

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL (IMSS)
A LA POBLACION CAMPESINA CAÑERA
EJIDO EMILIANO ZAPATA. MUNICIPIO DE XALISCO.
ESTADO DE NAYARIT. 1985

TESIS QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
PRESENTA BERNABE RIOS NAVA

MEXICO, D.F. 1986.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.	PRESENTACION	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3.	MARCO TEORICO:	
	3.1 DETERMINACION DEL FENOMENO SALUD-ENFERMEDAD.	18
	3.2 PRACTICA MEDICA Y SUS IMPLICACIONES EN NUESTRA SOCIEDAD.	32
	3.3 ESTADO Y PRACTICA (ANTECEDENTES).	41
	3.3.1. LA MEDICINA DEL ESTADO EN ALEMANIA.	43
	3.3.2. LA MEDICINA URBANA EN FRANCIA.	50
	3.3.3. LA MEDICINA LABORAL EN INGLATERRA.	54
	3.4 CARACTERIZACION DEL MODELO MEDICO Y SU ENFOQUE CIENTIFICISTA.	58
4.	MARCO SOCIO-HISTORICO.	
	4.1 CARACTERIZACION DE LA FORMACION SOCIO-ECONOMICA MEXICANA.	65
	4.2. ESTADO Y PRACTICA MEDICA EN MEXICO (CARACTERIZACION DEL ESTADO).	72
	4.2.1. LA INCURSION DEL ESTADO EN EL CAMPO MEDICO.	82
	4.3 CLASE SOCIAL Y ATENCION MEDICA.	90
	4.4 LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO.	109
	4.4.1. EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL CAMPO.	130
	4.4.2. INCORPORACION DE LOS CAMPESINOS CAÑEROS AL REGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	134
	4.4.3. ALTERNATIVAS EN LA INCORPORACION DE NUCLEOS CAMPESINOS.	142
5.	SITUACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA POBLACION CAMPESINA CAÑERA DEL EJIDO EMILIANO ZAPATA.	
	5.1. LA CAÑA DE AZUCAR EN LA NUEVA GALICIA HOY ESTADO DE NAYARIT (ANTECEDENTES HISTORICOS).	148
	5.1.2. LA CAÑA DE AZUCAR EN LA NUEVA GALICIA.	150
	5.1.3. NOTICIAS SOBRE LOS PRIMEROS INGENIOS DE LA REGION.	153

5.1.4.	LA CREACION DE LOS PRIMEROS HOSPITALES.	157
5.2	SITUACION DEL MUNICIPIO DE XALISCO (ANTECEDENTES HISTORICOS).	165
5.2.1.	ASPECTOS GENERALES.	165
5.2.2.	SITUACION AGRICOLA EN EL MUNICIPIO.	167
6.	ESTUDIO DE CAMPO. EJIDO EMILIANO ZAPATA (ASPECTOS ORGANIZATIVOS).	172
6.1.	EJIDO EMILIANO ZAPATA (GENERALIDADES).	175
6.2.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO: LA INTRODUCCION DE LA CAÑA DE AZUCAR Y SUS REPERCUSIONES.	176
6.3	LOS PROPIETARIOS DE TIERRA (EJIDATARIOS).	184
6.4	CORTADORES LOCALES.	190
6.5	CORTADORES FORANEOS.	197
6.6	RELACION EJIDO-INGENIOS.	203
6.7	SITUACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	212
7.	CONCLUSIONES.	221
8.	ANEXOS.	240
9.	CUADROS Y GRAFICAS.	256
10.	BIBLIOGRAFICA GENERAL.	294

"Desde que existen diferencias, los grupos que conforman la sociedad han recibido de manera distinta los beneficios de los servicios de salud".

NECESIDADES ESENCIALES EN
MEXICO. SITUACION ACTUAL
Y PERSPECTIVAS AL AÑO _ _
2000. SALUD. COPLAMAR_ SI
GLO XXI.

PRESENTACION.

En años recientes hemos sido testigos de una copiosa producción de trabajos, que han abordado el fenómeno salud-enfermedad desde distintos enfoques. La vinculación de las Ciencias Sociales y la Medicina ha abierto el camino para el estudio de todos los problemas relacionados con dicho binomio.

Aún cuando ésta tradición se remonta al siglo pasado en Europa, en América Latina ha tomado un gran interés, según algunos autores a partir de la década de los sesentas.

Ello ha dado como consecuencia, que las Ciencias Sociales empiecen a ser aceptadas, en áreas donde anteriormente no se veía su utilidad. Aunque éste proceso ha sido lento, hoy día en el área médica pueden ya verse presentes: la Sociología Médica, la Antropología Social, la Historia de la Medicina, la Medicina Social, etc., como pilares en la formación del estudiante de medicina.

En verdad no ha sido fácil aceptar, que la medicina debe un tanto de su desarrollo a las Ciencias Sociales, para echar por tierra su ancestral autonomía social o política.

Las relaciones de éstas dos disciplinas, siguen construyéndose día a día en diversos centros de investigación. Esta unión ha dado como resultado que la explicación de los fenómenos que concurren en el proceso salud-enfermedad, abran nuevos cauces con el fin de poder entender una nueva faceta, por así decirlo, de la sociedad en que vivimos.

Los aspectos relacionados con la salud-enfermedad, ya no son exclusivos del área médica, así nos lo demuestran trabajos como : "Medicina y Capitalismo en México" (+), "Capitalismo y Enfermedad" (++) , "La Crisis de la Medicina Mexicana" (+++). Por citar sólo algunos, donde vemos ya nuevos enfoques teóricos a viejos problemas.

Abordando cuestiones filosóficas, donde se hace imprescindible un

marco teórico de explicación, hasta el trabajo de campo mediante la utilización de : la encuesta, la entrevista o el testimonio. La sociología marxista ha demostrado que también la medicina, fruto de las relaciones sociales, mantiene un carácter social e histórico en todas sus manifestaciones. Y que si lo social en momentos individuales llega a pasar desapercibido, es en el grupo donde toma su real dimensión. De ahí que todo análisis sociológico, como lo menciona la Dra. Asa Cristina Laurell, toma su utilidad cuando la unidad de análisis o estudio es el grupo social. (1)

En este sentido puede en un momento aceptarse, que la práctica médica, la conceptualización del fenómeno salud-enfermedad y el saber médico, son por consecuencia un fruto y resultado de las luchas sociales, políticas y económicas que ocurren al seno de nuestra sociedad entre las distintas clases sociales. En otras palabras mostrarán; la serie de contradicciones, los valores y la filosofía de la clase en el poder que los ha visto engendrar.

En nuestro caso, el estudio de la extensión de la seguridad social, lo abordamos en relación con toda la serie de aspectos socio-económicos, que puedan de una u otra manera darnos una visión más amplia e integral de su actual situación. Además de concebirla como resultado de un proceso histórico al interior de una colectividad.

Como una gestión estatal en materia de salud, la extensión de la seguridad social al campo mexicano, se torna como un punto de estudio necesario. En tanto que en ella se resume una acción política y económica que necesariamente responde a determinados intereses de clase.

Considerando que el Estado Mexicano se ha distinguido por su función dirigente y promotora en el otorgamiento de éste tipo de beneficios a la clase campesina, se hace necesario entender de que manera éste tipo de acciones responde a los fines de una sociedad clasista.

Enmarcada dentro de una estructura de servicios de atención médica suma-

mente dispar, la seguridad social debe de cumplir con los objetivos para los que fué diseñada; enfocada a acciones eminentemente curativas y de rehabilitación, se destina al mantenimiento de la fuerza de trabajo campesina y a la permanente reproducción de ésta.

En una sociedad como la nuestra no puede abstraerse de los criterios de desigualdad e injusticia social, que rigen el otorgamiento/acceso de los servicios médicos.

De ahí entonces que la extensión de la seguridad social a las poblaciones cañeras de México, sirva entre otras cosas para reproducir el carácter ideológico de una sociedad, donde lo cotidiano es la explotación de una clase por otra.

Por ello no está fuera de lugar decir, que como un derecho universal, el goce de los bienes materiales y culturales por el hombre a través de la seguridad social en su sociedad, esté aún por empezar.

El estudio de una población cañera de nuestro país, trata de dar una visión panorámica del estado de cosas que guarda la extensión de la seguridad social. Con el único fin de contribuir en la medida de sus posibilidades a exponer y realatar el carácter histórico-social que guarda la práctica médica oficial en nuestro país.

- (1) Laurell Asa Cristina, et.al. Enfermedad y Desarrollo: Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, # 84, Medicina: economía y política. Año XXII Nueva Época, abril-junio 1976. UNAM, FCPyS, p.133
- (+) Laurell, Asa Cristina. Medicina y Capitalismo en México. Cuadernos Políticos # 5, El Era, México 1975.
- (++) Soriano, Raúl Rojas. Capitalismo y Enfermedad. Folios Ediciones, 2a. ed. México 1984.
- (+++ López Acuña Daniel. La Crisis de la Medicina Mexicana. Revista Siempre, # 1209, agosto 25 1976.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Expresamos que el proceso salud-enfermedad, la práctica médica y el saber médico, expresados en la política de la seguridad social, son un producto cultural y socio-económico, que toma matices políticos. Siendo el resultado de una sociedad y de las relaciones sociales que se han establecido al interior de éste. En la realidad se presentan como un todo, pero siempre manifestándose "...como constituyentes de una parte dinámica de una determinada sociedad, las cuales sólo encuentran su explicación y comprensión dentro de ella".(1)

Siendo partes constituyentes de un proceso histórico, sus cambios están íntimamente ligados a las transformaciones históricas del proceso de producción económica. (2)

En el caso de los países de América Latina, se considera que la serie de cambios que han ocurrido en el área de la salud (la asistencia social o la seguridad social), han tenido como fondo las características particulares, que en ésta parte del mundo tomó el desarrollo del capitalismo.

