura va del 30% al 64%; en el caso de México se toma en cuenta únicamente al IMSS. En promedio la cobertura para América Latina es del orden del 58% en el esquema de salud. Lo anterior plantea una alta probabilidad de extender la cobertura para que se aproxime a la universalización; sin embargo, al excluir a Brasil, el porcentaje se reduce al 37% y esto es porque la cobertura de este país es del 96% de acuerdo a las cifras oficiales.

Al analizar las cifras de cada uno de los países por separado, se hace evidente que éstos distan mucho de llegar a la universalización de la cobertura, lo que constituye un serio problema.

Existe un estudio realizado por Peter Thullen en el año de 1981.

Thullen pone en duda la exactitud de las cifras de cobertura y considera que son, en gran parte, especulativas. Por ejemplo, los dependientes se calculan en base a los asegurados; pero no resultan, de un registro, sino de un cálculo estadístico estimado. De aquí que se deben tomar con cuidado las cifras de cobertura tan alta que da Brasil, ya que afecta en gran medida a toda la cobertura de la región.

Habrá que preguntarse si podrán la mayoría de los países de América Latina cumplir con la meta de universalización, incluso, -- después del año 2000 y, por otro lado, qué probabilidades hay -- realísticamente de que se pueda hacer. En la mayor parte de los países, el programa de enfermedad y maternidad, tiene su origen en el modelo alemán del Seguro Social que se basa en la cobertura de la población laboral asalariada, que es básicamente urbana. Ese modelo pudo alcanzar gran extensión, casi universalidad, por que la gran mayoría de la población era precisamente asalariada y urbana en los países europeos. En una buena parte de los países de América Latina eso no ocurre, debido a que un porcentaje muy alto de la fuerza laboral está en el sector agrícola, son -- trabajadores independientes o ambos.

De la información que se ha podido obtener de la Organización Internacional del Trabajo sobre las categorías ocupacionales de la fuerza laboral en América Latina, se deduce que los países más desarrollados tienen un porcentaje menor en la agricultura y actividades por cuenta propia. En los países subdesarrollados, la proporción en agricultura y en el trabajo por cuenta propia se incrementa. En el caso de Bolivia, estos dos renglones representan la mitad de la población.

En los países más desarrollados, por ejemplo, Uruguay, solamente un 16% corresponde a la agricultura, 24% a trabajadores por cuenta propia y más de dos terceras partes de la población son asalariados. Lo mismo se puede decir de Panamá y de otros países.

Por lo tanto, se puede establecer una correlación directa entre la cobertura de la Seguridad Social y el porcentaje de la población asalariada. Los países que han logrado una cobertura más alta son básicamente los países que tienen una población asalariada mayor, como Uruguay, Chile, Argentina y Cuba. En estos países pudo extenderse el modelo Bismarckiano del Seguro Social porque había una base similar a la alemana o a la europea, es decir, --

una alta proporción de trabajo asalariado.

Hay un par de países que aún tienen un alto porcentaje de fuerza laboral en el sector agrícola y que han sido capaces de extender la cobertura gradualmente al campo. Es el caso de Brasil y el más reciente de México. En ambos, el modelo que se ha utilizado no es el modelo tradicional de cotización de los asalariados. En el caso de Brasil se ha utilizado un sistema de impuesto que grava al sector urbano y a la producción agrícola en general. Así, el sector urbano en cierta forma está financiando la extensión de la cobertura al campo.

En el caso de México, la extensión se hace, fundamentalmente, con cargo al presupuesto del Estado a través del programa IMSS-COPLAMAR; el asegurado no paga nada.

Estos, obviamente, son modelos que se apartan del seguro social tradicional.

#### La cuestión Financiera.

En América Latina, el financiamiento del seguro de enfermedad y maternidad se hace fundamentalmente por una contribución salarial tripartita.

La contribución del asegurado es de dos clases: la del asalariado y la del que trabaja por cuenta propia. Generalmente la cotización del segundo es más alta, porque como no tiene patrón tiene que suplir o compensar de alguna forma la falta de contribución de éste. A veces la contribución del trabajador por cuenta propia llega a ser el doble de la contribución del asalariado.

El empleador paga un porcentaje sobre el salario del asegurado, que corresponde, teóricamente, al doble o más de lo que debe pagar éste.

En algunos países, el Estado también cotiza un porcentaje con -- respecto al salario. Generalmente es mucho más bajo que el del -- empleador y a veces inferior también ante el asegurado. Pero ésta no es la principal contribución del Estado, ya que existen -- otras formas de contribución estatal, a través de impuestos o cu b ri e n d o o p a r t e d e l d é f i c i t d e l p r o g r a m a d e e n f e r m e d a d e m a t e r n i d a d e l l o g r a m e n l a f u e n t e p r i n c i p a l - o u n a d e l a s p r i n c i p a l e s d e l a s o n t r i b u t i o n e s l a f u e n t e p r i n c i p a l e s o n l a s m á s i n d i c a t i v a s d e l o q u e l E s t a d o a p o r t a l f i n a n c i a m i e n t e l s i s t e m a.

Una conclusión muy importante de ésto es que el porcentaje de -- contribución del asegurado, en promedio para toda la región, es -- de menos de una tercera parte de la contribución total y las dos -- terceras partes o más, son contribuidas por el empleador y el Es -- tado. Es un punto importante porque, en el viejo esquema Bismar -- ckiano del Seguro Social, se supone que el asegurado tiene un de -- recho a las contribuciones, derecho que se refleja en las presta -- ciones, que a su vez se derivan de su contribución. Hay obviamen -- te una evolución ya que en el antiguo concepto del seguro priva -- do no había más contribución que la del asegurado y las primas -- deberían tener correspondencia con los beneficios.

En el Seguro Social se introduce un concepto nuevo, más avanzado: -- el empleador, el Estado y en cierta forma la sociedad, contribu -- yen también al sistema. Ha evolucionado tanto la contribución -- del empleador y el Estado que hoy es difícil decir que el asegu -- rado está costeando su derecho a las prestaciones. La sociedad, -- como en todo, es la que está contribuyendo con dos terceras par -- tes del financiamiento. Esto es extremadamente importante cuando -- se habla de la asistencia.

La contribución del asegurado, por supuesto, la paga el propio -- asegurado, pero ¿quién paga la contribución del empleador? hay -- una gran discusión sobre quién es el que paga en realidad esta --

cotización. Existen tres hipótesis:

Una, que la paga el empleador. Esta es la más floja de todas.

Dos, que la pagan los consumidores. Hay lo que se llama un traslado hacia adelante, hacia el consumidor y un traslado hacia --- atrás, hacia el trabajador o asegurado. Si la pagara el trabajador o asegurado, eso incrementaría su contribución al autofinanciamiento de sus prestaciones; pero hay un buen grupo de teóricos y algunos estudios empíricos que indican que en muchos casos hay una transferencia al consumidor. Si una parte importante de la contribución del empleador la paga el consumidor, quiere decir que ésta, unida a la contribución del Estado, que a su vez - sale de las rentas generales que también paga el consumidor, ésta es la fuente principal del financiamiento. Surge así un problema muy serio de distribución.

En los países que tienen una cobertura de seguro social en materia de enfermedad y maternidad muy baja, de un veinte, un quince o un diez por ciento, se produce entonces un fenómeno a través - de la transferencia al consumidor. El empleador aumenta los precios de los productos que vende, de tal manera que el costo lo - está pagando el consumidor. Por otra parte, a través del impuesto de venta, que es el más generalizado y la fuente principal de - ingresos en América Latina, el no asegurado - que es la mayoría - de la población- está contribuyendo al financiamiento del sistema de una minoría que es asegurada. Aquí se plantea un problema - ético serio y de nuevo se pone en tela de juicio todo el principio antiguo del seguro social, ya que una persona no asegurada - contribuye en parte al financiamiento de un sector asegurado.

En los países en que la cobertura se va ampliando, este efecto - disminuye. Un país que se aproxime a la cobertura universal tendrá un problema menor de financiamiento porque obviamente la mayoría de la población estará cubierta y contribuyendo directamente a través del salario, o indirectamente a través del precio o -

del impuesto consumido.

Un ejemplo concreto sería el de El Salvador, donde el 12% de la población total estaba asegurada en el año de 1980, pero el 71% del costo era pagado a través de esta forma indirecta, provocando un serio problema de financiamiento.

En los países que tienen una cobertura baja, la gran mayoría de la población sólo tiene acceso a los servicios de salud que provee el Ministerio de Salud Pública. Donde el porcentaje de recursos asignados al Ministerio es muy pequeño, como en Colombia y en la República Dominicana, aproximadamente el 80% de la población no está cubierta; los únicos servicios a que pueden tener acceso son los del Ministerio de Salud pero éste recibe sólo 40% de los fondos para la atención médica. De nuevo hay un problema serio, porque el sector no protegido recibe una proporción muy pequeña de los fondos de salud.

A pesar de la asignación importante de fondos a seguros de enfermedad y maternidad, en la mayor parte de los países de América Latina, el 90% de los casos - este seguro es deficitario, es decir, los egresos son superiores a los ingresos. En muchos países se aplica una transferencia del programa de pensiones para compensar el déficit. Esto es posible porque hay una acumulación de recursos en el fondo de pensiones, y siendo ambos parte del mismo programa, se produce una transferencia de fondos, pero a sabiendas de que en la práctica la rama de enfermedad y maternidad no puede amortizar el préstamo. De aquí que mediano o largo plazo el déficit de enfermedad y maternidad produce un desfinanciamiento del sistema de pensiones.

Esto no es un problema en los países que tienen programas de pensiones relativamente nuevos, pero, en los países que lo implantaron hace mucho tiempo, se produce todo un desequilibrio del sistema financiero cuando viene la gran demanda por parte de ju-

bilados o de pensionados. Además, fenómenos como la inflación, la baja rentabilidad, etc., ocasionan que no haya reserva para hacer frente a las obligaciones con respecto a las pensiones.

De aquí que se ha dado en América Latina un proceso gradual de sustitución del sistema o del método técnico de financiamiento de las pensiones. El sistema comenzó con un régimen de prima media uniforme, o sea, un sistema casi de capitalización completa; de ahí pasó a un sistema de prima media escalonada. Hoy muchos países tienen problemas graves de financiamiento, como Chile, Uruguay, etc., por lo que se ha vuelto a la técnica universal del sistema de reparto simple del gasto.

Técnicamente, lo que debería hacerse sería incrementar la cotización o reducir los costos. Políticamente, ambas medidas son muy difíciles de llevar a cabo por la oposición tanto de los asegurados como de los empleadores. Hay varios estudios realizados en países pioneros que indican que el costo alto, en términos de cotización, producen un efecto de sustitución de trabajo por capital, es decir, los empleadores tratan de reducir sus costos eliminando mano de obra y sustituyéndola por capital. Aquí se tiene otra limitante, ya no es sólo un problema de posición política, sino también la certeza de que incrementos sucesivos en las cotizaciones van a tener un efecto negativo en el empleo.

Un punto importante que se puede plantear es que resulta imposible, en la mayor parte de los países de la región, extender la cobertura con la estructura financiera actual. Tiene que haber un cambio en el sistema de financiamiento a efecto de promover la extensión de la cobertura.

#### Beneficios y Gastos:

En los países en que la seguridad social ha tenido un desarrollo

mayor, ocurren dos cosas:

La primera: Los beneficios o prestaciones de salud son más generosos. Por ejemplo, se paga un subsidio por enfermedad o maternidad que en algunos países llega a ser el equivalente al 100% del salario. La segunda: Se dan ciertos beneficios que resultan extremadamente lujosos, como por ejemplo, ortodoncia o lentes de contacto. Además, las condiciones para la adquisición de los beneficios son muy liberales o muy flexibles, de manera que basta el simple empleo o la residencia para poder adquirirlos.

Es obvio, por tanto, que los costos en materia de beneficios de salud y maternidad son mucho más altos en los países pioneros.

El promedio de gastos de salud en América Latina es de un 60%; si se combinan los dos porcentajes, un 50% de la cotización, que va a enfermedad y maternidad, y un 60% aproximadamente, que va a los gastos, hay un déficit de un 10%. En dos terceras partes de los países llega a ser casi un 70%. En los países más desarrollados la proporción que se dedica a enfermedad es menor, porque el sistema de pensión ya ha madurado y entonces hay una proporción mayor de gasto que va a pensiones; de ahí la diferencia entre unos y otros.

La conclusión general que se extrae de este análisis, es que los programas que tiene un impacto más progresivo en la redistribución del ingreso -que es uno de los objetivos de la seguridad social en términos de principios de solidaridad-, son los programas de salud.

Los programas de pensiones tienden a tener un efecto progresivo porque básicamente reproducen las diferencias salariales. Esto se agrava con las transferencias que se producen del sector de bajo ingreso al de alto ingreso por los mecanismos ya explicados. Por otra parte, los programas de enfermedad y maternidad en general, tienen un impacto progresivo. En estos tres ejemplos, el ca

so de Brasil es en el que el impacto es mayor.

A medida que envejecen los sistemas más desarrollados, una proporción mayor del gasto va a pensiones y una proporción menor va a salud. Lo primero ocasiona un aumento del impacto regresivo, y el segundo, una disminución del impacto progresivo en la distribución.

Para medir la progresividad del sistema hay que tener en cuenta lo siguiente: Cuánto se gasta en medicina preventiva y cuánto en medicina curativa. La medicina preventiva tiene un impacto más importante a nivel nacional que la curativa y desgraciadamente, aquí la situación no es muy buena. La proporción general es de uno a dos; o sea, por cada unidad monetaria que se gasta en medicina preventiva, se gastan dos en medicina curativa. En algunos países, como Colombia y Brasil, sube de tres a uno, y en el caso de Chile, de quince a uno.

De este análisis se puede deducir otra conclusión: Es imprescindible reducir los costos de los beneficios de salud y maternidad.

En los países más avanzados, es simplemente imposible mantener esos niveles debido al proceso de financiamiento. Los países menos desarrollados, si siguen el mismo camino que los antiguos, van a llegar también al mismo problema de desfinanciamiento. Es evidente que hay que reducir los costos, para poder hacerlo, se debe analizar la carga que representa la atención de la salud para la economía.

En general, los países con los sistemas más desarrollados, o los sistemas más antiguos, son los que tienen lógicamente el gasto más alto de seguridad social y, viceversa, los países menos desarrollados, con sistemas menos desarrollados y más nuevos, son los que tienen el porcentaje más bajo.

Hay, por así decirlo, una escalera. A medida que el país se va -

desarrollando, va aumentando el gasto, y puede llegar a un límite simplemente insostenible de acuerdo con la capacidad económica de los países en desarrollo, que son todos los de la región.

Las razones que han incrementado la carga de la seguridad social en la región, son las siguientes:

- 1.- Ha habido una extensión de la cobertura; no sólo en cuanto a la población, sino también en cuanto a los riesgos.
- 2.- En los países más avanzados se han concedido prestaciones demasiado generosas y con condiciones demasiado liberales.

La expectativa de vida en todos los países se ha incrementado -- fuertemente. Las leyes de los años 20 y 30 contemplaban el retiro en una edad que era adecuada para aquella época. Pero hoy, -- obviamente, se ha quedado muy baja. Por efecto del envejecimiento de la población en países como Uruguay, Chile, Argentina y Cuba, hay un porcentaje mayor de población en edad de retiro que vive más tiempo y, por tanto, el costo de pensiones se incrementa extraordinariamente. La inflación es otra de las razones de -- los incrementos y los altos costos administrativos. Aquí hay un gran problema: todos los países tienen un costo de más del 3% -- con relación a los ingresos.

Comparativamente, en todos los países desarrollados, Japón, Estados Unidos, Europa Oriental, Europa Occidental, etc., la proporción del gasto administrativo en relación al ingreso es menor -- del 3%.

En algunos países de Centro América, el costo llega a ser hasta -- de un 12 a un 18%. Un gasto administrativo extraordinariamente -- alto que contribuye a disparar la carga de la seguridad social.

También se tiene el predominio de la medicina curativa de alta -- tecnología e intensiva de capital que es extremadamente costosa --

en algunos países. Por ejemplo, Brasil, en los últimos años ha extendido el sistema indirecto de prestación de servicios subcontratando instituciones de tipo privado con el objeto de reducir costos, hacer más eficientes, más competitivos los servicios médicos. Esto ha dado un resultado opuesto, pues ha incrementado los costos en términos de atención a la salud.

La conclusión a que se llega es la siguiente:

No puede haber una universalización de la cobertura utilizando el mismo sistema de financiamiento y el régimen de beneficios mencionado. Simplemente porque no es financiable.

En los países pioneros se ha producido un efecto regresivo, causado en parte por un problema de desfinanciamiento, pero también influenciado por la grave crisis económica mundial que, desde 1980, ha afectado fuertemente a América Latina. En algunos países, que ya se aproximaban al 100% en la cobertura, se ha producido una caída de la misma porque ha habido un incremento en el desempleo y una transferencia desde el sector asalariado al sector por cuenta propia; es decir, hay una caída de cobertura que es una regresión con respecto a toda la tendencia de los años 30 ó 40 en adelante.

Para finalizar, quiero sugerir una reforma sobre todo para los países que tienen los sistemas más desarrollados, pero también como una especie de lección para los países que quizás no están confrontando problemas financieros tan agudos, pero que a largo plazo, si siguen con el mismo sistema, los confrontarán.

Esta reforma se hace incluso necesaria debido a la crisis económica mundial. Por tres años consecutivos (1981-1983), en América Latina se ha producido una caída en el producto interno bruto, y su deuda externa ha alcanzado límites inconcebibles. Las presiones económicas son tremendas y, como hay prioridades, tienden a sacrificarse los costos sociales (entre los cuales está la se-

guridad social), a fin de asegurar la sobrevivencia del sistema, el pago de la deuda externa, etc.

En primer lugar, en relación con la organización, se hace imprescindible un avance del viejo modelo de Bismarck del seguro social hacia el modelo inspirado en Beveridge de la seguridad social -- con cobertura universal. Es esencial el cambio de un concepto al otro. Deben buscarse sistemas diferentes de prestaciones y financiamiento.

En segundo lugar, aquellos países que ya no tienen unificación, coordinación o integración, deben moverse en esa dirección para reducir los gastos administrativos, los problemas de duplicación, etc. Esta es una medida propiciada desde hace muchos años por organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, La Organización Internacional del Trabajo, etc. Es algo difícil de alcanzar, pero hay que hacer un esfuerzo en ese sentido.

En tercer lugar, tiene que haber un cambio en cuanto a la atención de la salud: de curativa a preventiva, ya que ésta, a la larga, reduce el costo.

En cuarto lugar, los servicios médicos deben integrarse. Hay que incorporar a la planificación nacional y regional, a todo el sector salud, no sólo al Ministerio, sino también al Seguro Social.

Con respecto a la extensión de la cobertura, hay que darle prioridad a la cobertura horizontal sobre la vertical. Los países, antes de cubrir riesgos nuevos, por ejemplo, asignaciones familiares y desempleo, deben crear una protección al grupo que ya está asegurado, deben de extender la cobertura de la población -- especialmente en materia de salud --, ya que ha probado ser el programa que tiene impacto más progresivo y positivo en la redistribución.

En cuanto a los ingresos, ¿Cómo pueden incrementarse? Primero: - hay que eliminar el tope salarial en aquellos países en que existe, para que el grupo de alto ingreso contribuya. No se trata sólo de aumentar un ingreso, sino de tener un sistema con un impacto progresivo más fuerte. Se sugiere que los países que continúen con el sistema de cotización salarial, traten de establecer un sistema, no con tasas uniformes sobre el salario, sino con tasas progresivas, algo similar a lo que sería un impuesto progresivo sobre el ingreso en materia de seguridad social, de forma que la carga sea más fuerte sobre los grupos de alto ingreso y se excluya de cotización a los grupos indigentes, o a la población de extrema pobreza.

Para efecto de eliminar el impacto negativo sobre el empleo, habría que sustituir la cotización salarial por un impuesto que -- idealmente debería ser sobre el ingreso o pudiera ser un impuesto al valor agregado.

Lo importante de estos dos impuestos es que tienen un impacto -- con respecto al empleo, es decir, no se produce un efecto negativo en cuanto a la sustitución de trabajo por capital.

Además de lo anterior, debería considerarse la posibilidad de establecer un cargo mínimo para el uso de los servicios de salud. Este es un problema extremadamente controversial. Por una parte habría que cubrir al sector de bajo ingreso y por otra, hay una tendencia al sobreuso de las prestaciones médicas y también una tendencia a la sobremedicación, porque básicamente no hay una limitante con respecto al costo.

En lo que respecta a la reducción de costos, es obvio que tiene que haber un cambio dramático. Colocar a la medicina preventiva, sobre la curativa y pasar de la intensiva de capital a la atención primaria o básica de salud. Estas dos medidas reducirán el costo. Por supuesto que también habría que reducir los gastos administrativos.

Asimismo, debe integrarse la producción químico-farmacéutica en aquellos países en los que, por tener un mercado interno restringido, los costos se elevan.

Por último, debe promoverse una mayor participación de la comunidad en la administración, por ejemplo, en la construcción de puestos rurales, en la prestación de ciertos servicios, etc.

SEGURIDAD SOCIAL COMPARADA. EL CASO DE COSTA RICA,  
CUBA Y CHILE

DR. CARMELO MESA-LAGO  
CONSULTOR ESPECIAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL Y DE  
DESARROLLO DE LA CEPAL,  
DIRECTOR Y PROFESOR  
DE LA ESCUELA DE ECO-  
NOMÍA EN EL CENTRO DE  
ESTUDIOS PARA AMÉRICA  
LATINA DE LA UNIVERSI-  
DAD DE PITTSBURGH.

CONFERENCIA DICTADA  
EL 1. DE MARZO DE  
1984.

La crisis económica mundial, que tan duramente ha afectado a América Latina en la década en curso, ha acentuado la crisis financiera de la seguridad social en varios países de la región, especialmente en los llamados países pioneros, o sea, los países del hemisferio que más tempranamente introdujeron sistemas de seguridad social.

En la búsqueda de soluciones para enfrentar el serio problema generado por la crisis mundial, esos países han introducido reformas a los sistemas de seguridad social con enfoques completamente nuevos y diametralmente opuestos.

Por otra parte, es conocida la estrecha relación entre los modelos socioeconómico-políticos de los países y los programas de seguridad social, ya que es imposible que un programa de seguridad social esté desligado de lo que es la estructura general, económica, social y política del país al que pertenece.

Los tres países que hemos escogido, se han seleccionado porque son prototipos de diferentes modelos de estructura socio-económica.

Si existiera una escala continua de grados entre la economía de mercado y la de gestión estatal o planificada, los dos países de América Latina y el Caribe que están en los extremos hoy en día serían Chile y Cuba; el primero como economía de mercado y el segundo, como economía de plan. Costa Rica se sitúa, en cierta for

ma, entre los dos, ya que básicamente es un sistema mixto, combinación de mercado y plan; aunque el mercado es la base del sistema y el Estado colabora en términos de intervención económica, - regulación, etc.

El modelo de Cuba, que es el primer modelo socialista o de economía centralmente planificada, se introduce en el hemisferio a principios de los 60. Empezó con una reforma de la seguridad social y se completó en 1979.

Chile es el de un país de América Latina que evolucionó en la mencionada escala continua. Desde una posición de mercado hacia el centro, a base de una creciente intervención del Estado en la economía del país, se llega a una reducción del rol del mercado. Esta situación llegó hasta 1973, fecha en que, bruscamente, después del complot militar, se inicia un proceso de regresión del movimiento de Chile hacia el predominio del mercado. El modelo llamado neoliberal o modelo de mercado (o modelo monetarista) se comenzó a introducir en 1975.

En Chile, la seguridad social ha sufrido dos reformas. Una, que arranca más o menos en 1974, y concluye en 1979, se dirige fundamentalmente a uniformar y unificar el sistema. La otra, que comienza en la década del 80, consiste en la privatización de la seguridad social y adopta una dirección completamente diferente a la que ha tenido en todo el mundo durante los últimos cien años.

Es importante recalcar que los dos países, Cuba y Chile, son pioneros de la seguridad social en el sentido ya indicado. Es decir, son de los países del hemisferio que más tempranamente introducen programas de seguridad social. Además, se trata de sistemas de seguridad social estratificados. Sistemas en los que no hay un organismo central unificador y coordinador de la seguridad social, sino que existe una multiplicidad de instituciones de seguridad social autónomas, cada una con su propia ley, sus propios

sistemas de beneficios, sus regímenes de financiamiento, etc.

En Cuba, el número de instituciones anteriores a la revolución pasaba de la cincuentena; en Chile, se aproximaba a doscientas. Chile y Uruguay eran probablemente los casos más agudos de estratificación de seguridad social en América Latina, pero en Cuba también existía el fenómeno.

Según estudios de la Universidad de Pittsburgh, este modelo de seguridad social responde en gran medida a la presión de grupos con distinto poder, capaces de obtener del Estado sistemas de seguridad social autónomos, con distintas características y privilegios.

Costa Rica, como ya se mencionó, tiene una economía de tipo mixto con influencia del pensamiento político social-demócrata y del pensamiento económico liberal. Aquí el Estado es la base de la economía en la que va adquiriendo gradualmente un rol cada vez más importante. Sin embargo, es necesario notar una diferencia entre Costa Rica y los otros dos países en términos, tanto de industrialización como de urbanización: Costa Rica era un país menos industrializado y con menor grado de sindicalización que Cuba y Chile.

La seguridad social aparece en Costa Rica más tarde. Por ejemplo, el sistema de pensiones de salud comienza en la década de los 40, y como es un sistema de aparición más tardía, evita algunos de los problemas de los países pioneros. Aquí no hay un sistema estratificado de seguridad social, sino un sistema unificado y relativamente uniforme. Esto no quiere decir que exista sólo un organismo de seguridad social, sino que hay un organismo central y una docena de fondos de pensiones; algunos precedentes al organismo mencionado y otros posteriores a él. Esto refuerza la teoría de los grupos de presión, pues se observa que, aún en el caso de sistemas unificados, los grupos son a veces capaces, una vez implantado el sistema central, de crear fondos de pensio

nes autónomos con beneficios y condiciones de adquisición más -- favorables que los del sistema general.

Aunque es un país en que la aparición de la seguridad social es tardía, acelera tremendamente el desarrollo de la misma en la década de los 60 y de los 70. Durante los veinte años anteriores, el sistema se estanca -al igual que en toda Centroamérica- manteniendo una cobertura relativamente baja y concentrada en la ciudad capital y en las ciudades más importantes. A partir de la década de los 60, comienza una aceleración, que aumentó en la década de los 70, y Costa Rica llega a tener niveles de cobertura similares a los de Cuba y Chile, a pesar de que arranca con veintitantos años de atraso en cuanto a la incesión del sistema central.

De aquí que la aparición de la primera ley relativa a cada riesgo, en Costa Rica sea siempre posterior a su implantación en Chile y en Cuba. Por ejemplo, en Cuba y en Chile, el seguro de riesgo ocupacional aparece en 1916; en Costa Rica, en 1924. El sistema Chileno, que cubre fundamentalmente a los obreros en cuanto a pensiones, a enfermedad y a maternidad, aparece en 1924. En Cuba, el primer programa importante de pensiones del sector privado -- aparece en 1921.

En Cuba no existe un seguro de enfermedad hasta el año 1963, o sea, después de la revolución; el de maternidad se introduce en el año 1934, diez años después que en Chile. En Costa Rica, tanto pensiones como enfermedad y maternidad, se incluyen a partir de 1941.

Por último, las asignaciones familiares se introducen en Chile en 1937; en Costa Rica hay una ley de asignaciones familiares -- que se dicta en 1974; aunque no es un sistema convencional, sino de asistencia social que da pensiones y atención para la salud a grupos de muy bajo ingreso o a los llamados indigentes. En suma,

en Costa Rica y Cuba, encontramos programas de riesgos profesionales, de pensiones y de enfermedad y maternidad, mientras en Chile aparecen, además, programas de asignaciones familiares y de desempleo.

En Cuba se considera innecesario un seguro de desempleo porque han alcanzado el pleno empleo, lo que es debatible. Además, tienen un sistema extendido de guarderías infantiles, como en México, al cual se ha dado prioridad por sobre el sistema de asignaciones familiares.

Antes de comparar el desempleo de los tres sistemas, hay que hacer una breve mención sobre el modelo económico.

El modelo de Planificación Central en Cuba, se caracteriza porque el Estado asume la propiedad y la operación de los medios de producción. Esto ha sido cierto para toda la economía, con excepción de menos de un 20% de la agricultura que está todavía en manos de pequeños agricultores privados aunque integrados a los planes nacionales. Hay también un pequeñísimo sector de servicios personales que no está estatificado. El Estado, por tanto, es el principal productor; es la única fuente de ahorro e inversión; proporciona empleo para aproximadamente el 93% de toda la población económicamente activa y es también el único proveedor de servicios sociales. La seguridad social refleja este modelo económico, ya que es una seguridad social estatificada y centralizada.

A partir de 1959 hubo un proceso de incorporación, fusión y estatificación de los aproximadamente cincuenta organismos autónomos de seguridad social. Primero estuvieron en el Ministerio de Trabajo y, eventualmente, en el instituto gestor de las prestaciones en dinero -Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social- y en el Ministerio de Salud Pública. No hay medicina privada en Cuba,

de manera que el modelo es completamente estatificado, centralizado, unificado y uniforme.

En Chile, desde 1973, el modelo de mercado neoliberal o monetarista, se basa en la idea de que el Estado debe tener un papel subsidiario en la economía, es decir, el Estado debe funcionar de acuerdo con la concepción de Adam Smith, "para facilitar la operación del mercado" en aquellos aspectos o actividades en que el mercado no lo puede hacer directamente. El modelo chileno implica un proceso de desnacionalización de la propiedad de los medios de producción. Se traspasan, del sector público al sector privado, bancos, empresas y una parte substancial de la agricultura. Así el Estado delega muchas de sus funciones; de aquí que el sector público y el empleo en este sector, se hayan contraído de manera importante.

Como reflejo de este modelo económico, aparece el intento de privatización de la seguridad social. Comienza en 1981, con el sistema de pensiones, y consiste en la creación de corporaciones privadas y lucrativas, que compiten entre sí por los asegurados. El aseguramiento es obligatorio, en tanto que la elección del organismo asegurador es libre. Al principio se podía incluso escoger entre el sistema antiguo y el sistema nuevo. Aproximadamente dos terceras partes de los asegurados en el sistema antiguo se trasladaron al sistema nuevo. La filosofía de estas corporaciones privadas, que se llaman Administradoras de Fondos de Pensiones, estriba en el supuesto de que, compitiendo entre sí, pueden reducir los costos y maximizar las prestaciones; reducir la prima y, a largo plazo, aumentar los beneficios. Algo que parece muy importante para la ideología imperante en ese país, es que contribuyen a la expansión del mercado de capitales, o sea, contribuyen al ahorro, a la capitalización y al mercado interno de capitales.

En la práctica, en las Administradoras de Fondos de Pensiones, -

(AFP) la idea de la competitividad no ha funcionado, porque existen solamente doce AFP y aproximadamente del 60 al 70% de los -- asegurados están controlados por diez AFP, que a su vez son parte de los grandes conglomerados económicos. Lo que ha resultado es una especie de oligopolio. En 1982, se comenzó a introducir en medicina un modelo similar, aunque no tan evolucionado, denominado Instituto de Salud y Previsión Social.

Debe hacerse una aclaración muy importante. Aunque este modelo se llama "Modelo de Seguridad Social", en realidad es un ahorro compulsorio individual, porque el modelo ha eliminado la contribución del empleador. El asegurado es el único que aporta su contribución. Se crea una cuenta individual y hay una relación directa entre la contribución y el beneficio. Es exactamente igual que el seguro privado, con la única diferencia de que es compulsorio.

No es un seguro social porque no se basa en el principio de solidaridad, ni hay transferencia entre grupos de distintos ingresos, etc. Desde el punto de vista del progreso social, esto es una regresión de unos cien años, diríamos que a una situación anterior a la introducción del seguro social en Alemania, en la década de 1880. Hay que dejar bien establecido que esto no es seguridad social, sino un seguro privado obligatorio o un sistema de ahorro individual obligatorio.

Por su complejidad, es imposible ahondar sobre esta forma de administrar los fondos de la "seguridad social" y su contribución al proceso de acumulación de la inversión. Estudios recientes indican que esto no se cumple, y que lo que ha ocurrido en Chile, en la práctica, es una transferencia del sector público al privado, sin incremento de la tasa de ahorro, ni de las inversiones. Un aspecto adicional muy interesante en el nuevo sistema chileno, es que hay una gran concentración de las inversiones en el sector

estatal. A fines de 1983, dos terceras partes de las inversiones estaban en papeles estatales o en préstamos hipotecarios manejados por bancos estatales o por bancos intervenidos.

Costa Rica tiene un modelo mixto en el que el Estado, a partir de la década de los 60 y especialmente de la segunda mitad de los 70, comenzó a incrementar su rol en la economía, aumentándose el número de empresas controladas y operadas por un organismo estatal central. También se incrementó notablemente el gasto público y el empleo. Esta evolución continuó hasta 1980, año en que la crisis económica, que ha afectado fuertemente a Costa Rica, obligó a cierta regresión en esa tendencia hacia el polo del plan.

En este país ha habido una tradición de planificación con planes de tipo guía, que son los que se utilizan en países con economía de mercado mixta.

Es importante notar que en Costa Rica, al igual que en Chile y en Cuba, el Estado siempre ha tenido un papel importante en la provisión de servicios sociales.

Los tres países no son iguales desde el punto de vista demográfico. Los dos que más se parecen entre sí son Chile y Cuba. Tienen una población prácticamente igual, aunque en Chile es algo mayor, ya que su territorio también es mayor. Costa Rica, es mucho menor en ambos aspectos.

En términos de estructura demográfica, Chile y Cuba se parecen mucho. Tienen una población relativamente envejecida, con una tasa de natalidad muy baja y una tasa de crecimiento también baja. En el caso de Cuba, la más baja de toda América Latina, es inferior al uno por ciento anual. Tiene una elevada proporción de población mayor de sesenta años, proporción que crece con rapidez, ya que tienen una esperanza de vida muy alta.

Costa Rica, en cambio, es un país con una población más joven, - con una tasa de crecimiento de aproximadamente un 2.5%, pero con una esperanza de vida más alta que el resto de América Latina, - hecho relevante en términos del financiamiento de la seguridad social.

Hay una serie de características similares en los tres países. - Son relativamente pequeños para América Latina; son altamente dependientes de un sólo producto: Cuba del azúcar, Chile del cobre y Costa Rica del café y de los bananos; son países con una vieja historia de dependencia económica, ninguno posee fuentes substanciales de energía; son países que intentaron un proceso acelerado de industrialización y que más recientemente se han movido al modelo de promoción de exportaciones. Hay, pues, ciertas características similares y otras diferentes, lo que incide en el desempeño de los sistemas de seguridad social. Con respecto a la comparabilidad del desempeño de la seguridad social, hay que tener en cuenta que el modelo cubano y el modelo costarricense están funcionando hace más de veinte años.

En el caso de Chile, estamos hablando de un periodo de unos diez años con respecto al modelo económico general y de solamente tres o cuatro años, con respecto al modelo de seguridad social.

La comparación se hace con base en los conceptos de Organización, Cobertura, Financiamiento, Prestaciones y Costos.

## 1. ORGANIZACION

Cuba tiene el sistema más unificado y uniforme de todos los países como reflejo de su modelo económico centralizado. Hay básicamente dos organismos:

El Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, que se encarga de las pensiones, y el Ministerio de Salud Pública, que se encar

ga de todo lo relativo a la salud en términos de servicios. Las prestaciones monetarias y los subsidios, tanto por riesgos profesionales, como por enfermedad y maternidad, no son pagados por el Comité, sino por las empresas.

Aparte del sistema central, que se consolidó en 1979, hay dos sistemas especiales: el de las Fuerzas Armadas, único grupo de pensiones importantes que queda en Cuba, y el grupo de los pequeños granjeros privados y de los trabajadores por cuenta propia, que tienen un sistema diferente y con condiciones no tan buenas como las del sistema general, porque son dos grupos que están en el sector privado y que el Estado gradualmente intenta incorporar al sector estatal.

En Costa Rica, el segundo país en términos de unificación y uniformidad, existe la Caja Costarricense de Seguro Social, que se encarga de todo el sistema de pensiones, prestaciones monetarias y medicina curativa; el Ministerio de Salud, que se encarga de la medicina preventiva y de las prestaciones básicas de salud al sector rural y urbano marginado; el Sistema de Riesgos Profesionales, gestionado por un Instituto Nacional del Seguro, que es único, pero que está separado de la Caja Costarricense de Seguro Social y, por último, el sistema llamado de Asignaciones Familiares, que es un sistema de asistencia social.

Aparte del sistema central, que está representado por la Caja, hay una docena de fondos de pensiones, resultado de la presión de grupos. El Congreso, la Judicatura o el Poder Judicial; algunos sectores claves en la administración pública, como Hacienda o Tesorería; los registradores de la propiedad, que en casi todos los países en que ha habido cierta estratificación han tenido un sistema aparte. Algunos de estos fondos se crearon con anterioridad al régimen central y otros después.

Chile, por supuesto, es el menos unificado y uniforme de los tres. Hay dos sistemas: el antiguo, que persiste a pesar de las

medidas de unificación que se implantaron entre 1974 y 1979, y el sistema de las corporaciones privadas (de las AFP), que he llamado la glorificación de la multiplicidad, porque allí se ha elevado la estratificación al cubo. Cada individuo es un asegurado, y así como antes había grupos, ahora hay un millón ochocientas mil personas, cada una con su cuenta individual. Es el sistema más estratificado y menos uniforme, aunque la ley es uniforme para todos.

## 2. COBERTURA

Se debe tomar en cuenta la cobertura en pensiones y la cobertura en salud. Para obtener el primer dato, se divide el número de asegurados activos entre la población económicamente activa. Para obtener el segundo, se divide el total de la población asegurada con beneficios de salud, entre la población total.

En el sistema de Cuba, la cobertura informada es la cobertura legal y no la estadística, porque ésta no se publica.

En los casos de Chile y Costa Rica, no se incluyen ni las pensiones de asistencia social, ni la pensión a indigentes o grupos de bajo ingreso, no asegurados en salud. De manera que la cobertura estadística en estos países, tanto en pensiones como en salud, debe ser superior. Es extremadamente difícil conseguir las cifras exactas, porque no son asegurados o no están registrados, sino que es una población que eventualmente solicita los servicios.

Chile y Cuba comienzan la década con una cobertura muy alta de pensiones. En el primero, del 71% y en el segundo, de casi 63%. Chile arranca con el porcentaje más alto en salud, comparado con el 13 ó 14% en los otros dos países. En cuanto a la expansión del sistema de pensiones, en Costa Rica pasa de un 12 a un 48% y en Cuba de un 62 a un 95%.