Destacando aquellos países, en los cuales, se produce un desarrollo temprano del capitalismo, lo que provoca cambios en las funciones del Estado; como lo fueran su participación, en la creación y posterior evolución de los servicios de salud. Es decir, debe de hablarse de la seguridad social íntimamente ligada a la participación estatal: tal es el caso de Argentina (1880), Brasil (1845-1847), Uruguay (1845), quienes son considerados en América latina los pioneros en la creación de los Departamentos de Sanidad.(3)

Respecto al seguro social podemos observar lo siguiente "...en su etapa inicial, sólo otorgaban sus beneficios a aquellas personas dedicadas a una actividad específica. Este hecho ocasionó en la mayor parte de los países, el que se creara un régimen determinado por cada rama de actividad económica. Las primeras leyes del Seguro Social se refirieron a jubilaciones y pensiones para los servidores del Estado, militares y personal de docencia oficial. Así

por ejemplo, en Argentina existían pensiones para los empleados de la administración nacional desde 1887; en Brasil tenían derecho a pensiones, desde 1827, las viudas y huérfanos de los oficiales de marina, así como las familias de ciertos funcionarios (1836) y las de empleados de correos (1839). Se otorgaban también pensiones de sobrevivientes para funcionarios del Ministerio de Hacienda (1840) y jubilaciones para el personal del Ferrocarril Central del Brasil (1840). En Chile, la primera ley de montepío militar se dictó en 1855. En Uruguay, se daban pensiones a los empleados civiles del Estado ya desde 1838, había seguro de invalidez para policías y bomberos (1842) y caja de pensiones para el personal de la enseñanza pública (1846). En Ecuador, se contaba con jubilaciones para profesores y telegrafistas (1895) y en Perú el servicio de jubilaciones y pensiones a sobrevivientes para los empleados públicos se conocía desde 1851". (4)

Por ello debe de entenderse que "...aunque las disposiciones de la legislación laboral y el establecimiento de algunas instituciones de seguros sociales preceden en casi todos los países a la implantación de los sistemas formales, es generalmente aceptado que son cinco los sistemas más antiguos de la región: los establecidos en Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay".(5)

La creciente necesidad de materias primas y el contar con un mercado que los suministrara en forma permanente, hace que los principales monopolios norteamericanos, se enfoquen para su extracción, a aquellas áreas que son puntos neurálgicos para las economías latinoamericanas (petróleo, azúcar, café, tabaco, plata, cobre, y minerales en general, etc.). Por ello es comprensible que durante éste período (fines del siglo XIX), las acciones en materia de salud, se destinan a las poblaciones que se ubican en las principales zonas agrícolas y extractivas de la región.

La exportación de materias primas, hacía indispensable mantener un nivel de producción constante, por lo que las actividades sanitarias, se dirigen al control de aquellas enfermedades más frecuentes y que provocan, grandes estru-

gos en la población nativa y extranjera (como el caso de la fiebre amarilla en el Puerto de Veracruz y la peste en Perú), así como un retraso en el comercio internacional con las metrópolis. La acción médica entonces, se encarga de que el proceso de producción, no se detenga y garantice el mantenimiento de la fuerza de trabajo.

A raíz de la Primera Guerra Mundial, las acciones de sanidad cobran relevancia por parte de la Fundación Rockefeller, en aquellos países donde tenían inversiones. Durante éste tiempo dichas acciones se centran en la lucha contra las enfermedades endémicas de la población rural, que estaba ligada al proceso de explotación petrolera. (6) Ello manifiesta que las respuestas institucionales hacia la protección de la población, han venido aparejadas con los cambios en el desarrollo económico.

Para el caso de México es con la política de la sustitución de importaciones en materia económica, que los cambios en el terreno de la salud van a presentar otra fisonomía de la que habían venido dando.

Durante el régimen del General Lazaro Cárdenas, la política de salud vivió una de sus etapas más activas con la creación: de los servicios de Higiene Industrial para proteger la salud de los trabajadores, los Servicios Sanitarios Ejidales Cooperativos, la Secretaría de Asistencia, la Comisión Nacional de la Habitación, la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, la Escuela de Medicina Rural, así como el apoyo al Laboratorio de la Industria Farmacéutica Nacional, el impulso a la lucha de enfermedades como la oncocercosis, sífilis paludismo, tuberculosis, lepra, la celebración de los congresos de Medicina del Trabajo y de Habitación Obrera y la iniciativa del proyecto de Ley del Seguro Social. (7)

En ésta década, la política de sustitución de importaciones nos habla de una participación más decisiva del Estado en renglones de la economía. Hechos como la nacionalización petrolera, el cierre de fronteras a productos

que era posible fabricarlos en el país, tuvo como fondo la participación de los E.U. en la Segunda Guerra Mundial.

Es patente la participación del Estado junto con el capital extranjero en el desarrollo del país, donde el primero se presentó como el gestor y promotor principal del desarrollo del capitalismo. Lo que coadyuvó a la necesidad de estructurar un modelo de atención médica que contribuyera a respaldar éste tipo de desarrollo económico. Lo que permite se institucionalice la diferenciación de los servicios de atención médica, en los años posteriores.

Con la creación del IMSS (1943), la Seguridad Social (+) se presenta

(+) Hasta el momento de la serie de definiciones elaboradas sobre seguridad social, no hay una que anule a las anteriores. En ellas cabe resaltar la mención de ser el conjunto de normas jurídicas dirigidas a tutelar la situación personal y familiar de los trabajadores y necesitados, mediante medidas de protección económica. A la vez que vela por el hombre cualquiera que éste sea, sustituyendo conscientemente la responsabilidad individual por una responsabilidad de grupo o colectiva. Entre las más importantes tenemos la de Altsheyer quien la enuncia como "El deseo universal de todos los seres por una vida mejor, comprendiendo la liberación de la miseria, la salud, la educación, las condiciones de vida y, principalmente, el trabajo adecuado y seguro, en su sentido más específico, se traduce en el esfuerzo adoptado por los ciudadanos a través de sus gobiernos para asegurar la liberación de la miseria física, y el temor a la indigencia, mediante la seguridad de un ingreso continuo que proporcione alimentación, vivienda y servicios de salud y asistencia médicas adecuados". Para García Cruz "es el derecho público de observancia obligatoria y aplicación universal para el logro solidario de una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos, que asegura a toda la población una vida mejor, con ingresos o medios económicos suficientes para una subsistencia decorosa, libre de miseria, temor, enfermedad, ignorancia y desocupación, con el fin de que en todos los países se esta-blezca, mantenga y acreciente el valor intelectual, moral y filosófico de su población activa, se prepare el camino a las generaciones venideras y se sostenga a los incapacitados, eliminados de la vida productiva". También es comprendida, por otros autores como "La Seguridad Social es un deber que corresponde a un derecho social; es una garantía individual y colectiva en contra de la miseria; es un conjunto de medio técnicos que garantizan la eficacia de la protección frente a las contingencias. Es en suma, una doctrina y una técnica. Como doctrina es el derecho universal al goce solidario de los bienes materiales y culturales que confieren dignidad a la vida humana

como las respuesta institucional por parte del Estado, mediante la cual se estructuran las acciones tendientes a la protección de la población trabajadora.

El término seguridad social aparece por vez primera en forma aplicada, en un texto jurídico de la ley americana de 1935 (The Social Security Act), que trece años después, será incluido en el artículo No. 22 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, el 10 de diciembre de 1943, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Se estableció que entre los objetivos más importantes que debería cubrir la medicina en los regímenes de seguridad social, destacaban los siguientes:

1. Impartir las prestaciones médicas a la mayoría o la totalidad de la población, sin tomar en cuenta la situación económica o la posición social de los individuos.

2. Proporcionar servicios de la más alta calidad posible, lo cual exige hacer llegar a la población los beneficios derivados de los avances de la medicina, impartir atención médica eficiente y oportuna, y dar un trato cortés, cordial y humano a los pacientes y a sus familiares.

3. Organizar los servicios médicos sobre una base institucional, necesaria para coordinar metódicamente y en toda la extensión geográfica del sistema, los esfuerzos hacia la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación.

4. Impulsar el avance científico de la Medicina por todos los medios, incluyendo la enseñanza y la investigación.

5. Procurar las mejores condiciones posible de trabajo para todo el personal y establecer los estímulos adecuados para su progreso económico y profesional.

 y como técnica, el conjunto de medios que aporta la sociedad, el Estado, como parte de la política social para garantizar el pleno ejercicio de ese derecho, fórmula básica de la justicia social". (8)

6. Vigilar constantemente el equilibrio financiero en la operación de todo el sistema.

7. Coordinar las actividades con las dependencias encargadas de la salubridad pública. (9)

Para el caso de México, la aplicación de los primeros postulados arriba indicados, siguieron cauces unilaterales en la protección de la población. La seguridad social se estructuró de tal manera, que sólo aceptó en su seno una reducida parte de la sociedad. El proletariado industrial, base del desarrollo económico del país, fué la parte sustancial para el otorgamiento de éste derecho, que por consecuencias lógicas, se inició en la Ciudad de México, para posteriormente difundirse a las zonas industriales por excelencia (Guadalajara, Monterrey y Puebla).

Los principios en el otorgamiento de los beneficios de la seguridad social, se guiaron por criterios selectivos, con lo que se marcaron nuevos derroteros los sistemas de atención médica, que dieron cauce y origen a una "oficial" desigualdad en la forma de protección de la población, por parte del Ejecutivo Federal.

Indudablemente estos cambios en la esfera médica, son originados por las necesidades del momento en materia económica y política. Y es así como ésta respuesta institucional presenta sus verdaderos propósitos y acciones a saber:

a. El mantenimiento de la mano de obra fabril, en aceptables condiciones. Principalmente aquella ubicada en áreas prioritarias de la industria de transformación, y

b. Una permanente reproducción de las relaciones sociales de producción, que por otro lado, servía a los intereses políticos de la clase gobernante, en tanto que se cumplía con un deber político-social, y se atenaban los conflictos de clase.

En síntesis, la seguridad social se presentaba como un elemento, no

desestabilizador de las condiciones reales de vida, sino como coadyuvante en las relación de explotación de una clase por otra y reproduciendo la ideología dominante en el campo de la salud.

Esta forma de cobertura diferencial, se presentó diez años después también en el campo mexicano. La aparición en 1954 del Seguro Social Obligatorio para: los trabajadores asalariados, los miembros de sociedades cooperativas y de crédito agrícola, siguió los mismos derroteros que con el proletariado industrial. En el área rural los primeros beneficiarios de la extensión de la seguridad social, fueron los núcleos campesinos que con anterioridad, se consideraban pilares del desarrollo industrial, como productores de materias primas, (henequeneros, cacaoteros, cañeros, copreros, tabacaleros, ixtleros, candelilleros, etc.), y también aquellos trabajadores y productores que por su posición geográfica ya representaban polos de desarrollo agrícola (regiones como los estados de Baja California, Sonora y Sinaloa). Areas geográficas que se diferenciaban del resto, por mantener una alta productividad y utilizar una gran cantidad de mano de obra, maquinaria, insumos, créditos oficiales y donde una gran parte de su producción se destina a la exportación. Con lo que se aseguraba un abasto constante y fluido de los productos agrícolas, tanto para el comercio exterior, como también aquellos utilizados como materia prima por la industria nacional.

A partir de 1960, el campo mexicano entra en el área de influencia de la seguridad social, pero de una manera parcial. El resto de la población siguió siendo uno de los sectores más desprotegidos. No es tema nuevo la situación del estado lamentable que guardan los campesinos en los países de América Latina y el Caribe. A nivel regional e internacional, en distintos foros se ha denunciado que tal panorama ha sido el resultado, del proceso económico y de organización política que han seguido cada uno de los gobiernos de la región.

En tal sentido y a manera de ilustración, el Dr. Hector R. Acuña nos dá

una semejanza: "A pesar de que durante los últimos decenios se han registrado elevadas tasas de crecimiento económico nunca antes alcanzadas y de que se ha observado un progreso sustancial en el ámbito del bienestar social todavía persisten marcadas desigualdades sociales. En algunos de los países de América Latina y el Caribe el 40% de los hogares disfrutaban de menos del 10% del ingreso nacional por familia. Es también una triste realidad que en las zonas rurales la probabilidad de que el recién nacido muera antes de cumplir un año es 10 veces superior a lo que sería el caso si hubiera nacido en los Estados Unidos. En efecto, en un año determinado sucumbieron a las enfermedades diarreicas 850 niños de menos de cinco años de edad en los Estados Unidos y Canadá, mientras que durante ese mismo período en América Latina y el Caribe la cifra correspondiente fué de 92,300 defunciones". (10)

Esta situación no ha pasado desapercibida, como lo demuestran varias de las acciones que a nivel internacional se han dado. En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debería consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva, meta conocida como "Salud para todos en el año 2000". En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, URSS), declaró que la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global, y es la clave para alcanzar esa meta.

Acciones que tratan con muchas barreras y limitaciones de resaltar y hacer que se cumpla el derecho universal, el derecho a la salud y protección de la población, como un rasgo de equidad y justicia social.

Las regiones rurales de México, tomadas en cuenta a partir de 1954, han sido objeto de una serie de acciones dentro del terreno de la salud. La política de extensión de cobertura, llevada a cabo por el IMSS, ha sido

el compromiso por aplicar las resoluciones en el plano internacional, con el fin de otorgar los mínimos servicios a una creciente población desatendida.

Son muchos los programas que se han instrumentado: la SSA y los organismos que la precedieron atendieron desde 1936 a algunos grupos campesinos a través de los llamados Servicios Médicos Rurales Cooperativos, que llegaron a establecer 11 hospitales rurales zonales, 56 centros de salud con sanatorio, 36 centros de salud rural y 225 centros auxiliares rurales. En 1953, por decreto presidencial, se creó como parte de la SSA el Programa de Bienestar Social Rural, servicios médico-asistenciales y actividades de protección materno-infantil, de promoción socioeconómica-educativa-cultural y de saneamiento ambiental. Estos servicios y actividades se desarrollaron a través de los centros de Bienestar Social Rural y de los Sanatorios Rurales. (11)

En el período de Ruiz Cortines se llevó a cabo el primero intento experimental, por extender los servicios del IMSS al medio rural. En 1959, se llevaron a cabo las reformas correspondientes a la Ley del Seguro Social, y en 1960 se estableció el Primer Reglamento para el Seguro Social Obligatorio de los trabajadores del Campo. En 1961, a través de un nuevo decreto se incorporó al régimen social obligatorio a los ejidatarios y a los pequeños propietarios no pertenecientes a sociedades locales de crédito ejidal o agrícola en los municipios de Mexicali, Tecate, Tijuana y Ensenada, del estado de Baja California, y en el de San Luis Rio Colorado del Estado de Sonora. En 1963 se da la ampliación de la cobertura de los servicios del IMSS al medio rural con la promulgación de la Ley de Incorporación al Régimen del Seguro Social Obligatorio a los productores de caña de azúcar y a sus trabajadores. (12)

En 1977 la SSA, inicia el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), destinado a las poblaciones marginales del medio urbano y rural, así como el Programa Comunitario Rural (PCR). Sin dejar de considerar que el Estado Mexicano inició en 1973, por medio del IMSS, los servicios de Solidaridad

Social para las comunidades rurales. De 1973 a 1978 se logró por ésta vía, ofrecer cobertura médica a 3 millones 800 mil mexicanos, con el establecimiento de 310 unidades médicas rurales, así como de 30 clínicas hospital de campo, abarcando 27 de las 32 entidades federativas del país. (13) En 1979 se establece el convenio entre el IMSS Y COPLAMAR, el que origina el programa de "Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria", cuyos objetivos son la ampliación del ámbito de cobertura de éstos servicios y la consolidación de un sistema comunitario en beneficio de estos núcleos de población, sujetos de solidaridad social. (14)

Sin embargo los resultados en materia de aseguramiento no han sido los esperados. Hoy día se continúa hablando de millones de campesinos que están al margen de los beneficios de la seguridad social. De ahí que todas las medidas en la década de los sesentas fueran insuficientes para cubrir las necesidades y problemas que el sector rural planteaba en el terreno de la salud: en 1958 sólo el 7% (98,000 personas de dos millones y medio de derechohabientes del IMSS), vivían en el medio rural. En 1964 sólo 8.3% correspondían a la población rural, a pesar de que para entonces se había dado un salto espectacular en la extensión del Seguro Social hacia todo el país y de que el número de derechohabientes llegaba ya a los 6.3 millones de personas. (15)

Por lo anteriormente expuesto el eje del presente trabajo, es analizar las condiciones en las que se encuentra la aplicación de la seguridad social en una población cañera del estado de Nayarit. Las frecuentes visitas al ejido Emiliano Zapata, permitieron considerarlo como un tema de creciente actualidad.

Fuera de discursos políticos, pensamos que aún cuando la población cañera es pilar de la industria nacional, sigue siendo hoy día una de las más desprotegidas, y que, aún con los actuales programas oficiales en materia de salud, continúan estando al margen de la totalidad de los beneficios

de la seguridad social.

Cuando decidimos avanzar en el presente tema, tenemos claro que la investigación a nivel regional, está aún en gérmenes, lo que debe conducir a la necesidad de iniciar investigaciones más profundas al respecto, que den una semblanza de la situación concreta en la que se encuentra la población con respecto a los beneficios de la seguridad social.

Hemos de dejar establecido que la extensión de éstos beneficios a la población cañera, mantiene inmerso el carácter clasista de nuestra sociedad. En tanto acción gubernamental dicha política de salud, tiende a reproducir los criterios selectivos y desiguales propios del sistema político que la vio nacer.

En este sentido, opinamos que por más humanística que pretenda ser en sus logros y alcances, la seguridad social reproduce criterios, esquemas y políticas administrativas que pueden verse a dos niveles: el primero donde encontramos al IES, formado parte de una serie de dependencias oficiales del sector salud, las que se distinguen por sus diversos fines, logros, metas y la población que tiene acceso a sus servicios, el segundo más particular, donde destacan, dentro del IES, las diversas modalidades que ha implementado dentro de su población derechohabiente, en las que reproduce un criterio selectivo y desigual. De esta manera los esquemas de aseguramiento son los mecanismos a través de los cuales una parte de su población recibe un tratamiento distinto a otra.

Por ello entonces, la población cañera no es un todo homogéneo, sus expectativas con respecto a los beneficios de la seguridad social son diversas dentro de un mismo ejido. Este trato diferencial viene a corroborar que la seguridad social en nuestra sociedad no pretende poner en cuestión situaciones estructurales, sino ser un elemento más para el mantenimiento del orden social.

El carácter diferencial de la atención médica, es explicado por López

Acuña en los siguientes términos: El acceso a los servicios de salud muestra también una desigual distribución por clases. Podemos hablar de tres grandes grupos sociales en relación con el tipo de atención médica de que disponen. El primero, constituido por la clase privilegiada y algunos sectores de la clase media, que poseen los recursos para pagar una atención médica de tipo privado. Un segundo sector formado por los trabajadores asegurados y demás derechohabientes de instituciones de seguridad social. Y un tercer grupo que no tiene acceso a la seguridad social; trabajadores del campo y la ciudad, trabajadores eventuales, marginados, etc, es decir, subproletariado en continua migración, con escasísimos recursos económicos como para pagar la medicina privada y que en mínima parte recibe atención de la Secretaría de Salubridad y Asistencia". (16)

La seguridad social replantea ésta diferenciación entre sus derechohabientes. Por tal motivo el presente análisis en una población cañera, lo abordamos bajo la óptica de la sociología marxista. En cuanto que entendemos que la práctica médica en nuestra sociedad, plantea no sólo criterios económicos, sino también políticos y que, una política sanitaria o un programa en particular tiende no sólo a dar beneficios a la población que los necesita, sino -y de manera sutil- a cumplir con el propósito de reproducir los valores de nuestra sociedad.