En Chile se produce el punto más alto en cobertura en 1973, con un 82%. Después cae la cobertura como efecto, en parte, del incremento del desempleo y también como resultado de cierto proceso de unificación.

La expansión fenomenal de la cobertura de salud en Costa Rica, va de un 13 ó 14% al 77% o más, si se toma en cuenta la atención a los indigentes. En Cuba, prácticamente llega al 100% de cobertura legal.

Cuando se añaden las pensiones asistenciales y la pensión de salud a los indigentes, la cobertura es muy parecida para los tres países. Probablemente la más alta sea la de Cuba, después sigue Costa Rica y finalmente Chile.

Son tres países de tamaño pequeño, que carecen de recursos claves (por ejemplo, petróleo) y que han sido capaces de alcanzar la universalidad o están muy cerca de ella. Véase en contraste el caso de Venezuela, un país con mucho más territorio, con recursos abundantes y cuya cobertura se aproxima a un 40% en 1980.

No siempre la cobertura viene determinada por el grado de desarrollo, sino que tiene que haber un compromiso de la dirigencia para lograr la expansión.

### 3. FINANCIAMIENTO

En Chile, ambos sistemas eliminan la contribución del empleador y esa responsabilidad la toma el Estado. Antes de la reforma, la cotización del empleador era casi el doble de la del asegurado. El sistema lo paga fundamentalmente el asegurado; el trabajador por cuenta propia tiene también su cotización. Lo que hace el Estado es financiar el déficit del sistema antiguo, incrementado notablemente porque no se cobra la contribución del empleador.

La contribución total en el sistema antiguo llega casi a un 32%, aún después de eliminar la contribución del empleador. La del sistema nuevo es, aproximadamente, de un 21%.

En Costa Rica, por el contrario, el grueso de la contribución la paga el empleador. En 1981, era casi de un 17% y la del asegurado, de 6.5%. El Estado contribuía con un 27%. En 1983, la cotización global aumentó a un 19%, pero la del Estado se redujo, de manera que se acentuó la tendencia anterior de cargar cada vez más al empleador.

En Cuba la única cotización que hay para el sector asalariado es la del empleador, es decir, el Estado paga solamente un 10% y es, por lo tanto, la más baja de todas. El trabajador por cuenta propia tiene que pagar su contribución, que es igual a la del Estado, y éste financia todo el déficit.

En resumen, la cotización probablemente más alta hoy en día, es la de Chile en el sistema antiguo, seguida por Costa Rica, con dos puntos porcentuales nada más. Este país se ha aproximado al sistema Chileno en el monto de la cotización, pero en este caso, el grueso lo pone el empleador, y en el otro, lo hace el asegurado. La más baja de todas es la de Cuba. Entre las dos, está el sistema nuevo de Chile.

Se han hecho varios estudios al respecto, y podría decirse que el impacto de esta cotización tan alta tiene que ser negativo en el empleo, es decir, produce un efecto de sustitución de trabajo por capital. Sin embargo, en el sistema nuevo Chileno, al eliminarse la contribución del empleador ese impacto negativo desaparece.

En el caso de Cuba, el impacto es neutral, ya que el empleo está conectado con una política de pleno empleo y no hay un mecanismo de mercado de sustitución de trabajo por capital.

En Costa Rica se produce un impacto sobre el empleo, probablemente muy serio y negativo a medida que se incrementa la cotización del empleador.

#### 4. PRESTACIONES Y OTROS GASTOS

Los tres países cubren riesgos profesionales, pensiones, enfermedad y maternidad.

El país que cubre más riesgos es Chile, porque incluye desempleo y asignaciones familiares, aunque el seguro de desempleo no abarca a toda la población.

Los países que tienen los beneficios más generosos en enfermedad y maternidad son Chile y Cuba. En Costa Rica, hasta hace un año y medio, entre los beneficios se incluía la ortodoncia y los lentes de contacto; era probablemente el sistema más generoso de prestaciones médicas en América Latina. Ahora estas cosas se han eliminado.

En términos de pensiones, el sistema más generoso es también el costarricense. Los tres sistemas tienen una estructura y un cuadro de beneficios, tanto en términos del número de beneficios y prestaciones, como de la forma de cálculo de los mismos, que son los más generosos de toda la región. Esto implica obviamente, un costo altísimo. En comparación con los países desarrollados, las edades de jubilación son muy bajas en relación con la esperanza de vida en los tres países.

En cuanto a nivel de instalaciones y servicios de salud, Cuba es la que tiene los mejores, seguida por Costa Rica y Chile, en ese orden.

En Chile y Costa Rica, aunque aumente el número de médicos por -

cada diez mil habitantes, se deteriora el número de camas de hospital. Las cifras de estos dos países no incluyen al sector privado, mientras que las cifras de Cuba lo incluyen todo, porque no hay sector privado. El deterioro en Chile y Costa Rica no es extremadamente importante, porque los niveles que se habían alcanzado eran altos para América Latina y las cifras de ocupación indican que había una subutilización de la capacidad hospitalaria. El país que arranca con los niveles de salud más bajos es Chile. En el año de 1960, Costa Rica tenía un índice de mortalidad infantil que doblaba al de Cuba. Esta tenía un índice de 36 por 1000 y Costa Rica de 69 por 1000. Los dos países se igualan prácticamente en 1980. El cierre de brecha de Costa Rica es más importante que el de Cuba, porque tiene que reducir de 69 a 19 mientras Cuba va de 36 a 21. Hay un deterioro en Cuba hasta el año 70, considerado por algunos autores como efecto de una mejor cobertura estadística.

En cuanto a la expectativa de vida, Costa Rica arranca también por debajo de Cuba pero la supera en 1980. El cierre de brecha no es tan importante como en el caso de la mortalidad infantil, pero de todas maneras es interesante. A principios de la década en curso, los dos países, junto con Argentina, se colocan a la cabeza de América Latina en lo referente a esperanza de vida.

En cuanto al impacto de la seguridad social en la distribución del ingreso, hay estudios sobre Chile, anteriores al golpe militar, y sobre Costa Rica, los años 1973, 1982. Estos estudios demuestran que ha habido un impacto ligeramente progresivo de la seguridad social en la distribución del ingreso. La seguridad social como un todo, incluyendo el sistema de pensiones, tiene un impacto generalmente regresivo; mientras que el de salud, es generalmente progresivo. La combinación de ambos resulta en un ligero impacto favorable a la redistribución.

Aunque no hay estudios sobre Chile después del golpe militar, no hay duda de que el impacto ha sido regresivo, porque dos ter-

ceras partes de los asegurados están en un sistema en que no hay un principio de transferencia o de solidaridad, sino que hay un sistema de correspondencia exacta de la prima con respecto a las prestaciones, o sea, que no hay transferencia de grupos de alto ingreso a grupos de bajo ingreso. El sistema antiguo representa una tercera parte o quizás menos de la población y existe, además, un sistema asistencial de pensiones y de salud. Pero el impacto general de la reforma tiene que haber sido negativo en la redistribución del ingreso.

No hay ningún análisis sobre programa Cubano; mi impresión personal es que es neutral.

## 5. COSTOS

Cuba no sigue el sistema occidental de cuentas nacionales, sino que sigue el sistema socialista del balance material. No se pueden comparar estrictamente, porque en el sistema de balance material no se contabiliza lo que se llama servicios no productivos, o sea, la educación, la salud, la seguridad social, la defensa y los gastos de financiamiento del Estado. (El concepto que subyace en esta formulación, es el de considerar a los servicios no productivos como gastos del Estado y no como productos, razón -- por la cual no se les contabiliza en la estimación del Producto Social Global). De manera que hay un sector muy importante que puede llegar a un 25 ó a un 30%, que no aparece allí.

El país con el porcentaje más alto de gasto total en seguridad social es Chile. Arranca con un 8%, comparado con 2% en Costa Rica y 6% en Cuba. Llega a su punto más alto en 1971, con el 17%, record que no ha sido igualado en toda la región. En 1975, hay una caída brusca como resultado de la severa crisis económica de los años 74/75 y de políticas deliberadas del Estado para reducir el gasto social. Comienza de nuevo a incrementarse en 1979, y la última cifra disponible, la de 1982, indica que ya llegó a

niveles iguales a los de 1965, o sea que, a pesar de la reforma, el sistema ha vuelto a crecer de nuevo, aunque no ha llegado al punto máximo que alcanzó en 1971.

La carga de Costa Rica es inferior, pero va creciendo progresivamente y llega a un 7% en 1979. En 1982, está ya cercana al 9%.

Cuba crece al principio, y después se acelera hasta casi igualar a Chile en 1979. El porcentaje del primero es, probablemente, más alto que el del segundo.

En el mismo año, Japón tenía un 10%, la Unión Soviética y los Estados Unidos un 14%.

Las causas del aumento de los costos de la seguridad social son:

la universalización de la cobertura, los beneficios demasiado generosos y la edad de retiro baja en relación con la esperanza de vida. En Cuba, una mujer se puede retirar a los 55 años, pero la esperanza de vida es de 72; en Costa Rica se puede retirar una persona a los 57 años y la expectativa de vida es de 73.

En los Estados Unidos, la edad de retiro es de 65 años y la expectativa de vida de 74. Así, el número de años que se supone que una persona va a vivir como pensionada en los países latinoamericanos, es considerablemente superior al que vive en igual condición en los Estados Unidos. Aún así, el sistema de pensiones en este último país está abocado ya a la quiebra.

Los tres países de los que se ha venido hablando, son pioneros en medicina preventiva. En Chile, se introduce en 1937; en Cuba con la revolución, cuando se pone gran interés en el control de las enfermedades contagiosas. Costa Rica tiene también un sistema muy extendido de medicina preventiva. A pesar de esto, el énfasis es clarísimo en la medicina curativa y de alto costo, intensiva en capital.

Además hay características similares en Cuba y Chile, que no se

presentan en Costa Rica. Estriban en la maduración del programa de pensiones, porque son países que lo introdujeron veinte o veinticinco años antes que Costa Rica. El envejecimiento de la población, unida a una alta esperanza de vida, elevan los costos de esta prestación en los dos primeros países.

Costa Rica, en cambio, tiene una triple ventaja: el sistema más nuevo, el que aceleró la cobertura más rápida y la población más joven. Por lo tanto, incrementó los ingresos en relación con los otros dos. Así, la posibilidad de expandir la cobertura era más reducida en Cuba y en Chile, que en Costa Rica.

La distribución de los gastos demuestra que, a más desarrollo del sistema de seguridad social y mientras más antiguo, un porcentaje mayor del gasto se dedica a pensiones y se reduce el gasto en salud. En el caso de Chile, las pensiones de 1975 eran un 39% del gasto total. Más tarde se incrementan hasta un 50%. Además, las asignaciones familiares son altísimas, lo que distorciona la relación entre estos dos programas.

En Costa Rica, por el contrario, el gasto más importante es el de salud, llega a su punto más alto en 1978 y comienza a reducirse en 1980. Hay una tendencia a continuar esta baja, y las pensiones reduciéndose, según va madurando el programa.

En Cuba ocurre algo similar con el gasto en salud y gasto en pensiones. Las razones de activo a pasivo de los tres países se corresponden con lo recién visto. Se puede predecir que la razón de activo-pasivo más baja va a ser la de Chile; después, muy cerca, va a estar la de Cuba y la más alta de todas será la de Costa Rica.

En Chile, en 1960, por cada pensionado o pasivo, había seis activos cotizando. Llegó a dos en 1980, y va a seguir bajando.

En Cuba, baja de nueve a cinco. (4.9). La tendencia es clarísima, dentro de diez años, Costa Rica va a estar, probablemente, en una posición similar a la de Cuba.

Estos indicadores muestran la carga fenomenal de los sistemas de seguridad social, especialmente en Chile y en Cuba.

### CONCLUSIONES

El sistema de seguridad social en los tres países enfrenta el problema de costos crecientes, que van más allá de sus posibilidades económicas. Aunque los tres modelos son diferentes, los resultados tienden a ser similares a largo plazo en los costos y en la estabilidad financiera. Probablemente esta sea la conclusión más importante.

Todos los países tienen déficit, pero éste se manifiesta en forma diferente. Por ejemplo, el déficit de Cuba no se puede notar, porque en su sistema, el 10% que paga el Estado va a las rentas generales de éste, que absorbe también los costos de la seguridad social y, cubre las diferencias.

El déficit de Costa Rica es el menor de todos y no comenzó hasta fines de la década del 70. Los tres países han tratado de enfrentar ese déficit creciente en formas distintas:

Costa Rica, con un programa de austeridad administrativa para reducir los costos. Chile, con la reforma que trató de apuntalar el sistema de régimen privado, pero sacrificó la solidaridad.

En Chile, con el sistema antiguo, era imposible aumentar la cotización salarial para enfrentar el problema del desequilibrio financiero. En Costa Rica ocurre lo mismo.

Teóricamente sería posible hacerlo en Cuba. La solución está en la reducción del gasto, ya que es imposible aumentar el ingreso. Si éste se aumenta a través de la cotización, se causarán, en Costa Rica y Chile, impactos negativos sobre el empleo.

¿Qué tipo de reducción de gastos se puede hacer en estos países, teniendo en cuenta que se ha llegado a un sistema maduro en el que las medidas son un poco tardías? por ejemplo, la edad de retiro se puede aumentar en dos o tres años, lo que tiene un gran impacto en términos de estabilidad financiera. También se pueden eliminar las prestaciones excesivamente generosas. Se pueden reducir los gastos administrativos, especialmente en el caso de Costa Rica.

Se pueden completar los procesos de unificación y uniformidad en el sistema antiguo en Chile, y en el sistema de pensiones autónomas en Costa Rica. y, sobre todo, se puede cambiar el énfasis de la medicina intensiva en capital, a la medicina que enfatiza las prestaciones básicas.

En el estudio que actualmente estoy llevando a cabo en CEPAL, se apunta que en Cuba y Chile, los dos países pioneros, así como en otros tardíos que aceleraron su desarrollo -como es Costa Rica-, se sigue una trayectoria similar a pesar de que tienen modelos económicos y sistemas de seguridad diferentes.

Diversos factores contribuyen a este desenlace, unos naturales, como son los demográficos y otros ligados con la política, como las prestaciones excesivamente generosas y el modelo de alto costo de atención a la salud.

Estos países han progresado notablemente en cuanto a la cobertura e incluso han establecido records para toda América Latina, pero todos enfrentan costos excesivos y desequilibrio financiero. De seguir este camino otros países, probablemente lleguen al mis

mo resultado. Es una lección de lo que no se debe hacer. La privatización de la seguridad social Chilena, ha tenido como resultado una regresión histórica de un siglo y es la antítesis de la seguridad social. No están probados sus resultados, a pesar de ello, ejercen una influencia sobre otros países que no podemos ignorar. Yo considero que la reforma Chilena, lo que ha hecho, es transformar la seguridad social en un seguro privado. Esto no impide que este modelo tenga influencia en algunos países, como por ejemplo, en Brasil.

Si no queremos negar la filosofía de la seguridad social, debemos tomar las medidas necesarias para que la misma pueda sobrevivir y afianzarse en el futuro, con la combinación óptima de universalidad, solidaridad y estabilidad financiera.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE  
LA ATENCION MEDICA

DR. STUART HAYWOOD  
ASESOR DE LA ASOCIACION  
NACIONAL BRITANICA DE  
AUTORIDADES EN EL AREA  
DE SALUD.

CONFERENCIA DICTADA EL  
12 DE ABRIL DE 1984.

## C U R R I C U L U M V I T A E

El señor Stuart Haywood nació en Inglaterra en 1936, estudió en la Universidad de Hull y llevó a cabo sus estudios de post-grado en la Universidad de Manchester; actualmente funge como Becario-Investigador en Jefe del Centro de Administración para la Salud de la Universidad de Birmingham, Inglaterra; ha sido profesor Titular del King Edwards Hospital de Londres, así como Profesor de la Universidad de Hull y ha tenido altos cargos dentro del Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña. Actualmente da asesoría a la Asociación Nacional Británica de Autoridades en el Area de Salud.

Es autor de varias obras y artículos de revistas internacionales sobre atención para la salud, entre las que destaca: "La Administración de los Servicios de Salud", editada en 1980; asimismo, en la obra sobre el gobierno por regiones en Gran Bretaña, participó en los capítulos sobre autoridades regionales de salud.

Me gustaría empezar diciéndoles algo acerca del Centro de donde provengo antes de comenzar con mi presentación sobre la atención primaria para la salud en Gran Bretaña.

El Centro de Administración de Servicios de Salud es un Centro patrocinado por el Ministerio de Salud; el financiamiento del mismo, de hecho, se asigna a la Universidad de Birmingham. Es un Departamento Universitario financiado por el Servicio de Salud de Gran Bretaña y no por el Ministerio de Educación.

La tarea del Centro es capacitar a los directivos del Servicio Nacional de Salud e impartir cursos de reclutamiento, particularmente para aquellos que están en los niveles más altos de la organización. Así, el Centro de Administración de los Servicios de Salud está tratando de mejorar la calidad de la atención médica en el Servicio Nacional de Salud, mejorando también la calidad de sus directivos.

Esta es la razón de ser del Centro.

Hace dos años mi colega, el doctor Donal White, inició un programa de enlace con universidades o centros del exterior, como este mismo; él decía y creo que estaba en lo correcto, que los británicos nos habíamos vuelto muy introspectivos y que era posible que hubiera capacidades que otras personas quisieran obtener de nuestra experiencia si quisiéramos aportárselas. En esta forma, tendríamos algo que aprender y algo que enseñar. Por esto, en estos últimos años se han estado desarrollando programas para personas de otros países que visitan el Centro de Administración de Servicios de Salud en forma bastante regular.

Como parte de su tarea de poner en contacto con otros eventos a los miembros del Centro de Administración de Servicios de Salud, el doctor White comenzó a interesarse en América Latina y estableció contactos con Colombia. En 1981, o creo que en 82, tuvi-

mos conocimiento de algunos de los experimentos que se estaban realizando en México. El doctor White se impresionó, particularmente por el experimento de tratar de llevar servicios de salud primarios a algunas de las áreas marginales alrededor de la ciudad de México, trabajo que se había publicado en revistas británicas y que recibió una cantidad considerable de atención.

Desafortunadamente para ustedes, sucede que era yo el que estaba en Estados Unidos y se sugirió que fuera el que viniera aquí a conocerlos a ustedes, aún cuando mi dominio del español es bastante pobre.

El mensaje que quisiera dejar, es que queremos desarrollar servicios primarios de salud, pero no podemos esperar que esto resuelva todos nuestros problemas. Tenemos que estar conscientes de no fincar demasiadas expectativas en estos servicios primarios de salud. Mi presentación está dividida en cuatro partes: el contexto general de los servicios de salud, la organización de los servicios de atención primaria, el análisis del servicio del primer nivel de la atención y finalmente, las relaciones entre los servicios de atención primaria para la salud y los problemas del Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña.

En el contexto, hay ciertas características cruciales del Servicio Nacional de Salud que yo creo que tenemos que tener en mente, antes de poder comprender cuál es la contribución de la atención primaria para la salud en el mismo. El primer rasgo esencial que tenemos que comprender, es que, en el Reino Unido, el gobierno es responsable de brindar atención primaria para la salud. No es responsable solamente del financiamiento de estos servicios, sino que tiene una responsabilidad legalmente instituída de proporcionar servicios de salud a los británicos.

Segundo, se trata de la responsabilidad legal de brindar servicios globales y totales: hay servicios para todo el mundo y, cuando menos en teoría, tienen que cubrir toda la gama de necesi

dades en el campo de la salud. Esto es responsabilidad formal -- del Ministro de Salud.

Tercero, el servicio es gratuito, cosa que podríamos tener en común con el IMSS en México. Si yo voy a que me traten en el Servicio Nacional de Salud, no tengo que pagar nada; tampoco es discutible el derecho al seguro, porque no se trata de una cuota de seguros. Cualquier ciudadano británico puede entrar en cualquier departamento de emergencia y se le tiene que dar tratamiento, según lo necesite; no hay criterios discriminatorios en cuanto al derecho como ciudadano británico.

Para los extranjeros es diferente en la actualidad; esta es una de las limitaciones de nuestro servicio. En los últimos dos gobiernos, se ha buscado limitar la atención a los extranjeros que entran a Gran Bretaña con el exclusivo propósito de recibir atención médica gratuita. Se ha iniciado ahora un sistema muy complejo para tratar de detener este flujo hacia el interior; pero este sistema cuesta más de lo que costaría tratar a los extranjeros que vengan a solicitar la atención del Servicio Nacional de Salud. En general, lo que paga la ciudadanía en impuestos generales es suficiente para dar servicio médico gratuito a todos.

En cuarto lugar quiero mencionar, porque he tenido discusiones sobre esto esta mañana, y porque es posible que en esto sea muy diferente el sistema británico del mexicano, es que el servicio de salud otorga todos los servicios que normalmente brindan los profesionales en esta rama. Pero estos servicios no incluyen por ejemplo, a las personas directamente comprometidas en el saneamiento del agua, ni a los trabajadores sociales que supuestamente, son parte de la función de bienestar de cualquier país. Es decir, el servicio de salud solamente considera la organización de las personas que tienen calificaciones en el campo de la salud o relativas a este. Esto puede marcar una diferencia notable

con la situación que prevalece en México.

El quinto punto, es que el gobierno no trata de organizar esto desde Londres, sino que delega las responsabilidades de la administración de los servicios de órganos locales formados por diferentes personas. En Gran Bretaña, hay dos tipos de cuerpos, con catorce autoridades regionales de salud, y alrededor de doscientas autoridades distritales. Una de estas autoridades distritales de la cual yo soy miembro, está formada por personas que dan sus servicios en forma voluntaria durante dos o tres días por mes y son responsables de la asignación del dinero que obtiene el distrito para dar servicios de salud.

Por último, deseo hacerles saber que, durante los inicios del Servicio Nacional de Salud, el gobierno permitía realizar su tarea a las autoridades que habían recibido la delegación de la responsabilidad. Pero en la década de los setentas, se produjo un cambio. Las autoridades de salud deben adoptar las prioridades que el gobierno central desea. De esta manera, por ejemplo, en la asignación del dinero, ahora hay que tomar en cuenta las preferencias y prioridades del gobierno central en mucho mayor grado que en la época de los setentas o de los cincuentas.

Las autoridades distritales de salud, son responsables de proporcionar los servicios a una población que varía entre los noventa mil y el medio millón. El número óptimo es de doscientos mil.

Los distritos se unen en regiones, cuya autoridad es responsable de la planeación estratégica del Servicio Nacional de Salud.

La autoridad regional, de la cual yo soy miembro, es responsable de nueve hospitales, dos de los cuales son grandes; el tercero de especialidades y luego viene una serie de pequeños hospitales comunitarios.

Tiene además, dos grandes clínicas y otros centros de salud. Emplea personal de comunicación y profesional. No puedo decirles cuánto es esta cantidad en pesos, pero gastamos treinta y cinco millones de libras por año y somos responsables de gastar ese dinero en forma sabia; si gastamos de más, es posible que el gobierno nos despida.

Las autoridades de salud distritales, están formadas por miembros voluntarios. Bajo sus órdenes; existe un equipo de funcionarios de tiempo completo; no tenemos ejecutivos en jefe, pero tenemos seis funcionarios del mismo nivel de los cuales tres son médicos.

Habitualmente, el presidente del Comité Distrital, es un especialista en hospitales, que ha sido elegido por sus colegas. También hay un médico general y un médico de asistencia a la comunidad.

En cuanto a los gastos del Servicio Nacional de Salud, Gran Bretaña está en un nivel relativamente bajo en relación a lo que gastan otros países industrializados.

En lo que se refiere a recursos humanos, solamente Inglaterra emplea más de ochocientos veinte mil empleados, y en toda la Gran Bretaña, se contrata a más de un millón.

El Comité Médico familiar se encarga de contratar a las personas que prestan servicios en el primer nivel de atención a la salud en la comunidad, incluyendo médicos, odontólogos, optometristas y farmacéuticos. Este organismo administrativo hace los contratos paga los honorarios y tiene muy pocas facultades aparte de éstas. Bajo su control están los médicos familiares o médicos generales.

Antes, el médico familiar se establecía en los centros metropolitanos, pedía que los pacientes fueran a verlo y trabajaba durante las veinticuatro horas del día; ahora, los médicos generales han formado sociedades de dos, tres, cuatro y cinco médicos y el

80% de ellos están dentro de una sociedad de este tipo, lo que les permite que se especialicen, por ejemplo, en obstetricia y otras ramas. El médico general es responsable de un promedio de dos mil personas en cuanto a la atención primaria de la salud, dependiendo del tipo de distrito; en los mejores, tienen menos pacientes y en los peores tienen más.

Las autoridades distritales de salud organizan los recursos humanos en unidades que se ocupan únicamente de un tipo de atención. Esto incluye enfermeras, enfermeras profesionales, visitantes de salud y médicos comunitarios dedicados a la medicina social; si se trata de una unidad para atención familiar y preventiva, por ejemplo.

Así el médico general no sólo trabaja en equipo con otros médicos dedicados a la atención primaria, sino que actualmente dirige un equipo multidisciplinario de personas que prestan servicios de atención primaria a una población bien definida.

En cuanto al agente de la atención, nosotros hemos conservado el derecho a que los médicos puedan escoger a los pacientes y los pacientes puedan escoger a los médicos que quieran.

El médico general ha sido integrado al sistema de administración de la autoridad de salud distrital.

Algo que no he mencionado es que entre las responsabilidades de los médicos generales en la atención primaria, está la de controlar el acceso a la atención secundaria y terciaria, lo que es una práctica que tenemos en común con México. No hay forma de que un paciente pueda llegar al neurocirujano o al gastroenterólogo sin que el médico general lo envíe a menos de que llegue a una sala de urgencias. Por esta razón tienen una posición muy importante en relación con los servicios que presta en autoridad de salud

distrital.

En la década de los 50s, cuando me uní al Servicio Nacional de la Salud, era muy obvio que este grupo de trabajadores médicos no hacía muy bien las cosas. Se pensaba que eran el producto de una época pasada, que no eran científicos. Además no ganaban tanto como los especialistas hospitalarios. Hubo comentarios que hacían referencia a los médicos generales como a personas que habían egresado de la carrera médica, o que no tenían capacidad suficiente y que se habían dedicado a la medicina general como una alternativa fácil. Este médico en los 50s tenía un papel muy incierto, un status muy bajo y no era una persona respetada por sus colegas especialistas. En 1984, los médicos generales no sólo se han recuperado, sino que ahora son una parte muy valiosa e integral de la prestación de la atención para la salud en la Gran Bretaña. Las autoridades los han integrado al sistema administrativo y también a los hospitales.

¿Cómo podemos explicar este cambio que se dió entre 1950 y 1984?

Primero, porque son efectivos en cuanto a costos... Sabemos que el 80% de todos los padecimientos que llegan al Servicio Nacional de Salud son atendidos por éstos médicos generales con un 20% de costo. El gobierno no podría pasar por alto una propuesta económica tan buena como ésta: el 80% del efecto se logra con el 20% de costo.

Segundo, en la mayor parte de los países, existe un creciente escepticismo sobre lo que llamamos el modelo médico de salud. En la Gran Bretaña nos hemos dado cuenta de que este tipo de medicina no es efectivo en cuanto a costo. La inversión en la atención hospitalaria no ha tenido buenos resultados en cuanto a la esperanza de vida, ni aún en términos de morbilidad.

Tercero, dirigen equipos multiprofesionales, lo que les da una posición social muy alta. Para esto fue vital que se unieran y formarían un colegio de médicos generales, aplicando luego un esquema de capacitación. Ya no era suficiente estudiar en un hospital antes de ser un médico general, sino que había que tomar un curso de capacitación después de obtener el título para ser aceptado como un médico general calificado.

Otro factor fue la mejoría de su posición económica frente al especialista hospitalario en los años 60s, mediante una acción sindical. El resultado es que ahora se les paga más que a los especialistas hospitalarios. Además tienen ahora más acceso a las instalaciones hospitalarias. De hecho, pueden pedir radiografías, estudios de laboratorio y fisioterapia para sus pacientes sin que tengan que entrar al sistema de atención secundaria o terciaria.

Creo que en la mayor parte de los países el mejoramiento de la atención primaria para la salud tiene que hacerse a través de los médicos de hospital.

Los verdaderos problemas que el gobierno del Reino Unido tiene que enfrentar hoy en materia de salud son:

1°. La atención a largo plazo de las enfermedades crónicas. Es importante tener una buena apreciación de lo que nos puede brindar la atención primaria para la salud.

Frente a este problema hablemos, en primer lugar, de costos. Aunque el gobierno británico ha protegido al Servicio Nacional de Salud de la recesión, sigue siendo cierto que ahora tiene un pobre futuro financiero; en la época de los 70s, las autoridades de salud podían esperar recibir un 2% más por año para gastar. En la época de los 80s, el gobierno habla de un presupuesto fijo que tal vez reduce este aumento a un 1% en los años "buenos".

Por lo tanto, las perspectivas financieras del Servicio Nacional de Salud han cambiado, y actualmente el gobierno insiste en que tenemos que producir más valor por el mismo costo. De hecho, hay que reducir los costos unitarios de atención.

Se pensaba que si se lograba tener sólo salud comunitaria, o más salud comunitaria organizada a través de la atención primaria para la salud, entonces habría ahorros en los costos. Estoy comenzando a tener dudas al respecto, porque ahora se ha hecho trabajo de investigación que sugiere que, cuando el problema es de enfermedades crónicas, lo único que se hace al desarrollar la atención primaria a la salud es aumentar la cantidad de servicios que se asignan a cada persona que tiene necesidad de atención a largo plazo.

El desarrollo de la atención primaria para la salud en Gran Bretaña no parece, por ejemplo, acelerar el alta de los ancianos en los hospitales. Por esto pienso que este supuesto ejercicio de reducción de costos no permite esperar demasiado; creo que la contribución de la atención primaria a la solución de este tipo de problemas actualmente es menos que moderada.

Es muy importante establecer este principio para que no haya falsas expectativas acerca de lo que pueda realizarse con la atención primaria a la salud. Hay algunas personas que discuten si la atención primaria tiene un enfoque suficiente sobre los problemas a largo plazo. Probablemente cueste lo mismo atender adecuadamente este tipo de problemas en el nivel primario, que si se atendieran en un sistema hospitalario.

Afrontamos problemas demográficos ligeramente diferentes de los de ustedes. Nuestro principal problema no está en el extremo más joven, sino en el más viejo. El número de personas de más de setenta y cinco años, va a aumentar en una tercera parte. En menos

de diez años aumentó una tercera parte más, y sabemos que las demandas de los servicios de salud tanto primarios como secundarios para los ancianos, son más elevadas que el promedio. De hecho, el costo del servicio es seis veces al costo promedio, porque en un anciano el costo es seis y medio veces más alto que el costo de la atención primaria para una persona en edad de trabajar.

Tenemos una gran demanda que proviene de los ancianos, pero también tenemos dos problemas más: Invalidez y problemas mentales, en los que no hay forma de mejorar la atención a largo plazo. No hemos tenido mucho éxito en esto. Hay una serie de normas de atención para éstas personas que son terribles. A mí me parece que si los médicos generales pudieran liberarse del modelo clásico de enfermedad y tratamiento médico que es un modelo que todavía prevalece en Gran Bretaña, habría el potencial para hacer una contribución masiva al mejoramiento de las normas para aquéllos que necesitan atención a largo plazo. Los médicos generales son los que requieren que el resto de la comunidad les de más recursos, ellos son los que saben lo que la familia puede y no puede hacer y puesto que están dentro del equipo multidisciplinario en la comunidad, son los que pueden asignar recursos legalmente.

La solución de este tipo de problemas, si bien puede surgir de los médicos generales, no creo que puedan brindar una solución completa, porque también se debe considerar la calidad del servicio para personas que necesitan rehabilitación y apoyo comunitario.

2°. Las enfermedades mortales. En este sentido, podemos aprender más de ustedes que lo que podamos enseñarles. En Gran Bretaña, tenemos enfermedades circulatorias, cáncer y enfermedades respiratorias. En algunos de los casos, pensamos que el tratamiento médico es limitado, pero en lo que sí estamos de acuerdo es que hay tres formas que nos permitirían atacar a éstas enfermedades:

- 1.- El estilo de vida de los individuos;
- 2.- Los factores ocupacionales;
- 3.- Los factores ambientales.

Debido a la ideología que prevalece en el mundo occidental por el momento, se dá mayor atención a cambiar el estilo de vida de los individuos menos a los riesgos ocupacionales y ambientales que pu dieran causar muertes prematuras.

Si nos concentramos en los estilos de vida, diríamos que la atención primaria puede jugar un papel muy importante para cambiarlos. En particular, el médico familiar de Gran Bretaña no está desempeñándose muy bien este terreno, porque existe la tradición de que el paciente viene al médico general y no a la inversa. Es decir, vienen cuando están enfermos y, hasta donde yo entiendo, incidir en el cambio del estilo de vida de los individuos, requiere de una posición muy activa de parte del médico. Pero aún si esto cambiara, yo no creo que nuestros conocimientos de psicología social sean suficientes para poder modificar el comportamiento. Por ejemplo, hemos logrado cambiar el comportamiento en cuanto al tabaquismo, pero no sabemos realmente porque se está eliminando tan rápidamente en Gran Bretaña. Casi hemos llegado a la situación en que el tabaquismo se considera como antisocial y el que fuma tiene que pedir disculpas, mientras que antes era lo contrario. Pero cuando pasamos a aspectos más difíciles del estilo de vida, como por ejemplo, la dieta o el ejercicio, nos sentimos un poco incapaces de actuar sobre las motivaciones que harán que las personas actúen y cambien. Además, pienso que el médico general no solamente carece de conocimientos psicológicos, sino que tampoco ha adquirido la destreza para actuar sobre la comunidad. En cuanto al tabaquismo, pudiera ser que el cambio obedezca a que la mayoría de la gente de la comunidad ya no fuma. En otras palabras, la acción comunitaria es la que de hecho cambia el comportamiento de los que fuman y no el médico general que les reco

mienda no fumar.

Regresando al problema principal de cambiar los estilos de vida, creo que los médicos generales británicos, aunque es posible que estén en desacuerdo conmigo, no juegan un gran papel y solamente pueden hacer un pequeño aporte en este campo.

PANORAMA DE LA SALUD EN EL TRABAJO EN CUBA

DR. JORGE FERNANDEZ OSORIO  
CONSULTOR TEMPORAL DE LA OFICI  
NA SANITARIA PANAMERICANA.

CONFERENCIA DICTADA EL DIA  
16 DE MAYO 1984.

## C U R R I C U L U M    V I T A E

El Doctor Jorge Fernández Osorio es Médico Graduado en la Escuela Nacional de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (1948); Maestría en Medicina Industrial, -- Universidad de Cincinnati (1961).

Entre otros cargos ha ocupado el de: Médico del Departamento de Riesgos Profesionales e Inválidez del Instituto Mexicano del Seguro Social; Director de la Unidad de Medicina del Trabajo del IMSS; Fundador y Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina del Trabajo, IMSS-UNAM; Profesor y Coordinador de los Cursos sobre Salud en el Trabajo, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; Asesor en Prevención de Riesgos Profesionales del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y del Departamento de Asuntos Internacionales del IMSS; Miembro del Consejo Técnico Consultivo del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; Secretario Técnico de la Comisión Regional Americana de Prevención de Riesgos Profesionales; Fundador y Jefe de la Unidad de Salud en el Trabajo de la Facultad de Medicina, UNAM; Coordinador de la Maestría en Salud en el Trabajo Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; Consultor Temporal de la Oficina Sanitaria Panamericana, a partir de 1978.

Cuando uno llega a presentar una plática en un lugar como el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; en un lugar en el que se trabajó durante muchos años, es comprensible que se sienta un cierto nerviosismo; el nerviosismo no se pierde por -- más que los años pasen, es muy justificado, muy explicable. Pero después llega la tranquilidad, frente a la amabilidad del medio y de esta manera se siente uno dispuesto, más que a ofrecer una conferencia, simplemente a dar una charla, a platicar, a plantear una serie de puntos relacionados con el tema de la salud en el trabajo, que son de preocupación vigente para todos los que estamos inmersos en una forma o en otra en este campo.

Yo quiero reconocer antes que nada, la oportunidad que se me --- brinda esta tarde de charlar con ustedes sobre este tema.

Es posible que el anuncio de un tema de Salud en el Trabajo o de Salud Ocupacional o de Medicina del Trabajo relacionado con un país como Cuba, despierte inmediatamente la idea que se tratará de hacer comparaciones acerca de si la Medicina del Trabajo en Cuba es o no mejor que la Medicina del Trabajo en México, por -- ejemplo, para tomar como algo concreto dos puntos de comparación.

Desde luego yo considero que no se trata de hacer comparaciones. Quiero que quede muy claro que cada Medicina del Trabajo, corresponde a un momento determinado en un proceso histórico, es decir, la Medicina del Trabajo en Cuba está cumpliendo con las necesidades, con las demandas de una sociedad socialista; como la Medicina del Trabajo en México está cumpliendo con las demandas, con las necesidades de una sociedad con un modo de producción capitalista.

Que quede claro que estoy muy lejos de querer o de intentar establecer comparaciones porque repito, es lo primero que pudiera pensarse y ese no es el objetivo de esta charla.

Aclarado este punto, empezaré por señalar que para juzgar la me-

dicina del Trabajo, los avances de ésta en Cuba, necesitamos establecer un marco de referencia, un marco conceptual, que debe obedecer a las características del sistema en donde se está desarrollando esta actividad.

De otra forma sucedería lo que es común observar: con frecuencia se trata de ver qué es lo que hay allá para venir, vamos a decir, a sembrarlo aquí, en una tierra que no corresponde a las características de aquél lugar en donde se están dando determinados avances históricos.

Si no se tiene este marco conceptual, este marco teórico, entonces, con mucha facilidad, podríamos perdernos, sobre todo perder la perspectiva que nos ofrece la oportunidad de analizar una situación como es la Medicina del Trabajo en Cuba, que, repito -- una vez más, corresponde a una etapa de un proceso histórico.

Ya que estamos hablando de un proceso histórico, no podemos en ninguna forma soslayar que la actual Medicina del Trabajo en Cuba no puede ser ajena a lo que había en esta disciplina antes -- del triunfo de la Revolución en 1959.

No podríamos, de este modo, juzgar qué es lo que está pasando actualmente, si no hacemos una remembranza de lo que existía en Medicina del Trabajo en Cuba antes del triunfo de la Revolución.

Cuando recordamos que había una Medicina del Trabajo antes de la Revolución, podríamos decir que no había nada; y qué había en -- Protección e Higiene del Trabajo?, pues, diríamos que había poco, y en cuanto a Salud Ocupacional, pues también.

Numerosos documentos que se han publicado en aquél país, nos mencionan que antes del triunfo de la Revolución, se recomendaba establecer servicios médicos curativos para aquéllos centros laborales que tuvieran 200 o más trabajadores, lo cual no se cumplía

en la mayoría de los casos.