La práctica médica no puede dejar de lado las contradicciones que vive el campo. A su manera trata de ser un elemento que contribuye a la permanencia de las instituciones.

En este sentido los objetivos del presente trabajo serán los siguientes:

El primero, demostrar que el logro de los beneficios de la seguridad social, son desiguales entre los campesinos cañeros, quedando en buenos propósitos, la afirmación en cuanto a que la seguridad social, puede convertirse en el vehículo de integración económica y social, para alcanzar la libertad, equidad y justicia social.

El segundo, demostrar que los campesinos cañeros sin propiedad territorial dentro del ejido, continúan siendo los menos favorecidos de la seguridad social, sin llegar a cumplirse aún en ellos el derecho universal a la salud y los beneficios de la seguridad social.

En concordancia con tales objetivos, la hipótesis central de ésta investigación puede plantearse en los siguientes términos:

Los beneficios de la seguridad social por parte del ISS, a la población cañera del ejido Emiliano Zapata, han acentado la diferenciación y desigualdad que ya se da en el terreno económico y social. Por lo que, las políticas de salud en México, tienden a reproducir dentro de la población las contradicciones fundamentales que en ella se dan, acentuando su carácter clasista.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Crevena Pedro. Un pueblo sin salud. Seis aspectos del México real. Biblioteca Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 1979. 1a.ed. p.147
2. García Juan Cesar. La asistencia médica en América Latina 1880-1930. UAM-X. Mimeografiado, p.35
3. Robledo Vera Cecilia. Ana Sta. Ma. Galván. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM-FCPyS, México 1982.p.24
4. Palmero Z. Olga y Margarita Elizondo R. Progresión y avances de la seguridad social en América Latina. Depto. Asuntos Internacionales. IMSS. 2a. ed. 1980. p.49
5. Ibidem p.24
6. Análisis sociológico...p.25
7. Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000. T4 Salud. COPLAMAR-XXI, México 1982,p.117
8. La Seguridad Social. Módulo de Introducción a la Clínica. Escuela de Medicina. U.A.N., Tepic, Nay. 1985,mimeografiado, p.245.
9. Ibidem p.241-242
10. Acuña R. Héctor. Participación de las universidades en el desarrollo económico y social de las Américas. Revista Educación Médica y Salud. (OPS). Vol.16, #2, 1982 p.113
11. Cuello Morán Enrique, Julio Viveros, et.al. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. Colección Salud y Seguridad Social Serie Manuales Básicos y Estudios. IMSS.1a.ed. México 1982,p.75
12. Ibidem p.76
13. Ibidem p.80
14. Palmero Olga. Manuel Millor y Margarita Elizondo. Financiamiento y extensión de la Seguridad Social en América Latina. Depto. Asuntos Internacionales. IMSS 1981, p.58
15. Sociología histórica...p.76
16. López Acuña Daniel. La crisis de la medicina mexicana. Revista Siempre. No. 1209, agosto 25, México 1976, p.13.

3. MARCO TEORICO

3.1 DETERMINACION DEL FENOMENO SALUD-ENFERMEDAD.

Desde su origen, el hombre se ha visto enfrentado a situaciones adversas, tuvo que verse frente a un medio hostil, con los fenómenos de la naturaleza en todas sus manifestaciones. En otras sorteó condiciones de lucha, con los demás seres que le rodeaban. Signo que se caracterizó por "...una competencia fisiológica y de otros órdenes con la naturaleza y con otros seres". (1)

Hubo que pasar por etapas lentas y penosas, desde aquellas donde la principal actividades se centraba en el consumo tal cual de sus alimentos. "Es probable que desde el origen de la especie, el hombre, como otros primates subhumanos, se haya alimentado fundamentalmente de vegetales, insectos y frutas" (2). Para posteriormente descubrir que mediante, las más simples herramientas de trabajo, se podrían construir armas que le permitirán, obtener otro tipo de alimento.(3) Hasta dar pie a la etapa más trascendente, la que de dió desde el momento en que se vuelve sedentario. En este tercer momento de la historia. "El hombre pensando y actuando, aprende a sembrar, a cultivar y a domesticar algunas especies vegetales y animales". (4)

La siembra y la domesticación entran a formar parte esencial de la vida cotidiana de la comunidad, una actividad vital. Desde éste momento se originan dos factores con el hombre:

1. Se acentúan y definen sus relaciones sociales, a la vez;
2. Queda claro, que la satisfacción de las necesidades más apremiantes (alimento, vestido, vivienda), se dá a través del trabajo transformando la naturaleza.

Desde tiempos inmemoriales, en la relación que el hombre ha establecido con sus semejantes para enfrentar y transformar la naturaleza, el fenómeno salud-enfermedad ha estado presente. En este sentido, Cristina Laurell deja sentado que de la relación con la naturaleza, la salud-enfermedad es uno de sus resultado, precisando que ésta relación es entendida como la forma

bajo la cual se la apropia y cómo se la transforma, puntualizando que: "Esta apropiación de la naturaleza es ante todo social, dado que es la producción de la vida material, y por eso, determinado por el modo de producción, o bien la articulación de los diferentes modos de producción bajo los cuales se lleva a cabo". (5)

Queda establecido el carácter social que toma la producción (apropiación y transformación), orientada a la satisfacción de necesidades colectivas. De esta manera el origen de la salud-enfermedad mantiene un carácter social. En tanto está inmerso y articulado "...con el resto de los fenómenos sociales, es claro que se refiere al proceso de la reproducción social y se concreta en las formas de desgaste y reproducción de las clases sociales, proceso que se determina por el modo de apropiarse de la naturaleza que se realiza en determinada sociedad". (6)

Conceptualizar el fenómeno salud-enfermedad, a partir de la producción y reproducción de la vida material, permite tener una visión más completa de éste. Por ésto se afirma que "El proceso salud-enfermedad desde el punto de vista social se determina por las condiciones materiales de vida, las que a su vez dependen del grado de dominio humano sobre la naturaleza del grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ello deriven". (7)

Incorporar al origen del fenómeno una realidad social determinada, nos remite a tomar en cuenta como fundamentales las condiciones reales en que se presenta. El proceso salud-enfermedad "...es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socio-económicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida". (8)

Haciéndose indisoluble la relación del proceso salud-enfermedad, con la actividad vital de la sociedad, vinculada "...a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen", (9) las interpretaciones, explicaciones

o conceptualizaciones a dicho fenómeno, así como los individuos designados para las acciones de curación, prevención o rehabilitación, son productos sociales, una muestra cultural de cada sociedad en particular.

Por ésto, la "...práctica médica es un producto social, es parte del conjunto de las relaciones sociales predominantes en una formación socio-económica determinada y encuentra su explicación dentro de ella. Por otro lado, es la forma determinada por la estructura social, en la cual se organiza la respuesta a la enfermedad". (10) De ahí que se resalte y se haga hincapié en que la medicina es un producto histórico-social.

Como resultado de la división del trabajo, aparecieron personas dedicadas exclusivamente al tratamiento de las dolencias y a su estudio. En aquellos "cuidadores de la salud", se llegan a sintetizar dos aspectos fundamentales del quehacer médico en la sociedad: por un lado se conjugan la explicación que la colectividad tiene del fenómeno, y segundo, las acciones concretas, en las que se objetivizan la ideología (entendida como las ideas, creencias del grupo), en relación a éste fenómeno. La práctica médica, "Es un modo de ser, entre otros, de la vida de los hombres en sociedad; no es un hecho individual, sino un fenómeno colectivo del que los individuos son agentes o portadores y del cual forman parte en cuanto tales; constituye, en suma, un tejido de relaciones sociales que es, a la vez, ideal y práctico: ideal, en tanto en cuanto su contenido está dado por ideas, representaciones, valores y creencias; práctico, porque tales ideas y valores forman un código para la conducta de los hombres en sociedad y una guía para la acción".

(11)

El papel de dichos personajes es de suma importancia, desde el momento que son los portadores "oficiales", en la explicación de ciertas manifestaciones corporales o conductas originadas por determinados padecimientos, de acuerdo al grado de desarrollo alcanzado por la sociedad. Es "...evidente que en cada grupo humano de acuerdo al grado de desarrollo histórico, se definen

y expliquen los hechos vitales de diferentes maneras, estableciendo diversas concepciones sobre la salud y la enfermedad, que se basan en la propia definición de conducta "normal" al interior de cada sociedad". (12)

En cada grupo humano, se van a distinguir aquellos individuos, que por diversas circunstancias y cualidades, tengan la posibilidad de efectuar las acciones necesarias para enfrentar dicho fenómeno "...aparecen individuos preocupados por la atención a los padecimientos, al dolor y por retardar la llegada de la muerte y adquieren autoridad, desde el shaman, brujo, curandero, alquimista hasta el médico". (13) Los que "...unían al conocimiento de las hierbas curativas, el de los conjuros y fórmulas mágicas y la posesión de los atributos sacerdotales que les colocaban en relación con los dioses y con los espíritus donde residía el bien y el mal la muerte y la vida, la enfermedad y la salud". (14)

La serie de explicaciones que en determinado momento se haga sobre el fenómeno salud-enfermedad, están predisponiendo sus posteriores acciones". ..en cada formación social, aún a pesar de tener muchos elementos en común la manera de concebir la enfermedad en un momento dado, condiciona las acciones de salud, o sea la actividad curativa, preventiva, etc.". (15)

Por lo tanto debe entenderse que el proceso salud-enfermedad encierra un doble carácter: El primero biológico-material, que se concretiza en el cuerpo del individuo, se manifiesta a nivel biológico un fenómeno social, dado que no puede ser de otra manera. En otras palabras, se lleva a cabo la biologización de una condición social. Y el segundo, donde se expresa el carácter ideológico, entendido como la forma en que esa sociedad en lo particular, piensa y declara sobre éste fenómeno, cómo se lo esclarece o conceptualiza y designa al ó los organismos o personajes y las acciones concretas de cómo enfrentarlo. (16)

En palabras de Cristina Laurell, se entiende que "La manera como se concibe la enfermedad orienta la búsqueda de sus causas". (17)

Esta pesquisa en el campo de la medicina, nos remite a una revisión histórica, en la causalidad de la enfermedad, que ha dado origen a la presencia de tres grandes corrientes de interpretación del fenómeno salud-enfermedad. Que en la actualidad y especialmente a partir de la década de los sesentas toma un auge intenso, respecto a qué dar mayor relevancia: al carácter biológico-individual o al histórico social de la enfermedad.