También señalan que existían, y, eso lo recordamos perfectamente bien, varios planes de seguridad social aunque su cobertura no abarcaba a todos los trabajadores. No había coordinación entre los Ministerios de Salubridad y del Trabajo. Toda semejanza con algún país que conozcamos no es pura casualidad, sino que corresponde, realmente, a una situación de carácter histórico; es producto de determinado momento histórico.

Esta era la situación de la protección y la higiene del trabajo en Cuba antes de 1959.

Es evidente que, al triunfo de la Revolución y, tomando en cuenta las características del modo de producción actual que difiere con el modo de producción anterior, que prevalecía en Cuba como formación económica o social, tendremos que reconocer que ya el imperativo del modo de producción deja de ser lucrativo, deja de establecerse esa gran contradicción entre la producción social y la distribución del producto social del trabajo. El imperativo actual, es la satisfacción de las necesidades materiales y culturales del hombre. Naturalmente que esto establece el gran contraste y diríamos, el motor impulsor de todo un proceso histórico cuyos resultados estamos viendo actualmente y por ello no podemos negar que sí hay avances.

Yo tomaría como un elemento mucho muy importante, que siempre hemos manejado en nuestra actividad de difusión en este campo, el concepto tradicional de Medicina del Trabajo. Uno de los objetivos que definen este concepto, que fueron establecidos en el año de 1950 por el comité conjunto de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo, se refiere a "colocar y mantener a cada trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes y limitaciones fisiológicas y sociológicas". Nosotros siempre hacemos la consideración de si esto es posible-

en un sistema capitalista y sobre todo en un sistema capitalista dependiente, pero no importa, si es dependiente o no es dependiente, en cualquier sistema capitalista; si esto es posible. Podríamos decir que esto no es posible definitivamente; sólo pensemos por un momento si es posible que pudieramos hacer un estudio de las capacidades y limitaciones de un trabajador, y que de acuerdo con esas capacidades o limitaciones lo colocáramos o lo mantuviéramos en un empleo adecuado o relacionado con estas aptitudes.

Desde luego que esto sí es posible en otro sistema. Concretamente en el sistema socialista, porque ahí las condiciones son definitivamente otras.

He querido plantear esta situación porque es lo que de entrada, encontramos, como un obstáculo para desarrollar una actividad de tipo preventivo como es la Medicina del Trabajo, frente a las condiciones que ofrece un sistema determinado.

Quisiera yo referirme ahora, a la parte organizativa de la Protección y la Higiene del Trabajo, que es el equivalente, a Salud Ocupacional o a Salud en el Trabajo en nuestro medio; para que después veamos la parte operativa y posteriormente la parte docente o de la formación de recursos que es lo que a nosotros nos interesa fundamentalmente.

Claro que esto tiene un objetivo, el objetivo de que tengamos la posibilidad de hacer un análisis y veamos que nos ofrece este campo de la Protección y la Higiene del Trabajo en Cuba.

Podemos decir que después del triunfo de la Revolución pasaron algunos años, yo diría una etapa de transición en la que aparecieron diferentes leyes, diferentes resoluciones. Aparecieron reglamentos de Higiene y Seguridad en el Trabajo y finalmente, una ley, la ley trece. Esto fue en el año de 1977. Esta ley se refiere concretamente, a la Protección e Higiene del Trabajo.

Es importante recordar que esta ley fue aprobada por la Asamblea Nacional del Poder Popular. No tendría mayor importancia mencionar esto si no tuviera antecedente inmediato de que fue por requerimiento del XIII Congreso de la Central de Trabajadores de Cuba y francamente en lo personal, esta situación me entusiasma mucho porque hace ver en forma concreta la importancia de la participación de los trabajadores en el aspecto legal de la Protección e Higiene del Trabajo o de la Salud en el Trabajo.

Hemos llegado a la conclusión, después de algunos años, de que, no importa que sistema sea, bien se trate de uno u otro de los dos sistemas que están gobernando actualmente, sea el sistema socialista, o el sistema capitalista; en ninguno de los dos sistemas, podría pensarse, en un avance de la Medicina del Trabajo, o de la Salud en el Trabajo, o de la Protección e Higiene del Trabajo sin la participación de los trabajadores; esto es algo importantísimo. Entonces, este hecho concreto, de que a partir de un congreso de la Central de Trabajadores de Cuba se hubiera presentado este proyecto para establecer la ley de Protección e Higiene del Trabajo y, con ello el establecimiento de un sistema de Protección e Higiene del Trabajo, creo que es algo que debe subrayarse muy especialmente.

Claro que este sistema de Protección e Higiene del Trabajo no es ajeno al sistema nacional de salud, es decir, que todo lo que se hace en materia de salud en el trabajo está íntimamente ligado al sistema nacional de salud.

Ahora bien, este Sistema de Protección e Higiene del Trabajo, está dirigido por una comisión nacional; esta comisión nacional está integrada por lo que se llaman los organismos rectores de la Protección e Higiene del Trabajo.

En estos organismos rectores participan el Comité Estatal de Protección del Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud -

Pública, el Ministerio del Interior y la Central de Trabajadores de Cuba, es una comisión nacional que tiene a su cargo, vamos a decir, la dirección, la observancia y la vigilancia de que se cumpla con este sistema.

Es importante que, digamos, porque a veces los términos confunden un poco, que el Comité Estatal de Protección del Trabajo y Seguridad Social fundamentalmente, la protección del trabajo en lo que se refiere a la seguridad, y desde luego, a los accidentes del trabajo.

Tiene su departamento a nivel nacional de Protección e Higiene del Trabajo y tiene su Instituto de Protección del Trabajo que es el elemento coordinador; lo que podría corresponder aquí y que ahí a desaparecido, al Ministerio del Trabajo y a los Institutos de Seguridad Social; podría ser esta la relación con la que nosotros estamos familiarizados.

Por el lado del Ministerio de Salud Pública, está lo que se llama el Departamento de Protección al Trabajador a nivel nacional. Este departamento de protección al trabajador a nivel nacional tiene en cada una de las 14 provincias y en la que se llama "especial", que es la isla de la juventud; un centro provincial de Higiene y Epidemiología en donde están consideradas las actividades del Departamento de Protección del Trabajador.

Al mismo nivel que el Departamento de Protección al Trabajador, está el Instituto de Medicina del Trabajo, del cual hablaremos después.

Las actividades de protección al trabajador están íntimamente relacionadas con lo que podríamos considerar la higiene del trabajo, o sea, con las enfermedades profesionales. De este modo los dos tipos de Riesgos del Trabajo han contemplado : uno por el Comité Estatal de Protección del Trabajo y el otro por el Ministerio de Salud Pública.

El aspecto de incendios y siniestros, está bajo la responsabilidad del Ministerio del Interior, a través de una Comisión Nacional de Prevención de Incendios con sus delegaciones distribuidas también a nivel provincial.

No olvidemos que dentro de esta Comisión, está igualmente presente la Central de Trabajadores de Cuba. Al final de esta charla veremos la participación de esta Central o si se quiere, del movimiento obrero en el logro de los aspectos contenidos dentro de la Protección e Higiene del Trabajo.

Bien, algo que nos parece importante ahora, es abordar el aspecto de la especialización en Medicina del Trabajo, que se inició en Cuba desde el año de 1974. Esta especialización de Medicina del Trabajo, al principio era de 3 años, actualmente ya es de 2 años. También tenemos que recordar que existe en Cuba una red de salud ocupacional que cuenta con un grupo multidisciplinario.

Esto es muy importante porque nosotros hemos tenido ocasión de ver que en nuestros cursos de formación de recursos en este campo, más que nada nos dirigimos hacia el médico; descuidamos, la formación de recursos en otro campo y no debemos olvidar que la actividad de la salud ocupacional, la salud en el trabajo, es eminentemente multidisciplinaria. Entonces, es importante ver cómo cuando se puede y se logra hablar ya de equipo de salud ocupacional, no se concreta especialmente al médico especialista en Medicina del Trabajo, sino se aborda al ingeniero, al químico, al biólogo, al sociólogo, y algo que es muy importante en Cuba, que es el técnico medio. Este es un técnico en una formación profesional, pero no en el número de años que podría tener el ingeniero o el químico o el mismo médico, sino que a partir de lo que llaman ellos el décimo grado, obtienen una formación profesional de 3 años lo que permite posteriormente que ese técnico medio pueda llegar a ser un ingeniero o un químico, según la orientación o las necesidades que pudieran presentarse para el sistema.

A estos técnicos medios, en el campo específico de la salud, se les llama técnicos medios en higiene, además de que existen el técnico medio químico, el técnico medio en psicometría y el técnico medio en protección radiológica.

Es posible que mencionar este aspecto no tuviera mayor importancia si no fuera por el afán, por el objetivo de recalcar cómo se debe abordar el aspecto multidisciplinario en el campo de la Salud Ocupacional.

En el renglón, siempre, de la Organización de la Protección e Higiene del Trabajo vale la pena destacar la importancia e higiene de los laboratorios.

Yo no dejo de reconocer que se siente una impresión muy explicable, cuando se ve la cantidad de recursos con que se cuenta en materia de laboratorios en este campo. Posiblemente, esto de disponer de un laboratorio central y catorce laboratorios distribuidos por las provincias, nos lleve a preguntarnos: ¿qué hacen con tanto laboratorio? Pues bien, estos laboratorios tienen un campo de acción mucho muy importante muy significativo que naturalmente a alguien le puede parecer que como están ahí, entonces, se abusa de ellos; sin embargo, están ahí, y se hace lo que debe hacerse en cuanto a la protección de los trabajadores que están expuestos a diversos contaminantes, a diversos agentes físicos, a diversos agentes biológicos y sobre todo en cuanto a una parte muy importante para ellos que es la psicofisiología, a la que, se le tiene bastante consideración.

Entonces, estos laboratorios, repito, llenan una función y no se concretan exclusivamente a tener un laboratorio central; donde pueden derivarse los problemas de mayor trascendencia para su estudio, sino que sus laboratorios están distribuidos en todo el país. Es importante también, señalar que en cuanto a equipos de salud ocupacional, el central está ubicado en el Instituto de Me

dicina del Trabajo; además existen los provinciales y, como decía antes, también existen los equipos de salud ocupacional a nivel municipal; es decir, en cada municipio existe un equipo de esta naturaleza. Simplemente para tener una idea de qué número de equipos de salud ocupacional existen, bueno, pues hay alrededor de 169 que están distribuidos de acuerdo con los municipios de Cuba.

No olvidemos que tanto los equipos de salud ocupacional a nivel provincial como los municipales están íntimamente ligados a los centros provinciales y epidemiológicos, digo esto porque en las actividades relacionadas con aspectos específicos del trabajo -- también participa de otras actividades que no son necesariamente las del trabajo, sino que son del tipo de higiene general y de epidemiología, es decir, con esto quiero insistir, una vez más, en el aprovechamiento racional de los recursos con los que se cuenta; lo cual da, desde luego, una cobertura muy amplia y un nivel de utilización muy alto de todo este equipo.

Por otro lado existe un capítulo a nivel de estos centros provinciales, que se relaciona con lo que se llama la Inspección Sanitaria de Medicina del Trabajo.

Esta Inspección Sanitaria de Medicina del Trabajo se realiza en cada una de los centros de trabajo por las gentes que forman parte de los equipos de Protección e Higiene del Trabajo o de Salud ocupacional.

Para los que son amantes de tener datos numéricos, recogimos el dato de que esta Inspección Sanitaria de Medicina del Trabajo da cobertura a 13,000 centros del país y cubre casi un millón de trabajadores productivos.

Ahora diremos que desde el año de 1970 se creó un servicio Médico de Industria y Trabajo.

Este Servicio Médico de Industria y Trabajo tiene a su cargo la atención médica preventiva y curativa de los trabajadores en sus propios centros de trabajo.

Es un tanto semejante a lo que nosotros tuvimos en alguna ocasión en nuestro medio, los llamados puestos de fábrica, y, que actualmente pudieran llamarse los servicios médicos en las fábricas, pero aquí, no hay que perder de vista que este servicio médico de Industria y Trabajo forma parte del sistema de Protección de Higiene del Trabajo, y que es una prestación del estado. No es una protección que emane de una disposición administrativa, de una empresa o de una fábrica o de una unidad de producción, sino que del sistema de Protección e Higiene del Trabajo.

Hay datos también a este respecto: Se dice que están integrados a este servicio alrededor de 200 médicos con 595 enfermeras y 25 estomatólogos y cubre actualmente 721 centros de trabajo. Este servicio está en relación directa con la importancia de la empresa, y la importancia del riesgo o de los riesgos de trabajo que pudieran estar presentes en determinadas empresas, esto es lo que rige, precisamente, a este servicio médico de industria y trabajo.

Ahora hablaremos del Instituto de Medicina del Trabajo. Este Instituto tiene una fecha reciente, no tiene muchos años; el Instituto pudo haber comenzado alrededor de los años 70s. Su primer curso de Especialización de Medicina del Trabajo, fue en el año de 1974. Lo importante de este Instituto, es que está organizativamente dividido en varias subdirecciones. Tiene una Subdirección de Atención Médica, una subdirección de Docencia, una Subdirección de Relaciones Internacionales, de la cual depende directamente la Maestría en Salud Ocupacional o sea el Curso Internacional de Salud Ocupacional.

Tiene también una Subdirección de Investigaciones y tiene una Sub

dirección de Normalización.

La importancia de la Normalización radica en que se toma en cuenta el resultado de las investigaciones para establecer normas que deban regir en los centros de trabajo. Estas normas se refieren específicamente a aspectos de calor, de ruido, de iluminación, de agentes químicos, etc.; normas de cargas de trabajo, normas de aspectos fisiológicos, etc.

Existe un Comité Estatal en Normalización al cual se derivan estas normas, producto de la investigación que se hace en el campo de la Protección e Higiene del Trabajo, que es el que en última instancia y con la participación de la Central de Trabajadores de Cuba, finalmente expide después de ser aprobadas, estas normas para su aplicación concreta.

Existe también en este Instituto de Medicina del Trabajo, varios departamentos que corresponden a los distintos aspectos de los factores que intervienen en los problemas de Riesgos del Trabajo. De esta manera cuentan, entre otros, con el Departamento de Medios Auxiliares de Diagnóstico y el Departamento de la Metodología de la Investigación. Por último para completar los aspectos de enseñanza e investigación el Instituto cuenta, entre sus instalaciones, con una sala hospitalaria para internar enfermos de piel con problemas de dermatosis profesionales u otros enfermos en estudio.

He querido, ya como una etapa final de esta charla hablar un poco sobre el papel del movimiento obrero en la Protección de la Salud de los Trabajadores.

Desde luego que dentro de las actividades principales del Movimiento Obrero de Cuba, está el control de la salud de todos los trabajadores afiliados a la Central de Trabajadores. Ante esta situación podríamos preguntarnos: ¿qué tienen que hacer los trabajadores, la Central de Trabajadores, en el control de la salud?

Como que este control debe estar delegado a otras entidades. Sin embargo tiene razón de ser su participación en este control ya que casi la totalidad de los trabajadores en Cuba están afiliados a esta Central, excepto la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, que no están afiliados, pero sí están organizados en una asociación.

Esta central cuenta con un Departamento de Protección e Higiene del Trabajo, que tiende a normar las tareas a ejecutar por los sindicatos en este campo. Estas tareas son fundamentalmente la llamada inspección social; el estudio de la accidentabilidad y la inspección de los accidentes, así como jugar, si pudiera llamarse juego, la contrapartida a la administración en el cumplimiento de las medidas correctivas que se dictan en la inspección de los organismos reactores de la Protección e Higiene del Trabajo.

A mí me entusiasma mucho esta situación, porque en primer lugar, nos ponemos a pensar: ¿qué es lo que sería la Inspección Social para traducirla a nuestro medio?

Bueno, nosotros sabemos que en nuestra legislación laboral existe un capítulo muy importante que se relaciona con las llamadas Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad; que no es el momento de hacer un análisis o una crítica de si funcionan o no. Ya sabemos cuáles son los problemas para este funcionamiento. Estas comisiones en nuestro medio, hacen sus visitas periódicas para analizar las condiciones de trabajo, bien, como en Cuba no hay, no tiene por que haber una comisión mixta, porque ahí todos son trabajadores; no hay esa gran diferencia entre los trabajadores: -- que unos son de la gerencia o de la administración o de confianza, etc., y otros, trabajadores como tales puede decirse, entonces

que es el sindicato de cada empresa, de cada planta, de cada uni-dad, el que hace esas visitas con obreros, con trabajadores seleccionados y adiestrados en el campo de la Protección e Higiene del Trabajo.

De este modo, lo que correspondería aquí, a la vista de la Comisión de Higiene y Seguridad, por partes iguales, que se juntan y hacen la visita y que si no hay un quórum no se hace, etc., ahí no pasa; ahí lo que se hace es una inspección social; es la inspección de los trabajadores mismos; ellos son los que hacen el análisis de las condiciones de trabajo.

El aspecto de accidentabilidad lo estudian, porque si lo que realmente está presente en esta organización, y es digno de llamar la atención, es comunicación e información acerca de la acciden-tabilidad y de las causas que originan los accidentes y las enfermedades de trabajo.

Entonces, el trabajador sí tiene acceso al estudio de la acciden-tabilidad porque es algo que le compete directamente, no es algo ajeno, no es algo que como sucede en nuestro medio, esté bajo la responsabilidad de la empresa, al fin y al cabo dueña de los medios de producción y dueña del ambiente de trabajo y quien pone las reglas del juego.

De este modo, el trabajador hace esta investigación del accidente de trabajo. Como parte del estudio de la accidentabilidad.

En lo referente al "juego de la contrapartida", no hay que perder de vista que cada una de las unidades de producción, o de las empresas, tiene un administrador que está siendo requerido, exigido, en cuanto a producción y que naturalmente a partir de esa exigencia puede entrar en contradicción, si no toma en cuenta las medidas preventivas, los aspectos de Protección e Higiene del Trabajo; si, como en otros lugares, se sacrifican esas medi-

das a favor de la producción, ésto, no puede darse, porque existe, una participación directa de los trabajadores en la vigilancia permanente de sus condiciones de trabajo.

Por consiguiente, la contrapartida consiste en que si los organismos rectores recomiendan una medida de protección y el administrador no la cumple por cuestiones de producción, entonces, los trabajadores dicen: bueno, ¿por qué no la cumples?. De este modo, el administrador está en una especie de presión permanente: de arriba hacia él, y, de abajo hacia él, o sea, que tiene que cumplir con la producción y con las disposiciones preventivas. En cada centro de trabajo se exige el análisis mensual de los problemas de Protección e Higiene del Trabajo y este análisis se hace en lo que se llama las Asambleas de Producción o Servicio del Centro de Trabajo; ahí se informa a todos los trabajadores de los resultados de las gestiones realizadas por la administración en la modificación de las condiciones de trabajo. Se informa también sobre los accidentes ocurridos y sobre las causas de los accidentes y las medidas que se tomaron para evitar que se repitan.

Naturalmente siendo todo transparente, siendo todo expuesto, muy pocos de nosotros quisieran estar en el lugar del administrador, porque ahí no tiene excusa es tan objetiva la situación que no tiene escape. Se ve obligado, forzado materialmente, a cumplir con las disposiciones que emanan de los organismos rectores. Además cuentan con la vigilancia permanente de los sindicatos, que están cuestionando y están presionando para que se cumpla con las disposiciones preventivas. Ligado a ésto, debemos referir que en la ley 13 que hemos mencionado, existe un artículo que dice que si a juicio del trabajador, las condiciones de trabajo no son propicias para desarrollarlo porque pone en peligro la vida del trabajador, éste puede retirarse, levantando un acta para hacer constar al administrador que se retira; claro que existe la posibilidad de que el administrador recurra a otras instancias para que se analice si efectivamente las condiciones son inad-

cuadas o nó, pero de todos modos existe una situación muy importante que permite decir al trabajador: no me conviene, me afecta a la salud, y por lo tanto, yo no sigo trabajando en este lugar y en este momento.

Yo siento, después de varios años de trabajar en este campo, que la participación del trabajador en este aspecto es muy efectiva, y, asegura desde ya, el avance de la Salud Ocupacional o Salud en el Trabajo o la Medicina del Trabajo, según el concepto que quiera emplearse.

Existen muchos otros aspectos que podríamos tomar en cuenta para establecer una visión panorámica de la Medicina del Trabajo en Cuba; lo que hemos hecho hasta ahora en esta charla, es ver exclusivamente los aspectos organizativos, en forma muy general, de cómo está operando la Medicina del Trabajo o, con más propiedad, el Sistema de Protección e Higiene del Trabajo y específicamente el Instituto de Medicina del Trabajo.

Agregaría nada más que la práctica de la Medicina del Trabajo en Cuba, es una práctica que, como dije antes, corresponde a un momento histórico determinado; cualquiera podría pensar que esta disciplina corresponde, en algunos aspectos, a los conceptos tradicionales de la Medicina del Trabajo. Es muy cierto; no es posible pensar que en la práctica de la Medicina del Trabajo se utilicen conceptos diferentes de los que estamos acostumbrados a escuchar. Nada más hay conceptos que tienen que tomarse con mucho cuidado. Por ejemplo, cuando se habla de higiene en el trabajo, nosotros entendemos como higiene en el trabajo, la actividad que se refiere al reconocimiento, evaluación y control de las medidas preventivas adecuadas al fin que se persigue, que es la protección del trabajador; sin embargo, en Cuba se incluye dentro de esta actividad la protección de la maquinaria. Se protege no solamente al hombre sino también a la maquinaria. Créanme ustedes que yo sería incapaz, en nuestro medio, de incluir en la higiene

en el trabajo, la protección de la maquinaria, a pesar de las políticas de nuestro gobierno, orientadas a la protección de la planta productiva, de tal modo que estuvieramos obligados al hablar de higiene en el trabajo de proteger también la maquinaria, porque al fin y al cabo forma parte de la planta productiva. Me atrevo a pensar que en la mente de ustedes, en la consciencia de ustedes, está la trascendencia que tendría el hecho de que en higiene en el trabajo se tenga que proteger la maquinaria, ya que jerárquicamente o prioritariamente la pondrían los empresarios, dueños de la misma, antes que la protección del trabajador, que es lo que a nosotros nos interesa fundamentalmente.

De este modo ellos aplican estos conceptos; pero nosotros naturalmente estamos en otra etapa; no es una etapa realmente técnica de la Medicina del Trabajo, sino que es una etapa de cuestionamiento y de más bien diríamos, conceptualización de la Medicina del Trabajo, a partir de diversos planteamientos, es decir, ¿por qué? ¿cuál es la causa que está originando la enorme accidentalidad que tenemos año con año en las estadísticas que emanan del Instituto Mexicano del Seguro Social? ¿en dónde está la causa? ¿por qué no se establecen las medidas adecuadas de prevención?, ¿por qué no se conocen las enfermedades de trabajo?, etc.

Nosotros estamos en esta etapa. No podemos quemar etapas y tener los avances que se tienen en otros lugares. No podemos negar que en nuestro medio sí han habido avances, avances muy importantes; sin embargo para cualquier intento de valoración de estos avances debemos tener elementos de análisis para ver cómo y por qué se han dado.

Creo que valdría la pena referirme, finalmente, a las VI Jornadas Científicas de Medicina del Trabajo que se realizaron en Cuba en el mes de abril de este año y que reunió 44 trabajos de investigación, de diferente nivel. Desde la investigación de los agentes físicos en los ambientes de trabajo: ruido, iluminación,

temperatura y ergoecológicos, hasta la investigación de las catecolaminas, en el esfuerzo mental de los trabajadores de hospitales o de los trabajadores de oficina.

Estos trabajos reflejan una gama enorme de aspectos de investigación, que más que nada, hablan de la inquietud que se tiene en este campo y que es aplicable.

Podríamos hablar mucho más, pero no quisiera causarles mayor cansancio. Simpatizo mucho con que después de esta exposición se hable de planteamientos y se establezca un pequeño o gran diálogo, según como se quiera; que sirva para aclarar algunas dudas y que, desde luego, sirva también para establecer algunas líneas de reflexión que creo que es lo más importante.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION Y SEGURIDAD SOCIAL

ACT. ROBERTO HAM CHANDE  
DIRECTOR DEL CENTRO DE  
ESTUDIOS DEMOGRAFICOS Y  
DE DESARROLLO URBANO  
DEL COLEGIO DE MEXICO.

CONFERENCIA DICTADA EL  
17 DE MAYO DE 1984.

Conforme se aproxima el año 2000 nos anticipamos al siglo XXI y a lo que éste nos depara, particularmente, en lo que se refiere a las poblaciones de todo el mundo. En términos demográficos, no nos interesa adivinar su futuro sino más bien determinar lo que se puede hacer por adelantado para guiar dinanismos demográficos, económicos y sociales hacia un contínuo mejoramiento de la población, posiblemente en el curso del próximo siglo.

Los demógrafos comparten la opinión de que se logrará una estabilidad, condición indispensable para asegurar una medida finita de los límites de su crecimiento.

Los supuestos de las Naciones Unidas consideran diversos rangos con el punto de vista del tiempo necesario para alcanzar tal estabilización y el nivel del número total de habitantes.

Esos rangos van de los 8,000 millones para el año 2000 hasta los 14,200 millones en el año 2130; mientras que se predice un número intermedio de 10,500 millones para fines del siglo XXI.

La vejez de una población, medida por el porcentaje de habitantes de al menos un mínimo específico de edad avanzada -por ejemplo 65 años- varía de país a país y de región a región. Lo mismo se puede decir del proceso que conduce a una población a la estabilización.

Por las características de su población, los países pueden clasificarse en una gama que va desde las naciones esencialmente jóvenes y subdesarrolladas, que envejecerán lentamente, y probablemente necesitan alrededor de un siglo para alcanzar la estabilidad y el máximo envejecimiento, hasta las naciones que ya son viejas, generalmente desarrolladas, que alcanzarán el máximo de envejecimiento dentro de un período de tiempo muy corto.

El propósito de esta conferencia es enunciar algunas de las características del envejecimiento en un país como México, que cuenta con una estructura de población notablemente joven y aunque tiene todavía un camino muy largo por recorrer para lograr el nivel de desarrollo socioeconómico deseado, se desenvuelve sobre perspectivas favorables.

En el período inmediato a la Revolución Mexicana, cuando se dieron los primeros pasos para consolidar las instituciones públicas, las condiciones socioeconómicas de México favorecían un crecimiento demográfico acelerado. Este crecimiento se intensificó a partir de 1940, a la par de la industrialización de la nación.

Esta aceleración se refleja en las altas tasas de crecimiento demográfico en las últimas décadas de acuerdo con los datos de los censos oficiales; para el censo de 1970 se reflejó una tasa del 3.29% de incremento en la población, aunque se espera su disminución en la década de 1970 a 1982.

La obtención de la estabilidad, el nivel al cual ocurrirá y el tiempo necesario para alcanzarla dependerán principalmente de la disminución de las tasas de fertilidad y mortalidad. De esas dos variables, la fertilidad produce el efecto más importante para determinar la estabilidad. El comportamiento demográfico en el futuro, aún cuando haya una posible estabilización, no será un fenómeno uniforme en todo el mundo.

Las diferencias demográficas, económicas y sociales que prevalecen entre regiones y naciones manifiestan diferentes procesos de desarrollo.

En un extremo de la balanza nos encontramos con países de población joven y con tasas altas de fertilidad y mortalidad acompañadas por un subdesarrollo socioeconómico; en el otro extremo, hay países con una alta proporción de gente vieja, tasas de fertili-

dad y mortalidad más bajas y con mayor desarrollo. Entre estos dos polos existe toda una gama de situaciones. Esto indica que las futuras poblaciones del mundo evolucionarán de distinta manera y, por lo tanto, tendrán diferentes problemas de acuerdo con la región y el país a que pertenecen.

#### ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION

El descenso en el crecimiento demográfico, debido a una disminución en la tasa de fertilidad, da origen, entre otras cosas, al envejecimiento de la población.

El término "aging" (envejecimiento), cuando se utiliza en referencia a una población, no es tan claro como cuando se aplica a un individuo. Se han ideado diversas medidas para calcular el envejecimiento demográfico; sin embargo, para los fines específicos de este trabajo, nosotros hemos escogido como medida, la proporción de personas de edad avanzada en relación al total de la población.

Gráfica 1. Crecimiento demográfico en México según los censos de los años de 1921 a 1980.

AÑO	POBLACION (miles)	TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL ANUAL
1921	14.335	1.61
1930	16.553	1.73
1940	19.654	2.75
1950	25.791	3.08
1960	34.923	3.28
1970	48.225	3.29
1980	67.406 <sup>a</sup>	

Datos preliminares de acuerdo con la Dirección General de Estadística (1980).

En contraste con la tendencia hacia tasas más altas de crecimiento de la población que prevaleció durante varias décadas, existen ahora factores que indican una situación reversiva.

Como resultado de una combinación de factores debidos al progreso socioeconómico del país y a la acción del gobierno en la planeación de la familia, las tasas de fertilidad han empezado a crecer, dado que el más importante factor de crecimiento económico en México es precisamente la fertilidad, una consecuencia inmediata de ese decaimiento serán las tasas más bajas de crecimiento de la población. Otro resultado serán las modificaciones en la estructura de las edades, y de una manera particular en el envejecimiento de la población.

#### EVOLUCION DE UNA POBLACION

Los datos de los censos de 1910 a 1970 nos muestran la tendencia de cambios de la población mexicana de 65 años o más (gráfica 2.)

Gráfica 2. La población de México de 65 años o más y su porcentaje del total, de acuerdo al sexo y al año del censo.

AÑO	Población (miles) edad: 65+			Porcentaje de la Población edad: 65+		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1910	345	176	169	2.28	2.34	2.21
1921	380	190	190	2.65	2.71	2.59
1930	489	242	247	2.95	2.98	2.93
1940	587	284	303	2.98	2.93	3.04
1950	869	413	454	3.36	3.26	3.47
1960	1,199	579	620	3.43	3.32	3.54
1970	1,791	859	932	3.71	3.57	3.86

FUENTE: Dirección General de Estadística (1980)

Es una verdad que todos los censos tienen sus fallas, algunos -- más que otros. Sin embargo, los datos nos muestran dos tenden-- cias muy claras.

Una de ellas consiste en que la cantidad de personas mayores de 64 años ha estado aumentando de manera continua. A partir de los 345 mil de 1910, los datos nos indican un incremento constante, que ha alcanzado en 1970 la cifra de un millón 791 mil, de acuerdo con el censo de ese año. Además de este aumento en el volumen de la población integrada por gente vieja, se puede apreciar también que el porcentaje en relación al total experimenta un incremento gradual. De este modo, de 2.28% de la población de 65 años o más que muestra la gráfica en 1910, se observa un incremento que alcanza el 3.71% en los datos que se muestran en el censo de 1970.

Las tendencias ilustradas por estos datos nos indican futuros incrementos en sus cifras para este sector de la población.

Debemos considerar también que la población de 65 años o más representa una carga relativamente mayor, sobre todo ahora que todos los factores indican un declive en las tasas de reproducción.

No puede haber duda de que el estudio del pasado amerita la importancia que se le atribuye, pero nuestra sociedad debería esforzarse por mejorar los planes para el futuro.

En términos de la variable de población y de la ineludible tarea de interpretar el futuro demográfico y sus consecuencias, no nos queda otra opción que depositar nuestra confianza en el siempre inexacto juego de la proyección.

Gracias a la computadora y al mejoramiento de las técnicas que se utilizan en las proyecciones de población, es posible en la

actualidad esquematizar el proceso evolutivo de las estructuras de población de una manera realmente precisa e inteligible. Sin embargo, cuando se llega a la aplicación numérica de estos modelos, es necesario todavía aplicar un parámetro del nivel que se espera de las variables demográficas más determinantes: fertilidad, mortalidad y migración. Esta parametrización constituye lo que se conoce como una hipótesis de proyección. De esta manera, el grado de confiabilidad de la población proyectada es una función directa de la sensibilidad con que se escogió la hipótesis de proyección.

En el caso de México, podemos predecir un continuo descenso en la fertilidad, una tendencia continua hacia tasas de mortalidad más bajas y una pérdida de población debido a la emigración hacia los Estados Unidos. No vale la pena cuestionar, el signo positivo o negativo de cada una de las variables, sin embargo, la discusión surge en conexión con el nivel numérico alcanzado por cada variable.

Un ejercicio de proyección numérica en el que las hipótesis fueron seleccionadas con especial cuidado, fue realizado por Campos Ortega (1980). Este estudio se llevó a cabo debido al reciente interés del gobierno de México, en obtener para el país, políticas de población más razonables. Una de estas políticas, la más conocida a través de publicaciones, apunta a la consecución de niveles de fertilidad más bajos.

Una proposición oficial sugiere la posibilidad de alcanzar un -- 2.5% de tasa crecimiento para 1982 e ir bajando gradualmente hasta el 1% a principios del siglo venidero.

Las condiciones socioeconómicas y demográficas hacen estas metas difíciles de conseguir, pero si se toman en consideración ciertas hipótesis de mortalidad y fertilidad que parecen ser las miras del gobierno, es posible proyectar la estructura de la futu-

ra población, produciendo de esta manera modelos demográficos -- que proporcionen una idea del tiempo y de la extensión del envejecimiento de la población. Las tres gráficas siguientes contienen una síntesis numérica de estas suposiciones.

Gráfica 3. Suposiciones sobre fertilidad

Período	Tasas brutas de reproducción
1975 - 1980	2.625
1980 - 1985	1.875
1985 - 1990	1.458
1990 - 1995	1.385
1995 - 2000	1.151
2000 - 2005	1.050
2005 - 2010	1.044
2010 - 2015	1.037
2015 - 2020	1.031

FUENTE: Camposortega (1980)

Gráfica 4. Suposiciones sobre mortalidad

Período	Mortalidad Infantil		Supervivencia al nacer		Supervivencia a los 5 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1975-1980	64.76	75.21	66.58	62.88	67.64	64.22
1980-1985	59.24	66.42	68.09	64.40	68.59	65.17
1985-1990	54.66	61.35	69.34	65.66	69.38	65.97
1990-1995	50.86	57.14	70.37	66.73	70.03	66.65
1995-2000	47.70	53.65	71.21	67.70	70.56	67.21
2000-2005	45.09	50.74	71.83	68.24	70.92	67.58
2005-2010	42.91	48.33	72.34	68.77	71.21	67.88
2010-2015	41.11	46.32	72.82	69.27	71.52	68.20
2015-2020	39.61	44.62	73.25	69.71	71.80	68.49

FUENTE: Camposortega (1980)

Gráfica 5. Tasas de crecimiento esperadas

Período	Tasa
1980	2.90
1985	2.17
1990	1.81
1995	1.69
2000	1.59
2005	1.39
2010	1.23
2015	1.05
2020	0.90

FUENTE: Camposortega (1980)

Utilizando estas suposiciones básicas, Camposortega encontró para el período 1970-2040 (Gráfica 6.), las siguientes tasas quinquenales de crecimiento de la población, el número de personas de 65 años o más al final de cada 5 años y la parte compartida de porcentaje de estas últimas en relación a la población total.

Gráfica 6. Proyecciones de la tasa anual de crecimiento de la Población hasta el año 2040, la población proyectada de 65 años o más y su porcentaje del total para México.

Período Quinquenal	tasa anual de crecimiento	Población 65 + (miles)	Porcentaje de la población de 65 +
1970-1975	3.34	1,969	3.30
1976-1980	2.90	2,168	3.14
1981-1985	2.17	2,445	3.18
1986-1990	1.81	2,936	3.48
1991-1995	1.70	3,650	3.94
1996-2000	1.59	4,517	4.50
2001-2005	1.39	5,488	5.11
2006-2010	1.23	6,624	5.80
2011-2015	1.05	8,048	6.68
2016-2020	0.90	9,866	7.83
2021-2025	0.77	12,178	9.30
2026-2030	0.63	14,973	11.08
2031-2035	0.48	17,976	12.99
2036-2040	0.32	21,393	15.22

FUENTE: Camposortega (1980)

Al comparar las gráficas 2 y 6, notamos en seguida el aumento previsto en números absolutos de la población vieja. Estas ci---

fras han mostrado a la fecha una tendencia al incremento.

De acuerdo con la proyección, esta tendencia continuará con la misma inercia, lo que dará como resultado la acumulación prevista en las cifras indicadas arriba. De los posibles 2 millones -- 168 mil personas de 65 años o más que actualmente viven en México, podemos prever para el año 2000 una cifra de 4 millones 517 mil, que se elevará casi a los 10 millones por el año 2020 y sobrepasará los 21 millones hacia el año 2040.

En este punto, debería hacerse una observación en relación a las perspectivas discutidas en el párrafo anterior. El período 1980-2040 consta de 60 años esto implica que parte de la población a la que hicimos referencia en la proyección de personas de 65 --- años o más, hayan nacido ya. Por lo tanto, lo que nosotros estamos proyectando es la supervivencia, tomando en consideración la mortalidad y la migración de un grupo que vive ahora mismo con nosotros (constituído de hecho por nosotros mismos).

En este sentido, el problema se nos simplifica, pues la variable de fertilidad con toda la complejidad técnica y política que implica su aplicación, no interviene aquí.

El otro indicador que nos interesa, o sea, el porcentaje de personas más viejas con respecto al total de la población, aparece en las gráficas 2 y 6. Se puede ver que, a través de un largo período de tiempo, este porcentaje también aumenta y se vuelve gradualmente más marcado. Partiendo del 3.14% que corresponden ---- aproximadamente al año 1980, alcanzaremos una cifra estimativa de 4.50 recién iniciado el siglo venidero; quizá un 7.83 por el año 2020 y un 15.22 por el año 2040. Esto nos indica que partiendo de un pequeño porcentaje de un poco más de tres personas de edad avanzada por cada 100 personas que viven actualmente habrá un incremento de hasta casi 5 veces dicha cifra dentro de los -- próximos 60 años. Además de esta panorámica general acerca del -

porcentaje de las personas de edad avanzada y de las perspectivas a largo plazo, tenemos una situación muy particular que amerita nuestra consideración.

Si ponemos particular atención a los porcentajes de los años 1975, 1980 y 1985 notaremos un descenso. Partiendo del 3.71% registrado en los datos del censo de 1970 (gráfica 2), hay una disminución inicial en las proyecciones, con las cifras descendiendo al 3.30 en 1975, el porcentaje más bajo de 3.14 en 1980; a partir de este punto se opera una recuperación y el porcentaje aumenta alcanzando un 3.18 en 1985.

Las cifras reflejan una situación real, ya que en 1980 había un indicador de rejuvenecimiento de la población, en el sentido de que existe un porcentaje más bajo de viejos que de jóvenes.

Este regreso temporal en la tendencia general de envejecimiento tiene una doble explicación. Una de las causas se puede explicar por la "falta de nacimientos durante la Revolución y por el aumento de mortalidad de recién nacidos y niños en aquellos años".