Se afirma que durante ésta década "...se dá una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si es esencialmente biológica o por el contrario social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual. Las razones del resurgimiento actual de ésta polémica deben buscarse tanto en el desarrollo de la medicina misma como en la sociedad en la cual se articula". (18)

Esta confrontación ha puesto en entredicho, la vigencia del actual modelo médico, que se inscribe en un marco más amplio de crisis política social y económica del capitalismo. Se anota que es a partir de esos años que "...se vive una nueva etapa de luchas sociales, que asumen formas particulares en los diferentes países pero que caracterizan a la época. Uno de los rasgos de las luchas populares en esos años es que ponen en entredicho bajo formas totalmente distintas y con perspectivas de muy variable alcance, el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras". (19)

La incapacidad del modelo y la práctica médica, para dar una solución a los principales problemas de salud que aqueja, por un lado a los países industrializados (padecimientos como los cardiovasculares y los tumores malignos), y por el otro el panorama de los países latinoamericanos, que se debate ante padecimientos como las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, dió pie para que se pudiera en tela de juicio "...la insuficiencia de los modelos de pensamiento médico vigentes en la etapa actual para el estudio

de la salud-enfermedad como un proceso colectivo y se hacen planteamientos que buscan superarlos". (20)

¿Cuáles son éstas corrientes y cuáles sus principios al tratamiento del problema?:

La biologicista que desplazó el interés por las causas sociales de la enfermedad, conceptualizandola como un problema biológico e individual, dejando fuera del campo de investigación a la colectividad humana y a la estructura social. (21) Esto fué posible, en la medida que el pensamiento médico desde el siglo pasado, se nutrió de una gama de descubrimientos científicos e innovaciones técnicas. La llamada etapa de la microbiología sentó las bases de la actual medicina clínica, dando lugar a que el campo médico se viera"... estimulado y orientado por un clima ideológico particular que exalta las ciencias naturales y el individualismo. La medicina se convierte así en la ciencia de los problemas biológicos del individuo y desarrolla una práctica correspondiente".(22)

Este gran impulso al conocimiento de los agentes patógenos e insectos transmisores de las principales enfermedades, que se dá entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, se dirige a aquellas que atacaban con mayor crudeza, las poblaciones de las colonias, (tal era el caso de la fiebre amarilla, la elefantiasis, la enfermedad del sueño, la malaria, la peste, etc.), lo que permite indicar que "Estos descubrimientos no sólo obedecieron a motivaciones humanitarias y científicas. Sino también a una necesidad de las metrópolis". (23)

Las cuarentenas no bastaban para proteger de las epidemias tropicales a los países colonialistas, y no servían para salvar del contagio a los militares, los funcionarios, los empresarios enviados hacia la ocupación de nuevas tierras, hacia la apertura de canales (Panamá, Suez), hacia la transformación de la economía. Era necesario conocer las causas de las epidemias y vencerlas en sus raíces, pero sin que la penetración colonial fuera frenada.(24)

De esta forma, el enfoque biomédico o modelo unicausal, busca el agente biológico que pueda ser la causa de los orígenes de la enfermedad. Restringiéndose así, exclusivamente a los aspectos biológicos y físico-químicos. Este tipo de razonamiento causal de la enfermedad "...no puede dar razón de porque solamente algunas personas y no todas las contagiadas con el germen llegan a enfermarse ni porque en ciertos grupos sociales es mayor la frecuencia de cierto tipo de enfermedad".(25)

Este análisis ha empezado a "...ser desplazado por una acepción socio-médica que ve a la enfermedad como un fenómeno, que se encuentra relacionado con los demás procesos sociales y que, si bien se manifiesta como un fenómeno biológico en el individuo, no por ello deja de tener un carácter social". (26)

El segundo modelo se conoce como multicausal, es aquí donde toda la estructura epidemiológica de interpretación de la enfermedad es considerada. La elaboración de la Historia Natural de la Enfermedad, con sus factores desencadenantes (triada ecológica: agente, huésped y medio ambiente), la cadena epidemiológica, el concepto ecológico de la salud-enfermedad, permiten tener una visión más de conjunto sobre la causalidad de la enfermedad "...ubica a todos los factores que intervienen en la producción de la enfermedad en una intrincada red en la que unos y otros interrelacionan entre sí, de manera armónica en el caso de la salud y rompiéndose el equilibrio en el caso de la enfermedad". (27)

Este modelo permite explicar porque en enfermedades infecto-contagiosas, unos enferman y otros no, ya que dependen de características específicas, que guardan tanto el agente como el huésped y sus relaciones adaptativas con el medio ambiente. Entre las características del agente resaltan: su patogenicidad, virulencia, etc. Y en el caso del huésped: la edad, ocupación, sexo, sistema inmunológico, etc..

Se llega a una comprensión en la distribución diferencial de la enferme-

dad en los grupos sociales, "...sin embargo, el tratamiento de la causalidad no difiere en lo esencial de la primera forma: una causa simple, el microorganismo o una red de múltiples causas (agente, ambiente, huésped), producen un efecto". (28) Alejados en consecuencia del sistema político vigente, y de la determinación histórica del fenómeno.

Cabe considerar que tanto el modelo unicausal, como el multicausal, no permiten dar una explicación satisfactoria de la realidad, y entre sus limitaciones destacan las siguientes:

1. En ambas se permanece en una concepción de determinación causal muy limitada.

2. En el caso de la causalidad unidireccional, se presupone que una causa o conjunto de causas explican la producción de un efecto determinado.

3. En las formas más avanzadas, la interacción causal es limitada, debido a que hay otras leyes que rigen en la manera en que se generalizan los acontecimientos, según la dimensión de la realidad de la que se trate. (29)

La Epidemiología, aún cuando plantea que el fenómeno salud-enfermedad, debe de tratarse a nivel colectivo y no individual incorporando "...elementos sociales, no modifica ésta concepción del objeto de estudio, conservando la definición de salud-enfermedad del nivel individual para el nivel colectivo, excepto porque suman varios casos y no uno solo". (30)

Concluyendo que su limitación más inmediata "...reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la enfermedad está dado por su distancia de ella. Así acentuada la causalidad, lo social y lo biológico no se plantean como instancias distintas, ya que ambos son reducidos a "factores de riesgo" que actúan de una manera igual".(31) Sin considerar el papel de las clases y su situación en una sociedad clasista.

Por último, el modelo histórico social no es nuevo, en la actualidad lo que se ha hecho es "...rescatar las interpretaciones que sobre la salud

y la enfermedad hicieron diversos pensadores del siglo XVIII y XIX como Rudolf Virchow, Johann Peter Frank y otros quienes consideraban que los problemas de salud de la población se encuentran vinculados a su medio físico y social". (32)

Para éste modelo de interpretación, cómo entender el fenómeno de salud-enfermedad? "En éste se formula la causalidad en términos sociales que le son propios" (33) Es decir "...se define la salud-enfermedad como un problema social y por lo tanto colectivo...no se reduce el problema a uno de cantidad -el fenómeno de salud-enfermedad del grupo es la suma de los fenómenos individuales- sino lo plantea cualitativamente distinto. Se parte de las relaciones y los procesos sociales en los cuales participan y que definen a los grupos y las clases sociales, para explicar cómo aquellos originan determinada patología. Esto explica que a este nivel las categorías definidas por la ciencia médica biológica no son directamente utilizables, ya que se refieren a modelos teóricos distintos de la salud-enfermedad". (34)

Entendida la salud-enfermedad en términos sociales, surge un nuevo concepto, el de Medicina Social, con el que se hace referencia "...a la protección del individuo en la sociedad, no preocupándonos por el individuo aislado, sino por la comunidad en su totalidad, considerando necesariamente los factores sociológicos". (35)

Por tal motivo el fenómeno salud-enfermedad, se considera como un hecho social el cual tiene necesariamente que ser abordado como tal, tanto teórica como metodológicamente. "...esto sugiere que el concepto de la salud-enfermedad colectiva no es reductible al fenómeno biológico individual, aunque sea la expresión concreta del primero". (36) Es decir que "...la enfermedad como fenómeno individual es en efecto la manifestación concreta de los procesos sociales que determinan la salud colectiva y llega a presentarse justamente porque estos procesos desencadenan y transforman las relaciones entre huésped agente y ambiente". (37)

Debe quedar claro que lo relevante del enfoque histórico-social, está en considerar que "El nivel social incluye a los otros dos niveles, aunque los reformale, no niega la existencia y relevancia del fenómeno biológico ni la importancia del proceso adaptativo entre agente, huésped y ambiente".(38) Con ésto se ha dado un avance de gran importancia en la comprensión del mencionado fenómeno, se le ha dado el cuerpo teórico que permita una mayor aproximación a su estudio, a partir del materialismo histórico.