De acuerdo con el censo de 1910, los menores de 10 años alcanzaban un número de 4,779,791 mientras que, en 1921, la cifra disminuye a 3,713,040. El número de personas de edad avanzada que se requiere ahora para mantener un incremento sin alteración en el crecimiento del porcentaje, corresponde en parte a la falta de nacimientos y a un posible exceso de muertes entre los niños durante el período de la Revolución. Otras causas no muy aparentes que contribuyeron en 1980 a un porcentaje más bajo de las personas de 64 años o más fueron las crecientes tasas de fertilidad que se experimentaron de 1940 a 1975. Esto dió como resultado proporciones más numerosas de población de personas menores de 65 años, que a su vez bajarán la porción correspondiente a la población de 65 años o más.

## MEDIDA DEMOGRAFICA DE LA DEPENDENCIA EN LA VEJEZ

Si un individuo ha sido económicamente activo y logra sobrevivir y asentarse hasta la vejez, lo más probable es que en determinado momento deje de ser productivo y se una a la población pasiva. En otras palabras, existe un cambio de situación, deja de ser un componente de producción y consumo, y pasa a ser exclusivamente un consumidor, uniéndose a la parte de población cuyo mantenimiento depende del sector económicamente capacitado y activo.

Se admite que en general la sociedad contemporánea no es indiferente al destino de sus elementos no-productivos. La persona que por razones de incapacidad no puede defenderse por sí misma tiene el derecho de que el resto de la sociedad vea por ella.

De aquí se sigue que una persona incapaz de trabajar debido a su edad, debería recibir de la comunidad los medios necesarios para subsistir. Desgraciadamente, la sociedad en que vivimos se encuentra muy lejos de esta utopía. Hasta cierto punto, la persona incapacitada es abandonada a sus escasos recursos y algunos viejos son víctimas de un virtual geronticidio.

Sea lo que sea, se trata de una persona de edad avanzada que goza de riqueza acumulada, como de algunas que viven de la caridad pública, el hecho es que estamos tratando con un sector de la población que en mayor o menor grado representa una carga económica y social para la población activa.

Cuando se discute la dependencia de la población vieja con respecto a la población productiva, una de las preguntas que surge inmediatamente es cómo cuantificar esta dependencia. Posiblemente, como sucede con muchos otros aspectos de las estadísticas sociales, la solución conceptual para establecer esta medida no --

presenta ningún problema en particular. Sin embargo, lo que nos despista es la práctica de los conceptos debido a nuestro problema de vejez, a la falta de información y la desorganización de aquello que existe. Por tanto, en este momento, solamente podemos basarnos en aproximaciones.

Una de estas aproximaciones, que por virtud de su simplicidad es también una de las más superficiales, considera sencillamente la relación de porcentaje que existe entre el número de personas mayores de 64 años de edad (vea, por ejemplo, el uso de esta medida en "Reporte sobre los efectos combinados del descenso de la edad de retiro y del envejecimiento de la población sobre el financiamiento de los regímenes del Seguro Social relativos a las prestaciones a largo plazo", Consejo de Europa, Estrasburgo, --- 1977). Este índice está basado en la suposición de que de los 65 años en adelante, la persona se vuelve dependiente de la población activa, compuesta esta última por las personas entre los 15 y los 64 años de edad. La gráfica 7 nos muestra los porcentajes de la población correspondientes a grupos cuyas edades van de -- 0-14, 15-64 y 65 años o más. Estas cifras están de acuerdo con -- el desarrollo observado en los datos proporcionados por los censos levantados entre 1910 y 1970, y con los presupuestos para -- los períodos quinquenales entre 1975 y 2040. En la misma gráfica y en la última columna hemos incluido el cociente de dependencia, de acuerdo a las medidas de aproximación descritas con anteriori-  
dad.

Un análisis de estas cifras, particularmente las de la última columna, revela una vez más la tendencia hacia un incremento en el cociente bajo observación.

Este se eleva de un 4.09 a principios del siglo a un 7.42 en --- 1970. En el intervalo de 30 años entre 1970 y 2000, las cifras -- muestran otro descenso, disminuyendo cada 5 años, hundiéndose a un 5.58 en 1985 y no es sino hasta principios del siguiente si--

glo que dichas cifras retendrán el nivel correspondiente a 1970. Esto se debe a dos factores: Un coeficiente es menor cuando el numerador disminuye, el denominador aumenta, u ocurren ambas situaciones.

En el intervalo mencionado tenemos una combinación de este doble efecto. Por un lado, tenemos el efecto de un número proporcional más bajo de personas de 65 años o más como resultado de una fertilidad más baja y una mortalidad más elevada durante el período revolucionario y en el período de 1940-1975 las altas tasas de fertilidad que se discutieron anteriormente.

Por otro lado, el descenso esperado en las tasas de fertilidad disminuirá considerablemente el porcentaje de menores de 15 años de edad, como aparece claramente en la segunda columna.

Este descenso provocará el incremento de otras cifras, particularmente aquellas que aparecen en la tercera columna correspondientes a la población entre 15 y 64 años de edad.

Gráfica 7. Porcentajes de población proyectadas por grupos de edad para los años seleccionados de 1910 a 2040 para México.

Año	Porcentaje edad 0-14	porcentaje edad 15-64	porcentaje edad 65+	Coefficiente de dependencia 65 +/15-64 (Porciento)
1910	42.10	55.63	2.27	4.09
1921	38.78	58.57	2.65	4.52
1930	39.22	57.83	2.95	5.11
1940	41.21	55.81	2.98	5.35
1950	41.78	54.86	3.36	6.13
1960	44.39	51.18	3.43	6.58
1970	46.21	50.07	3.72	7.42
1975	45.97	50.73	3.30	6.51
1980	43.84	53.02	3.14	5.92
1985	39.84	56.98	3.18	5.58
1990	34.50	62.10	3.48	5.61
1995	30.78	65.28	3.94	6.04
2000	28.73	66.76	4.50	6.74
2005	27.41	67.48	5.11	7.57
2010	25.31	68.90	5.80	8.42
2015	23.74	69.58	6.68	9.60
2020	22.48	69.69	7.33	11.24
2025	21.43	69.27	9.30	13.43
2030	20.70	68.22	11.08	16.24
2035	20.11	66.90	12.99	19.42
2040	19.58	65.20	15.22	23.34

FUENTE: Cifras obtenidas de censos, proyecciones de población Camposortega (1980).

La importancia de las cifras en la última columna para el año -- 2000 y más allá de dicho año, debiera discutirse por separado. La acción de un numerador ya evidentemente creciente, indicando el rápido crecimiento esperado en la población de 65 años o más y la interrupción del crecimiento de la población entre 15 y 64 años, junto con su descenso inicial, provocan que las cifras previstas para el indicador sean extremadamente elevadas. Esto nos indica que, suponiendo que las hipótesis de proyección se realicen, no debemos esperar en principio para este siglo que los viejos sean una carga mayor para la población productiva. Más bien, parecería que esta carga se está volviendo más ligera. Inmediatamente después, todavía dentro del mismo siglo, podemos esperar un notable incremento en el índice mencionado, que por el año -- 2040 debería llegar a 23,34 personas de 65 años o más por cada 100 entre 15 y 64 años de edad.

#### DEPENDENCIA EN LA VEJEZ Y ACTIVIDAD ECONOMICA

Hasta aquí hemos discutido la tasa de dependencia basada exclusivamente en relaciones entre grupos de edades, aunque reteniendo un grado de significado e importancia. La simplicidad de este indicador no permite una interpretación suficientemente precisa para una aplicación directa y práctica. El hecho es que la improductividad, juntamente con la independencia que trae consigo, no ocurre simplemente porque una persona llegue a los 65 años; como tampoco es verdad que la productividad económica sea necesariamente una característica exclusiva de todas las personas entre los 15 y 64 años de edad. En una exposición como ésta, nuestro siguiente paso en la discusión de tasa de dependencia debe ser relacionarlas con la población activa económicamente. Obteniendo el número de personas de 65 años y más económicamente inactivas por cada 100 personas activas, se obtiene una medida más acertada de la dependencia de la vejez. De acuerdo con las cifras del censo de 1970, este número llega a 6.37

Desde un punto de vista general, esta tasa mejorada requiere dos tipos de proyecciones. Uno, puramente demográfico, que comprende los datos de la población, su edad y su estructura por sexos; el otro, la proyección de las tasas de participación de la fuerza de trabajo. En relación con este último punto, nos encontramos con que se ha hecho muy poco con respecto a México y que lo que se ha hecho debe ser mejorado. Hazas (1977), cuyo estudio del tema es quizá el mejor, presenta una modificación a las tasas proyectadas por la Oficina Internacional del Trabajo. La proyección de Hazas de las tasas de participación de la fuerza de trabajo empieza con cifras exactas, tomadas del censo de 1970, y supone en estas tasas, alteraciones resultantes de cambios socioeconómicos. Partiendo de estos resultados, podemos esperar que la composición del futuro tome la forma que se presenta en la gráfica 8.

Gráfica 8. Tasas de participación de fuerza de trabajo proyectadas por grupo de edad y sexo para los años seleccionados de 1970 a 2000 para México.

Edad	Año						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
<b>Hombres</b>							
10-14	18.87	15.48	12.08	10.01	7.94	6.53	5.05
15-19	72.09	67.84	63.56	59.94	56.52	53.87	49.93
20-24	94.67	92.95	91.23	89.90	88.16	86.62	85.13
25-44	97.09	96.95	96.81	96.66	96.39	96.24	96.09
45-54	96.99	96.51	96.03	95.44	94.91	94.35	93.79
55-64	93.15	92.60	91.96	91.23	90.42	89.53	88.64
65 +	84.20	76.50	68.80	62.72	54.12	46.75	39.38
<b>Mujeres</b>							
10-14	2.09	1.78	1.47	1.28	1.09	0.96	0.74
15-19	20.94	21.49	22.04	22.79	22.04	23.71	25.11
20-24	24.07	24.70	25.33	26.19	26.36	27.25	28.36
25-44	16.33	16.34	16.34	16.44	16.48	16.49	16.50
45-54	16.18	16.18	16.18	16.18	16.18	16.18	16.18
55-64	14.65	14.56	14.46	14.35	14.22	14.08	13.94
65 +	10.93	9.93	8.93	8.14	7.02	6.06	5.10

FUENTE: Hazas (1977)

Es cierto sin embargo que estas cifras son materia de discusión, sobre todo, en relación con las tasas de participación de fuerza de trabajo en la mujer. Sin embargo, como son las más confiables entre los datos disponibles, las hemos utilizado combinando las bien estructuradas técnicas de proyección con un elemento extra de nuestra propia cosecha.

Estamos suponiendo que las tasas hipotéticas proyectadas para el

primer año del siglo XXI se mantendrán iguales entre el año 2000 y el 2040.

No es posible así aplicar un ejercicio numérico a las proyecciones de Camposortega, a partir de cual se pueden prever las siguientes cifras para esta nueva tasa de población inactiva económicamente (PEI) (de 65 años o más) dividida por la tasa de población económicamente activa (PEA) (gráfica 9).

Gráfica 9. Proyecciones para los años seleccionados de población inactiva económicamente de 65 años o más (PEI) dividida por la población activa económicamente (PEA) para México.

Año	PEI 65+/PEA	Año	PEI 65+/PEA
1970	6.37	2005	10.67
1975	6.48	2010	11.96
1980	6.53	2015	13.55
1985	6.58	2020	15.75
1990	7.23	2025	18.67
1995	8.24	2030	22.36
2000	9.67	2040	31.30

Suponiendo que la hipótesis de proyección sea válida, las cifras de la gráfica 9 indican que los porcentajes más bajos en la población más vieja, combinados con las tasas de actividad más bajas dentro de este sector, dan como resultado un nivel de dependencia prácticamente constante entre 1970 y 1985. De esta manera, los porcentajes continuamente crecientes de población más vieja, como han sido presentados en la columna cuarta de la gráfica 7, junto con las tasas más bajas de participación de fuerza de trabajo, provocarían incrementos en la relación de dependencia. Des

pués del año 2000, la relación de dependencia se incrementaría rápidamente, dándonos más de 31 viejos dependientes por cada 100 personas activas económicamente para el año 2040.

Una de las razones para el incremento esperado en el nivel de dependencia es el constante descenso en las tasas de participación de fuerza de trabajo en la población de más de 64 años.

Esta hipótesis no se refleja en las tasas de participación para ambos sexos mostradas en la gráfica 8. Partiendo de los 84.20 de tasa de participación de hombres en 1970, esperamos una tasa de 39.38 para el año 2000 y más allá de dicho año.

En el caso de las mujeres, la tasa de 10.93; en 1970, disminuirá a 5.10 para el final del siglo. Esta suposición está respaldada por el hecho de que los sistemas en desarrollo de pensiones y retiro, cada día más amplios, harán que más y más personas se retiren de la vida activa y vivan de los beneficios de una pensión.

#### SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES DE RETIRO

En los países en que las personas de edad avanzada representan un alto porcentaje del total de la población surgen problemas sociales, económicos y demográficos.

Entre éstos se encuentran los importantes problemas de seguridad social y pensiones de retiro.

Cuanto más y más viejos se retiran de la fuerza de trabajo, las cargas económicas depositadas en las generaciones más jóvenes se vuelven más y más difíciles de resolver, como se mostró anteriormente, será muy posible que México alcanzará tal envejecimiento de su población, creando de este modo una crisis financiera en los sistemas de seguridad social como las que en la actualidad

están sufriendo muchos países desarrollados.

Surge entonces la pregunta: ¿Qué se tendrá que hacer para dar sitio a tales posibilidades en el futuro? Una respuesta inmediata a esta pregunta es por supuesto, que sería inconcebible sugerir un alto al descenso en las tasas de mortalidad y fertilidad para de esta manera controlar una relación de futura dependencia de la vejez. También tendrá que pasar algún tiempo antes de que la vejez se convierta en un problema importante en muchos países en desarrollo, a pesar de que los planes de bienestar social conducen hacia poblaciones viejas, con el objetivo de obtener tasas decrecientes de mortalidad y fertilidad. Se estima que países como México, cuya proporción actual de personas de 65 años o más es todavía alrededor de sólo un 3%; no alcanzará los niveles actuales de países como los de Europa Occidental hasta dentro de 50 años por lo menos. No tendría sentido exagerar la preocupación por tales problemas, sobre todo tomando en cuenta que los actuales cambios científicos, tecnológicos, socioeconómicos y políticos nos están encaminando a un siglo XXI muy diferente del siglo XX y muy difícil de prever.

¿Nos tendremos que preocupar por la relación de dependencia de  $65+/(15-64)$  cuando estamos conscientes de la productividad que la automatización parece prometer en el futuro?

Si es así, la siguiente pregunta será si los países en desarrollo como México tienen o no problemas en relación al estado actual de la población vieja, a futuro y sobre todo el problema de seguridad social para cubrir las pensiones de retiro.

Aparentemente, el modo más deseable de que la sociedad pueda ayudar a quienes debido a la vejez no pueden mantenerse a sí mismos, son los sistemas de pensiones. Proporcionar una pensión a un trabajador de edad avanzada, darle seguridad con un ingreso adecuado y estable, es un acto de justicia y un premio a una vida acti

va llena de esfuerzos para beneficio de la sociedad. No se debe olvidar que las generaciones actuales hacen uso de los fundamentos básicos y de las enseñanzas heredadas de las generaciones pasadas; tampoco se debería olvidar que las generaciones futuras recibirán el beneficio de las inversiones que hagan las generaciones actuales. Esto es lo que permite la solidaridad pragmática entre generaciones, la base de los sistemas de pensiones. En lugar de recurrir a asilos para ancianos buenos (o malos), a instalaciones a cargo de los parientes, o a la caridad pública, el trabajador se gana el derecho a una pensión. Se trata pues, de un sistema en el que los beneficiarios no necesiten apoyarse en otros, sino hacer uso de su derecho ganado mediante su trabajo.

Cuando se analiza la seguridad social, se advierte como un hecho obvio que el bienestar y la seguridad social de un país son bienes reales, sociales y económicos, y que su cualidad está estrechamente relacionada con el grado de desarrollo económico específico del país y la armonía social.

Considerando que las pensiones son parte de los programas de bienestar y seguridad social, queda claro que una desventaja de un país menos desarrollado social y económicamente como México es el otorgamiento insuficiente y desbalanceado de pensiones.

Los sistemas de pensiones existentes, con todas sus variaciones internas, son el resultado de prioridades sociales, económicas y, sobre todo, políticas, que originalmente influyeron en su desarrollo. Tienen una efectividad y organización variantes y las principales diferencias entre ellos se encuentran en:

- 1) las personas a quienes beneficia un determinado programa,
- 2) los modelos utilizados para determinar el derecho a una pensión,

- 3) el nivel de beneficios en relación al monto real de remuneraciones,
- 4) la manera como son financiadas las pensiones, y
- 5) los fundamentos legales sobre los cuales está basado el sistema.

Una característica de los sistemas de pensiones consiste en que casi siempre se derivan de relaciones de trabajo, son otorgadas bajo normas establecidas, mediante negociaciones colectivas, leyes o reglamentos de trabajo.

Existe otro aspecto interesante de los beneficios de bienestar duradero que toman la forma de pensiones: cambian cada vez con más frecuencia de la competencia y posibilidades de grupos individuales y privados a instituciones públicas a cargo de la seguridad social. La gran mayoría de los beneficios de sistemas de pensiones se van a encontrar en estas instituciones como se puede ver en la figura 1, que describe la organización y cobertura de las pensiones a la vejez en el sistema mexicano.

POBLACION  
TOTAL

Población  
Activa  
Económicamente

Población  
Inactiva  
Económicamente

Instituto Mexicano del Seguro Social  
(IMSS)

Instituto de Seguridad y Servicios -  
Sociales de los Trabajadores del Es-  
tado (ISSSTE)

Sistema Complementario del IMSS

Oficinas Locales del Seguro Social

Sistemas Individuales de Compañías

Beneficios No Reclamados para Pen-  
siones

Población de Pensionados por Vejez

Población de otros Pensionados

Población de No Pensionados

Vamos a utilizar esta figura para intentar una clasificación provisional de las instituciones encargadas de administrar pensiones, junto con una educación inicial de la clase de población cubierta por éstas. El primer nivel representa toda la población y éste se subdivide en dos subpoblaciones de acuerdo con la clase de institución que maneja el sistema de pensiones para cada una de estas subpoblaciones. Inicialmente, consideremos que las subpoblaciones son complementarias y exclusivas, aunque en la realidad existe una sobreposición.\*

La primera subdivisión divide la población total en dos categorías: la población activa económicamente y la población inactiva económicamente. Esto se hizo así porque las pensiones se derivan solamente de las relaciones de trabajo, como se mencionó con anterioridad.

La primera categoría, o sea la de la población activa económicamente, está integrada por la sección capaz de recaudar beneficios y en su momento de hacer uso efectivo del derecho a una pensión. Los tipos y niveles de los beneficios de un sistema de pensiones dependen de la legislación y de la agencia encargada de administrar dicho sistema.

---

\* Es común que nos encontremos casos de personas que tienen diferentes trabajos y adquieren la cobertura de dos sistemas diferentes y por lo mismo al retirarse gozan de dos pensiones.

En algunas ocasiones ambas cosas, la legislación y el tipo de --  
agencia administrativa, están tan íntimamente ligadas que su co-  
rrespondencia es uno-a-uno. El tipo de institución en la cual es  
contratado un trabajador y la legislación sobre la que basará sus  
reclamaciones dependen directamente de la clase de compañía que  
contrata sus servicios. En las condiciones particulares de Méxi-  
co, clasificaríamos los diferentes tipos de administración de --  
planes de pensiones, tomando en consideración las característi--  
cas semejantes, del siguiente modo:

- a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- b) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los  
Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- c) Sistema Complementario del IMSS
- d) Oficinas Locales de Seguridad Social
- e) Sistemas Individuales propios de Compañías
- f) Individuos que no reclaman los beneficios de una pen-  
sión.

La última clasificación (f) toma en consideración el sector de -  
población que no disfruta de los beneficios que se discuten aquí.

Aunque falta evidentemente un plan de pensiones para ese sector  
de población, fue necesario incluirlo en este estudio, por las -  
proporciones que alcanza la población desprotegida.

La población inactiva económicamente también se divide en subcla-  
ses. La primera comprende el sector de población que ya se ha re-  
tirado y está recibiendo una pensión a causa de la vejez, la se-  
gunda subclasificación incluye a aquellos que están pensionados

por alguna razón distinta a la edad, por ejemplo, viudas y huérfanos; este grupo está cubierto generalmente por ciertas garantías legales para proteger a los dependientes de un trabajador o un pensionado que ha fallecido.

También se encuentra dentro de este mismo contexto la incapacidad prematura causada por accidente o enfermedad dentro o fuera del trabajo. Finalmente, tenemos el sector de la población que no está comprometido con ninguna actividad económica y que no depende de ninguna pensión por ejemplo, menores de edad, estudiantes, amas de casa, y la población senil desempleada que no goza los beneficios de una pensión. La segunda y la tercera clasificaciones se elaboraron para dar mayor claridad al tema, pero no son relevantes para nuestra discusión sobre las pensiones a las personas de edad avanzada.

#### ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS SUBSISTEMAS MEXICANOS DE PENSIONES

Clasificar consiste en agrupar elementos que se asemejan unos a otros, según determinadas características. La clasificación que se ha mencionado de diferentes sistemas de pensiones que prevalecen en México, está basada en dos condiciones de semejanza. Una está relacionada con el tipo de trabajadores que cubre cada subsistema y el otro se refiere al tipo de beneficios que se otorgan. Los trabajadores del mismo tipo, más o menos homogéneo, tienden a conseguir cobertura de los mismos sistemas y tratan de conseguir aproximadamente la misma clase de beneficios.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, es la mejor institución de seguridad social obligatoria del país. La población que cubre está integrada principalmente por asalariados que trabajan en la empresa privada. También comprende a unos pocos grupos especiales del sector público y de pequeñas áreas agrícolas. Debido al radio en que opera, la población que se beneficia del IMSS es --

predominantemente urbana y asalariada; sus asegurados prototipo son trabajadores de la industria y oficinistas de menor nivel. Los beneficios de la pensión por vejez están delineados mediante rama de la Ley del Seguro Social hace referencia como "incapacidad, vejez, cesantía por vejez y muerte". También vale la pena hacer mención de que no todos los miembros del IMSS están cubiertos por planes de pensión, dado que algunos programas sólo proporcionan atención médica.

La Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido el retiro normal a la edad de 65 años. Para obtenerlo se necesita, como mínimo, la cotización de 500 semanas.

La misma ley otorga igualmente pensión a la edad de 60 años, aunque la cantidad es menor; ya que representa un 75% de la suma que se cobraría a los 65 años; e incrementándose un 5% cada año; hasta llegar al 95% a los 64 años.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es el segundo sistema obligatorio más grande del país. Esta institución presta seguridad social al personal del Gobierno Federal y a aquellos empleados que trabajan en otros sectores públicos. La legislación del ISSSTE ha establecido como norma que para las pensiones por vejez se requiere, por lo menos 15 años de servicio y 55 años de edad o 30 años de servicio sin tomar en cuenta la edad. La pensión que ofrece oscila entre el 40% del salario promedio de los últimos tres años, después de haber trabajado 15 años, al 100% de este promedio, después de 30 años de contribuir al sistema.

La concesión que hace posible el retiro después de 30 años de trabajo sin tomar en cuenta la edad, ha dado lugar a que en muchos casos las personas que se han retirado apenas tienen 48 años de edad; este caso es frecuente entre las secretarías.

## EL SISTEMA COMPLEMENTARIO DEL IMSS

Algunas compañías privadas, generalmente las más grandes y mejor organizadas, ofrecen a sus empleados beneficios que complementan la pensión del IMSS. Las normas para otorgar estos beneficios se ocupan de obtener la cantidad otorgada mediante la unión de ambas pensiones, la pensión del IMSS y la pensión de la compañía, equivalente a una cantidad de alrededor del 100% del salario promedio durante el último año de actividad.

## OFICINAS LOCALES DE SEGURIDAD SOCIAL

Algunas áreas del sector público externas al Gobierno Federal, - sobre todo áreas administradas por gobiernos estatales, establecen planes generales de seguridad social y específicamente sistemas de pensiones, todos los cuales están administrados por instituciones u oficinas locales. Se observan, por cierto sin ninguna sorpresa, una gran semejanza entre estos sistemas y los procedimientos utilizados por el ISSSTE.

La explicación de este fenómeno es muy simple, si se toma en cuenta el acentuado centralismo del país, tanto político como administrativo, el primer adelanto obtenido en los beneficios de seguridad social es obra del gobierno central; después, los sistemas restantes han tratado de igualar estos beneficios aunque con algunas modificaciones. A este respecto, las normas relativas a la edad, las condiciones de retiro y la cantidad de las pensiones, son muy semejantes a las que privan en el ISSSTE, aunque podrían existir pequeñas diferencias.

## SISTEMAS INDIVIDUALES DE COMPAÑIAS

Bajo este título, estamos clasificando a las compañías descentralizadas o aquellas de participación estatal, que por alguna ra--

zón han podido establecer sus propios sistemas de seguridad social, los cuales incluyen planes de pensiones. Estas compañías controladas por el estado tienen su propia administración, sus propios criterios particulares para otorgar pensiones y operan con sus propios recursos financieros. Es preciso decir que éste es el tipo de seguridad social que proporciona a los trabajadores las condiciones más ventajosas. Algunas cláusulas permiten el retiro únicamente sobre la base del número de años que un trabajador ha estado en una compañía, permitiendo por lo tanto que pensionistas realmente jóvenes obtengan beneficios muy elevados mensualmente. Por ejemplo, en Petróleos Mexicanos las pensiones se calculan sobre la base del salario promedio del último año de trabajo; en la Compañía de Luz y Fuerza del Centro, los beneficios para un empleado se calculan sobre la base del salario que tuvo en su última plaza; y en la Comisión Federal de Electricidad, la base es el último sueldo más una gratificación por el tiempo en el trabajo. En el caso de los empleados que trabajan para el mismo IMSS, los beneficios son mucho más sustanciosos que los otorgados a las personas cubiertas por el sistema del IMSS, pero que trabajan para otro patrón. Además de estos acuerdos para determinar a qué cantidad ascenderán las pensiones, existen también otras ventajas, tales como las revaluaciones automáticas de las pensiones. Este tipo de pensionista se retira por lo general alrededor de los 50 años de edad, estando aún enteramente capacitado tanto mental como físicamente con pensiones equivalentes a quince o veinte veces el salario mínimo. Estas desigualdades se derivan todas de la misma causa histórica, o sea, la importancia económica que de alguna manera adquiere un grupo y el poder de negociación que los sindicatos pueden obtener.

#### INDIVIDUOS QUE NO RECLAMAN LOS BENEFICIOS DE UNA PENSION

Los beneficios de que hemos estado hablando son los acordados pa

ra un grupo de población que ha sido empleada por una compañía o institución. La protección para las personas de edad avanzada no beneficia a todos. Prácticamente no existe para los agricultores, para los trabajadores independientes y, por supuesto, para un -- desafortunado y grande sector de subempleados y desempleados; da do que no gozan de beneficios, tampoco gozan de pensiones para poder retirarse a una determinada edad. Para ellos sólo existe, por lo tanto, el trabajo duro hasta que su energía se ha consumi do por completo, creando así otra carga ya sea para la familia o para la sociedad.

Una de las manifestaciones más evidentes de la desigualdad social y económica de México, es la distribución tan dispareja de la ri queza y en la distribución de los recursos asignados para el o-- torgamiento de las pensiones.

TRABAJO, TECNOLOGIA Y SALUD: EL CASO DE  
BRASIL Y ESTADOS UNIDOS.

DR. DANIEL BERMAN  
DIRECTOR DE INVESTIGACION  
DEL GRUPO "VICTIMAS DEL  
ASBESTO EN AMERICA"

CONFERENCIA DICTADA EL DIA  
12 DE JUNIO DE 1984.

## C U R R I C U L U M     V I T A E

El Dr. Daniel Berman es licenciado en Historia (Yale College, Connecticut) con doctorado en Ciencias Políticas (Washington, University).

Entre otros cargos ha ocupado el de Director de Proyectos de Salud Ocupacional y Director Médico para los Derechos Humanos en Chicago y San Francisco; Responsable de Fomentar la Formación de Comités Regionales de Salud y Seguridad en los Estados Unidos; - Investigador Asociado en el Instituto Internacional de Investigación Social Comparativa, Berlín, República Federal de Alemania; - Coordinador de la OSHA (Oil, Chemical and Atomic Workers International Union), Denver, Colorado; Coordinador del National Asbestos Alert, Public Media Center, San Francisco California; Consultor de Salud y Seguridad Ocupacional de la Asociación Brasileña para la Prevención de Accidentes, Sao Paulo, Brasil; Reportero de la Gazeta Mercantil (Edición Semanal Internacional) Sao, Paulo, Brasil.

Actualmente ocupa el cargo de Director de Investigación de la -- Asociación Víctimas del Asbesto de América, Capitola, California.

El Doctor Berman ha publicado los siguientes libros: Health and Work: An International Perspective (Baywood Publishers, Farmingdale, NY, 1983); Death On the Job (Monthly Review Press, NY, 1978) Publicada en Español bajo el Título "Muerte en el Trabajo" (Siglo XXI Editores México, 1983) y A Vida É Sua: Guia de Seguranca no Trabalho (San Paulo, Brasil).

Muchísimas gracias, agradezco el haberme invitado a venir aquí; es un gran privilegio el estar en México. Yo he estado en las regiones fronterizas y hasta Monterrey, hacia el sur; si ustedes viven en California, de vez en cuando visitan México, pero realmente esta vez siento que estoy en México, y que es una ciudad maravillosa; un poquito contaminada, pero este es uno de los precios del progreso.

Me gustaría hablar en forma un tanto general en cuanto al tema del Trabajo, la Tecnología y la Salud. Quisiera discutir este tema con relación a lo que sucede en los Estados Unidos y Brasil para hablar de algunas de las cosas que todos conocemos pero que a veces, a pesar de ser tan evidentes, se nos olvidan. Utilizaré tres casos concretos como ejemplo: El asbesto, los plaguicidas y el automóvil.

#### I) EL ASBESTO

Actualmente soy director de investigación de un grupo llamado Víctimas del Asbesto en América. Es un grupo de personas que han ayudado a desarrollar estudios sobre problemas relativos a la exposición al asbesto. Son en su mayoría, personas que estuvieron expuestas al asbesto durante la segunda guerra mundial, cuando el gobierno inició un enorme programa de construcción de buques empleando a veces ocho millones de trabajadores. El trabajador promedio estaba expuesto durante un año a inhalaciones profundas de asbesto y la mayor parte de las estadísticas muestran que es probable que el uno por ciento de estos trabajadores eventualmente morirán de una enfermedad producida por estas inhalaciones.

El asbesto también se utiliza ampliamente en la industria de la construcción y en las industrias petroquímicas.

En la construcción, se ha utilizado para el aislamiento térmico de toda una serie de aspectos, e inclusive existe un sindicato específico, que es el Sindicato de Trabajadores del Asbesto Aislante, que en la actualidad cuenta con varios miembros que no ha

cen nada más que instalar asbestos.

Sucede que estos trabajadores, que han sido ampliamente expuestos al asbesto, y que tienen, en promedio, una vida de trabajo de 25 años, se vieron severamente afectados por la exposición a esta sustancia. En unos estudios hechos por el doctor Selikoff en 1964, se vio que del 40 al 44 por ciento de estos trabajadores, en las ciudades de Nueva Jersey y Nueva York, murieron por una enfermedad pulmonar provocada por el asbesto y por un cáncer llamado mesotelioma. ¿Qué tiene que ver todo esto con Brasil? Brasil está tan lejos de Nueva York en todos sentidos. No en el sentido financiero, pero en todos los demás sí. Bueno, si uno ve la historia del uso del asbesto, si uno ve la historia de los conocimientos acerca de los efectos de éste en la salud, vemos que hay un tiempo de retraso muy importante entre lo que es el conocimiento de los efectos sobre la salud y la aplicación de las medidas que pueden evitar esos efectos.

Déjenme darles muestras: De hecho, en tiempos de los historiadores romanos, se mencionó, en uno de sus libros, que los esclavos que trabajaban en las minas de asbesto, tenían un breve lapso de vida. En 1906, se registró el primer caso de muerte atribuible al asbesto en un hospital de Londres. Para 1918, las compañías de seguros de vida canadienses y americanas ya no daban seguros a los trabajadores del asbesto, porque éstos morían muy pronto.

En 1929, John Mansfield, que era el principal productor de asbestos en los Estados Unidos, inició un programa de investigación junto con una compañía de seguros de vida, "La Metropolitana". En 1931, se presentaron los primeros resultados de este estudio. Demostraban que la mitad de los trabajadores o unas sesenta y siete de ciento veintiseis personas, que habían estado expuestas al asbesto un promedio de cinco años, tenían signos clínicos de sobredosificación de asbesto. Este estudio fue publicado por el Servicio de Salud Pública en 1935. Ese mismo año, la investiga-

ción americana e inglesa estaba empezando a señalar que los signos de la asbestosis se hacían cada vez más evidentes. Como ustedes saben, es una enfermedad similar a la silicosis que causa cicatrices en el pulmón y dificultades para respirar y para captar el oxígeno. Todo este tiempo, John Mansfield no hizo nada por informar a sus trabajadores, ni a los compradores finales del producto, que éste era dañino para la salud.

Para 1945, había ya pruebas positivas de que el asbesto causaba cáncer pulmonar. Después se dijo que los estudios definitivos hechos por el doctor Selikoff, de la Escuela Médica Monte Sinaí de Nueva York, mostraba que un alto porcentaje de las personas con gran exposición al asbesto morían tempranamente. Se dijo que parecía que era un material peligroso, que no se debía tomar a la ligera, ni utilizarlo como cosa común. El asbesto es algo que tiene muchas aplicaciones. De acuerdo con un estudio hecho en los Estados Unidos, hay tres mil y pico de usos: para zapatos, para toda una serie de ropa de seguridad, etc. En Brasil, el asbesto nunca se usó demasiado; se empezó a utilizar en 1941, en una compañía que se llamaba Eteriot, una compañía multinacional con sede en Suiza y Bélgica. Esta instaló una primera planta en un municipio fuera de Sao Paulo, pero la producción jamás fue muy elevada, hasta que se abrió una mina en 1967, en el municipio de Guayaes. El consumo anual se elevó entonces de aproximadamente veinte mil toneladas por año, a ciento cuarenta mil toneladas para 1982, así que hubo un aumento de la producción en unos cuantos años. De hecho estas fábricas estaban en todo el mundo, tenían cinco plantas funcionando en Brasil en 1977, casi toda su producción se dedicaba a la fabricación de tejas de asbesto para los techos, y a la de tanques de agua.

Todo esto, sin discutir jamás los efectos que el asbesto tenía sobre la salud de las personas que vivían en estas casas, y sobre las personas que fabricaban los productos, y también sobre las personas que trabajaban con las tejas de cemento cortando

las hojas de asbesto para volverlas tejas. Básicamente se exponían al producto sin ningún conocimiento.

Tendrán que estar de acuerdo en que el uso del asbesto como material de techado para cubrir las casas y evitar la lluvia y el sol, ciertamente es algo que debe examinarse muy cuidadosamente. Especialmente porque en 1967, cuando la producción aumentó enormemente en Brasil, una serie de resultados demostraban que el asbesto no solamente era muy peligroso en grandes cantidades, sino que, además, no había un umbral límite en el que dejara de serlo. Ahora, una tercera parte de las nuevas casas de Brasil están cubiertas de tejas de asbesto y creo que la mitad de los lugares de trabajo o más. Esto expone a millones de brasileños a una tecnología que a la larga puede causar cientos de muertes; que causa pérdidas de divisas y que, además, no tiene ningún beneficio real para Brasil mismo, salvo que hace que algunas compañías europeas se vuelvan más ricas.

En la publicidad nada se lee sobre cementos de asbesto; siempre hablan de fibramento. Cuando inspeccioné la planta de Novasco, que es una de las plantas de fibramento más grande de Brasil y de Latinoamérica, le pregunté al ingeniero suizo que tiene a su cargo esta tecnología en todo Brasil, ¿cómo se justifica el uso de tal sustancia y cómo van a hacer cuando las gentes les critiquen por usar un producto tan peligroso? Me contestó: -¡Ah!, no hay problema, ya hay gente trabajando en un sustituto en Suiza y en Brasil. Las condiciones de estas plantas donde se fabrican las tejas de cemento son terribles, hay muchísimo polvo. Se hizo un estudio reciente en la Universidad del Estado de San Pablo (UNICAMP), en Campinas, fuera de la ciudad de Sao Paulo, que muestra que la mitad de los trabajadores de estas plantas de asbesto más pequeñas, tienen ya síntomas de asbestosis. Hay entonces un retraso enorme, de décadas, entre la introducción de una nueva tecnología y la comunicación sobre los peligrosos efectos secundarios que estos productos pueden tener para los países que

llamamos del tercer mundo. No creo que el asbesto sea el problema de salud pública más importante de Brasil; de acuerdo con UNICEF, institución de las Naciones Unidas, un millón de niños murieron de hambre en Brasil. Puede ser cierto y puede no serlo, pero fue publicado en el periódico más importante de Sao Paulo. Así -- que, tal vez no es el problema de salud pública más importante de Brasil, pero sí plantea ciertas preguntas acerca de quién está -- viendo la tecnología que se introducen en estos países y qué se -- puede hacer al respecto.

Lo más interesante es que el mayor productor de los Estados Unidos John Masfield, empezó a hacer especulaciones para el Brasil allá -- en 1960. Para 1964, en los Estados Unidos esta compañía que el director de nuestra Organización del Sindicato de Asbestos ha llamado el mayor criminal corporativo de la historia americana probablemente es responsable en una buena parte de la muerte de más americanos que la II Guerra Mundial. Esa es la magnitud del problema. De hecho, nosotros queremos hacer un monumento en los Estados Unidos a estas víctimas; hay gente que ha muerto por esto y que sigue muriéndose.

Allá por 1964 John Mansfield empezó a poner advertencias muy débiles en los periódicos de los Estados Unidos.

Por supuesto no había advertencias sobre los productos más peligrosos en Brasil, como los productos de aislamiento térmico de alta temperatura. Hay un retraso de doce años, prueba de esto es que, en 1975, el producto térmico fue condenado por la agencia de protección ambiental en los Estados Unidos. John Mansfield ya estaba produciéndolo en 1973 y no dejó de producirlo en Brasil sino hasta -- 1981.

Si seriamente nos preocupa la salud pública de una nación, tenemos que investigar muy cuidadosamente cuáles son los productos que se venden en ese país y analizar las experiencias que han tenido los

movimientos sociales en otros países donde ya se han utilizado estos productos para ver si éstos se deben producir en nuestro país o no.