El binomio salud-enfermedad, ya no es considerado como un ente aislado y exclusivo del área biológica, sino "...como parte de un fenómeno eminentemente social, cambiante y cuyas manifestaciones dependen en forma más o menos directa de la estructura social en que se dá". (39)

En la actualidad, éste enfoque permite tener una visión más amplia e integral. La Dra. Cristina Laurell, señala los supuestos más significativos a tener siempre presentes en el modelo histórico-social:

A. La salud y la enfermedad son manifestaciones del proceso histórico-social.

B. Es un modelo de causalidad social de la enfermedad, que parte de conceptos distintos del biologicista.

C. La salud y la enfermedad son fenómenos colectivos, que se interrelacionan con el resto de los procesos sociales. El hecho de que su manifestación concreta sea un fenómeno biológico en el individuo no niega su carácter social.

D. La enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a impulsos exteriores que actúan sobre éste.

E. El hombre no enferma solo, sino en interacción con los demás hombres y con la naturaleza.

F. Tanto la salud como la enfermedad son producto de la relación, que el hombre establece con la naturaleza...Depende cómo se la apropia, y cómo

en éste proceso se la transforma.

G. Dado que ésta apropiación —el modo de producción— no se reduce a procedimientos técnicos, sino que ante todo son relaciones sociales, el meollo del problema es comprender cómo las relaciones de producción y de cambio existentes en una formación social concreta, se expresan en la relación salud-enfermedad colectiva.

Así, las condiciones socio-económicas y ecológicas son las causas determinantes de la enfermedad, por cuanto se combinan en constelaciones dinámicas que desencadenan y transforman los fenómenos biológicos. (40)

Concebimos que el proceso salud-enfermedad ha tenido en sí un carácter social, desde la existencia del primer hombre en colectividad, éste se ha disitinguido por su esencia "...es un ser dinámico, social, biológica y psicológicamente. Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un "proceso" (41), que adquiere historicidad desde el momento que como fenómeno biológico, es la contestación individual-colectiva a condiciones sociales determinadas.

Si se asienta la doble vertiente biológica y social del proceso, se sobreentiende que puede ser analizado a partir de la metodología social y biológica, dado que en la realidad se presenta como un fenómeno único. (42)

Definida así la salud-enfermedad, como un elemento sustancial de un fenómeno eminentemente social, cambiante y cuyas manifestaciones dependen en forma más o menos directa de la estructura social en que se dá (43), el estudio de la práctica médica en sociedad, en nuestro caso la seguridad social, debe ser afrontada con los mismos criterios; entendiéndola como parte de un proceso histórico, fruto del grado de dominio que se ha alcanzado sobre la naturaleza, del tipo de relaciones sociales dominantes y por consecuencia del avance técnico-científico logrado hasta el momento.

Así la seguridad social, como parte del quehacer cotidiano del Estado moderno, expresará de una manera diáfana la serie de contradicciones y dife-

rencias existentes en la sociedad, y podrá a su manera reproducir y acentuar sus valores y su ideología, en el entendido que será "...la respuesta socialmente organizada a la enfermedad". (44)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000. Alimentación. COPLAMATE. México 1982, p.25
2. Ibidem p.25
3. Ibidem p.26
4. Ibidem p.26
5. Laurell Asa Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la Epidemiología Social. México, grafado UNAM, p.24
6. Laurell Asa Cristina. Clases Sociales y Enfermedad. Introducción a una Epidemiología Diferencial. Mario Tinto. Ed. Nueva Imagen, 2a.ed. México 1980, p.14
7. Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000. Salud. COPLAMATE, México 1982, p.26
8. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Polios Miliciones, 2a.ed. México 1984, p.12
9. Ibidem p.13
10. De La Garza Hallisor M. Alejandra. Enfermedad mental y práctica psiquiátrica en México: El caso de una institución federal. Tesis profesional, UNAM, BUAP, México 1983, p.78
11. Caravea Amalio. Política e Ideología dominante. Fondo Americano de Investigación #2, UNAM, BUAP. México 1977, p.1
12. Jara Uribe, Regina Laura Leticia. El estado frente a la enfermedad. Tesis profesional, UNAM, BUAP. México 1978, p.1
13. Ibidem p.1
14. Enfermedad mental y práctica... p.43
15. Cervera Pedro. Un pueblo sin salud. Dos aspectos del México real. Ed. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 1973, p.151
16. Enfermedad mental y práctica... p.80
17. Laurell Asa Cristina. Medicina y Capitalismo en México. Cuadernos Políticos #5 Ed. Era, México 1975, p.81
18. Enfermedad mental y práctica... p.76
19. Ibidem p.76
20. Ibidem p.77
21. Laurell de Teal, Asa Cristina, José Blanco Gil. Mortalidad y organización social. Un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural. Revista Salud Pública de México. Época V, Vol. XVII, #4 julio-agosto 1975, p.471
22. Medicina y capitalismo... p.82
23. Berlinguer Giovanni. Medicina y Política. Ed. Circulo de estudios, 1a.ed. México 1977, p.49
24. Ibidem p.49
25. Enfermedad mental y práctica... p.77
26. Capitalismo y Enfermedad... p.199

27. Enfermedad mental y práctica...p.78
28. *Ibidem* p.73
29. *Ibidem* p.78
30. *Ibidem* p.79
31. *Ibidem* p.79
32. Capitalismo y Enfermedad...p.186
33. Medicina y Capitalismo...p.82
34. *Ibidem* p.82
35. Aldereguia Jorge Henriques, et.al. Algunas consideraciones sobre salud y enfermedad. Revista Cubana de Administración de Salud 2, octubre-diciembre, 1976 p.344
36. Algunos problemas teóricos...p.80
37. *Ibidem* p.82
38. *Ibidem* p.82
39. Un pueblo sin salud...p.147
40. Medicina y Capitalismo...p.82
41. Necesidades Esenciales...p.19
42. Enfermedad mental y práctica...p.80
43. Un pueblo sin salud...p.147
44. *Ibidem* p.147

3.2 PRACTICA MEDICA Y SUS IMPLICACIONES EN NUESTRA SOCIEDAD.

La práctica o quehacer médico dentro de una sociedad, aparte de reflejar las manifestaciones culturales de ésta, expresa las condiciones económicas y políticas en que se desenvuelve. El ejercicio médico mantiene además de sus componentes culturales, los de índole científico-tecnológico y los que se refieren a la legitimación política, por lo que será un fiel reproductor de las condiciones en que viva esa sociedad.

El carácter de la actividad médica en el capitalismo, se evidencia desde el momento que "...la atención a la salud no es una actividad puramente técnico científica, sino que se explica por la estructura social y está subordinada a los antagonismos existentes en el interior de la sociedad".(1)

Ya anteriormente habíamos indicado el surgimiento de los primeros "cuidadores de la salud", productos sociales y culturales imprescindibles en una sociedad, por las funciones que cumplen. La importancia de la atención médica en su transformación, se da cuando se realiza como labor de grupo. Ya no es el individuo aislado el que actúa, sino que ahora, la sociedad estructura los organismos que se encargan de la atención y demanda de la sociedad. "En cada formación económico-social se generan unas o varias instituciones cuyo fin es proporcionar servicios de salud que enfrenten, en mayor o menor medida, las necesidades de salud de una población determinada". (2)

Entender la naturaleza de las instituciones de salud, sus fines y objetivos, en una sociedad dividida en clases, se hace imperioso a "...partir del conocimiento de una contradicción fundamental del modo de producción capitalista, y que puede expresarse en los siguientes términos: individuos que necesitan trabajar para subsistir porque sólo poseen su fuerza de trabajo como único patrimonio (proletariado), e individuos que no requieren hacerlo porque son dueños de los medios de producción (burguesía)". (3)

Estableciéndose la relación indisoluble entre proceso de producción y tipo de atención médica, al determinar el carácter del proceso de produ-

ción y el tipo de relaciones sociales que se instituyen a su interior, así como las clases sociales resultantes, se puede entender qué papel va a jugar la atención médica en la sociedad capitalista.

Uno de sus substanciales rasgos lo subraya Pedro Crevena: "...la medicina en el modo de producción capitalista se caracteriza por tener como objetivo principal; la conservación y adaptación de la fuerza de trabajo". (4)

Dado que el proceso de trabajo, es la base de una sociedad por medio del cual se van a explicar las instancias superestructurales, "...el cuidado médico participa en el mantenimiento y recuperación de la fuerza de trabajo contribuyendo a que luego de haber trabajado hoy, pueda su propietario repetir mañana la misma actividad en iguales condiciones de fuerza y salud".(5)

Es así como la atención médica encuentra su razón de ser y valor de utilidad, para las clases poseedoras: "los servicios médicos así concebidos serán productivos en tanto que protegen la fuerza de trabajo a fin de que ésta pueda continuar en condiciones de ser consumida".(6)

Resalta una de las primeras condiciones que debe cumplir el acto médico: mantener en pie lo que por motivos del esfuerzo cotidiano tiende a desfallecer. Y en este sentido "...la función de la medicina capitalista desarrolla a través de diversas modalidades su papel en tanto que reguladora de la productividad de la fuerza de trabajo". (7)

Esta acción médica debe permitir que el asalariado llegue con plenas posibilidades de consumir y utilizar los valores de uso y de cambio, que se lo dá su esfuerzo en el proceso de trabajo. De ahí que su recuperación y mantenimiento, con el auxilio de la atención médica se sitúa en la esfera de la creación de valor, "...va a imprimirle a la salud misma un sentido adicional, que al expresar en la recuperación de la salud un valor de uso para el poseedor, la posibilita al mismo tiempo de convertirlo en un valor de cambio necesario para su sobrevivencia. Para el proletariado que vende su fuerza de trabajo, el mantenimiento y recuperación de determinados valores

vitales significa conservar el valor de cambio de su fuerza de trabajo".(8)