Yo no soy un gran científico, solamente una persona que tiene interés en este tema. Consulten el catálogo de Brasileche, y vean si encuentran una referencia al hecho de que están utilizando asbestos, y que el asbesto es peligroso para la salud; vean las instrucciones para el consumidor o para el trabajador y encuentren dónde dice que hay necesidad de evitar la generación de polvo; no hay una sola palabra al respecto. No sé si ustedes producen asbestos, no he visto nada sobre México, pero estoy seguro de que hay fábricas de asbestos a lo largo de la frontera y probablemente lo mismo sucede con los productos para el consumidor; sé que fabrican tanques de agua de asbesto, alguien me los enseñó. Así que hay que ver cómo protegemos a los mexicanos.

## II) LOS PESTICIDAS.

Me gustaría hablar de otro tipo de tecnología: Los pesticidas. Aquí tenemos otra tecnología como la del asbesto, la fibra "milagro"; el DDT era el "veneno milagroso". En todos lados estaba, la fundación Rockefeller vino y trajo grandes cantidades de DDT, rociaron a todo el mundo.

En el interior del Brasil, hace dieciseis años decían: ¡Ah! Rockefeller. ¡Sí!, vino y se deshizo de los moscos. ¡Fantástico! ¡Claro DDT!

Bueno, como ustedes saben, los mosquitos son muy prolíferos, mucho más que las personas, que los conejos, se multiplican rápidamente. Y saben que se necesitan uno o dos mosquitos para procrear solo dos ¿verdad?. Dos mosquitos tienen suficientes gentes de las que se pueden alimentar en una estación, y si ninguno se muere, pueden pesar más que todo el globo terráqueo. Así que aparte de reproducirse muy rápidamente, tienen una enorme resistencia a los

insecticidas y ¡claro! hay que aplicar cantidades crecientes de éstos.

Los insecticidas se introdujeron en el tercer mundo como solución a los mismos problemas que habíamos tenido en los Estados Unidos con ciertos tipos de insectos. Básicamente, para empezar, eran insectos. Normalmente se usaban sin ninguna precaución. Como les di je soy curioso y cuando estuve en Brasil, veía yo estos equipos de exterminación -así se llamaban- luchando en contra de los "grandes azotes de la civilización" que van a sobrevivir, por supuesto, a la raza humana las cucarachas y las ratas. Estos equipos de exterminación andaban por ahí y si uno les preguntaba a las personas que traían los tanques de veneno detrás ¿Qué hay que hacer? Respondían: -Bueno, no hay que respirarlo, pero ¿sabe qué?, hace mucho calor para usar la máscara, así que no importa.

Básicamente ellos tienen la impresión de que no les van a hacer ningún daño. Probablemente ni siquiera saben de los problemas de la conducción nerviosa y los posibles defectos de nacimiento que pueden causar.

Tengo una guía para el agrónomo, una guía agronómica de Unión Carbide con información acerca de cómo aplicar los insecticidas. Muchos de ellos tienen carbaril, que es el principal ingrediente de los productos de Unión Carbide. Ellos no dan la composición química del carbaril, así es que, lo que hemos estado discutiendo en los Estados Unidos, en los Sindicatos de los Trabajadores de las Industrias Químicas, es que queremos saber cuál es la composición química para investigar por nosotros mismos si la compañía que los produce está diciendo la verdad acerca de los efectos secundarios. Hemos aprendido a ser escépticos con muchas de las cosas buenas de la vida. Para los ocho productos de Unión Carbide, en la guía del agrónomo se recomienda a las personas que están rociando el algodón o la soya, ahí adentro, en las provincias, el uso de una cobertura completa lo que llaman en Brasil un "overol" de mangas largas; el uso de un sombrero a prueba de agua con un ala ancha; el uso de

botas de hule. Pero no se ve gente usando botas de hule en Brasil.

Otra cosa que dicen es: Mantega a los niños, a los animales domésticos y a las personas no protegidas, lejos del lugar donde se va a aplicar. Pero ¿adónde se van?, ¿quién les va a pagar el hotel a 100 kms. de distancia?, ¿cómo es posible observar estas precauciones?, ¿Unión Carbide les va a pagar todo esto? La última gran recomendación que hacen es:

"Se recomienda a las personas con insuficiencias hepáticas o renales que eviten la manipulación o la inhalación del producto".

Dónde van a encontrar a un médico que le diga a un pobre agricultor al que le pagan uno o dos dólares por día, si tiene problemas hepáticos. Todo el mundo en Brasil tiene problemas con el hígado. Esto simplemente no tiene sentido, es totalmente impráctico. La Asociación Nacional para la Defensa de los Agricultores, que es una maquinaria publicitaria muy poderosa, produjo un libro de muñequitos, hecho por un señor Mauricio, que es lo que más se acerca a Walt Disney en Brasil. Un señor muy brillante y que ha ganado mucho dinero, claro que no tanto como Walt Disney. Pero en fin, hicieron un libro de caricaturas para educar a las personas acerca de cuáles son los procedimientos de seguridad.

Yo diría que existe la creencia equivocada de que es imposible utilizar estos productos con seguridad, entonces ¿qué es lo que se hace en Brasil respecto a este tema?

Hasta donde yo sé, se ha escrito mucho sobre el tema, se han hecho unas cuantas llamadas telefónicas y he hablado con algunas personas informadas. Existe un grupo llamado AGAPAM-Asociación Gaucha para la Protección del Medio Ambiente, que iniciaron la campaña con un grupo pequeño de personas. Los burócratas se encuentran muy molestos, hacen muchas preguntas, escriben cartas, hacen muchas llamadas telefónicas, se quejan a los periódicos to

do el tiempo. Se trata de un pequeño grupo de agrónomos que estaban muy preocupados por la aplicación excesiva de ciertos insecticidas en el entorno rural. Después se les unió un grupo de buenas damas católicas de la clase media de Puerto Alegre, que es la capital del Estado de Río Grande del Sur, muy preocupados también por los reportes que había recibido de que había hidrocarburos en el agua potable; y otras mujeres que estaban alimentando a sus bebés, se quejaron de que había hidrocarburos clorados en la leche que se compraba en el supermercado. A estas personas se les unieron otros grupos de granjeros y agrónomos haciendo un esfuerzo para tratar de evitar el uso de insecticidas notoriamente peligrosos y para controlar el uso de los demás. Esto sólo ha sido posible en Brasil en los años recientes, porque ha habido un gobierno de estilo autoritario que no quería despertar demasiada inquietud política. Hace un año y medio, estos grupos, junto con el líder, lograron que se aprobara una ley con varias disposiciones, una de las cuales prohíbe el uso, en Río Grande del Sur, de insecticidas y herbicidas que se han condenado en otros países. Tomando ventaja de la investigación científica, y de las experiencias sociales muy reales que han unido algunas personas en otros países, han impedido la aplicación de productos que han sido prohibidos en otros países, como en los Estados Unidos, Alemania e Italia.

La segunda medida fue obtener una receta agrícola, similar a una receta médica, para la aplicación de cada insecticida; ésta tiene que ser redactada por un agrónomo que no esté trabajando para la compañía que produce y vende los insecticidas. Cada agrónomo tiene que firmar la nota diciendo: "Es necesario que se use este insecticida para cada aplicación". Se dijo también que éste era un intento de crear un nivel de burocracia gubernamental estatal. El gobierno federal ya está tratando de solucionar esto, pero la ley ya fue aprobada.

Una tercera sección de la ley incluye una lista anual de todos -

los insecticidas y herbicidas que se utilizan en el estado de Río Grande Do Sul, y cada productor o vendedor debe tener una lista de los elementos peligrosos de cada producto. Esto se aprobó, pero inmediatamente se llevó a los tribunales: ninguna de estas compañías quiso dar la información. Yo salí de Brasil en enero y no sé que haya sucedido desde entonces. A lo mejor alguien me puede decir qué es lo que ha sucedido con la ley. De hecho volvió tan popular que se promulgaron leyes similares en los estados de Paraná y Sao Paulo, que también son estados muy agrícolas y en donde existe una enorme cantidad de interés en este tipo de cosas.

### III) EL AUTOMOVIL.

El tercer elemento que yo quería mencionar es el automóvil.

¿Cuántos de ustedes tienen automóviles?

No tengan vergüenza, si no lo tienen no importa, a lo mejor deben tener uno, yo también tengo uno; bueno, es mi esposa la que tiene automóvil pero de repente me deja manejarlo.

El automóvil es como la alfombra mágica, ¿verdad? Uno se sube en ella y... vámonos, no hay problema. Uno va a donde quiere ir. Todo el mundo sabe lo que son los automóviles, sí, pero todo el mundo sabe también que si uno no tiene un coche, realmente ni siquiera es nadie. Por esta razón se hace absolutamente indispensable tener uno.

Las gentes se van a los Estados Unidos para ganar suficiente dinero, comprarse un automóvil y sentarse en un camino, en una carretera y respirar todo el smog.

Pero, como con otras tecnologías, hay lo que se llama efectos secundarios que no queríamos, y que probablemente nunca fueron pre-

vistos por Henry Ford ni por Mercedes Benz, ni por ninguno de los otros productores que inicialmente desarrollaron los automóviles. Sabemos que la velocidad promedio del tráfico aquí, es como de nueve kilómetros a once kilómetros entre las 7:30 y las 9:00 de la mañana, y los estudios de la ciudad de Nueva York muestran que la velocidad promedio de los tranvías de caballos en la época de 1800, era bastante más rápida que ahora.

Se pregunta uno: ¿Quién tomó la decisión de convertir a los Angeles en la capital de los viaductos del mundo? Si uno pregunta - ésto a cualquiera que ande por la calle, hombre o mujer, probablemente les dirán: los coches son mejores cada vez, y en California uno tiene que tener un mejor coche para salir rápido a la playa. Pero ni siquiera es cierto.

El Senado de los Estados Unidos hizo una investigación de la historia de los sistemas de tráfico de Los Angeles y otras ciudades. Los Angeles tenía un sistema de tranvías callejeros muy eficiente, como la mayor parte de las ciudades americanas y como la mayor parte de las ciudades de México. Monterrey tenía uno también de propiedad privada. General Motors, y una de las compañías llanteras, no me acuerdo cual, la Goodrich creo, tenían la mayoría de las acciones de la compañía de tranvías en la época de los treinta. Decidieron retirar los tranvías, que eran mucho más eficientes como transporte y en cuanto al gasto de energía. Del centro de Los Angeles a la playa, éstos eran tres o cuatro veces más eficientes que un autobús. Pero claro, General Motors no estaba en el negocio de los tranvías, más bien estaba en el negocio de los autobuses y la Goodrich igual, ya que los tranvías no usan llantas. Por eso hay tanto smog en Los Angeles en la actualidad.

No sé cuando se inventó la palabra "smog", probablemente a finales de los 40s. El smog de Los Angeles es un compuesto nitrógeno-so-café, que tiene que ver con la exposición de los óxidos de nitrógeno de los motores de combustión interna, al sol. Así que la

asoleada California se ha vuelto la "cafesosa" California. Ya -- nunca se ven las montañas.

Juscelino Kibitschek, el presidente más popular de Brasil y el -- menos controversial( no puedo asegurar que sea cierto, pero probablemente así era), sabía del smog de Los Angeles cuando tomó -- la decisión de traer a todas las compañías de automóviles multi-- nacionales. Sabía del smog de Los Angeles cuando construyó Brasi -- lia alrededor de un automóvil. ¿Cuáles eran sus conocimientos -- acerca de las consecuencias reales de la introducción de esta tec -- nología? Son preguntas que realmente hay que hacerse: ¿qué tenía -- en mente? Tal vez se debió a que consideraba que Brasil era del -- futuro. Sabía que eventualmente sería como los Estados Unidos. -- Pensaron y dijeron, entonces hay que hacer lo que significa pro -- greso y lo que es progresista es tener muchos automóviles. Yo -- creo que ningún brasileiro estaba muy consciente del hecho de que -- no había mucha gasolina en Brasil. En una investigación publica -- da recientemente, hecha por un ingeniero químico que estaba estu -- diando en la Universidad de Columbia a fines de los cuarentas, -- se hace referencia a una conversación que sostuvo con uno de sus -- maestros y en la que dijo: -lo que realmente se necesita es alcohol, -- y si Brasil tiene una gran industria de automóviles, va a tener -- problemas.- Y por supuesto que los tiene. Tal vez una de las con -- secuencias no deseadas de la introducción del automóvil, es el -- problema del transporte masivo o no tan masivo con esta deuda de -- miles de millones de dólares que tienen. Si se ven las cifras com -- parativas de los productos que se mueven por tonelada en las di -- ferentes modalidades de transporte, un siete por ciento se mueve -- en camiones. En los Estados Unidos, se mueven del veintidós al -- veintitrés por ciento de estos productos en camiones. En Canadá -- se mueve el once por ciento; en la Unión Soviética, el nueve por -- ciento. Cuando hay un país monstruosos como Brasil, tan grande -- como los Estados Unidos, que tiene un enorme sistema fluvial, que -- va casi hasta Perú en barco por los ríos, entonces se pregunta -- uno: ¿por qué se mueve un porcentaje tan pequeño de la carga en-

barcos, en transportes fluviales?, ¿por qué un porcentaje tan pequeño a través de los ferrocarriles?. Si el transporte por el río o por el océano sería mil veces más eficiente que el transporte por camión, y el de ferrovía sería tres o cuatro veces más eficiente que el del autobús.

No sé si ustedes hayan visto en la televisión estos bailes en donde parece que van hacia adelante, pero de hecho van hacia atrás. Michael Jackson es el que baila así. Esto es lo que está sucediendo con la economía de los energéticos. Tenemos la ironía de un movimiento laboral muy activo y participante, que está tratando de luchar por sus derechos sindicales, que llegó a las huelgas masivas en 1970 y 80, y que ha hecho posible que exista una economía para que fabrique un producto que está minando la sustancia básica del Brasil, lo está sangrando. Cuando tenemos un líder sindical metalúrgico como Lula que dice: si no tenemos más dinero para la clase media, y la clase superior no va a comprar automóviles, entonces nuestros trabajadores no van a volver a trabajar. Y entramos de nuevo a las contradicciones. Se puede preguntar: ¿cuál es el efecto de todas estas cosas sobre la salud? Porque el título de esta plática es la Salud, la Tecnología y el Trabajo.

Yo creo que todos tenemos algunas respuestas, creo que las personas que han participado en estos seminarios sobre Salud Ocupacional, son personas que han trabajado en esta rama y saben de las tensiones, de los efectos de los cancerígenos químicos y los solventes en el cuerpo humano; son personas que saben lo que le sucede a alguien que trabaja sesenta horas por semana. Si se trabajan sesenta horas por semana, uno se va a enfermar, va a tener una mayor probabilidad de enfermedades cardiacas y de cáncer. También los sindicatos empezarán a hacer huelgas. Y esto es algo que está sucediendo en Brasil. Tal vez algunas de estas tecnologías tienen algo que ver con esto. Yo no quiero sonar como un mal profeta diciendo que la nueva tecnología es mala, no es cier

to. Todo depende de quién y de cómo se está introduciendo, por qué razón, quién se va a beneficiar finalmente de ella y quién se va a dañar.

Los trabajadores automotrices en Brasil tienen que trabajar tiempo extra si no los despiden; a veces diez horas por día, seis días por semana; a veces siete días por semana por salarios muy reducidos. Inclusive, en las grandes compañías multinacionales, a lo mejor sólo ganan doscientos o doscientos cincuenta dólares por mes. No sé cómo se compare ésto con las normas mexicanas, pero creo que es bastante más bajo.

En Sao Paulo, si uno conversa con un trabajador, o con un grupo de trabajadores y les hace la siguiente pregunta: ¿qué es malo para la salud de los trabajadores?, tal vez nos van a contar todas las cosas que a lo mejor ustedes han leído en textos políticos "inflamatorios": No tenemos mucho que comer; el sistema de drenaje no funciona; el agua potable no es potable; nos toma dos horas llegar al sitio de trabajo. Hay personas en la industria de la construcción que ganan salarios mínimos; que comen una vez por día; se levantan a las 4:30 de la mañana, tienen que pasarse dos horas en los autobuses o trenes para llegar al trabajo; a lo mejor comen un pedacito de pan y luego se van a su casa, en la noche, y no cenan nada. Al día siguiente, otra vez a poner ladrillos. Evidentemente la tecnología no es neutral en sus aplicaciones y tenemos que pensar en esto muy seriamente. Creo que esto es todo lo que tengo que decir esta noche.

LA DOCENCIA MEDICA EN CUBA

DR. FRANCISCO PEREZ CARBALLAS  
DIRECTOR NACIONAL DE DOCENCIA  
MEDICA EN LA REPUBLICA DE -  
CUBA.

CONFERENCIA DICTADA EL DIA  
26 DE JUNIO DE 1984.

## C U R R I C U L U M      V I T A E

El doctor Francisco Pérez Carballás es médico graduado en la Universidad de la Habana en el año de 1944, cuenta con las siguientes especialidades: Medicina Interna (1957); Neumología (1961) y Organización y Administración de Salud Pública (1965).

Los cargos docentes que ha ocupado son: adscrito en 1946, Instructor en 1948 y Profesor Asociado en 1950 de la Cátedra de Tuberculosis de la Universidad de la Habana; Profesor Principal de Medicina Interna de la misma Universidad.

Otros cargos profesionales del Dr. Pérez Carballás son: de 1954 a 1960 especialista en Vías Respiratorias en la Asociación Mutualista de la Habana, Cuba; Director Regional de la Provincia de Pinar del Río de 1960 a 1961; Director del Hospital Universitario "Calixto García" 1961-1962; Director Nacional de Postgrado del Ministerio de Salud Pública 1964-1968. Actualmente funge como Director Nacional de Docencia Médica Superior en Cuba.

A los compañeros del CIESS que nos han dado la oportunidad de dirigirnos a ustedes, muy agradecido,

Pensábamos venir a México por el interés que teníamos de observar el desarrollo de algunos aspectos en ciertas especialidades médicas y nos solicitaron dirigirles unas palabras acerca de la educación médica en Cuba.

Nosotros, primero que nada, queremos decir que no tenemos preparada una Conferencia; traíamos unas diapositivas que nos hubieran servido como guía para una mejor comprensión, pero desafortunadamente hubieron dificultades técnicas que no nos han permitido utilizarlas.

De la educación médica no se puede hablar fuera del contexto social en que esta se desenvuelve, por lo tanto, nosotros lo que vamos realmente a hacer, es una narrativa de cómo ha evolucionado nuestro país y de las características que guarda la enseñanza de la medicina en la república de Cuba.

Indiscutiblemente tenemos que hacer algo así como un vistazo a "vuelo de pájaro" de la situación que ha atravesado nuestro país, cómo esta ha influido en la educación médica y cómo a su vez esto ha dado una respuesta, hasta el momento bastante satisfactoria a las necesidades de salud de nuestro pueblo.

Comenzaremos por decir que antes de 1959, nuestro país, un país-pequeño, para nosotros cubanos muy bello, situado en el Caribe, muy cálido, era en realidad un país neocolonizado, aplastado por el imperialismo y con una situación bastante grave; lo que nosotros en Cuba llamamos cien años de lucha, desde que se inició la etapa de nuestra independencia hasta el momento que la logramos-transcurrieron cien años de constante sufrimiento y sangramiento de nuestro pueblo.

Antes de esa fecha, había unos seis millones de habitantes; la educación en general sólo se circunscribía a la capital del país; lo que es el área rural carecía totalmente de formación educativa, por lo tanto, existía un nivel bastante bajo en todas éstas áreas. De seis millones de habitantes, había un millón de desempleados y varios cientos de miles de subempleados; si nos referimos a la salud pública, era un verdadero caos; existía una Secretaría de Salud Pública que tenía una gran habilidad para robarse los pocos millones de pesos que se dedicaban a su actividad y carecía totalmente de posibilidades para desarrollar la atención médica en el país. A este nivel, como ocurre en todos los países subdesarrollados, la capital tenía mejores condiciones, existían ahí hospitales que para entrar a ellos había que valerse de la colaboración de un político en turno que consiguiera la cama, el pueblo difícilmente tenía acceso.

Había un ejercicio privado tradicional de la medicina dado por lo que nosotros le llamamos el "mutualismo" que se origina por la emigración de personas procedentes de distintas regiones de España al país y tenían sus clínicas y a su vez, la clase media también se organizaba creando algunas mutualidades.

Lógicamente la diferencia entre un hospital estatal y un mutualismo eran generalmente abismales, sobre todo en los mutualismos más desarrollados que tenían grandes condiciones y los hospitales estatales que eran pobres y carentes de todo.

Nosotros nos formamos en un hospital que tenía una gran tradición, que fue el hospital "Calixto García", lo que se llamaba el Hospital Universitario lo cual no quiere decir que tuvieran mejores condiciones económicas que los otros.

Esto es lo que podemos decir en medio de una dictadura que ahogaba al país, así era la vida en nuestra tierra desde todos los puntos de vista antes de 1959.

El primero de enero de 1959 triunfa la revolución y empieza a producirse una serie de cambios.

Teníamos necesidad de hacer esto porque indiscutiblemente la actividad social es la determinante de todos los demás factores.

Al triunfo de la revolución, en primer lugar se realizan una serie de medidas para ayudar al pueblo; se repone a todo el que había sido cesado, a todo aquél que había sido separado de su trabajo por criterios políticos; se crea un organismo que se llama: "Recuperación de Bienes Malversados", que intervienen a todo aquél que en una forma ilícita se enriqueció; pero después ocurre una cuestión que es a nuestro juicio determinante; La Ley de la Reforma Agraria. Todos nuestros gobiernos hablaron de leyes de Reforma Agraria, pero ésta fue la primera que sin ser exageradamente radical, si estableció una característica de este nuevo sistema de gobierno. Esta ley acabó con el latifundio en nuestro país; la mayoría en poder de entidades extranjeras y de alguna burguesía rica.

Se acaba con el latifundio y pasa al poder del Estado el 40% de las tierras del país, aunque se le deja a muchos terratenientes hasta treinta caballerías de tierra, ésto trajo después sus consecuencias.

Yo considero que ésta primera Ley de la Reforma Agraria fue el detonante de todos los problemas que a partir de ese momento ocurren en nuestro país y de todos los cambios sociales que posteriormente se producen.

En primer lugar, al nacionalizarse todas las empresas latifundistas, en este caso de capital norteamericano asentado en el país, pasan todos los centrales azucareros, todas las granjas azucareras al poder del estado y esto define que esta no es una revolución como las otras y de ahí surge lo que se ha dado en llamar "el bloqueo a Cuba".

El sistema imperante en los Estados Unidos nos niega el petróleo, no nos compra el azúcar, nos crea una situación difícil y con la misma se empieza a preparar su agresión directa que fue la que - ocurrió en Girón.

Todos estos elementos obligan a radicalizar la situación del país y por eso es que en el momento del ataque a Girón, ya se define - Cuba como un país de carácter socialista.

Entonces vienen las nacionalizaciones, es decir, no sólo la Reforma Agraria que lo que nacionaliza es la tierra, la cual se dá al campesino que la trabaja y que los grandes componentes que perteneces al capitalismo extranjero se toman por el estado, sino que se empiezan a nacionalizar la electricidad, el teléfono, el petróleo, todo... y entre las cosas que se nacionalizan se encuentra - la industria médica en este caso el mutualismo, que pasa a poder - del estado y entonces, el Ministerio de Salud Pública, como un só - lo órgano, es el que se responsabiliza de la atención a la pobla - ción desde el punto de vista médico.

En ese período de 1959 a 1965 fue de grandes y extraordinarios - cambios; en primer lugar se dispone de más recursos, de más camas y no solamente para la atención de determinada clase social que - es la poseedora de la riqueza, sino de todo el pueblo.

Se produce dentro del sistema de agresión, la acentuación del robo del cerebro y a veces hasta del cuasi cerebro, porque se van - el 50% de los médicos que hay en el país y hay que reponerlos. A - eso es a lo que se avoca el sistema, a incrementar el número de - médicos; de los seis mil existentes, uno por cada mil habitantes - aproximadamente, casi todos estaban en la capital del país o en las capitales de provincia, pero en el resto del país, en las zonas - rurales nunca habían tenido un médico.

Esta situación nos obliga a los que nosotros llamamos: descentra

lización de la docencia. Nosotros en Cuba teníamos solamente una facultad de medicina en la Universidad de la Habana, entonces, esa facultad graduó a unos trescientos médicos, una gran parte de ellos emigraban porque no tenían fuente de trabajo en el país; sin embargo en ese momento había trabajo para todo el mundo; se fueron tres mil de los seis mil que teníamos y tuvimos necesidad de graduar más médicos y entonces con grandes problemas y dificultades creamos tres nuevas facultades, dos en el oriente del país y una en el centro, más la que estaba en la Habana.

¿Cómo se crearon esas facultades?. Bueno, esas facultades se crearon en función de mandar a los profesores hacia el interior del país con los alumnos que eran de esos lugares para que se formasen ahí mismo en el período del área clínica, porque lógicamente el área de ciencias básicas requiere laboratorio, etc., y en esos momentos era imposible, así que seguimos con las ciencias básicas en la Habana y en el resto del país introducimos las ciencias químicas y a su vez, creamos el sistema de especialización de posgrado, lo que llamamos residencia, igual que los americanos, y con esto demostramos que no somos enemigos del pueblo americano.

Esta residencia es en distintas especialidades, en ese momento más de veinte especialidades. Antes de ese momento en Cuba nunca hubo formación de especialistas. El que quería especializarse era porque tenía recursos para salir al exterior, a los Estados Unidos o a Francia, ahí se especializaban y venían, o bien, el que no podía viajar se unía a alguno que ya era especialista y éste lo utilizaba y a su vez lo formaba como especialista.

Se creó esta residencia al principio muy pequeña, con un pequeño volumen de alumnos y después con una gran afluencia de médicos para especializarse y a su vez sustituir a aquéllos que habíamos perdido. Fíjense que ésto sucedió en un período corto de tiempo, del 59 a prácticamente el 65; conjuntamente con ésto, se crea el servicio social, esto es una cosa bella, el servicio social en-

nuestro país se crea a petición del gobierno que reúne a los médicos y les explica la situación tan precaria que vivíamos, que habían áreas en las que no se sabía lo que era un médico, de que no tenían idea de que cosa es esa gente que se llama médico, porque nunca lo vieron, porque nunca lo conocieron y que esos lugares sobrevivían como sobreviven todos los pueblos a pesar de no tener médicos y a "pesar del médico". Los estudiantes aceptaron el servicio social; primero de seis meses e inmediatamente de un año y después fue de dos y actualmente son tres; los médicos han ido al servicio social durante tres años.

Con esto nosotros pudimos extender la atención médica más o menos a todo el país; éstos médicos sí estaban en zonas muy apartadas se les construyeron hospitales rurales. Yo recuerdo que en el año de 1962 cuando fuí director de la provincia de Pinar del Río puse médicos a veces en lugares que ustedes no pueden imaginarse en una cochiguera, no sé si aquí se llama así, una casita en la cual meten a los cerdos, se limpiaba con ayuda de los campesinos aquella cochiguera, se blanqueaba y entonces ahí dentro se ponía un jergón, en las ventanas unos sacos y ahí se estaba un médico; y ahí tenían un médico quienes nunca tuvieron uno; con un maletín y algunos medicamentos; y así fue como empezó el servicio social en esa forma llegamos a tener cincuenta y cuatro hospitales rurales y ciento cincuenta y pico de postas médicas, que así le llamábamos, o dispensarios médicos. El hospital rural tenía veinte, treinta camas, dependiendo de la zona; en Cuba existen zonas muy agrestes donde había que llegar a lomo de mula y cuando llovía de ahí no se podía salir.

Las postas tenían un médico, una enfermera, un auxiliar sanitario y lo que realizaban eran más bien consultas.

Pero esto significó un cambio violento, porque ahí no se sabía lo que era un médico y ahí llegó uno.

La revolución desde el primer momento dijo que nuestros ciudadanos tenían tres derechos:

- A tener empleo.
- A tener educación.
- A tener salud.

Estas son obligaciones que tiene el sistema, pero el individuo tiene el deber de:

- Trabajar
- Estudiar
- y en lo posible, ser saludable.

Esas tres cuestiones se han incrementado, hoy en día nuestra educación está en todas partes, tenemos al 98% de los niños en edad primaria en sus escuelas, en todo el país por aislada que sea la zona se encuentra una escuelita muy humilde, muy pobre, pero con un maestro, tenemos desarrollado hasta el sexto grado de educación; se acabó una campaña que fué maravillosa, la de alfabetización, se acabaron los analfabetas, nada más quedó en Cuba el analfabeta residual. Se le dió la educación al adulto hasta el sexto grado y ahora en la segunda fase se pretende llegar al noveno grado y se les dió atención médica.

La atención en estos primeros instantes, fue en realidad poner a disposición del pueblo el recurso cama. Lo más que se podía hacer era en base a este recurso. Nosotros no podíamos de atención primaria. Teníamos nuestras ideas pero no podíamos ponerlas en práctica, lo que teníamos que hacer era reforzar nuestros hospitales, reconstruirlos, desarrollarlos, dotarlos técnicamente en la Habana y en el resto del país, Cuba ha crecido en un 34% en camas en la capital y el resto está en la provincia. Esto implica que el médico ha tenido que emigrar al interior del país y que por lo tanto, la atención en la provincia incluso en las más alejadas hoy en día disponen de grandes hospitales. Después se extendió la docencia de

pregrado, empezaron a hacerse planes de estudio: primero teníamos el clásico plan de estudios: dos años de ciencias básicas, tres años de clínica y preclínica, un año de internado o sea, seis años y después el servicio social.

Se hicieron cambios a algunos elementos, se trató de hacer una educación integral, pero no nos dió resultado y tuvimos que volver al sistema clásico.

Ahora estamos analizando un nuevo sistema en base a un análisis de los problemas, es decir, constantemente estamos cambiando.

El problema es que antes teníamos una facultad de medicina, después tuvimos tres, luego seis y ahora catorce; los estímulos son producir una gran cantidad de médicos. Nuestro país, parece que de momento lo único que puede producir es azúcar y médicos; tenemos una gran cantidad de médicos en ayuda internacionalista. Si antes graduábamos trescientos, ya este año graduamos tres mil, si antes teníamos seis mil médicos de los cuales se fueron tres mil, ya en este momento tenemos prácticamente quince mil, de los cuales, la mitad son especialistas y calculamos que en el año 2000 vamos a tener sesenta mil.

Esos son los planes que el Gobierno prevee en base a su demanda y a sus necesidades.

De 1966 a 1975 se produce un cambio de carácter cualitativo, se crean lo que llamamos: Instituto de Investigación; se crean once, los cuales tienen sus líneas de investigación basadas en los problemas que el país determina como prioritarios; no tenemos recursos, como digo en una forma bastante vulgar: "Para estudiar la uña de la pata del cocodrilo"; nosotros tenemos nuestros problemas y nuestros recursos son escasos y cuesta mucho trabajo obtenerlos aunque el estado los dá ampliamente siempre que sean para la salud pública, por lo tanto hay que orientarlos a resolver los

problemas propios , la morbilidad propia de nuestro país.

Estos institutos nos dan un marco de referencia; muchos de ustedes los han visitado, hemos tenido ayuda muy importante de este país en el desarrollo de estos institutos. En Cuba nunca se podrá dejar de mencionarse a Enrique Cabrera que fue un puntal en el desarrollo de la cardiología. Producto de sus enseñanzas que es el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular que opera a corazón abierto, extracorpórea, hace todas esas cosas que ni soñábamos que se podían hacer.

Si tuvimos el Instituto de Investigación cuyo objetivo es desarrollar especialistas ya se están creando filiales de ellos en las provincias, tenemos una filial de nefrología, haciendo trasplantes en el oriente del país en donde nadie pensó que pudieran hacerse; tenemos una filial de oncología, casi todas las provincias tienen su Instituto de Oncología y así sucesivamente. Si bien, la intención de éstos Institutos es la investigación tienen asimismo una fase de desarrollo, su elemento más amplio es la docencia, dar una atención altamente calificada como segundo elemento, y en tercer lugar hacer investigación, porque nosotros somos los que estamos aprendiendo a investigar; la vida irá llevando a su lugar cada cosa y nosotros sabemos que dentro de tres o cinco años a esos institutos llegarán los residentes a ver los avances más recientes dentro del campo de la medicina pero no se van a formar ahí, se formarán en las unidades que tenemos en la provincia.

Pero conjuntamente con este nivel tan elevado de investigación apareció el policlínico, o sea, apareció la atención primaria.

En nuestro país, se atendía a determinada población, dividida en sectores, con un carácter más bien demográfico y por sexo, -- aunque teníamos la denominación de médico general, este era un individuo que trabajaba nadamás dentro del campo del adulto, del

niño, de la mujer en edad fértil; pero no era un generalista que trataba todo, por lo tanto en nuestros policlínicos atendía un médico que era especialista o un médico que no siendo especialista estaba dedicado a tratar adultos, dos mil quinientos adultos, mil cuatrocientos, mil ochocientos niños; ochocientas, novecientas mujeres en edad fértil, así sucesivamente y así trabajamos durante un largo período de tiempo.

El policlínico se extendió a todo el país, representando también un cambio en la docencia. En primer lugar, nosotros formamos un médico básico general, pero que sí puede decirse que es básico no creo que sea general si acaso será "sargento"; porque él de general tiene poco.

La aparición del policlínico dá la opción y la obligación de sacar al médico de la universidad, de la facultad, del hospital docente donde siempre lo vemos y donde se acostumbra considerar a la medicina como un ser acostado y cubierto con una sábana y lo obliga a ir al policlínico desde sus primeros años de enseñanza y por determinados períodos de tiempo para ver al individuo en sus problemas, en su medio, aunque eso no lo hayamos logrado a plenitud.

A su vez nos obligó a que las residencias de la especialidad de: medicina interna, pediatría y de ginecoobstetricia tuvieran un año de policlínico. Antes todo el tiempo era en el hospital, pero a partir del momento en que se usa el policlínico y como tenemos que ir a la creación del policlínico docente tenemos que llevar al médico información de especialista. En su programación tienen dos años de hospital y un año de policlínico.

Todos estos cambios que se van concatenando unos a otros, son producto de la interacción de todos los problemas sociales, ¿por qué se crea el policlínico? para llevar la atención médica más cerca de las masas; no que el individuo venga a demandar sus ser

vicios a niveles de hospital, de cuerpo de guardia, o de la consulta especializada, sino que tenga cerca el policlínico y aún - considerabamos que no estaba bastante cerca.

Y así hemos ido evolucionando hasta llegar a otro período, del año de 1975 a 1984. Ya en este período, lógicamente, nosotros tenemos el problema de la atención hospitalaria bien estructurado; nuestros hospitales tanto a nivel de la capital como a nivel de la provincia tienen un gran desarrollo científico técnico, tienen mayores innovaciones; aún al nivel de los municipios tenemos especialistas en atención de los hospitales; ya tenemos el personal médico en el área rural donde nunca lo hubo.

Entonces, viene un nuevo cambio; ¿cuál es?, en primer lugar el internado, último año de la carrera de medicina, se continúa haciendo en los hospitales docentes de los centros de provincia y en la capital de la República, pero también se hace en los hospitales municipales, lo cual obliga a garantizar que se tenga ahí personal docente especializado y también se hace en el área rural y ahí hay internos que tienen profesores, cátedras viajeras que van de las facultades, así la descentralización de la actividad docente es total. Para nosotros está demostrado que puede haber buena asistencia sin docencia, pero no es menos cierto que con docencia es muchísimo mejor la asistencia.

Dentro de una institución que a la vez que tiene que estar dando asistencia hay docencia, todo el mundo tiene que superarse. Ahí hay un ente perdido, un muchachito que hace las preguntas más incómodas y difíciles y que se las hace a cualquiera de los médicos que están ahí y a ninguno le gusta quedarse sin dar respuesta; entonces, los médicos también tienen que estudiar para responder a la actividad docente; y al estudiar eleva la calidad de la atención médica y eso lo pudimos comprobar desde el primer momento en que sacamos la docencia de la Habana hacia las provincias orientales y las del centro y ahora lo tenemos más claro cuando-

hemos expandido la docencia a todos los niveles de la organización.

Este es una experiencia reciente, tienen solamente dos o tres años de evolución, pero indiscutiblemente toda la información hasta ahora es favorable, aunque lógicamente tenemos que elevar la calidad de la docencia aún más; pero todavía tenemos nuestros baches y nuestras dificultades.

En medio de este problema surge otra orientación, la fantasía no permite a veces prever algunas cosas, nuestra máxima dirigencia llega a la conclusión de que hay que llevar la atención médica más allá del policlínico, por lo que se plantea la creación de la especialidad de médico de la familia.

El médico de la familia termina su carrera después de un internado rotatorio y pasa a trabajar un año, ya sea en el área urbana de un centro de provincia, o en una capital de provincia, después, los otros dos años se le acreditan como parte de su residencia y son los estudios que nosotros venimos a ver aquí, el desarrollo que tenían ustedes, la gran experiencia que tienen y cómo podemos llevar a nuestro medio lo que sea trasladable.

Se calcula que de los sesenta mil médicos que tengamos en el año 2000, veinte mil serán médicos de familia.

Eso nos resuelven muchos problemas, después hablaremos de lo que nos resuelven en cuanto a la atención de nuestra población. Es que a veces en la ayuda internacionalista nosotros tenemos que mandar un individuo con un gran nivel de especialización y se encuentra con las condiciones de un país subdesarrollado, enormemente precario, etc., y él tiene que trabajar como médico especialista y no puede hacer nada, mientras que nos piden que les mandemos a un generalista, que podría resolver mejor el problema que aquél tan altamente especializado. Así lo que tenemos que hacer es for

mar un médico altamente especializado en este campo, porque lo que tenemos no es un producto, sino un médico de alta calidad científica técnica, pero configurado hacia un campo de acción al rededor de la familia y los problemas que en ella inciden en la comunidad etc.

El otro aspecto es que este médico depende del policlínico pero no trabaja en el policlínico, sino en el área que se asigna; en este momento se le han asignado ciento veinte familias que representan a unos seiscientos o setecientos habitantes, él tiene que estar dando la atención ahí, aunque utilice el policlínico para que lo ayuden en lo que sea, exámenes de laboratorio, exámenes de rayos X, interconsultas con otros especialistas, pediatras, ginecoobstetras, internistas, dermatólogos, psiquiatras. Utiliza el hospital pero él no radica ahí, y tiene que conocer a toda su población; pero lo que es más importante nosotros tenemos una cosa, no sé si es el mismo nombre que le dan ustedes, que le llamamos dispensarización; quizás mal dicho, ustedes saben que nosotros los latinos utilizamos las palabras un poco arbitrariamente.

En nuestro país, el asma es de las enfermedades más comunes, aproximadamente el 10% de la población la padece, todos los asmáticos se dispensarizan. Es decir, que cada médico que tiene un grupo de población, sabe cuáles son sus asmáticos, los cita, los sigue, los ve y los controla.