La atención médica se materializa cuando la clase trabajadora recupera y mantiene su salud dentro de los niveles de "normalidad". La utilidad del acto médico "...está referido a valores que para sus propietarios son valores de uso; o sea que el corregir una fractura o el superar una deficiencia auxiliar poseen un valor de uso que posibilita a sus sujetos proseguir en sus "modos de andar en la vida".(9)

Vemos que lo que interesa, es que el proceso de trabajo no se detenga y la apropiación de la plusvalía creada por el trabajador sea permanente y se incremente. Entonces, "...Haremos de partir del hecho que existe una vinculación entre la salud del trabajador y su familia y la productividad que esté en aptitud de desempeñar, y por otra, el imperativo burgués de reducir al mínimo posible sus costos de producción, lo que incluye, obligadamente, el costo de producción de los trabajadores". (10)

Las relaciones de explotación se expresan al seno del proceso de trabajo "...no sólo en las condiciones adversas en que desarrolla su trabajo sino además en que el capitalista sólo paga parte de su trabajo al obrero, y el resto se lo apropia (plusvalía)".(11) Por éste motivo interesa mantener en niveles adecuados las actividades corporales del obrero, que se manifiestan en grados de productividad, ya que ésta se acrecienta "...cuando los trabajadores y sus familias son mantenidos en buenas condiciones de salud, directa e indirectamente, por la disminución del ausentismo y de los accidentes de trabajo que provocan grandes pérdidas a las empresas".(12)

El nivel de explotación por parte del capital, con el fin de incrementar la obtención de plusvalía relativa en la clase obrera, dá un cuadro dramático ya que éste "...no se limita únicamente a mantenerlo en condiciones adversas en el ambiente laboral donde desempeña su trabajo, sino que trasciende para proyectarse brutalmente en la naturaleza humana del obrero al exigirle un mayor rendimiento, al aumentar la capacidad productiva del trabajador, lo cual

actua negativamente en el correcto funcionamiento de su organismo y propicia un campo fértil para que se presenten diversos accidentes y enfermedades laborales".(13) Y no podía ser de otra manera: la existencia de nuestra sociedad se fundamenta en la explotación de una clase por otra, "la clase obrera es un producto genuino de la producción industrial capitalista, constituyendo ésta su única fuente de gestación y de reproducción como clase". (14)

Dicho en otros términos, nuestra sociedad satisface, sus necesidades vitales a través de los efectos de la explotación, que se cifran en el deterioro de la salud del trabajador, en la intensidad y acrecentamiento de la productividad, y en la prolongación de la jornada de trabajo que en conjunto provocan un constante y creciente desgaste físico y psíquico del trabajador.(15)

De esta forma, el contorno en el cuál se desenvuelve el acto médico, será la continuidad del proceso de acumulación y reproducción de las condiciones de producción, constituyendo la forma más amplia para el análisis de la medicina, como práctica social en la estructura capitalista. (16)

De aquí que la atención médica, se preocupe porque el ambiente que rodea al trabajador, afecte mínimamente a la obtención de plusvalía. La reproducción de la fuerza de trabajo como uno de sus propósitos fundamentales, nos indica de inmediato las posibilidades formas de participación de la medicina en el proceso, ya que el cuerpo es su objetivo por excelencia.

La atención médica alfracionar al hombre, y adjudicar soluciones individuales, está dentro de una lógica de acción, a fin de generar un aumento del "...proceso de producción de la plusvalía relativa a través básicamente del aumento de la productividad del trabajo, dado que la mejoría de las condiciones de salud del trabajador posibilita la obtención de un máximo de productos en menor tiempo y correspondientemente la producción de mercancías a un costo más reducido". (17)

La atención médica, al dar mayor prioridad a la capacidad corporal,

resistencia y recuperación del cuerpo del trabajador, al alejarlo de las condiciones que le rodean tiene el propósito de "...reducir un fenómeno colectivo a las condiciones de individualidad..." (18)

Conlleva a resaltar lo individual, por lo que se comprende que el acto médico "...se expresa en su orientación curativa, entre los agentes de trabajo, en que ésta trate de mitigar los efectos resultado de la competencia económica -primeramente-, que fué una de las bases para el desarrollo de las fuerzas productivas". (19)

No resulta extraño entonces, que nuestra sociedad ensalse, y valore hasta la saciedad "...el individualismo y los logros personales en oposición a los colectivos". (20) De esta manera le importa al capitalista, que su trabajador esté en aptitud de mantener su ritmo de trabajo, sostenerlo hasta donde sea posible, en "normales" niveles de competencia. Por lo que deja al médico parte de ésta tarea: "...nuestra actuación y nuestros conocimientos biológicos se orientan a la conservación y al aumento de la competencia en una sociedad que precisamente se define por la competencia y sobre todo por la competencia productiva". (21)

El capitalismo ha modelado un ejercicio médico que se adecúa a sus necesidades. Y la medicina ha entrado a ésta ilógica carrera, comportándose a su imagen y semejanza. "precisamente en la sociedad competitivo-productiva y particularmente en la capitalista, se ha desarrollado la medicina tal como la ejercemos: como utilización de los conocimientos de la naturaleza para conseguir un resultado que no puede menos de ser hegemónico con la sociedad en la que se ha constituido dicho patrimonio de conocimientos. Y por lo mismo ya no nos sorprende que la medicina utilice el conocimiento de la naturaleza en función de los objetivos de la competencia: el hecho de que los conocimientos que poseemos sobre el cáncer de pulmón se utilice no para prevenirlo, sino para curarlo ya no se nos antoja una locura, sino como expresión de los presupuestos esenciales de nuestra sociedad". (22)

Este modelo hegemónico de práctica médica, no tiene como intención poner mayor empeño en la prevención que en la curación. De ahí que se dé mayor importancia a la fabricación de "...electrocardiógrafos para diagnosticar infartos y secciones hospitalarias para curarlos. Fabricamos cánceres pulmonares y quirófanos para operarlos. Sería fácil, pero inútil diagnosticar que estamos locos. En realidad, nuestro comportamiento tiene una lógica: la lógica de la competencia. Crear un tipo de vida con menos stress y que redujera los casos de infarto, significaría disminuir la competencia de nuestra vida: por ésta razón no lo hacemos. En cambio, curar los afectados por infarto no supone disminuir la competencia de la vida, sino que significa reconocer ésta competencia y sus resultados". (23)

Sin embargo la actuación del acto médico no se detiene ahí. Juan Cesar García considera que en el modo de producción capitalista, aquel no se presenta solamente como regulador de la productividad de la fuerza de trabajo, sino también: "juega un papel importante en la disminución de las tensiones, producto de la desigualdad social". (24)

Ubicarlo a nivel de la superestructura, permite entender qué otros fines llega a cumplir el quehacer médico, al contribuir a la legitimación del capitalismo. Y es debido a ésta función legitimadora que la clase médica sirve a los intereses del sistema y de la clase capitalista. (25)

De ahí que su utilidad llegue al campo socio-político y se mide principalmente en el campo de la legitimación. "La medicina resulta en verdad socialmente útil en la medida en que la mayoría del público crea y acepte la proposición de que unas condiciones que en realidad obedecen a causas políticas pueden resolverse individualmente por medio de la intervención médica". (26)

De esta manera la medicina tiende a reproducir la ideología de la sociedad que la ve engendrar, estrechándose la relación entre las formas de conceptualizar y el modo de hacer las cosas. Así, se dan cotidianamente las siguientes expresiones en el campo médico:

1. El concepto mecanicista de la medicina, en la que se dá por sentado que la enfermedad es el desequilibrio de los componentes de la máquina-cuerpo es, el enfoque de la medicina que más predomina.

2. La causa de la enfermedad es sobre todo individual, por lo que la respuesta terapéutica ante la misma irá orientada hacia el individuo también.
(27)

La exaltación del organismo humano como fin único y último de la acción médica, desligándole sus vertientes socio-económicas, sólo nos refleja que en cada período histórico, el avance técnico-científico de una sociedad, está también influido en sus logros, acciones y fines por la ideología dominante. Por ésto cuando el campo médico profesional, destina la mayor parte de sus recursos económicos, materiales, físicos y humanos, al acto individual, tiene el fin de que la enfermedad aparezca como un fenómeno aislado de la salud, al cual responde mediante acciones curativas y rehabilitatorias.

Y en concordancia con lo anterior, ésta forma de explicar la función de la atención médica en nuestra sociedad, no sólo refleja una etapa del desarrollo de la medicina mexicana, sino que se relacionan con el avance que en su conjunto ha alcanzado la sociedad. Por ello, Cristina Laurell establece, que "la conceptualización profesional médica de la enfermedad,..lleva el sello de la época histórica que la creó..."(28)

Cualquier elaboración conceptual del proceso salud-enfermedad, lleva explícita o implícitamente el sello de los intereses y la ideología de cada clase o grupo social, los cuales son expresiones concretas de las condiciones materiales de trabajo y de vida". (29)

En cada sociedad, de las diferentes concepciones que se elaboren sobre éste proceso, y consecuentemente sobre la función, papel y metas del acto médico, una será la predominante y en el caso mexicano, no es la que científicamente responde a los intereses de la mayoría, sino a los de la clase económica y políticamente hegemónica.