La diabetes que es otra enfermedad frecuente, la hipertensión arterial, la epilepsia, en fin, toda una serie de patología que nosotros le llamamos dispensarizada porque hay que estarla controlando por el médico continuamente a lo largo del año.

El médico de familia dispensariza a sus enfermos, pero como los va tener en número reducido, él puede dispensarizar al sano, promover su salud, evitar que se enferme, saber los riesgos en que incide ya sea en sus relaciones familiares, en las condiciones de su vivienda, en fin, en toda esa serie de factores, a su vez -

Él recurre a las organizaciones de masa, donde existe un elemento que se responsabiliza de los problemas de salud y da su apoyo a este médico en las relaciones con la comunidad.

Por eso es que nosotros podemos hacer una campaña contra la polio en la que vacunamos a toda la población en un período de cuarenta y ocho horas como máximo.

Por eso es que queremos que estos médicos vean al que tiene más vicio, como el que tengo yo de fumar, el único vicio que tengo, y decirle : "ya no fumes chico", vamos a tratar de quitarte el hábito de fumar; o al que come mucho y hace una vida sedentaria y engorda demasiado, lo convence.

Lo que tiene que controlar el médico de la familia, es un universo muy pequeño; no sabemos que saldrá de ahí, nosotros no estamos diciendo que eso sea bueno, estamos diciendo que es una nueva experiencia. ¿Qué saldrá de ahí?. No sé. Pero sí hay una decisión absoluta de desarrollar esta actividad.

Y bueno, esta es la forma en que ha evolucionado nuestra educación, no hemos hablado de la educación media, que tiene una importancia enorme. Para nosotros es primordial la formación de enfermeras, de personal técnico de Rayos X, pero eso no está dentro del campo de las cosas que yo dirijo.

Cuando creamos todo aquello de las facultades, empezamos a aumentar nuestras escuelas de enfermería, nosotros teníamos una producción ridícula de enfermeras, era un ente extraordinario, para entrar tenían que reunir muchas condiciones, una de las cuales nada tenía que ver con la habilidad de la enfermería y sí con el físico, lo cual no quiere decir que no nos alegremos si las enfermeras son bonitas.

Se empezó a desarrollar la enfermería, se gradúan en la Habana -

unas ciento y pico de enfermeras anuales, tuvimos que partir con auxiliares de enfermeras con sexto grado, después con noveno grado, actualmente ya las enfermeras cuentan con el pre-universitario cumplido. Ahora tenemos técnicos médicos, casi cinco por cada médico, veinticinco a cincuenta mil de los cuales aproximadamente la mitad son enfermeros.

Creamos también los policlínicos de la salud, en los cuales empezamos a formar, en un país agrario, alguien que supiera trabajar la tierra, porque eso era una contradicción, Cuba un país agrario no contaba con técnicos agrícolas, así formamos también politécnicos, los cuales son enormes, cada uno tiene una cabida de seiscientos, setecientos, ochocientos muchachitas o muchachitos; y todo eso ha ido marchando conjuntamente.

Tenemos mucho que recorrer todavía, no creemos haberlo resuelto todo, pero creemos que hemos marchado acorde con nuestras posibilidades, porque uno no puede ir más allá de lo que la realidad económica permite y nuestro país es un país pobre y por lo tanto, tiene que medir mucho sus recursos, tiene que ver cómo los distribuye, pero creemos que los que vienen atrás de nosotros lo podrán hacer todavía mucho mejor; tenemos muchachos estudiando que serán el relevo.

Hemos tenido que hacer esto un poquito confuso porque no pudimos auxiliarnos adecuadamente, pero creo que ésta plática ha tenido cierto sentido de continuidad, que se ha podido entender, si no la han entendido perdónenme, la culpa es mía, no de ustedes.

EL FUNCIONAMIENTO DE LOS POLICLINICOS EN LA  
REPUBLICA DE CUBA

DR. ALBERTO GESPEDES CARRILLO  
DIRECTOR NACIONAL DE POLICLI-  
NICOS DEL MINISTERIO DE SALUD  
PUBLICA DE LA REPUBLICA DE  
CUBA.

CONFERENCIA DICTADA EL  
28 DE JUNIO DE 1984.

## C U R R I C U L U M      V I T A E

El doctor Alberto Céspedes Carrillo es médico graduado en 1964; - especialista en Administración y Organización de Salud Pública; - licenciado en Ciencias Sociales y actualmente Director Nacional de Policlínicos del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

El doctor Céspedes ha ocupado los siguientes cargos: Coordinador del Servicio Rural en Manzanillo Oriente; Director Regional de Salud Pública en Guantánamo Oriente; Director del Hospital General Docente "Lenin"; Director Regional de Salud Pública de la Región "10 de Octubre", Provincia de la Habana; Miembro del Comité Ejecutivo del Poder Popular en la Provincia de la Habana y profesor de la Facultad No. 4 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Asimismo ha impartido cursos de Administración y Organización de Salud Pública en Medellín, Colombia, donde obtuvo el título de Maestro de Administración de Hospitales; así como en el Instituto SEMASCO de la URSS.

Ha publicado entre otras obras: "El Desarrollo Físico en los Escolares", "La Atención Ambulatoria en los países socialistas" y "La Atención Ambulatoria en Cuba".

A breves horas de partir hacia nuestra patria queremos, tanto el compañero, doctor Pérez Carballás y yo, patentizarles nuestro -- agradecimiento por las atenciones tenidas por parte de los dirigentes del CIESS; por parte de otros funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social; por parte de los compañeros del Centro Médico Nacional, a los cuales visitamos, y de la Universidad Nacional Autónoma de México; patentizarles nuestro agradecimiento, lo reitero, por las atenciones recibidas.

Queremos agradecer también a los compañeros que se encuentran -- presentes. Y a los que participaron en una conferencia anterior -- nuestro reconocimiento, toda vez que consideramos que la presencia de ustedes aquí es un reconocimiento al trabajo, no al que estamos realizando nosotros, que sólo somos dos funcionarios del Ministerio de Salud Pública, sino al trabajo que desarrollan día a día los trabajadores de la salud de nuestra patria, nuestro pueblo, puesto que en definitiva la salud pública no es posible realizarla sin la participación activa del pueblo.

El tema que vamos a exponer hoy, relacionado con el Sistema de Policlínicos en la República de Cuba, es un tema que pudieramos decir, novedoso, porque los policlínicos constituyen probablemente una de las instituciones más nuevas en el sistema nacional de salud.

Antes del triunfo de la revolución, en 1959, no existían policlínicos en nuestro país. Lo que existía eran las llamadas "casas de socorro" concentradas fundamentalmente en la capital de la república. Hacían una función eminentemente curativa.

Los policlínicos forman parte del sistema nacional de salud. Por lo tanto, constituyen un subsistema del sistema mencionado.

El policlínico, junto con el Hospital Rural, forman la unidad fundamental, la unidad básica del sistema nacional de salud.

Tenemos que referirnos en parte, a la etapa anterior al triunfo de la revolución y al momento del triunfo de ésta, porque es precisamente en ese momento cuando se rompen toda una serie de barreras económicas, sociales, culturales, geográficas, etc., y se produce una sensibilidad a los servicios de salud por parte de la población.

En el programa del Moncada, mucho antes de triunfar la revolución, cuando se produce el asalto al Cuartel Moncada, el Comandante en Jefe, Fidel, plantea el derecho de la población a la salud; luego, si esto se plantea en momentos de atacarse la segunda fortaleza de mayor importancia en el país, había que cumplirlo. Y fue una de las primeras medidas que tomó la revolución al asumir el poder en 1959.

Esto determinó una sensibilidad a los servicios de salud que anteriormente no le era dable a la población y determinó también la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud. Esta ampliación de la cobertura, como bien dijera el doctor Pérez Carballás en la exposición anterior, se basó en la construcción, en la extensión, en el inicio del servicio médico rural, en la construcción de cincuenta hospitales rurales en las zonas montañosas del país. Y en las zonas urbanas, fundamentalmente en el inicio de esta institución que se llama Policlínico.

Es bueno remontarse a esta etapa y hacer un análisis de la evolución que han tenido estas instituciones, porque muchos de los problemas que confrontamos hoy con estas instituciones, están determinadas precisamente por la forma en que se originaron éstas.

Al producirse la necesidad de ampliar la cobertura, producto de una mayor accesibilidad, fue necesario construir policlínicos. Como este desarrollo de policlínicos respecto a la demanda, que crecía día a día, era enorme, fue necesario coger y adaptar determinadas residencias; adaptar determinadas clínicas que pertenecían -

al mutualismo; determinados locales de consultas privadas y convertirlos en policlínicos.

Lógicamente, la necesidad de ampliar la cobertura de forma rápida, porque la sensibilidad de los servicios de salud se había -- producido también en forma rápida, determina que se ubique un po-  
liclínico, puestos de enfermería, postas médicas, en locales que no estaban preparados para tal fin, en locales que se remodelan, otros que se construyen. Estos son los lugares donde empiezan a trabajar los médicos, los policlínicos en el área urbana y los - hospitales en el área rural.

Al inicio, la fundación de los médicos que se ubicaron en estos Policlínicos era eminentemente curativa y una incipiente preven-  
ción con programas de vacunación. En 1962 ó 1963 se inició la va-  
cunación antipoliomielítica, y fueron estos policlínicos los que jugaron un papel fundamental conjuntamente con la participación  
de las organizaciones de masa. A esta primera campaña siguieron  
muchas más.

Posteriormente se fueron creando y desarrollando estas unidades  
de atención primaria de salud. Aquí es bueno que hagamos un seña-  
lamiento sobre el término atención primaria.

Recordemos la declaración de ALMA ATA: la meta de salud para to-  
dos en el año 2000 en base a la estrategia de la atención prima-  
ria. Nosotros, conceptualmente, tenemos un criterio de lo que es  
atención primaria, y no enmarcamos la atención primaria como a--  
tención barata; como atención de segunda mano; como atención su-  
perficial. Consideramos que en determinados lugares y en deter--  
minados países, de acuerdo al grado de desarrollo alcanzado por  
éstos; en regiones dentro de un mismo país, es necesario una a--  
tención en base a agentes de salud, una atención en base a pro--  
gramas de penetración. En lo que sí no estamos de acuerdo, es --  
que precisamente eso sea lo que nos va a dar salud para todos en  
el año 2000. Nuestro concepto de atención primaria está dado por

las unidades básicas: el Policlínico y el hospital rural. Además, existen postas médicas y puestos de enfermería, pero siempre dependientes del Policlínico o del hospital rural, cuyo trabajo se desarrolla en base a programas de salud.

Así fue como se establecieron algunos principios de atención para esa época, y fíjense que les estoy hablando de un lapso enmarcado desde el año 1959 hasta la década de los años 70, en que el cuadro de salud que tenía el país estaba determinado fundamentalmente por enfermedades infectocontagiosas que ocupaban los primeros lugares como causas de muerte.

En aquella época se establecieron algunos principios; uno de ellos fue la atención médica integral, que la realizaba un médico en el Policlínico; un médico que lo mismo veía niños que adultos y mujeres embarazadas, pero que todavía no trabajaba organizada-mente con base en una sectorización, ni en un programa de salud.

Se estableció también, como uno de los principios para trabajar en estas instituciones, el equipo de salud como responsable de cumplir estas acciones.

Se elaboraron normas para regular las acciones integrales de salud en lo que hoy se llaman los programas básicos de áreas de salud, que agrupan atención a la mujer, al niño y al adulto, y un programa de epidemiología.

Se fueron creando las bases para establecer un sistema de información estadística con el objeto de conocer y mantener actualizado el cuadro de salud y la toma de decisiones en los niveles correspondientes.

Se comenzó a trabajar en la regionalización, en la vinculación de estas unidades, el Policlínico y el hospital rural, con otros niveles de atención como eran los hospitales regionales y los --

provinciales. Por último, se fortaleció la participación de la co  
munidad.

Ya en 1974, con una modificación del cuadro del estado de salud de la población, se revisaron los procedimientos para la aplicación de estos principios que habíamos enunciado anteriormente. ¿A qué resultados se llegó en esta evaluación? En primer lugar, las acciones integrales de salud las realizaban el binomio Policlínico-Comunidad, o sea, no las realizaba el médico, sino la u  
nidad, la institución como tal. Se observó que la tendencia del m  
édico era a acciones curativas solamente, lo cual constituía un elemento de enajenación. incluso para el médico. Este se sentaba, era un ente pasivo que esperaba a que afluyera a su consulta la p  
oblación. Otra conclusión a la que se llegó, de acuerdo a esta r  
evisión, fue que la relación médico-paciente era inadecuada, en t  
re otras, por inestabilidad del médico; en esta etapa, el m  
édico no era del Policlínico, lo mandaba el hospital. A veces iba u  
n médico, a veces iba otro. Lo mismo le tocaba la consulta a o  
dos que a cuatro; por lo tanto, la población no conocía a su m  
édico. Hay un término para señalar al médico que hacía remisiones incorrectas a especialidades de la llamada atención secundaria: e  
s el médico "semáforo" que llegaba y bueno, a oftalmología, a d  
ermatología, a otorrinolaringología y prácticamente se conver- t  
tía en un médico "semáforo".

La otra cuestión era que se fue creando una subvaloración del m  
édico del Policlínico en relación con el médico del hospital r  
egional, o de otro tipo de institución. ¿Por qué? Porque el m  
édico que se quedaba en el Policlínico era llamado médico general, p  
ero que en el caso nuestro, no era un médico que hubiera hecho u  
na especialidad en medicina general, sino el que por su des- a  
ctualización se fue quedando, y al que se le dió la denominación d  
e médico general. Como éste era el médico que iba a parar al P  
oliclínico, se comenzó a subvalorarlo, no tan sólo entre los p  
rofesionales, sino también entre la población.

En el análisis que realizamos, se vió también que la base material en estas instituciones era insuficiente; en ocasiones no existían equipos de rayos X, ni medios de laboratorio adecuados. Es decir, las posibilidades de un diagnóstico auxiliado por elementos complementarios era pobre, y motivaba la necesidad de remitir a los pacientes a una unidad de nivel secundario.

El otro aspecto era que, no obstante que se trabajaba con la población, con las masas, la participación de éstas constituía un potencial que no se utilizaba debidamente.

Junto con lo anterior se hizo un análisis del estado de salud de la población. Todos conocemos los factores condicionantes del estado de salud de la población. Las condiciones socioeconómicas habían cambiado desde el año 59 al año 1974; los otros factores, tanto los naturales como los biológicos, también habían sufrido modificaciones. Pero fundamentalmente, las condiciones socioeconómicas no eran las mismas. Además, la estructura y funcionamiento de la atención médica a la población, de acuerdo con el estado de salud de la población, tenía que sufrir modificaciones puesto que el estado de salud de la población no era el mismo. Ya en 1974, las enfermedades infectocontagiosas, que ocupaban los primeros lugares, se habían desplazado a lugares inferiores; y la cuarta causa de muerte, constituida por las enfermedades diarréicas agudas, cedía el paso al impulso de las enfermedades crónicas.

Con este análisis del estado de salud de la población, y con la revisión que se hizo del funcionamiento de los policlínicos, se determinó llevar la atención médica a la comunidad y transformar las situaciones críticas de los procedimientos vigentes en el policlínico.

Así se estableció llevar a cabo el trabajo en cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, y estomatología.

Ahora, ¿cuáles son los elementos esenciales de este modelo de atención?. En primer lugar, que la atención integral sectorizaba, regionalizaba, continuaba, dispensarizaba en equipo y con la participación activa de la comunidad.

¿Integral en qué sentido? en que las acciones sean preventivas, curativas y rehabilitadoras; que se tengan en cuenta los aspectos biopsicosociales y el medio ambiente.

La experiencia comenzó en uno de los policlínicos de la ciudad de la Habana, en el policlínico Docente Alamar (sic) (precisamente por el doctor Mario Escalona, recientemente fallecido). después se fue extendiendo a otros policlínicos del país. Se comenzó esta experiencia conjuntamente con la de introducir la docencia a los policlínicos. O sea, que la docencia se introduce conjuntamente con este modelo de medicina en la comunidad, y con los otros elementos que la integran. Uno de estos elementos es la atención sectorizada; se refiere a darle responsabilidad al médico en todo el proceso salud-enfermedad de un número determinado de habitantes, según la edad y sexo. Para ello se dividen los sectores en, aproximadamente, un internista para cuatro mil adultos; un gineco-obstetra para cuatro mil mujeres en edad fértil, y un pediatra por cada dos mil niños. Otra modificación se refiere a que llevamos las historias clínicas a cada una de las consultas del médico que, tomadas del archivo central del policlínico, eran manejadas por la enfermera y por el médico. Esto constituyó un elemento de avance, se comenzaron a perder menos las historias clínicas; el médico y la enfermera comenzaron a conocer más a su población; eliminamos así el sistema de largas colas de inútil espera.

El médico y la enfermera, en su sector, comenzaron a vacunar. Y fíjense bien en esto, porque después tuvimos problemas con esta descentralización que hicimos de la vacunación de la población a

los locales de consulta.

Al mismo tiempo se fortalecieron los elementos de regionalización como base para la interrelación de los distintos niveles de la organización.

Esta regionalización se fortaleció en base a un elemento que no existía. En el método anterior, se enviaba al paciente a la consulta de especialidades del hospital de otro nivel, secundario, terciario... Mediante este sistema, se crearon los interconsultantes en aquellas especialidades de gran demanda, como por ejemplo, otorrinolaringología, dermatología, psiquiatría. Esos especialistas iban al policlínico con el médico, tanto internista, como gineco-obstetra o pediatra, que tenían gran número de pacientes a verlos con él. Así se producía una interrelación interconsultante médico-consultor, que se convertía en un elemento docente, a la que designamos como la interconsulta docente. Empezó en los policlínicos docentes con la experiencia de las masas, después se fue extendiendo hacia los policlínicos no docentes.

Otro aspecto que no se contemplaba en el modelo anterior, era la atención continuada, o sea, la atención de la población, lo mismo en el círculo infantil que en la escuela y en la casa; del adulto en su domicilio, en su centro de trabajo, etc. Este fue otro elemento nuevo que se incorporó al modelo de atención.

Uno más fue la atención dispensarizada, con un registro y control del paciente. En primer lugar, estaban los supuestamente sanos, divididos por edad y sexo. Luego los que tenían factores de riesgos; los que padecían afecciones crónicas y aquellos con afecciones agudas. ¿Con cuál empezamos? Empezamos con las afecciones agudas, después seguimos con las afecciones crónicas, con los factores de riesgo y, de acuerdo a los recursos, con los supuestamente sanos por edad y sexo.

Aspecto importante fue el trabajo en equipo, con el concepto de ser colectivo e interdisciplinario.

Ahora: ¿Por quiénes estaba formado el equipo de trabajo del policlínico?

El equipo de trabajo del policlínico cuando le llamamos así, --- "equipo de trabajo", es el colectivo completo del policlínico y entonces, con términos didácticos, le llamamos secundario, que es todo el personal del policlínico.

Existe un equipo primario que puede ser horizontal y vertical. ¿Quiénes integran el equipo primario horizontal? El médico y la enfermera de las especialidades básicas que hemos dicho: pediatría, medicina interna y ginecología.

¿Dónde trabaja ese equipo horizontal? Trabaja en un sector que habíamos dicho que tenía cuatro mil adultos o cuatro mil mujeres en edad fértil o dos mil niños.

¿Qué características son las que lo destacan? En primer lugar, la conciencia del objetivo común por alcanzar, y las funciones en relación con el objetivo.

Este equipo primario horizontal, constituido por el médico y la enfermera, el principal instrumento de que dispone es el programa básico del área de salud en el cual ya están definidos los propósitos, objetivos y actividades que tiene que realizar. Tiene amplitud y flexibilidad y acepta la jerarquización administrativa dentro del equipo. El personal como trabajadora social, psicólogo, etc., en determinado momento se integra a los elementos que constituyen el equipo horizontal para apoyarlo en sus actividades.

Y por último, la participación activa de la comunidad es otro de

los elementos que queríamos recalcar, y éste se realiza a través de las organizaciones de masa.

Sobre la participación activa de la comunidad, nosotros la entendemos no sólo en el sentido de hacerla participar en lo que el Sector Salud indique, sino, por el contrario, que sea ella la que señale a ese Sector cuáles son las necesidades y las acciones que debe emprender.

Esta participación activa de la comunidad se fortalece con la creación de los órganos locales de poder popular que se crean en el año 1976. Cuentan con un delegado por circunscripción, donde prácticamente los sectores nuestros de salud coinciden con las circunscripciones en las cuales está dividido el municipio y donde, en las asambelas de rendición de cuentas del delegado ante sus electores, se plantean, por parte de los electores, toda una serie de problemas relacionados no tan sólo con el abastecimiento de agua, el abastecimiento de los alimentos, sino también con la organización de la salud pública a esa instancia.

Esto determina también que, en un momento dado, los dirigentes de salud pública tengan que rendir cuentas de la gestión de salud ante estas masas organizadas ya como poder popular, y rendir cuenta de la gestión de salud, no tan sólo en cuanto a resultados de indicadores, sino también en cuanto a funcionamiento de las actividades que se vienen realizando. Tienen que rendir cuentas el policlínico, el hospital, el director municipal, ante la asamblea municipal y ante la asamblea nacional.

Este modelo de atención no está aplicado todavía en todo el país; se está aplicando en estos momentos en el 80% de los policlínicos. ¿Por qué no se está aplicando en el resto? Porque existen una serie de pre-requisitos para convertir al policlínico, que nosotros llamamos Policlínico Integral, en Policlínico Comunitario. En el 80% de los policlínicos del país, que tienen aplicado

este sistema de atención comunitaria, se brinda docencia de pregrado. Hasta el año pasado se venía ofreciendo docencia de postgrado en solamente quince policlínicos del país, fundamentalmente en los que estaban muy vinculados a las facultades de ciencias médicas.

Este año, el número de policlínicos docentes del país que brindan docencia de postgrado, se ha elevado a treinta y dos. Y en los mismos, como bien expusiera el doctor Pérez Carbollás, se brinda docencia a residentes de primer año que comienzan su especialidad en las especialidades básicas.

Antes de referirnos al desarrollo actual, y a las perspectivas que tenemos en estos momentos, queremos señalar a ustedes una serie de indicadores. Por ejemplo, estos policlínicos, en el año 1983, produjeron en total más de cincuenta y tres millones de consultas en el país, lo cual hace una proporción de consulta de 5.3 por habitante y por año.

Indiscutiblemente, el trabajo de estas unidades ha influido en los índices de salud que el país ha alcanzado. Para poner un ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en el año de 1983, fue de 16.8 por mil nacidos vivos.

¿En qué situación nos encontramos ahora?

Ustedes dirán: los cubanos siempre están analizando las situaciones y produciendo cambios. Creemos que si estos análisis no se realizan y no se producen cambios, sencillamente los cambios se van a producir de todas maneras, porque otros vendrán y los producirán. Además, las masas son tan inteligentes que ellas mismas los inducen.

Ahora, tomando como base el conocimiento del estado de salud de la población, nos encontramos proyectando el desarrollo planificado y proporcional de estas instituciones. Para ésto, estamos

aquí trabajando en una serie de líneas que son las que nosotros exponemos.

En primer lugar, se están fortaleciendo las regulaciones jurídico-morales; el reglamento general del Policlínico está siendo sometido a una revisión y actualización. Estamos en la fase de confrontación, de discusión por parte de los trabajadores de estas instituciones para que suban los criterios y conformar, ya para fines de este año, nuevo reglamento general de Policlínico.

Se ha trabajado en la categorización de los Policlínicos en base al número de consultas que se están realizando. Se viene trabajando, y ya está en fase de discusión, el sistema de normas y plantillas para estas instituciones, de técnicas y procedimientos, y en los elementos de fortalecimiento de la ética médica de estas instituciones.

Otro aspecto en el cual se viene trabajando, es en el fortalecimiento de la estructura organizativa de la gestión, basado en la investigación de servicios de salud. Existen varias investigaciones de servicios de salud, una de ellas es la correlación entre indicadores de necesidad, indicadores de recursos e indicadores de resultados.

El otro aspecto en el cual estamos investigando es el referente al grado de satisfacción de la población y el grado de satisfacción del personal, de los trabajadores de estas unidades.

Se ha hecho una investigación en productividad del médico y de la enfermera del sector, y en la productividad también de los técnicos medios de estas unidades.

Conjuntamente con el Instituto de Desarrollo de la Salud, estamos trabajando en estudios de organización científica del trabajo, y en la introducción de métodos modernos de gestión.

Otro aspecto es el fortalecimiento de la centralización normativa y metodológica, y la descentralización ejecutiva. Con la creación de los órganos locales de poder popular, se ha producido un fortalecimiento en este aspecto, pero consideramos que todavía se tiene que trabajar más en desarrollar esta cuestión de ir dejando aún más el nivel central de nuestro organismo, las funciones ejecutivas, que muchas veces tienen que ver hasta con el mantenimiento de una unidad; y que estas cuestiones las vayan asumiendo, cada día en una forma más eficaz, los órganos locales de poder popular.

Hay que desarrollar un sistema eficaz de estímulos mediante una conjugación proporcional de los estímulos morales y materiales. Trabajar en un Policlínico no puede constituir un elemento de falta de prestigio. Estas instituciones, como planteamos y como es criterio de todo el mundo, representa la unidad básica y fundamental del sistema nacional de salud que, además, tiene una connotación cuantitativa. En estas instituciones se resuelve aproximadamente del 80 al 85% de los problemas de salud que tiene la población y, desde el punto de vista económico, estas instituciones presupuestariamente pueden trabajar en forma ética, con un 20% de presupuesto. Conjuntamente, se está trabajando en la formación de recursos humanos, de médicos tanto internistas como pediatras y gineco-obstetras, pero también de un nuevo elemento, el especialista en medicina general integral que va a trabajar con la familia. Formación también de técnicos y de dirigentes. Conjuntamente con este trabajo de formación de recursos humanos, tenemos que perfeccionar el trabajo de nuestro cuadro, tanto de nuestro cuadro dirigente de la dirección nacional de la provincia, de los municipios y de las unidades, como el que se refiere a los aspectos de la colaboración internacional. Creo que la presencia nuestra aquí, es un exponente de esta proyección de la colaboración internacional en función a la atención primaria de salud, recibiendo y dando. Nosotros tenemos mucho que dar, tenemos aproximadamente tres mil médicos prestando co-

laboración, cooperación internacional en países del tercer mundo y consideramos que lo que nos aporten las experiencias que nos puedan trasladar otros países, nos van a servir a nosotros, pero nos van a servir también para ayudar a otros pueblos del tercer mundo que están tan necesitados de médicos; a veces uno llega a un país de éstos, y para una cantidad enorme de habitantes solamente tienen diez y a veces ocho médicos.

Por último, otro aspecto fundamental en el cual estamos trabajando, es en el elemento de dispensarización de la población a través del médico que va a atender a equis número de familiar. Consideramos que podremos lograr en determinado tiempo una dispensarización total de nuestra población.

---

LA PRESENCIA DEL DERECHO EN LA ADMINISTRACION DE  
PERSONAL

DR. NESTOR DE BUEN LOZANO  
CATEDRATICO E INVESTIGADOR  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO,

CONFERENCIA DICTADA EL DIA  
9 DE AGOSTO DE 1984.

## C U R R I C U L U M V I T A E

El doctor de Buen es licenciado en Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1950; es doctor en Derecho, también de la UNAM, con mención honorífica, 1956; profesor titular de derecho civil en la Facultad de Derecho de la UNAM; profesor titular de derecho civil y derecho del trabajo, en la Universidad Iberoamericana; ha dictado conferencias sobre derecho laboral y derecho civil en múltiples universidades, centros patronales, organizaciones sindicales, instituciones estatales y centros de capacitación de todo el país; ha dictado conferencias sobre derecho laboral en organismos similares y ha asistido como ponente a congresos sobre derecho del trabajo en Honduras, Estados Unidos de Norteamérica, España, Brasil, Colombia, Venezuela, Costa Rica, Panamá, República Dominicana, Perú y Uruguay. De obras publicadas, presenta las siguientes: La decadencia del Contrato, 1965; Derecho del Trabajo 5a. edición, 1983 y 1984; la Reforma del Proceso Laboral, 1980; el Sindicalismo Universitario y otros temas laborales, 1982; Organización y Funcionamiento de los Sindicatos, 1983; y Los Trabajadores de Banca y Crédito.

Ha publicado obras colectivas: El Derecho Sindical en Latinoamérica, publicado en Brasil y en Dominicana, en colaboración con Mozart Víctor Russomano, Octavio Bueno Magano y Lupo Hernández Rueda; Los grupos de empresas nacionales y multinacionales y el Derecho del Trabajo, con Octavio Bueno Magano, Brasil, y Rafael Alburquerque, de República Dominicana; la Solución de los Conflictos Laborales de la Secretaría del Trabajo, México 1984, en colaboración con Wagner Giglio, Alfredo Montoya Melgar, Rafael Alburquerque, Mario Pasco, Rolando Murgas. Ha publicado artículos sobre derecho laboral y derecho civil, en colaboración en diferentes países en América Latina, Estados Unidos de Norteamérica-

Ha recibido distinciones académicas; es profesor emérito de la --  
División de Estudios Superiores de la Facultad de Derecho de la --  
Universidad de Tamaulipas; es asesor del programa de Relaciones --  
Industriales de la Universidad Católica San Martín de Porres, en --  
Lima, Perú; miembro correspondiente del Instituto de Estudios del --  
Trabajo, en Madrid, España; miembro en número de la Academia Ibe --  
roamericana del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social; miem --  
bro correspondiente del Instituto Derecho del Trabajo y de la Se --  
guridad Social Juan Bialet Massé, de la Facultad de Derecho y --  
Ciencias Sociales de Córdoba, Argentina; Comendador de la Orden -  
de la Justicia del Trabajo del Tribunal Superior del Trabajo, Bra --  
sil; y Socio de Mérito de la Asociación de Derecho del Trabajo de --  
la Comunidad Autónoma de Murcia, España.

Pertenece a la Asociación Iberoamericana de Derecho del Trabajo y  
de la Seguridad Social y al Instituto Latinoamericano de Derecho --  
del Trabajo y de la Seguridad Social.

Mantenerme en contacto con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, contribuye realmente para mí, algo muy grato, de verdad muy grato, porque durante veintiocho años presté servicios en el IMSS, Entonces, volver a casa es enormemente agradable y sobretodo en presencia de testigos tan calificados.

Al analizar el tema, llegamos a la conclusión de que se debería llamar "PRESENCIA DEL DERECHO DEL TRABAJO EN LA ADMINISTRACION-DEL PERSONAL". Posteriormente me pareció que resultaba un poco redundante, porque si no está presente el Derecho del Trabajo en la Administración de Personal, realmente no sé en que otra parte pueda estarlo. Creo que vale la pena hacer un poco de historia acerca de lo que es en realidad esa preocupación por la Administración de Personal; es frecuente que cuando hablamos de otros temas, recordemos que hace treinta años, cuando empezábamos a ocuparnos de las cuestiones obrero-patronales presenciábamos en términos generales, que la inmensa mayoría de las empresas de México no pasaban de cuatro o cinco trabajadores y cómo la Administración de Personal funcionaba en términos de no existencia en absoluto.

De manera que, la gracia mayor de un empresario pequeño, pero mayoritario en cuanto al número, era que no hubiera Administración de personal de ninguna especie, lo que en realidad significaba que la gente manejaba las cuestiones de los trabajadores -- procurando que no quedara huella de nada de lo que tenía que ver con el Derecho del Trabajo.

A mí me ha tocado más de un cliente, y no tan alejado de éstos últimos tiempos, quien me planteaba su defensa de manera tranquila y heroica, simplemente diciendo que el trabajador no tenía ni un sólo documento con el que pudiera comprobar su pago de salarios o inscripción en el Seguro Social, nada absolutamente. Ante la inexistencia total de antecedentes, su administración había -

llegado al máximo de la perfección y al máximo de la tranquilidad frente a cualquier conflicto obrero porque, cómo me podría aquél trabajador llegar a probar, en caso de conflicto ante los tribunales, la relación de trabajo, al empleador le bastaba cómodamente negarla y entonces había resuelto su problema de una manera interesante.

Esta fórmula, se ha arraigado durante muchos años, y si la analizamos un poco, la encontramos todavía vigente, no obstante que estamos en la tercera o cuarta etapa de la revolución industrial, la llamada, hoy en día, revolución cibernética. Los Estados Unidos están pensando seriamente en dejar de tener fábricas, lo único que les interesa es vender sistemas de control para que fabriquen los pueblos subdesarrollados, entre ellos estamos obviamente nosotros.

No obstante éstos avances tecnológicos impresionantes, en mucho de nuestro mundo laboral, seguimos viviendo la etapa del gremialismo; seguimos viviendo la etapa en que alrededor del 70% de las empresas del país no pasan de cuatro trabajadores; en ese sentido la Administración de Personal, sigue siendo a la fecha, absolutamente precaria en múltiples unidades de trabajo.

Sin embargo, ésta situación ha venido evolucionando gracias a una doble política: una política persistente que arranca de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la cual a base de ejecutorias que van creando conciencia, ha ido allanando los caminos para que se supere esa etapa y entremos en otra en la que la Administración de personal, absolutamente rigurosa, sea indispensable en la empresa.

La ley laboral ha evolucionado en la misma medida, en parte recogiendo las corrientes de la jurisprudencia, y en parte anticipando a ideas que hoy podríamos, inclusive, llamar revolucionarias.

Esto ha generado que el problema de la Administración de Personal se haya convertido, ya no solamente en una cuestión fundamental, sino muchas veces en una cuestión angustiosa. Cualquiera que tenga un mínimo de experiencia sabe lo que les ocurre ahora a los abogados patronales que acuden a los tribunales de trabajo al momento de la etapa de demanda, y cuando el trabajador o su abogado se inspiran, se les ocurre modificar la demanda y empiezan a pedir nuevas prestaciones, nuevas acciones y nuevas reclamaciones sabiendo que, de acuerdo al mandato de la ley, el patrón debe contestar las ampliaciones de la demanda. Concluída la etapa de contestación a la demanda ampliada, en ese mismo momento, tiene que sacar las pruebas necesarias para demostrar lo infundado de dichas acciones. Es evidente que si no llevamos al Jefe de Personal, y los archivos con una carretilla que circule, será absolutamente imposible ganar un juicio laboral de ahora en adelante.

Las viejas soluciones de "no documentado" han pasado totalmente a la historia, además, esto se manifiesta de manera concreta en una serie de problemas en los cuales la jurisprudencia ha sido muy exigente.

Muchos empresarios aún viven bajo la idea, que también comparten la mayoría de los trabajadores, de que los contratos de trabajo por veintiocho días son la solución ideal para quitarse problemas, y que al término de los veintiocho días, bastará una suspensión de dos o tres y una reanudación del nuevo contrato para que surja un eterno contrato a prueba en que el trabajador, angustiado por la no renovación de su relación laboral, vive con el miedo permanente del despido sin indemnización. Esto sigue existiendo en México, y digamos con claridad, que este tipo de soluciones son absolutamente contrarias, y a cualquier disposición posible. Además, estamos ya en la presencia de una laborización total de las relaciones de cualquier índole, sigue habiendo aún algunos "optimistas" que hacen contratos de comisión mercantil para tratar de disimular relaciones de trabajo, o que hacen contratos de servicios

profesionales porque el señor que va a trabajar al servicio de la empresa tiene un título, de éstos que se cuelgan en las paredes, provenientes de alguna universidad. Seguimos manejando las cosas de esa manera. La jurisprudencia de la Corte, de la ley misma, va avanzando en el sentido de que éstos recursos tradicionales ya no son eficaces. Lo mismo ocurre con otros muchos, quizá un poco más sofisticados, en los cuales aparece, por ejemplo, que el supuesto trabajador no es trabajador; sino que es patrón de otros trabajadores. Entonces queda feliz el verdadero empresario porque hace contrato de patrón a patrón con su trabajador, olvidando que la ley señala claramente que cuando un trabajador, conforme a la costumbre de lo pactado, contrate a otros trabajadores todos de manera conjunta, serán trabajadores del mismo patrón. Con éstas mismas características podemos encontrar otra serie de "soluciones" que algunos empresarios y muchos de sus asesores creen que son funcionales y que, por ser realmente ilegales, están cada vez en mayor riesgo de provocar riesgos económicos gravísimos por la vía de las indemnizaciones de los salarios caídos y prestaciones restantes. Además, por una reforma procesal del 1º de mayo de 1980, hecha fundamentalmente por un profesional excepcional, Jorge Trueba Barrera, lamentablemente desaparecido, basta que el trabajador diga "esto es así" para que se tenga por cierto, y queda a cargo del patrón toda la prueba en contrario. Es suficiente la palabra del trabajador para que se condene al patrón, y si éste no tiene la precaución, suerte, habilidad o buena administración de haber preparado todos los datos necesarios para acreditar las relaciones y condiciones de trabajo, la palabra del trabajador es la cierta. En efecto, el artículo 784 llega a una perfección contraria al derecho del trabajo, en el mundo, que arranca de 1804 con el código napoleónico, en el que se establece que basta la palabra del patrón para que se tenga por probado todo lo relacionado con pagos de salarios y condiciones de trabajo.

Hoy en día no se puede concebir el despido a lo "gitano" como durante tantos años funcionó. En aquella etapa, hablo de 1940-1950,

bastaba que el patrón tranquilamente se presentara a la junta de conciliación y dijera: - No he despedido al trabajador- para que automáticamente el trabajador tuviera que probar lo contrario. A nadie se le escapa la inmensa tarea que es para un trabajador probar un despido, porque el despido suele ocurrir precisamente en la empresa, y los únicos testigos si es que los hay, son los funcionarios de la empresa, o en el mejor de los casos, algunos de -- trabajo que no se van a jugar el puesto por declarar en contra del patrón.

Posteriormente vino una modificación que empezó a preocupar a los patrones. La Corte consideró el hecho de negar el despido como -- una manifestación que aparentemente no tienen buena fe, y es necesario acreditar la buena fe. Para tal efecto, si el patrón niega el despido, tiene que ofrecer la reinstalación.

Al principio hubo grandes problemas, gran controversia, la gente se ~~asustaba~~ ante esa reinstalación no deseada. Con mucha dificultad, los abogados patronales lograron vencer la resistencia. Finalmente los patrones empezaron a aceptar la posibilidad de negar el despido, ofrecer la reinstalación y abrirle los brazos al trabajador. Sin embargo existía la posibilidad de que el trabajador hubiera dicho que ganaba determinado salario, al patrón no le parecía bien ese salario y entonces desconocía las condiciones invocadas por el trabajador en la demanda. La Corte consideró que -- si no le ofrece el trabajo en las mismas condiciones, o si lo -- ofrece en condiciones distintas y no prueba estas condiciones, la oferta será de mala fe, no habrá revertido la carga de la prueba, y tendrá que probar que no lo ha despedido. Probar que no se ha despedido a un trabajador; como ustedes pueden imaginar, es una -- prueba negativa, francamente difícil de superar.

Lo que hicieron los abogados patronales fue simplemente recoger -- la exigencia de la corte, adaptarse a ella y tranquilamente negar el despido, ofrecer la reinstalación en los mismos términos y con

diciones en que el trabajador desempeñaba su trabajo. Se le pide que se presente en el término de tres días, y si no lo hace en ese término, habrá lugar a todas las sanciones habidas y por haber. Viene después la Ley 70, y con muy buen sentido del humor - los autores de ésta, dijeron que la negativa del despido no se podía creer y había que hacer algo distinto; exigieron que el despido se hiciera por escrito dando aviso al trabajador de la causa o de las causas del despido, y entregándole el aviso. Como se olvidó establecer la sanción al incumplimiento de la norma, -- los patronos y abogados patronales empezaron a seguir otro sistema: despedían al trabajador con un aviso por escrito en el que invocaban catorce causales, después que el trabajador recibía dicho aviso era demandado por éstas razones. Ya en el tribunal, los patronos planteaban una decimoquinta causal, que era la buena, con la que el trabajador era vencido por la incapacidad para hacer frente a esta inesperada defensa de la parte contraria. Así, el sector patronal vivió feliz con una obligación que no era exigible. La Corte se dedicó a estudiar con sentido gramatical la ley; no encontró el artículo que estableciera alguna sanción y concluyó que, como no había sanción alguna para la obligación de dar el aviso por escrito no pasaba nada si éste no se daba o se modificaba después.

Precisamente en ese nefasto año de 1980, en que el derecho laboral empezó a convertirse en un riesgo para quienes no estuvieran bien defendidos, apareció una sanción más concreta. Se dijo, con pésima técnica jurídica, dicho sea de paso, que cuando el patrón hubiere despedido al trabajador con causa justificada, y no le diera el aviso de despido, automáticamente el despido se declararía injustificado, de manera que, por la falta de un requisito formal, en vez de "prontear" (pérdonen el ángulo jurídico del problema), la nulidad del despido por falta de forma, y por lo tanto, la infeficacia del despido y la separación indebida, hablaban de la injustificación del despido como si el hecho de no dar el aviso convirtiera un despido justificado en un despido in

justificado.

A partir de ese momento, "tronaron los huesitos" de muchos abogados patronales que se dieron cuenta que ahora tenían, además, que ir a la Junta de Conciliación para avisar oportunamente del despido en caso, dice la ley, de que el trabajador se niega a recibir el aviso del despido. Empezaron a proliferar los avisos ante la Junta de Conciliación señalando los domicilios ciertos o falsos de los trabajadores, para que la Junta les hiciera llegar el aviso que ellos posiblemente no habían tenido la oportunidad de entregarles y dejar constancia de dicha entrega. En ese enredo de las formas, lo más grave ha venido ahora, últimamente, con algunos criterios de la Corte, porque todos los abogados patronales estaban -- contestando las demandas dando previamente el aviso por conducto de las Juntas, las que, obviamente, jamás llevaban a cabo las notificaciones de los despidos porque no tenían personal suficiente. Tranquilamente se presentaba la constancia del trámite para procesar y se acababa el problema. Ahora la corte ha dicho que este aviso por escrito ante la Junta de Conciliación no tiene ningún valor si no se prueba en juicio que el trabajador se negó a recibir el aviso de despido. Esta es una de las dificultades mayores, porque si uno es medianamente hábil y no le dice al trabajador: Te voy a despedir y aquí está la constancia, y simplemente le dice -- delante de los testigos: Te entrego una carta, el trabajador jamás se va a negar a recibir ese documento. Este, evidentemente, no tiene, aún cuando lo presuma, la idea precisa de que es un aviso de despido. Este mecanismo ha servido y tiene por objeto evitar las negativas. La conclusión es que vamos a volver a los testigos falsos, vamos a volver a la comprobación de que le dí el aviso y como el señor no lo quiso recibir, lo tuve que dar por conducto de la Junta. Y vamos a volver a las situaciones originales. Sin embargo, debo reconocer que, ya a partir de la ley de 70, la administración de las empresas empezó a tener otras características, yo diría que inclusive podríamos señalar una fecha anterior. En el año 62, cuando el presidente Adolfo López Mateos estableció la

obligación de repartir utilidades a los trabajadores, descubrimos que el gran secreto de los balances había dejado de ser secreto y que, a partir de ese momento, teníamos que organizar también la información financiera de la empresa para entregar balances, estados de pérdidas y ganancias y poner los avisos a disposición de los trabajadores. Por lo tanto, las cosas ya estaban caminando de otra manera.

Pero veamos ahora cuál es la situación en términos generales, y en que capítulo se manifiestan éstos problemas de administración de la empresa en relación al Derecho del Trabajo.

Definitivamente, el primer problema importante (quizás para mí, a la luz sobretodo de éstas exigencias de prueba), es el problema del dar nacimiento a la relación misma de trabajo de la manera que queda documentada.

Si partimos del supuesto de que el artículo 784 nos obliga a probar la antigüedad del trabajador, la fecha de ingreso, el salario, la categoría, la duración de la jornada, el horario y todo lo que se nos pueda ocurrir, es evidente que lo primero que vamos a tener que hacer es documentar esa relación de trabajo. Hoy en día será muy mal administrador de personal el que haga valer el artículo 24 de la Ley Federal del Trabajo, que dice que no será preciso que se establezcan contratos individuales de trabajo cuando existiera el contrato colectivo en la empresa, porque se supone que el contrato colectivo contiene las condiciones generales de trabajo. Bastará con este, más un tabulador o una nómina, para que, incorporando las condiciones a las personas determinadas en la nómina, aparezcan claramente las condiciones de trabajo de cada quien. Honestamente, esto es una ficción y, además, un riesgo enorme. Será muy mal administrador de personal el que haga caso de esta liberación que extiende la ley y no otorgue los contratos individuales de trabajo.

Antes del contrato individual de trabajo, hay unos pasos preliminares absolutamente indispensables en este mundo complicado de las relaciones laborales.

El primero es recabar del propio aspirante a trabajador (no estamos pensando en situaciones de un contrato colectivo que tenga cláusula de exclusión y que sea el sindicato el que mande los candidatos sin mayores requisitos, sino en una relación individual ordinaria) sus antecedentes, y que lo haga de manera que quede constancia de ello, en las famosas formas de solicitud de empleo. En ese documento tendrá que expresar el trabajador cuales han sido sus antecedentes de trabajo, sus capacidades; cuál es en realidad el conjunto de sus conocimientos, los títulos que tenga, etc. Dirán ustedes, ¿y para qué tanto énfasis en el currículum?. Por una razón, hay un artículo, el artículo 47 en su fracción primera que autoriza al patrón a dar por terminada, sin responsabilidad, la relación de trabajo dentro de los primeros treinta días si acredita que el trabajador lo engañó con certificados falsos, o referencias, o el sindicato que lo recomienda, respecto a las aptitudes reales del trabajador; si hay tal engaño, el patrón puede dar por terminada la relación de trabajo en los treinta primeros días sin incurrir en ninguna responsabilidad. Pero cuidado, ésta opción de los treinta días no es un derecho libérrimo, sino un derecho que el patrón puede ejercer si acredita que fue engañado; una especie de marido engañado, que si justifica el calificativo que se le ha planteado, en ese momento podrá obtener un divorcio cómodo, no grato, pero cómodo al fin y al cabo. En este caso, el patrón tendrá que probar que el trabajador lo engañó, que le "tomó el pelo", y para ese efecto será necesaria la presentación de la solicitud de empleo, la presentación de las constancias adicionales a la solicitud para que quede claro que hubo unas referencias, y éstas no se cumplieron en la realidad. Los treinta días que marca la fracción primera del 47, son treinta días para el efecto de que el patrón se dedique a la investigación científica y vea si efectivamente los datos y documentos son verídicos.

Además, será necesario que éste trabajador exponga cuáles son sus antecedentes; si está registrado en el Seguro Social, en el Infonavit y en el Registro Federal de Contribuyentes o de Causantes. Porque hoy en día, empresario que no maneje de una manera íntima su problemática laboral con la problemática fiscal, es un empresario que está perdido. Si se pone a contratar trabajadores, y no se preocupa porque estén regularizados en el orden fiscal lo mismo que en el laboral, va a tener dificultades mayores. Al trabajador tendrán que hacerle un exámen médico, cosa que muchas veces no tenemos en cuenta, porque, sobre todo tratándose de una actividad industrial, bastará que un trabajador tenga síntomas de determinado padecimiento, no advertidos a través de un exámen médico - previo, para que, si este padecimiento tiene un origen profesional, se impute la profesionalidad a la empresa en la que está trabajando en ese momento, no importa que haya sido una enfermedad adquirida en otros tiempos y en otros lugares.

Cumplidos todos estos requisitos de información, podrá establecerse la segunda parte, que es la celebración del contrato de trabajo. Aquí hay una regla de oro que no puede olvidar la Administración de Personal. Los trabajadores, antes de ..., firman lo que les pongan enfrente, pero, después de ..., no firman nada. Y tienen razón, porque hay una esencial desconfianza frente al documento. Cuando se trata de conseguir el trabajo, bueno... uno firma de más no importa; pero cuando se trata de hacer historia, de establecer lo que fue y cómo ocurrió antes, el trabajador, en términos generales, no firma nada.

En este sentido, pues, es necesario que documentemos al trabajador con todo el rigor del mundo, desde antes de que se inicie la relación de trabajo. Una recomendación que yo he dado muchas veces es que, además, al trabajador se le inscriba en el Seguro Social antes de que empiece a trabajar, porque si al pobre trabajador le ocurre la desgracia de tener un accidente de trabajo dentro de los tres o cinco días que la Ley del Seguro autoriza para la ins-

cripción del trabajador, de todas maneras el capital constitutivo no se lo quita nadie, y esas son bromitas de bastante costo. Con estos antecedentes, antes de que el señor empiece a laborar, habrá que tener perfectamente documentada la relación de trabajo con la primera parte de antecedentes, con la segunda parte de contrato en que se especifiquen sus funciones y en que aparezca, una cláusula inocente, que el trabajador se compromete a dar aviso de los cambios de domicilio al patrón. De otra manera, cualquier aviso se le tendrá que dar, y será válido, en el domicilio que hubiere registrado previamente. Esto, hace unos cuantos años, nos tenía sin cuidado; hoy a partir del aviso de despido a través de las juntas, en el domicilio que hubiere registrado el trabajador, según dice la parte final del artículo 47, se ha convertido en un problema fundamental.

Pero además, tenemos otro problema complementario, en muchos casos hay que recurrir a los contratos por obra determinada o por tiempo determinado, aún en los casos en que realmente se dan las exigencias de un contrato de ésta naturaleza. Algún patrón, de cuando en cuando, celebra contratos por tiempo determinado para poder dar por concluída sin mayores responsabilidades, una relación de trabajo. Este contrato por obra determinada, lo tendremos que hacer antes de que se inicie la relación laboral y cuidando la descripción de la obra. Si lo hacemos de manera muy vaga, el día de mañana, cuando intentemos de alguna manera probar la terminación de la obra, e inclusive la naturaleza determinada de la obra, seguramente vamos a tener problemas gravísimos para que no se entienda como una ficción, como un fraude legal, como que estamos tratando de disimular una relación indefinida de trabajo. Lo mismo digo con respecto a los contratos por tiempo fijo. En este renglón, la ley es muy clara. Se podrán celebrar, en primer término, cuando se trate de sustituir a un trabajador por otro por licencia, enfermedad, la causa que ustedes quieran. En segundo lugar, cuando la naturaleza del contrato de trabajo así lo exija; por ejemplo, los contratos de temporada y algunos otros casos,

pero habrá que precisar con toda claridad el porqué del tiempo fijo. Finalmente, los contratos especiales: pilotos, aviadores, marinos mercantes, deportistas profesionales. En consecuencia la celebración de un contrato es absolutamente indispensable para que tengamos un control rigurosísimo de los antecedentes, del punto de partida de la relación de trabajo. El problema más grave de todos, es que la relación de trabajo es variable, movable, dinámica, transformadora, en fin, está en una constante variación.

Los juristas se han preocupado por saber cómo se puede justificar esa variación si se supone que hay un contrato que es un acuerdo de voluntades que da origen a la relación. ¿Cómo es posible, si es un acuerdo expreso y normal, que la relación de trabajo vaya a variar en el tiempo con esa facilidad?. En Argentina llaman a esta situación el Jus variandi. Los argentinos lo hacen desde una perspectiva patronal y basándose en el derecho que tiene el patrón para ir modificando aspectos no esenciales de la relación pero que, sin embargo, van modificando insensiblemente lo que fue pactado originalmente.

Entre nosotros, si no recuerdo mal, Mario de la Cueva habla de la naturaleza dinámica de la relación de trabajo. Aparte de todo, al maestro de la Cueva le daba fobia la concepción misma del contrato; nunca aceptó la idea del contrato como antecedentes de la relación laboral, la acabó e inclusive, fue el principal defensor de la teoría de la relación de trabajo, que entiende que ésta es importante por el hecho de la prestación de un servicio personal subordinado a cambio de un salario; independientemente de que haya un acto generador, o haya sido por casualidad, hasta por error que se haya creado esa relación de trabajo. Por lo tanto, la posibilidad de la variación es una constante en la relación de trabajo. Ayer, por ejemplo, me planteaban el problema de una empleada a la que le dieron un contrato con unas condiciones de trabajo y una jornada de ocho horas, ahora le quieren modificar las condiciones especiales que ha ido adquiriendo con el tiempo, y que --

consistían en darle una jornada reducida porque está estudiando, y por lo tanto, tiene que atender sus obligaciones universitarias.

Ahora el patrón le exige el cumplimiento del contrato como había sido establecido originalmente. Yo le dije a la trabajadora, que le dijera a su patrón que consultara un tratado de Derecho Laboral (hay uno de Nestor de Buen que no está mal). Ahí se va a encontrar con que ese contrato original pasó a la historia y lo que vale hoy en día es la realidad actual. No voy a aburrirlos a ustedes con disquisiciones acerca de cuál sea el fundamento jurídico de esa transformación, pero es un tema que realmente es importante. Existen discrepancias en todo el mundo acerca de cuál sea la causa jurídica de las transformaciones no determinadas formalmente, ni de una manera explícita, y que, sin embargo, se ha ido incorporando a la relación de trabajo y vencen a lo que se acordó en su momento.

Con estos antecedentes, el buen administrador de personal tendrá que tener muchísimo cuidado en que estas cosas se manejen de manera adecuada. ¿Y de qué manera las va a manejar? Simplemente -- tendrá que vigilar a sus jefes de personal, o sus directores técnicos, o los responsables de algún sector del trabajo, no se dediquen a dar autorizaciones y modificaciones generosas de las -- condiciones de trabajo. En cualquier cambio que se haga, deberá mantenerse la ley de oro de la relación laboral, sin las formalidades de un nuevo contrato de trabajo que los trabajadores, con toda razón, rechazan. Un documento en el que aparezca consignada la nueva jornada, el nuevo horario, el salario nuevo, las nuevas condiciones de trabajo, las nuevas atribuciones, etc., de manera que no haya dudas respecto de que ha existido ese cambio y a partir de cuando se ha producido. Naturalmente, esto tiene una implicación secundaria en registros en el Seguro Social, en el Infonavit, etc., que si no se manejan adecuadamente van a provocar bastantes dolores de cabeza en la administración de personal.

En cuanto al salario, en el mayor número de los casos la acreditación del pago, la justificación de los descuentos y toda la serie de problemas que hay alrededor del salario, no se justifican de manera conveniente u oportuna. Hay muchas nóminas simplemente impresas en las que no se encuentra, por ejemplo, la constancia de las faltas de los días no pagados al trabajador por faltas injustificadas y hay, en cambio un conjunto de pesos que no especifica los orígenes. Cuando se trata, por ejemplo, de un trabajador destajista, el problema es fenomenal. Hay que tener mucho cuidado con la administración de los salarios; no hay que olvidar ese principio previsto en el 784, de que el salario que indique el trabajador se tiene por bueno, salvo prueba en contrario. Eduardo Philibert, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, creo que diseñó el recibo perfecto de los salarios. Yo lo invoco muchas veces como un modelo excepcional, porque ahí aparece toda la historia del trabajador; a veces la historia antipática sobre todo en aquella parte que dice "deudas del trabajador", "capacidad de crédito", o días que faltan por jubilarse, que no se acaban nunca... los tiempos más prolongados de la historia del trabajador. Ese sí que es un verdadero recibo, muchas veces he presumido llamándolo un recibo excepcional. En él se plantea, además, el cumplimiento de una serie de obligaciones que los patrones pasan por alto con toda tranquilidad.

La ley obliga a que se integre cada año una comisión mixta que determine la antigüedad de cada trabajador. Esta antigüedad es importante desde el punto de vista del patrón para efectos, por ejemplo, de los derechos escalafonarios; es importante para el trabajador para determinar el derecho al pago de la prima de antigüedad. La antigüedad no es el espacio entre el ingreso y el momento actual, sino un fenómeno que se va creando día a día; momento a momento y hay que probarlo de la misma manera. La ley obliga que se integre una comisión en todas las empresas, una vez al año, en la que se determinen esas antigüedades que servirán para el pago de la participación de los trabajadores en las uti-

lidades y otras cosas más; se deben publicar para que los trabajadores las conozcan y las puedan impugnar.

En nuestro recibo del Seguro Social aparece la antigüedad por -- año, meses y días. Realmente, muy pocas empresas en el país (y he tenido contacto con muchas), dan cumplimiento a esa obliga--- ción que en un momento dado les puede provocar problemas serios.

El problema del escalafón lo ve uno así, como una música lejana; siente uno que hablar de escalafón es hablar de la burocracia, y entre el apartado A, y el apartado B, hay un cierto rechazo o -- quizá hasta una posición de desprecio de los privilegiados del A contra los infortunados del B. En el fondo, se siente un poquito incómodo porque hay normas no tan gratas que establecen los dere-- chos de antigüedad como factor determinante para los ascensos, - para la ocupación de vacantes y puestos de nueva creación por -- más de treinta días. Esta antigüedad acaba con cualquier diferen-- cia que pueda haber en términos de capacidad.

Precisamente por eso, uno de los aspectos que se descuidan más - en las empresas, es el tema importantísimo de la capacitación y el adiestramiento y su relación con los derechos escalafonarios.

Cuando se le ocurrió al gobierno del presidente López Portillo - establecer, como la gran conquista laboral, el principio de la - capacitación y el adiestramiento y elevarlo a Rango Constitucio-- nal junto con el Derecho al Trabajo (que en mi concepto fue una - decisión adecuada y justa), el Sector Patronal sintió que le ha-- bían echado encima una de las mayores cargas de su vida. Los tra-- bajadores lo vieron como una cosa interesante con cierto aire re-- volucionario. Después se dieron cuenta que la capacitación no -- era suficiente para adquirir derecho a los mejores puestos. Si - había otro más antiguo un poquito capaz, no necesariamente más - capaz que él, éste tenía derecho a ascender. Entonces los empre-- sarios dijeron: -los trabajadores no se preocupan por la capaci-

tación, nosotros tampoco-. Ese es uno de los errores más graves que se pueden cometer en una empresa; es mucho más importante la capacitación desde la perspectiva empresarial, que desde la perspectiva de los trabajadores. A través de los trabajadores -- y de la capacitación, se pueden hacer cosas tan importantes como por ejemplo, contratar trabajadores para que se capaciten, lo cual da una oportunidad de prueba, no por los treinta días del Artículo 47, sino por mucho más tiempo. Es un período de constante examen hasta el momento en que se determina que se han cumplido las fases de capacitación y el trabajador, o es apto, o se le declara que no lo es y en ese momento puede ser retirado sin responsabilidad porque, habiéndose contratado para capacitarse, no cumplió con los requisitos del puesto al que aspiraba.

El escalafón ciego, el escalafón por pura antigüedad, solamente tiene una salida en nuestro sistema: la capacitación. Una salida relativa, por cierto, pero salida al fin y al cabo que permite que si hay capacitación en una empresa y el más antiguo no acredita ser capaz (no el más capaz, simplemente capaz), tendrá que ser sustituido, o tendrá que ocupar la vacante el que le sigue en antigüedad siempre que sea capaz.

A través de la capacitación y el adiestramiento, el empresario logrará poner en marcha una serie de situaciones muy convenientes y muy buenas. De otra manera tendrá un problema de improductividad total, precisamente por no hacer frente a una responsabilidad que, administrativamente, se siente muy pesada, pero que ya analizada desde cerca no lo es tanto.

Un problema que se olvida muchas veces es el de la disciplina -- dentro de la empresa.

En el paralelismo impresionante de los aspectos colectivos del Derecho del Trabajo, paralelismo que se manifiesta en que hay -- tres instituciones del sentido obrero y tres instituciones del --

sentido patronal, al derecho a la sindicalización de los trabajadores corresponde, con rango constitucional, la sindicalización patronal, al derecho a la contratación colectiva de los trabajadores corresponde, con el mismo rango reglamentario, el derecho al reglamento interior de trabajo; al derecho de huelga de los trabajadores corresponde el derecho al paro patronal. En este orden, sin embargo, las empresas olvidan la importancia y la trascendencia del Reglamento Interior de Trabajo, un reglamento que la ley define de manera muy precaria como el conjunto de disposiciones obligatorias en una empresa o establecimiento. Pero, en el artículo que establece el contenido del reglamento, en su parte final, señala que debe contener las reglas destinadas a la disciplina y, además, las que determinen la mayor seguridad en la empresa de que se trata. El reglamento es fundamentalmente un instrumento para garantizar la seguridad en un establecimiento; la seguridad de los trabajadores, la seguridad del establecimiento mismo y es, además, un instrumento para asegurar la productividad, el trabajo y la disciplina en la empresa.

¿Cuántas empresas tienen Reglamento Interior de Trabajo?, o en el mejor de los casos, teniéndolo ¿lo aplican?.

La verdad de las cosas es que la ley no es muy generosa con el Reglamento Interior de Trabajo porque así como dice que cualquier patrón que emplee trabajadores pertenecientes a un sindicato está obligado a celebrar con el sindicato un contrato colectivo de trabajo, no hay ninguna disposición que diga que los trabajadores están obligados a celebrar un Reglamento Interior de Trabajo cuando el patrón lo reclame. Como a los trabajadores no les interesa que se apruebe, porque es el Código Penal de las empresas, éstas se quedan sin reglamento.

Algunas empresas en las que no hay sindicato, se han acercado a mí, diciéndome: ¿Cómo podríamos conseguir un reglamento?. Les leo las disposiciones de la ley, y las disposiciones de la ley -

son muy divertidas que dicen: "el reglamento se celebrará mediante una comisión mixta nombrada por los representantes de los trabajadores y los representantes del patrón, los dos grupos se reunirán para discutir el reglamento y una vez se pongan de acuerdo será firmado y depositado ante la Junta de Conciliación y Arbitraje" y luego cualquiera de las partes podrá pedir a la Junta que lo modifique y que lo adapte a las condiciones de la ley si estima que tiene condiciones contrarias a las de la ley. Cuando les dice uno a los patrones que reúnan a sus trabajadores para que nombren al representante y discutan el reglamento, los patrones contestarán: después de eso me forman un sindicato, me exigen un contrato colectivo de trabajo y se me arma el lío grande en la empresa, prefiero no tener reglamento. Realmente, la ley es muy parca en señalar caminos para su celebración. En mi concepto, cabría obtener el reglamento por la vía de un conflicto de naturaleza económica. Lo económico no significa dinero, significa condiciones de trabajo. Yo creo que la "Junta" daría entrada a este conflicto, pero tampoco es una solución cómoda.

En definitiva, lo importante en la disciplina es que realmente se tenga este reglamento y se determine con claridad su contenido. No debe ser una simple repetición formal de las disposiciones de la ley, sino una clasificación fundamental de estas obligaciones que no son condiciones de trabajo, pero que son paralelas a ellas, como por ejemplo, el horario; las horas de limpieza de la maquinaria y los equipos; las medidas de seguridad que hay que tomar, etc. Esto hay que tenerlo bien hecho lo mismo que las reglas de disciplina. En esta materia se aplica el principio de que no hay delito sin ley, y si no está prevista una conducta determinada para ser sancionada por el reglamento, no podrá separar a un trabajador o suspenderlo por ocho días como marca la ley. Si lo hace, estará incurriendo en una grave violación de los deberes laborales. De manera que, la preocupación por el Reglamento Interior de Trabajo es una preocupación fundamental.

Y en otro orden de ideas, el problema del despido, dentro de esta problemática del derecho individual del trabajo, se ha convertido hoy en día en una cuestión fundamental.

No podemos recurrir a la vieja fórmula del despido verbal, que te vaya bien y después lo niego. Esto ha sido ya totalmente abandonado. El despido debe estar precedido, en primer lugar, por una investigación, dándole oportunidad de defensa al trabajador. No se trata de castigar a la gente, sino de que los trabajadores tengan oportunidad de justificar su situación, recabar las pruebas necesarias, determinar si existe o no existe la posibilidad y luego declarar la comunicación solemne del despido mediante la entrega del aviso escrito. En caso de que el trabajador se niegue a recibirlo, se puede dar esa hipótesis, darle el aviso por medio de la Junta y ocuparse de probar la negativa para que el día de mañana no digan en la Junta no tuvo valor el aviso que se dió a través de ella. Además, hay que medir perfectamente bien las consecuencias del despido; hay que medir los riesgos de la prueba, porque hoy en día el patrón tendrá a su cargo la totalidad de las pruebas, en esa como en todas las demás materias de la relación de trabajo.

Vamos a la parte colectiva, que es la parte emotiva del problema laboral y veamos el tema del Contrato Colectivo del Trabajo. Aún hay patrones en México ¿a cuántos años?, más de cincuenta de la primera Ley Federal del Trabajo (y ya entonces había contratos colectivos de trabajo), que consideran que el hecho de que se acerque un sindicato y por la buena o por la mala, les reclamen la firma de un contrato colectivo, es la peor de las desgracias. Recurren normalmente al procedimiento bien conocido de que algún abogado "amigo" logre un contacto con un líder, de esos que hay muchos, y que firme el contrato colectivo de trabajo por teléfono, lo deposite por radio, y que los trabajadores ni se enteren de que hay un sindicato de por medio y de que sus condiciones de trabajo están previstas en un contrato desconocido.

Esto es frecuente que ocurra y, naturalmente, la única consecuencia de esta defectuosísima administración, es que cuando los trabajadores toman conciencia de que les están queriendo tomar el pelo, con un sindicato que no los representa, y un contrato que no han hecho, lo primero que hacen es reaccionar de manera violenta. Si había una cierta armonía obrero-patronal, en esa empresa, en ese momento se rompe en mil pedazos. Y es que tener, a estas alturas de la vida, la concepción de que el contrato colectivo es una desgracia; es no haberse dado cuenta de lo que puede suponer como instrumento de verdadero equilibrio en las relaciones obrero-patronales, que precisamente el objeto fundamental del contrato colectivo de trabajo, es establecer una situación de equilibrio, de armonía, una proporcionalidad entre lo que puede la empresa dar a los trabajadores y lo que los trabajadores requieren. Hacer subterfugios, volver a los contratos colectivos de protección con sindicato de membrete, sigue siendo una práctica frecuente en nuestro país. Y sigue siendo, evidentemente, la peor de las soluciones para mantener la paz social en la empresa, y es una de las expresiones más claras de una desadministración total.

Hay que reconocer que los trabajadores tienen derecho al contrato colectivo; hay que reconocer que la ley impone la obligación de celebrarlo; hay que reconocer que tiene todas las "molestias", por llamarlo de alguna manera, del estallido mismo de la huelga en un momento dado; pero hay que entender que un buen contrato colectivo de trabajo es el mejor vehículo para el desarrollo, para la armonía y para la tranquilidad. De otra manera será una situación de violencia, una situación de inconformidad, una situación de conflicto y hoy, las crisis hacen a los sindicatos más difíciles, son cada vez menos propicios a aguantarse con situaciones de éstas y es más que frecuente que los trabajadores recurran a sindicatos conocidos por su agresividad. Estas medidas de mala administración en la contratación colectiva, se convierten, definitivamente, en un escape hacia soluciones mucho más inconve

nientes, y mucho más dramática, ¿y por qué no decirlo?, al cierre de empresas muchas veces, porque cuando entran en juego la soberbia y la violencia, las consecuencias pueden ser totalmente negativas para todos.

La huelga, como se entiende también en nuestro país, se concibe como el desastre total, como si hubiera caído una bomba atómica en la empresa, como si la huelga fuera realmente el instrumento de desaparición de la empresa.

La actitud de las empresas ante la huelga, muchas veces es profundamente negativa. No se dan cuenta, o no quieren darse cuenta, que se trata de uno de los derechos más importantes que tienen los trabajadores, y que además, en caso de que no hubiera sido regulado por el derecho como lo está, sería ejercido de manera directa y violenta en condiciones mucho más difíciles de superar.

Por otra parte hay que entender que la huelga es en alguna medida y lamentablemente desde el punto de vista de los trabajadores, una pistola de un sólo tiro que es mucho más eficaz como amenaza que como realidad. Frente a la realidad de la huelga, a los trabajadores ya no les queda más que aguantar sin tener salarios; en una situación de incomodidad física e incomodidad económica. Muchas veces resulta, y algunos empresarios se han dado cuenta de ello, que conviene sobre todo en esta época de crisis, una huelga larga para evitarse costos incómodos; sobre todo cuando se trata de huelgas de empresas del estado, que el estado resulta un poco huraño y descubre que el desistimiento de la huelga es un derecho que no pueden ejercer los trabajadores. Por lo tanto, la huelga se convierte en huelga patronal, corre por cuenta del patrón, y los trabajadores se quedan en huelga para toda la vida simplemente porque no se cumplió con el requisito formal de recabar el consentimiento del patrón para dejar de estar en huelga. Obviamente, el patrón cada dos meses renueva las banderitas para que no se vean tan feas, y van manteniendo las cerraduras -

en buen estado. ¿Y los trabajadores?, pues bien gracias...

El derecho de huelga había sido diseñado como un derecho de la - clase obrera.

En términos generales, otra cosa que tampoco se maneja en las em- presas y cuando se maneja, se hace simplemente de mala gana son las Comisiones Mixtas. Uno de los problemas más importantes, resuel- to por la ley del 70, fue el establecer que, mediante la armonía entre comisiones integradas en forma paritaria por la empresa, y el sindicato o los trabajadores, se puedan resolver algunos de - los problemas más importantes de la empresa; problemas de tipo - disciplinario, de seguridad, de escalafón, etc. Estas comisiones las ven en general los empresarios como problemas que hay que- resolver de manera formal, levantando actas ficticias de visitas de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene que cada mes, se su- pone, van a hacer una visita a la empresa para supervisar las me- didas de seguridad; recabando firmas de médicos para que certifi- quen que han examinado a todos los trabajadores (ni siquiera los han visto en su vida) Así dan cumplimiento formal a lo que po- - dría ser, y debe ser, uno de los instrumentos de armonía más im- portantes dentro de la empresa.

La ley con mucha razón ha dicho que las resoluciones de una Comi- sión Mixta pueden ser impuestas coactivamente por la Junta si las dos partes lo piden ante el tribunal de trabajo, dándole el valor- de un laudo dictado por la propia autoridad. Lamentablemente las- Comisiones Mixtas, repito, son vistas simplemente como desastres- que hay que atender de alguna manera. Esto inhibe a las empresas- para lograr armonía por vía de una de las mejores soluciones: que los problemas se resuelvan en casa y que no tengan que trascender a un tribunal donde quién sabe qué pueda pasar el día de mañana.

Yo diría que la conclusión de esta exposición es que no habrá em- presa a partir de ahora, y desde hace algunos años en nuestro --- país, que a la vista de estas nuevas disposiciones legales, a la-

vista de esta jurisprudencia insistente, a la vista de este desarrollo nuestro, y a pesar de los quebrantos, no habrá empresa -- que pueda funcionar si no está adecuadamente administrada y si -- no tiene además control riguroso y permanente sobre las relaciones de trabajo.

La política del avestruz, de meter la cabeza dentro de la tierra, hoy constituye el suicidio total de la empresa. Hay que reconocer que la ley, con muy buen juicio, señala caminos que establecen -- vías para la armonía dentro de la empresa. La contratación colectiva es uno de ellos: las Comisiones Mixtas son otras de las -- vías para la armonía; la adecuada administración, el reconoci-- miento de los derechos, etc., son soluciones que pueden, el día de mañana, atenuar ese fenómeno que para mí es constante, es -- esencial en las relaciones obrero- patronales que se llama lucha de clase. A través de una buena administración, un control adecuado, y una idea de que la comunidad de intereses puede ser más importante que el conflicto de intereses, esa lucha de clases se podrá amortiguar; no para desaparecer, porque ésto sería imposible, pero para hacer la vida de la empresa mucho más razonable, -- mucho más adecuada. Creo que ésta es la conclusión a la que había que llegar: mejor administración y mejor control. De otra manera, la empresa será un centro de conflictos, perderá sus objetivos -- fundamentales y simplemente acabará en un estallido social.

ESPECIALIZACION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL. UNA NUEVA  
OPCION PARA LOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION.

C.P. ALFREDO ADAM ADAM  
DIRECTOR DE LA FACULTAD  
DE CONTADURIA Y ADMINIS-  
TRACION DE LA UNIVERSI-  
DAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO.

CONFERENCIA DICTADA EL DIA  
23 DE AGOSTO DE 1984.

## C U R R I C U L U M   V I T A E

Es egresado de la Facultad de Comercio y Administración de la --  
Universidad Nacional Autónoma de México; anterior Director de --  
Auditoría Interna de la Secretaría de Agricultura y Recursos Hu-  
manos; actual Director de la Facultad de Contaduría y Administra-  
ción y así como de la Asociación Nacional de Facultades de Conta-  
duría y Administración; coautor del libro Auditoría Interna en -  
la Administración Pública Federal y autor de numerosos artículos  
en diferentes publicaciones profesionales; conferencista y ponen-  
te en numerosos eventos internacionales.

Quiero agradecer la oportunidad que me brinda el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social al invitarme a este ciclo de conferencias y tener la oportunidad de transmitir algunas ideas y algo de lo que está pasando en la UNAM, en especial en la Facultad de Contaduría y Administración con la creación de especialidades a nivel de postgrado.

Quiero agradecer al Lic. Emilio Rabasa Gamboa, la invitación que nos hizo, y a al C.P. Eduardo Philibert Mendoza, su conducto para poder tener esta oportunidad de platicar.

Pretendo hacer una plática amena, ojalá y lo logre; transmitirles algunas ideas y darles algunos datos:

El porqué consideramos que la especialización es el futuro que se debe tener para los profesionales de la Administración.

¿Qué entendemos por profesionales de la Administración?

¿Qué entendemos por postgrado?

¿Porqué creemos que esta opción del futuro va a tener un gran éxito?

¿Y porqué estamos aquí?

Se ha realizado un convenio con el CIESS, UNAM-CIESS, y como dijo el Lic. Emilio Rabasa, no ha quedado en letra muerta, muy rápidamente se han echado a andar una serie de ideas y la Facultad de Contaduría y Administración por mi conducto, está tramitando directamente con el CIESS la implantación de esta especialización para el propio Centro y su área de influencia; nuestra idea es llevar la universidad a donde sea necesario. La universidad no es recinto físico, la universidad no son las instalaciones de Ciudad Universitaria o cualquier otro edificio; la Universidad -

somos todos, profesores, alumnos, y la universidad la conforman todos los que tengan espíritu universitario.

Ahora, ya entrando en materia, vamos a hablar de los antecedentes:

¿Qué son las licenciaturas?

¿Porqué ha evolucionado hasta este momento el postgrado en nuestra escuela?

¿Porqué creemos que esto pueda ser base para el futuro con respecto a las especializaciones y la necesidad de capacitarse?

Creemos que las licenciaturas deben ser generalistas; estamos hablando por nuestra experiencia, contadores públicos y licenciados en administración.

Las licenciaturas son generalistas y la enseñanza que se debe dar en estas universidades deben de incluir todos los conocimientos; aunque algunos no se puedan profundizar por lo extenso; se le debe dar al estudiante las armas necesarias para que tenga una visión general del campo en el que se va a mover. La evolución de la sociedad nos crea necesidades, estas necesidades específicas nos obligan y nos exigen especializarnos en algo de lo que nos han enseñado; sin embargo, ahora sí necesitamos profundizar. Esto nos permitirá, definitivamente, ejercer un alto nivel. Estamos copiando, posiblemente, a una Facultad de Medicina que nos lleva a ciento cincuenta años, cuando menos, en todas estas prácticas.

El médico cirujano estudia la medicina en general durante seis años y después puede optar por la especialización. Se puede llegar al extremo de una especialización de la especialización. No vamos a llegar a este tipo de excesos, pero sí tenemos el ejem-

plo de la medicina que nos puede servir en el aspecto administrativo, en la contaduría y en nuestros campos naturales para desarrollarnos más.

Este es el caso de la Administración de Personal. Las gráficas nos van a decir que el mercado lo está requiriendo y porqué la universidad responde a este requerimiento para decir: Aquí estamos nosotros y aquí está el dinero del pueblo de México respondiendo, en cierta forma, a las necesidades de la propia sociedad.

Quiero destacar cuales son las políticas de nuestros postgrados en nuestra Facultad. Los postgrados no deben de ser nunca repeticiones de las licenciaturas. A partir de las licenciaturas deben empezar éstos. No necesitamos empezar nuevamente en cero; tenemos que partir de lo que ya debe de conocer un licenciado en administración o en contaduría. En este caso estamos hablando de licenciado en administración. ¿Por qué?, porque el tema que vamos a tratar a fondo va a ser la creación de una especialización en administración, que ya está funcionando desde hace aproximadamente un año y ya va a salir la primera generación. Posiblemente, si así concluyen las negociaciones que se están haciendo, se den en estas instalaciones como un apéndice de la universidad y como una aportación de la universidad en beneficio de la Seguridad Social.

Los postgrados para nuestras licenciaturas deben de partir de la creación de un perfil de especialistas. Debemos de saber cuáles son los conocimientos necesarios, cuáles son las aptitudes que se requieren, cuáles son las habilidades que se necesitan y de ahí creamos un perfil antecedente y detectamos cuál es la licenciatura, antecedentes que reúnen el cien por ciento, y cuál es la académicamente suficiente que tiene menos del cien por ciento. De aquí sacamos que para la licenciatura en administración se convierte en una licenciatura cien por ciento antecedente para partir de ahí y obtener la especialización en Administración de Personal.