Por eso se afirma que, "...la conceptualización elaborada por los representantes de las clases que tienen el poder económico y político influyen en la respuesta social a la enfermedad concretamente en las políticas de salud y en la práctica médica dirigida a la clase proletaria". (30)

BIBLIOGRAFÍA DE FUNDAMENTOS

1. Sorell Ana Cristina. Socialismo y Capitalismo en México. Cuadernos Políticos #5. Col. En. Médicos 1975, p.5
2. López Acuña Daniel. La salud desigual en México. Ed. Siglo XXI, 2a.ed. México 1981, p.95
3. Rojas Soriano Paul. Capitalismo y Enfermedad. Folios Ediciones. 2a.ed. México 1984, p.194
4. Crevena Pedro. Un pueblo sin salud. Seis aspectos del México real. Universidad Veracruzana, Xalapa Ver. 1979, p.149
5. Da Silva Arana Sergio. El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales #24, UNAM, ICFYS. Nueva Época, abril-junio 1976, p.42
6. Rodríguez Chamalet Diva. Estado y salud. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM 1980, p.11
7. Ibidem p.10
8. Ibidem p.10
9. El trabajo médico...p.40
10. Estado y salud...p.3
11. Capitalismo y enfermedad...p.74
12. El trabajo médico...p.47
13. Capitalismo y enfermedad...p.71
14. Mercar Hugo. La práctica médica. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales #24, UNAM, ICFYS. Nueva Época, abril-junio 1976, p.18
15. Capitalismo y enfermedad...p.71
16. Un pueblo sin salud...p.149
17. Ibidem p.149
18. Navarro Vicente. La medicina bajo el capitalismo. Ed.Critica.Gpo. El.Grijalbo, Barcelona 1978, p.258
19. Un pueblo sin salud...p.150
20. Waitzkin H.B., R. Waterman. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Ed.Nva.Luzon, 1a.ed. México 1981, p.42
21. Conti Laura. Medicina y Sociedad. Ed.Fontanella, 1a.ed.España 1972, p.296
22. Ibidem p.298
23. Ibidem p.297
24. El trabajo médico...p.39
25. La medicina bajo el capitalismo p.258
26. Ibidem p.258
27. Ibidem p.255
28. Medicina y Capitalismo...p.81
29. Capitalismo y Enfermedad...p.198
30. Ibidem p.11

3.3 ESTADO Y PRACTICA MEDICA (ANTECEDENTES).

La preocupación permanente del cuidado y protección de la salud a nivel social, lo muestra la existencia de aquellos primeros "cuidadores de la salud", que en su mítico mundo buscaban una explicación de la enfermedad"... el origen de las enfermedades se buscaba tanto en la voluntad divina, como en la relación de los hombres entre sí y con la naturaleza". (1)

Ahora bien, cuando el acto médico llega a formar parte de las acciones político-ideológicas del Estado, y se le utiliza como factor de apoyo, las instituciones de atención a la salud, se convierten en un campo de acción que materializa una concepción global de la salud, estrechamente dependiente de la realidad socio-política propia de la formación social de que se trate.

Como práctica social, la medicina ha de ser considerada como resultado de los cambios y transformaciones socio-económicas y políticas de la sociedad "...los conceptos de salud y enfermedad, como el saber médico y la práctica derivados de éllo, están determinados en última instancia por la producción de la vida material en época y lugares específicos". (2)

Con el advenimiento del capitalismo, se gestan cambios en la práctica médica, que marcarán su papel social. Ente ellos se destacan:

1. Su desplazamiento del espacio religioso y político para articularse al proceso de producción económica, y
2. La institucionalización de su exclusividad del campo de la salud y de la enfermedad. (3)

Estos cambios en la práctica médica, tienen el antecedente de la acumulación originaria, que presenta la escisión entre el productor y sus medios de trabajo, expulsando una creciente masa de obreros libres, propietarios de su fuerza de trabajo y por otro lado generando la acumulación y concentración de los medios de producción en unas cuantas manos. Por ello "...el proceso que engendra el capitalismo sólo puede ser uno: el proceso de disociación entre el obrero y la propiedad sobre las condiciones de su trabajo, pro-

ceso que de una parte convierte en capital los medios sociales de vida y de producción, mientras de otra parte convierte a los productores directos en obreros asalariados. La llamada acumulación originaria, no es pues más que el proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción". (4)

En la sociedad capitalista, la organización sanitaria y su ejecución recayó en el ámbito oficial y fué una función propia del Estado, que va a expresar su carácter de clase. "Existe una razón histórica...las primeras organizaciones de salud separadas del individuo y de su propia experiencia e instinto y de las organizaciones primarias de convivencia, aparecen como organización del poder político y económico de dominación como consecuencia de una expropiación. La relación que existe entre organización de poder y organización de salud viene fuertemente determinada en la historia del hombre con el proceso general de expropiación y con la creación y asentamiento de los mecanismos de dependencia de unos hombres y grupos sociales respecto a otros". (5)

Debe de considerarse que de acuerdo con las formas particulares de desarrollo del capitalismo, en los países europeos occidentales, "...el Estado va a utilizar a la medicina como instrumento político para disminuir las tensiones sociales, en ciertos sectores de la población por ejemplo, o como instrumento para la acumulación de capital (como suele ocurrir con los seguros sociales)". (6)

Este modelo médico dominante ha sido el resultado del desarrollo de la sociedad capitalista, que durante los siglos XVIII y XIX, empezó a consolidarse en los países europeos. Durante éste período la práctica médica, en tanto actividad social va a manifestar tres tipos de organización: La Medicina del Estado, La Medicina Urbana y La Medicina de la fuerza laboral, "...que varios Estados (Alemania, Italia, Francia, Inglaterra, Estados Unidos), implementaron durante los siglos XVIII y XIX con la denominación (may sintomática

por cierto) de policía médica (+)". (7)

A partir del año de 1779 el trabajo de John Peter Frank, "Policía Médica", inicia una gran producción de trabajos de esa naturaleza. El tipo de áreas comprendidas que más preocuparon a los autores fueron: población, estadísticas vitales, salud materna-infantil, sanidad de la vivienda y el vestido, nutrición, salud de grupos ocupacionales, recreación, prevención y control de enfermedades transmisibles, organización del personal médico, legislación en salud, educación sanitaria. (8)

La aplicación de los principios de la policía médica, aun cuando tuvieron una gran difusión en su interpretación, se vieron condicionados a las situaciones particulares socio-económicas y políticas de los países europeos. "En los países más rezagados, en los que el desarrollo del poder de la burguesía era menor, se aplicaron las ideas de Frank con todo su carácter paternalista, y autoritario con la idea central de legislar en el terreno de la salud y extender el control a las colectividades". (9)

En el caso de los demás países, aquellos "...cuyo desarrollo industrial había colocado a los capitalistas en posición de indiscutible hegemonía, se tendió a aplicar aspectos operativos, más relacionados con las condiciones de la fuerza de trabajo".(10) De esta forma surge con diversos matices la acción directa del Estado, en la práctica médica a partir del siglo XVIII en los países europeos:

3.3.1. LA MEDICINA DEL ESTADO EN ALEMANIA.

En Alemania uno de los pensadores médicos más lúcidos, John Peter Frank publica la obra "Sistema de una Política Médica Integral", en la que se

 (+) El concepto de "policía" se emplea junto al de "Medicina", teniendo como propósito el de definir las diversas formas de práctica médica oficial en los países europeos, durante los siglos mencionados. Jaime Breilh, indica que el término de policía se refiere a la "organización interna o regulación del Estado, especialmente en lo que respecta a factores que afectan la seguridad, bienestar, moral y salud del público".

advierde como necesidad la vinculación entre el quehacer médico y el político, única fórmula de dar solución a las situaciones cotidianas de enfermedad de la población. Por ello consideraba que "La política médica, como ciencia de la política en general en general, es un arte de la prevención, una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de las dañosas consecuencias del hacinamiento; es, en especial un arte que alienta el bienestar corporal para que, sin sufrir un exceso de males físicos, los seres humanos puedan demorar lo más posible el momento fatal en que, por fin deben morir". (11)

Para Frank la idea central, era que la salud del pueblo debería ser impulsada por medio del Estado, el que a fin de cuentas se encargaría de legislar y hacer cumplir las leyes sanitarias. Esta idea coincidió con el cambio de opinión que tuvo Bismarck, al pasar de la "Ley antisocial" en 1876 que prevía un estallido revolucionario, a una magna obra de legislación social. Su proclamación del derecho de trabajo y la garantía contra el infortunio, hicieron ver que "la causa principal de que el obrero se encontrase en situación precaria y llevase una vida de agitación, residía en la incertidumbre y en la inseguridad en cuanto al auxilio que toda economía industrial puede proporcionar". (12) Por éello Bismarck concretizaba ésta acción en la siguiente frase: "un hombre que tiene asegurados su porvenir, su vejez tranquila, el bienestar de sus familiares, no es un anarquista ni atenta contra la vida del emperador, démosles ahora a los pobres aquello a lo que tienen derecho antes de que nos lo arrebaten por la fuerza". (13)

Bismarck, se propuso lograr mediante los contratos de trabajo, una política de obras públicas y los seguros sociales estatales. (14) La labor del Estado en el área de la salud, estaba inmersa dentro de una política general "...el Estado tenía la obligación de interesarse en favor de los ciudadanos desamparados, y económicamente débiles; ésto lo hacía partidario de un socialismo de Estado, es decir, de una intervención y dirección por parte del mis-

mo en todo aquello que pudiera suponer un beneficio para la colectividad. A partir de esta premisa, la institución del seguro social debería ser, naturalmente obligatoria; dependería del Estado y recibiría de él ayuda económica". (15)

La policía médica es un "término que surge en Alemania a fines del siglo XVII cuando el punto de vista mercantilista, señala la importancia de la población y su crecimiento para el poder y la riqueza del Estado y se trata de una política sanitaria dirigida en lo fundamental a aumentar el poder del Estado y no una mejoría del pueblo". (16)

Este tipo de