¿Cuáles son las licenciaturas académicamente suficientes que tienen menos del cien por ciento? Pues, cualquiera de las áreas afines, como pudiera ser la contaduría, relaciones industriales, a la que, según nuestro concepto, le falta algo; pueden ser los abogados -licenciados en derecho-, los economistas, etc. Cualquiera otra licenciatura afín como el ingeniero industrial. Estas se convertirían en licenciaturas académicamente suficientes, pero que requieren un grado para obtener el nivel, para aspirar a la plataforma que los lance a la especialización. Estamos creando especialidades, maestrías y doctorados exactamente para nosotros.

Ahora, para ubicarnos, vamos a ver cuáles son las clases de postgrados que se deben hacer. Qué hay en una universidad, y cuáles son los postgrados, como los entendemos nosotros, en la Facultad y en la UNAM.

Las diferencias no deben de ser cuantitativas; no corresponden al tiempo, a los créditos, al número de materias. Las diferencias deben ser cualitativas, o sea, debemos de recurrir a diferencia por su naturaleza.

Aquí podemos presentar los cuatro tipos de postgrado que existen, uno de ellos, aunque no muy ubicado, pudiera ser la actualización permanente.

La actualización permanente. Su objetivo, es renovar los conocimientos o permanecer actualizado sobre lo que está pasando en cada una de las profesiones. No tiene reconocimiento oficial, se da un certificado de asistencia. Con el simple hecho de asistir se da ese reconocimiento; no se hace un examen, no se evalúa. Podemos dejar a un lado este tipo de estudios; lo quise mencionar como lo que estamos viviendo en la división de postgrado de nuestra escuela.

Aquí sí ya podemos entrar a la especialización,

La especialización. ¿Qué entendemos por especialización?

Es un ejercicio profesional de alto nivel, es una rama del conocimiento específico, es algo que está muy definido. Para el que no sea administrativo o no le entienda a estas palabras, lo puede fácilmente comprender con el ejemplo de la cardiología, de la pediatría, de la oftalmología, de la neumología, etc.

¿Qué es lo que pasa?

Que el cardiólogo conoce del corazón, y claro, antes fue médico general, y después se ubica en el corazón; primero conoce la medicina general y después se ubica en los pulmones y se convierte en neumólogo. Así nosotros, tenemos que definir la especialización como un área específica del conocimiento en la cual tenemos que profundizar.

La maestría. La maestría nuevamente vuelve a ser generalista.

Si la entendemos como un área del conocimiento que debe de estar enfocada a la docencia y a la investigación, le damos su justo nivel.

La docencia y la investigación. Cuando digamos maestro, vamos a ver a un docente, a un investigador; ese es el objetivo de la maestría. Desgraciadamente se ha abusado de estos términos, y al no tener una definición clara a lo que realmente debe ser una especialización, le han dado el rango de maestría.

El doctorado. ¿Qué es el doctorado?

El doctorado es la investigación original. Debe de estar enfocado a desarrollar investigadores que den y que investiguen, y que transmitan ese conocimiento. El que se ha doctorado es una persona de altísimo nivel; elitista en su preparación; gente muy definida, con capacidad de investigación, pero investigación original. No es el que investiga qué están haciendo otros, pero que no hace aportaciones. Está definida la investigación a muy poca gente.

Esto es una pirámide. Ninguna de las cuatro es superior o inferior: son diferentes. Eso es lo que hay que destacar; no hay diferencias cuantitativas, debe haber diferencias cualitativas.

Vamos a ver, rápidamente, la metodología para el establecimiento de una especialización.

-Necesitamos detectar una necesidad social y de ahí sacamos el nombre de la especialización.

-Hacemos un análisis de la demanda. Existe o no existe campo.

-Ubicamos el perfil antecedente. (Ya vimos cual es el perfil antecedente, en este caso, de la licenciatura en administración).

-¿Cuáles son los requisitos de ingreso?

(Tienen que ver con la licenciatura antecedente y la académicamente suficiente. Para los académicamente suficientes, que no son los licenciados en administración y que tienen que emparejarse, habrá cursos propedéuticos, habrá oportunidades para que se nivelen con el licenciado en administración y que de ahí ya tengan una licenciatura académicamente suficiente y estén preparados para no repetir nada, y tiene que aspirar al postgrado).

Y después:

- Los requisitos de egreso.

(Eso no es más que parte del plan de estudios. Será cubrir los créditos necesarios y el examen global o tesis, si así lo requiere la especialización).

Detectar la necesidad social. Para detectar la necesidad social tuvimos que recurrir a una serie de encuestas, a una serie de estadísticas, a una serie de información que nos permitió diseñar la especialización en Administración de Personal. También quiero comentar algo:

En la Facultad de Contaduría y Administración, se le ha quitado el título de Administración de Recursos Humanos. No podemos hablar de recursos humanos porque el humano no es un recurso; hay que darle rango humano. Vamos a hablar entonces de Administración de Personal porque no encontramos otro nombre mejor y nos quitamos de las traducciones porque esto de recursos humanos fue una traducción del inglés y se adaptó al español y nos sonó "muy sabroso" y así lo dejamos. Pero la verdad es que Administración de Personal representa dignidad al hombre y es un punto de vista muy personal.

Tenemos esta encuesta en donde se consideraron quinientas veinte empresas; estas empresas forman parte de la asociación, formada por los jefes de relaciones industriales, en el mil ochenta de la Asociación de Industriales del Estado de México. O sea, estamos hablando de mil seiscientas empresas en total, públicas y privadas, tomadas como universo, y se determinó una muestra estadística de ciento ochenta y una empresas.

De las ciento ochenta y una empresas encuestadas, los giros que

se les dieron fue, el veintiuno por ciento a comerciales, el uno por ciento a extra activas, treinta y cuatro por ciento de servicios y cuarenta y cuatro por ciento de transformación. Lo cual nos da el 100%.

Esto es por lo que se refiere a la necesidad social de la especialidad.

¿A quiénes se entrevistaron?

El 10% de los encuestados (18) fueron los directores. En 72 empresas contestó el gerente, que corresponde a un 40%; en 71 empresas respondía el jefe de departamento, que corresponde al 39%; y otros no especificados; el 11%. Podemos considerar que el 50% de los encuestados tenían un puesto de director o gerente, lo que le da mucha confiabilidad a las respuestas. Profesión de los entrevistados a quienes se entrevistaron:

Se buscó investigar profesión y determinar quiénes contestaban.

Licenciados en Administración, contestaron 73, que representa el 40%, Contadores Públicos 29, que representa el 18%; Licenciados en Relaciones Industriales, el 14%; o sea 25 jefes, gerentes o directores que tenían esta profesión y los demás son ingenieros, licenciados en Psicología 12, que corresponde al 7%; ingenieros industriales 11, que corresponde al 4%; otros, 28%. Hubo una abstención del 2%, o sea, tres no contestaron, no definieron su profesión; podrían entrar en otro círculo el cual daría el 15%.

Deseo abrir un paréntesis para aclarar una cosa: Esta investigación, que de otra manera hubiera resultado muy costosa, fue realizada por nuestra propia División de Estudios de Postgrado, con nuestros investigadores y pasantes, con nuestras relaciones personales para que intervinieran, al mejor nivel posible, los encuestados.

Las instituciones que representaban a las personas que se entrevistaron: a la UNAM, el 36% de las diferentes carreras; a la Universidad Iberoamericana, 29%; a la Universidad La Salle, 8%; la Universidad Autónoma Metropolitana, el 4%; el Instituto Politécnico Nacional, 21%; la Universidad del Valle de México, el 10%; la UNITEC, 5%; otras, 35%; y las abstenciones fueron cinco. Los porcentajes están en 36% para la UNAM, 16% para la Iberoamericana. Y esto vale la pena destacarlo; porque la carrera de licenciado en Relaciones Industriales es una carrera de la Ibero.

Respecto a la creación de esta especialidad, el 93% de las empresas encuestadas, dijo que era necesario, o sea, ciento sesenta y nueve encuestas dijeron que sí era un buen momento para implantar esta especialización en la UNAM; otros diez contestaron que no, lo que equivale al 6% y hubo dos abstenciones. Lo que nos dice que el 93% opinó que era una oportunidad de prepararse mejor.

### El profesionista Idóneo

¿Quién es el profesionista idóneo para tomar esta especialización a nivel de postgrado?

Ciento cuarenta y dos empresas consideraron que el licenciado en Relaciones Industriales, o sea, el 40%; ciento cuarenta licenciados en administración, el 39%; entre estas dos profesiones tenemos casi el 80%. Contadores públicos, 4%; licenciados en derecho 4%; ingenieros industriales, 4%; psicólogos, 9%. Esto nos da la oportunidad, inclusive, de ver que el licenciado en administración es un campo natural que tiene que atacar y en el que se ha desarrollado. Tenemos la obligación, como universidad, de darles salidas hacia arriba y una mejor preparación.

Una de las preguntas interesantes de esta encuesta, de este trabajo de campo, era si estuvieran interesados en contratar al egresa

do.

No vamos a producir profesionales nada más por producir; por tener mucho nombre, y producir un hombre más complicado y un diploma para colgar, o un grado para tener y ostentar. Hay que ver si va a haber o no va a haber campo de trabajo para este futuro egresado de nuestra escuela.

El 72% dijo que sí, porque a lo mejor es más fácil decir sí. El hecho es que el 72% dijo que sí. O sea, ciento treinta instituciones dijeron que sí les interesaba contratar al egresado, o promover a los que tuvieran para que tomaran esta especialidad. Que no, hubo cuarenta y cuatro contestaciones. A lo mejor tenían miedo de la preparación del que viene atras y pensaron: a lo mejor me desplaza: no sé, pero sí hubo cuarenta y cuatro negativas y 7 abstenciones. También hay que destacar que las empresas medianas y pequeñas no siempre tienen la estructura que justifique y pueda costear el contar con este especialista, por lo que podría esperarse que su contestación sería no. ¿Por qué? porque no pueden crear una estructura que apoye a un profesional de este rango. Esto hay que medirlo porque es una realidad, y de las encuestas que se hicieron a las empresas, hay de todos los tamaños, desde gigantescas hasta las empresas familiares.

También les preguntamos, por qué no queríamos que esto fuera con "mano negra", qué institución preferían que les diera esta preparación.

Aquí también contestan todos los licenciados en relaciones industriales que eran de la Ibero. La respuesta estuvo muy equilibrada: 18% decía que la UNAM debería darla; 18% decían que la Ibero americana. También opinaron que otras escuelas, como la Universidad la Salle, el Politécnico, la Universidad Autónoma Metropolitana, de las Américas, el UNITEC, el Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, etc. Aquí se sitúa la preferencia; y cuan

do menos ahí vimos que no estamos tan mal en la UNAM, tampoco -- estamos lo bien que quisiéramos pero eso nos obliga a ser mejo-- res.

Se les preguntó dónde se ubicaría jerárquicamente al egresado; - el 43% nos dijo que le iban a dar una gerencia, o sea, que el - puesto estaba "ad hoc" y diseñado para una gerencia; el egresa - do podía aspirar a ser gerente de personal, era el rango que le - iban a dar en su estructura. Setenta y seis empresas le dieron - un rango de gerente; veintiuna, 32%, le dieron el rango de jefe; de director, el 10%; de asesor, el 10% y hubo un 10% de absten-- ciones, diecinueve empresas aproximadamente, dijeron que no sa-- bían dónde ubicarlos.

Eso también nos dá a nosotros la oportunidad de ver hacia dónde-- vamos a producir y en dónde se van a ubicar nuestros egresados.

También les preguntamos cuáles eran los problemas más frecuentes en los departamentos de personal. Si hay aquí algunos especialis-- tas, prácticos o profesionales, que han dedicado su vida a los - departamentos de personal, gerencias o jefaturas, van a ver que-- no andamos tan errados:

El principal problema es la falta de personal capacitado. 16% -- quiere decir que hay mucha improvisación.

El principal problema, después del personal capacitado, eran los sueldos y salarios, 12%.

A la elevada rotación de personal, 12%.

La falta de desarrollo de personal, 11%.

Relaciones Laborales, 10%.

Exceso de ausentismo del personal, 9%.

Falta de identificación con los niveles de mando, 9%.

Falta de disciplina, 8%.

Ambiente de trabajo adverso, 7% y

Medio ambiente adverso, 6%.

Esto nos da un total de 100% que nos dice cuáles son los problemas más frecuentes de un departamento de personal.

¿Para qué nos sirve esta pregunta?

Para ubicar cuál va a ser la carga de materias, cuál será el enfoque que le demos a nuestra curricula, buscando que nuestros -- alumnos tengan mayor capacitación para atender estos problemas a los que se va a enfrentar en sus empresas. Al hablar de empresa no me estoy refiriendo a empresa privada nada más, me refiero a los organizadores, entidad a la que hay que darle servicio. O -- sea, no estoy hablando del sector privado en particular, me es-- toy refiriendo a empresa como un reto, como algo por obtener, un objetivo final.

Esto nos permitió cruzar mucha información para ver que tan bien andábamos y que tan ciertas eran las preguntas que andaban hacien-- do.

El perfil del egresado, ¿cómo lo establecimos?

Con áreas, materias, créditos y programas de materias. Definimos cuál era la carga metodológica que se requería por área, cuál -- era la carga de apoyo y cuál era el área sustantiva.

Definimos también, como política de nuestra Facultad que el míni-- mo serían 10 materias para darle un rango de postgrado, y que no habría máximo.

Vamos a ver cómo esto se convirtió en un plan de estudios y cómo se llegó al detalle de cuántas materias, cuántos créditos; diez materias equivalen a sesenta créditos porque se les daban seis créditos aproximadamente por materia.

Y qué máximo. Ese máximo nos lo iba a poner las necesidades de cada uno de los diseños que íbamos a hacer de especialidades.

Definido esto en las materias, ya es fácil definir los programas de las materias.

¿Cuál es el objetivo por lograr?. En estas materias, en estos programas, se vería el objetivo particular, los específicos, la temática, los apoyos, la bibliografía, apoyos didácticos, etc., para lograr este resultado final.

Vamos a ver cómo distribuimos los créditos en esta especialidad de Administración de Personal:

Al área metodológica le asignamos doce créditos. Crédito es una medida de la ANUIES (Asociación Nacional de Institutos y de Enseñanza Superior) en donde se definió que a cada hora de clase teórica, correspondían dos créditos; por cada hora de práctica, se le daba un crédito. Sin embargo, nosotros aquí definimos que, el área metodológica necesitaría doce créditos; el área básica de Administración de Personal, cincuenta y cuatro créditos, que es el área sustantiva; de las ciencias del comportamiento seis; del derecho dieciocho créditos.

Si ustedes recuerdan los créditos mínimos que habíamos definido en las políticas internas de la facultad, eran cuarenta. Aquí estamos llegando a noventa créditos; estamos creando propiamente quince materias que nos dan ese total.

Aquí se definieron cuatro áreas, que son: la básica de Adminis--

tración de Personal, que es la sustantiva; la del Derecho, cuyos conocimientos consideramos importantes, sobre todo Derecho Laboral, porque una persona que maneje personal y que no sepa Derecho Laboral, y la Ley del Seguro Social, está mal.

Entonces, necesitamos un gran apoyo y por eso son dieciocho créditos del área de Derecho.

De las Ciencias del Comportamiento necesitamos conocer los aspectos psicológicos y del comportamiento. Aquí se consideraron seis créditos, y del área de metodología doce, para que aprenda a investigar y manejar en determinado momento modelos estadísticos.

Vamos a lo interesante: cuál es el programa de la especialización en el programa de personal. Está planeada para tres semestres; se pueden impartir tres horas diarias cinco días de la semana; cinco materias por semestre. No es una carga fácil, sobre todo hablando del nivel postgrado.

Pero aquí nos hicimos una pregunta y una respuesta lógica: ¿por qué el mexicano cuando sale a estudiar al extranjero se dedica en tiempo completo y rinde, obteniendo los resultados? ¿y por qué cuando queremos estudiar en México, a veces buscamos las maestrías y los doctorados y las especialidades en fines de semana?

Necesitamos hacer un esfuerzo si queremos ser mejores, necesitamos excelencia y vamos a meterle muy fuerte.

Aquí tenemos quince materias, calculadas en tres horas; cada materia se da un día nada más, tres horas seguidas. Estamos hablando de gente que ya puede "soportar", y de estudiantes que deben absorber los conocimientos de tres horas seguidas de un maestro y también estamos hablando de maestros de altísimo nivel que de-

ben de dar un día a la semana, y con un día a la semana en la Universidad, nosotros estamos satisfechos; no podemos estarlos -- llevando de un lado para otro, necesitamos excelencia y para que rinda el tiempo, y pueda haber ejemplos con un buen desarrollo, -- será un día a la semana. Al que le toque el lunes, le vuelve a -- tocar hasta el lunes siguiente y puede dejar trabajos. Pero no -- nos alejemos de nuestra realidad, nuestros estudiantes van a ser -- gentes que trabajan, y que están rindiendo un trabajo de tiempo -- completo, que necesita un esfuerzo extra para llegar a esa espe -- cialización; que necesita, posiblemente, sacrificar familia, di -- versiones, pero que el logro de este objetivo le dará una satis -- facción y un rango superior, le dará la oportunidad a aspirar a -- puestos mejores y a tener una capacitación de élite, una capaci -- tación superior.

En el primer semestre, y ustedes pueden ir ubicando en los cua -- tro grandes grupos, tendríamos: teorías de la dirección de perso -- nal; metodología de la investigación (aquí está una de las mate -- rias metodológicas), Derecho Social I; Capacitación y Desarrollo -- I; Proceso Empleo, una materia; y aquí serían tres horas de cla -- se, lo que nos daría seis créditos, treinta créditos para este -- semestre en total.

Para el segundo semestre: Capacitación y Desarrollo II; en cada -- materia se tiene un programa específico y su temática; Métodos -- Estadísticos Aplicados a la Administración de Personal; Derecho -- Social II; Administración de Sueldos y Salarios; y Administra -- ción de la Seguridad e Higiene Industrial.

Tercer semestre: Historia del Movimiento Obrero Mexicano y Dere -- cho Sindical, (no se trata de producir nada más de un lado, nece -- sitamos producir gente capacitada para todos, para este país, -- sin ninguna tendencia; no tenemos la obligación de producir pro -- fesionales para un grupo específico o para un objetivo, necesita

mos producir profesionales para México); Ergonomía; Comportamiento Humano en las Organizaciones; Prestación de Servicios e incentivos; y Temas Selectos de Administración de Personal.

En esta tabla mostramos, por semestre, el valor respectivo de los créditos. Son tres horas a la semana de cada materia; durante un semestre de dieciseis semanas efectivas. Esto es a lo que equivale un semestre de estudios, y debe de realizarse en año y medio. En alguna institución donde no se tenga la necesidad, o con alumnos de tiempo completo, podríamos acortar este plazo porque los períodos de vacaciones se reducirían. Pero esto está planeado para tres semestres desde el punto de vista universitario, y en instalaciones universitarias. La verdad es que se está reduciendo a un año dos meses, un año tres meses, sin períodos de vacaciones; es un año y medio, vamos a calcular, de sacrificios, pero el fruto es algo interesante.

Quiero aclarar que este diseño no está copiado de nadie; se está partiendo de nuestra investigación y partimos de nuestra experiencia y no la experiencia mía como académico de laboratorio, sino de gente que ya ejerce en puestos como gerentes de personal, como directores de personal, etc. Les reunimos para ver y diseñar este programa, porque creemos que debe ser práctico cien por ciento.

Como ustedes ven, aquí ya no nos metemos en "rollos" ni en "re-llenos", nos vamos al "grano" y queremos que este especialista sepa de Administración de Personal.

Creo yo que con ésto les hemos dado a ustedes la oportunidad de ver gráficamente esta especialización y por qué la consideramos tan importante; pero también para darles una imagen de cuales son las especialidades creadas y que ya están funcionando en nuestra Facultad.

Administración de Personal; Administración de Instituciones de Enseñanza Media Superior y Superior; Administración de Empresas Papeleras y Gastronómicas; Administración de Producción; Fiscal; Mercadotecnia, Contaduría Pública, Comercio Exterior, Finanzas e Informática, son las diez primeras especialidades que se están impartiendo, algunas ya van a concluir su primera generación y los grupos están planeados para entre veinte y treinta alumnos, no más, con costos de recuperación para la universidad, que ya dió mucho a cambio de nada; ahora, justo es que el egresado que ya tiene una licenciatura pague el costo de recuperación, no nos interesan las utilidades; nuestra institución no es de lucro, pero sí queremos seguir creciendo; necesitamos hacerla autosuficiente, a nivel de postgrado.

Estas diez especialidades son las que ya han sido aprobadas por el Consejo Técnico. Otras que voy a presentarles, nada más para ubicarlos, están en proyecto avanzado, entre un 60 y un 100%. Algunas otras se encuentran todavía en sus primeros pasos para su diseño: Auditoría Operacional; Auditoría Financiera; Administración de Riesgos; Administración Bancaria; Administración de Adquisiciones. Una vez concluídos, pasarán a aprobación del Consejo Técnico y del Consejo Universitario.

Ya para terminar, voy a repetir las conclusiones de mi conferencia anterior, que considero muy aplicables en este caso.

- Necesitamos dar respuesta pronta con alcances largos.

!Ya!

(A lo mejor dentro de seis meses o un año, tenemos que modificar los planes que se han presentado aquí. ¿Por qué?, porque la propia experiencia nos va a decir que algo le faltó o algo le sobró y que necesitamos adecuarlo. A lo mejor hay cambios de la situación laboral, hay cambios en la legislación y necesitamos adecuar

lo; pero nuestras respuestas deben ser rápidas y buscar que surtan el efecto a largo alcance, y que quede ahí permanentemente - la preparación mejor de nuestros egresados).

- Necesitamos darle un enfoque nacional.

(Esto no lo podemos copiar, ni llevar a ningún lado, sobre todo en la Administración de Personal en el aspecto legal. No les podemos enseñar a otros países, ya que la idiosincracia del mexicano no es diferente a la de los sajones, por ejemplo. No podemos copiar los modelos americanos, ni los ingleses, ni los franceses, ni podemos copiar los procesos argentinos. ¡Por qué!, porque en determinado momento hay que adecuarlos a nuestro país. El enfoque tiene que ser completamente nacionalista; tampoco los sindicatos son iguales a los de otros países. Vamos a solucionar nuestros problemas con nuestros recursos).

- Necesitamos aumento de la productividad.

(Esto que se habla y se habla de productividad, qué pocos nos lo han definido. Si queremos ser mejores y salir de todos estos problemas y de estos baches, y mejorar personalmente, necesitamos - promover la productividad con capacitación, y la capacitación -- llega también desde el que va a dar, o la va a promover, o va a administrarla).

- Necesitamos consolidar nuestras profesiones.

- Necesitamos consolidar el postgrado.

(Necesitamos darles salidas hacia los lados, no repartir titulos. Repartir preparación para poder aspirar a tener mejores profesionales, que se sientan orgullosos de haber pasado por la --- UNAM) y

- Necesitamos investigar.

(Investigar y enseñar. Necesitamos investigar lo que se enseña y enseñar lo investigado.

Aquí repito el chiste que ayer hice de que necesitamos "saber poner el huevo pero también necesitamos cacarearlo".

Esto es algo que tenemos que hacer siempre, porque de sabios ignotos está lleno este país, y este mundo, y no nos sirven para nada.

Necesitamos transmitir lo que alguien sabe y descubre para poder lo multiplicar y llevarlo al mayor número de gente).

PROCESO DE EVALUACION DE LAS UNIDADES MEDICAS DEL IMSS

ARQ. RODOLFO PEREGRINA MA-  
RROQUIN, TITULAR DE LA SUB  
JEFATURA DE INVESTIGACION  
INSTITUCIONAL DE LA JEFATURA  
DE DESARROLLO DE LA SUBDIREC  
CCION GENERAL DE ABASTECIMIEN  
TOS DEL INSTITUTO MEXICANO --  
DEL SEGURO SOCIAL.

CONFERENCIA DICTADA EL DIA  
18 DE SEPTIEMBRE DE 1984.

## C U R R I C U L U M      V I T A E

El arquitecto Rodolfo Peregrina Marroquín, es egresado de la Escuela Nacional de Arquitectura de la UNAM (1967-1971)

Realizó estudios de Planeación de Unidades Médicas en el "Medical Architecture Research Unit" del Politécnico del Norte de Londres. Londres, Inglaterra.

El Arq. Peregrina ha desempeñado, dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social los siguientes cargos: Coordinador de Proyectos en Obras y Jefe del Departamento de Evaluación de la Jefatura de Proyectos; Coordinador de Programas IMSS-COPLAMAR en los estados de Sonora, Jalisco, Nayarit y Colima, consistente en la construcción de cien Unidades Médicas Rurales; Jefe del Departamento Técnico de Estudios Económicos de la Subjefatura de la Jefatura de Control de Calidad. Actualmente es Titular de la Subjefatura de Investigación Institucional de la Jefatura de Desarrollo de la Subdirección General de Abastecimientos.

Asimismo el Arq. Peregrina Marroquín es miembro de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística de la "Medical Architecture Research Unit" y del Colegio y la Sociedad de Arquitectos de México (CAM-SAM)

## 1. EL PROCESO

Ha sido preocupación constante de las áreas de Proyectos, - Construcciones y Conservación del Instituto Mexicano del Seguro Social, eliminar el empirismo, en aras de obtener juicios estructurales y sistemáticos, que le permitan conocer las fallas y los aciertos en los sistemas que maneja en sus distintas etapas y tender a un mejor control de calidad de las obras que realizan.

La instrumentación de un programa de evaluación que comprenda el comportamiento cuantificable de los sistemas de planeación, diseño y construcción, en la operación y conservación de unidades, constituye una de las decisiones tomadas por el Instituto, a fin al logro de dicho control y la que le ha permitido apoyar la política institucional de mejorar los servicios que imparten sus unidades, ello, a través del mejoramiento de la obra arquitectónica, hábitat físico de la operación de los servicios.

La evaluación como herramienta para el control de calidad de los proyectos arquitectónicos, constituye el objetivo -- que guía la acción evaluadora de estas áreas en materia de diseño, en la idea de que son las fases previas a la construcción de los edificios, las determinantes en la posibilidad de mejorar su operación y a las que consecuentemente requiere brindárseles importancia prioritaria en cuanto al -- ejercicio de un control adecuado de calidad.

### 1.1 MARCO TEORICO

La evaluación sobre el funcionamiento de los edificios se ha convertido en un tema importante y en una fuerza de beneficio para la obra arquitectónica.

En casi todo proceso productivo de arquitectura se hacen estudios sobre evaluación, sin embargo, frecuentemente crecen de una estructura base, de un sistema sobre el cual pueden desarrollarse, estableciendo una retroalimentación permanente de los procedimientos de uso.

Los factores de análisis que componen estos estudios, en muy pocos casos se han podido procesar y medir, y cuando es así, tal medición involucra subjetivismos que no describen los objetivos para los que fue planeada y diseñada la obra arquitectónica.

En nuestra sociedad de consumo, el hombre ha creado un conjunto de productos para satisfacer demandas precisas, pero se presenta una inversión de ese orden natural, al acabar imponiéndose esos productos sin que medie alguna necesidad, o en todo caso, sin revisar si las "demandas precisas" continúan vigentes o ya caducaron.

Esta situación general con sus serias resultantes, inconveniencias y gastos superfluos, no se puede resolver simplemente con conseguir mejores diseñadores, ingenieros o arquitectos, así como gastando más dinero, sino a través de un sistema que permita predecir el efecto del producto -en este caso un edificio- sobre los usuarios y viceversa.

En la complicada información que el planeador y el diseñador usa como base para tratar de resolver su problema, una pieza vital ha sido desechada. Mucho esfuerzo se ha invertido en desarrollar medidas de decisión, pero muy poco en tratar de investigar cómo se usa en realidad el edificio y su equipo, y que tan --

eficiente fueron los procedimientos de decisión.

La situación entonces se presenta en que la teoría se constituye en teoría previa, sin hacer intervenir a la experiencia, al elemento que permitirá que el control de calidad indispensable en el proceso productivo del espacio físico se realice conscientemente.

Si la creación del espacio físico debe ser un proceso más consciente, más cognoscible, con igual sentido se deberán desarrollar los métodos de evaluación de los mismos, alrededor del contexto general de las normas e ideas que definen el diseño como actividad del servicio.

El objetivo de toda evaluación se conjuga con el verbo "mejorar", en deducir los cambios que ha sufrido un proceso a efecto de establecer las posibilidades de cambio de las normas, indicadores o parámetros en los que se apoya, y así evitar su natural obsolescencia.

La evaluación siempre va ligada al juicio crítico de una norma en su comportamiento en la operación, base cognoscitiva que permite establecer alternativas en su necesidad de actualización y por tanto en la posibilidad de "mejorar" un sistema.

## 1.2 MARCO INSTITUCIONAL

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, la acción evaluadora constituye un elemento que regula la calidad y productividad de los procesos de planeación, diseño, construcción y conservación de tal suerte, --

que le permite retroalimentar a sus áreas de proyectos, con los resultados de la aplicación de la acción de diseño arquitectónico y de ingeniería, en la construcción, conservación, así como a los que operan y usan las unidades, contar con la garantía de un diseño siempre productivo, según la experiencia acumulada institucional y la realidad operativa del momento.

Dentro del sistema de producción de unidades de servicio de la institución, lo anterior se traduce a un proceso que iniciándose en el análisis esencialmente de planeación, se materializa en la síntesis de diseño y construcción y que para fundamentar de una nueva cuenta ese principio, se vale de la evaluación, del comportamiento de las normas que apoyan esa síntesis en la operación y la conservación de las unidades.

Más allá, sin embargo de esta simplificación teórica, que sitúa a la evaluación como principio y final de un proceso más general, el proceso de evaluación tiene como rango para operar el correspondiente al proceso productivo de diseño de modo que coadyuva con su etapa de planeación, con el juicio crítico de los indicadores de dotación y dimensionamiento de las unidades que sirvieron de apoyo para su proyecto y construcción, con su etapa de anteproyecto aportando diagnósticos y recomendaciones relativas al comportamiento de las normas de diseño en la operación; y finalmente su etapa de proyecto, con la evaluación del propio proceso de diseño, para los efectos de alcance de mayores índices de calidad y productividad en la elaboración de la síntesis de diseño, lo que consecuentemente trascenderá en la construcción, operación y conservación de las unidades.

## 2. FUNCIONAMIENTO

Para el efecto, el proceso de evaluación se compone de 5 pe ríodos básicos:

### 2.1 DE CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

En este período se define "cuál es el problema", así como su significado y magnitud; su por qué, cómo, --- cuándo, dónde; sus objetivos, alcances, marcos de refe rencia, lineamientos y normas en que se apoya, y como corolario las hipótesis de evaluación con las que el diag nóstico se ha de medir.

### 2.2 LEVANTAMIENTO DE INFORMACION

En este segundo período se investiga en campo y en ga binete los diferentes factores que inciden sobre la - procedencia o improcedencia de las hipótesis de eva- luación y de las normas en que éstas se apoyan.

### 2.3 DE DIAGNOSTICO Y COMUNICACION

Aquí se compara lo normativo y lo hipotético, con lo que en realidad opera, separando lo significativo de lo insignificante, lo importante de considerar como - factor de corrección del sistema de lo que tiene esca sa trascendencia, haciendo partícipe de ello a todas las áreas involucradas en el proceso de diseño.

### 2.4 DE EVALUACION EN EL PROCESO DE DISEÑO

Aquí las conclusiones de evaluación se someten a prue- ba en el proceso de diseño, para los efectos de con--

trol de la calidad y de productividad del propio diseño.

## 2.5 DE RETROALIMENTACION A LA OPERACION

En este último período se clasifican los resultados obtenidos a través de la acción interdisciplinaria, a fin de retroalimentar a los procesos de construcción, operación y conservación, con información relativa a la forma en que opera el diseño dentro de esos procesos.

## 3. METODOLOGIA

Aún cuando no es posible generalizar dando fórmulas sobre la metodología y el procedimiento a seguir, pues cada problema trae implícito sus propios objetivos, marcos de referencia, recursos disponibles, por lo que exige el conocimiento específico de la naturaleza física, social, económica y política de lo que se pretende investigar. Existe un marco general que permite al instituto proceder en lo relativo a la evaluación arquitectónica con cierto orden. Un primer punto de referencia viene dado por los cinco períodos de evaluación anteriormente enunciados; otro por la serie de acuerdos que sirven de base para encausar todo ese proceso de evaluación dentro de la calidad técnica deseada.

### 3.1 ACUERDO SOBRE LOS OBJETIVOS DE LA EVALUACION

Se trata de analizar y evaluar conjuntamente con los usuarios de las unidades de servicio del IMSS y las áreas que construye, operan y conservan esos servicios, los resultados obtenidos de la aplicación de

las normas técnicas de planeación y diseño en la construcción, operación y conservación de las unidades, de tal suerte que ello permita formular recomendaciones que conduzcan a su mejoramiento y actualización, con la consecuente regulación de la calidad y productividad del propio diseño.

### 3.2 ACUERDO SOBRE EL CAMPO DE APLICACION DE ANALISIS

Si la evaluación arquitectónica ha de dirigirse a regular las normas técnicas de planeación y diseño que sirven de apoyo a la construcción, conservación y operación de las unidades, se ha de concluir entonces que toda investigación al respecto, deberá entenderse en los términos de adecuación o inadecuación, suficiencia e insuficiencia de los diferentes factores de planeación y de diseño que normaron el resultado físico y operativo sujeto a evaluación.

LOS FACTORES A ANALIZAR SON LOS SIGUIENTES:

#### 3.2.1 A NIVEL DE PLANEACION

##### 3.2.1.1 ANALISIS DEL MEDIO FISICO

A efecto de determinar la adecuación del proyecto arquitectónico a su ambiente ecológico.

##### 3.2.1.2 ANALISIS DEL MEDIO URBANO

A efecto de establecer la adecuación de la unidad al medio ambiente urbano y las interrelaciones que dicha adecuación crea, dentro del contexto en donde está ubicada.

3.2.1.3 ANALISIS DEL MEDIO SOCIO-CULTURAL

A efecto de comprobar las características y la conducta de la población que condiciona la relación entre contexto socio-cultural y la unidad de servicio.

3.2.1.4 ANALISIS DEL MEDIO SOCIO-ECONOMICO

A efecto de verificar los patrones socio-económicos que se proyectan sobre la unidad, dada la estructura de trabajo que apoya cada servicio del IMSS

3.2.1.5 ANALISIS DE LOS INDICES DE PLANEACION

A efecto de regular en términos de módulos mínimos de productividad los locales más significativos del sistema edificio y regional.

3.2.2 A NIVEL DE DISEÑO

3.2.2.1 ANALISIS DIMENSIONAL DEL PROYECTO

A fin de establecer el comportamiento de los locales por medio de índices de productividad por unidad de superficie.

3.2.2.2 ANALISIS FUNCIONAL DEL PROYECTO

A fin de determinar la eficiencia de las relaciones operativas de los departamentos que integran el sistema edificio, en su conjunto y acciones particulares.

### 3.2.2.3 ANALISIS DEL MEDIO AMBIENTE POR LOCAL

A fin de comprobar los niveles de confort de las distintas áreas y locales de la unidad, en cuanto a las características de los elementos muebles e inmuebles que hacen que opere el espacio en su capacidad para el cambio, así como en lo relativo a la ventilación, iluminación, asoleamiento, aislamiento, etc.

### 3.2.2.4 ANALISIS FISICO DE LOS LOCALES

A fin de revisar las normas relativas a la especificación de los materiales de construcción, el mobiliario y del uso de los espacios.

### 3.2.2.5 ANALISIS DE LOS SISTEMAS MECANICOS

A fin de verificar la eficiencia de los equipos electromecánicos y sistemas de construcción y de instalaciones, en torno a las necesidades de operación.

## 3.3 ACUERDO SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE ANALISIS QUE HAN DE APOYAR LA EVALUACION

Dada la base establecida en cuanto al proceso productivo de evaluación, la cuestión se plantea en la definición de los instrumentos de diagnóstico que han de permitir que la evaluación tenga un grado adecuado de precisión. Al respecto se plantean los siguientes considerandos en los que se debe apoyar el diseño de los instrumentos de evaluación:

- 3.3.1 Deberán ser representativos de la caracterización que posea cada problema particular, de modo que en las diferentes etapas del proceso de evaluación se desprendan con fluidez unas de otras, y se facilite su interpretación y cotejo en relación a las normas.
- 3.3.2 Deberán apoyarse en la incidencia estadística con que se produce un mismo fenómeno en las diferentes unidades componentes de una muestra, como condición básica para que la evaluación sea válida.
- 3.3.3 Deberán traducirse hasta el nivel de las diferentes causas que producen una incidencia, a efecto de brindar a las áreas que establecen las normas de planeación y diseño de la institución, elementos de juicio en la adecuación de las mismas a la realidad.

#### 4. CÓROLARIO

Operar con eficiencia al sistema de evaluación, hacia el logro de un mayor control de calidad en el proyecto, involucra aprender a distinguir lo constante de lo variable, aquello que representa un simple guión, para llegar ordenadamente a un resultado (los pasos fundamentales que hay que ir cumpliendo uno a uno, a efecto de no caer en el caos) de lo que necesariamente es y debe variar muy a pesar de tener el caos como perspectiva, en donde se requiere más de imaginación que de un sistema.

La comunicación permanente entre todos los participantes en el proceso de evaluación como instrumento básico para opti-

mizar el trabajo en equipo; la conducción de ese esfuerzo colectivo, auxiliado por un proceso técnico, que en forma dinámica analiza, sintetiza y evalúa, y a través de un circuito en espiral, apoya cada vez con mayor certidumbre su paso siguiente; la revisión constante de los componentes de dicho proceso a la luz de su significado para los objetivos, alcances e hipótesis que le sirvieron de base representan los medios que el IMSS, apoya su posibilidad de conciliar lo permanente con lo variable en las unidades sometidas a una evaluación y su capacidad de asimilación al cambio sin destruir su base organizativa original.

UBICACION DE LA EVALUACION EN EL PROCESO DE PRODUCCION DE LA PLANEACION, EL DISEÑO, LA CONSTRUCCION, LA OPERACION Y LA CONSERVACION DE LAS UNIDADES MEDICAS. CAMPO DE ACCION

- EL PROCESO DE EVALUACION COMO REGULAR DEL SISTEMA DE PRODUCCION DE UNIDADES MEDICAS

El proceso de evaluación, por estar ligado al juicio crítico de las normas técnicas en su comportamiento en la operación, es decir, al conocimiento y asimilación de una experiencia acumulada constituye un elemento regulador del proceso de producción de la planeación, el diseño, la construcción, la operación y la conservación de las unidades médicas, de tal suerte que interactiva permanentemente con él, a efecto de coadyuvar con la elevación de su calidad y productividad.

- EL PROCESO DE EVALUACION COMO PARTE DE UN PROCESO DIALECTICO\*

Dentro del sistema de producción de unidades médicas,



DIRECCION GENERAL  
SUBDIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA  
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL  
JEFATURA DE SERVICIOS GENERALES

SECRETARIA GENERAL / JEFATURA DE PUBLICACIONES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL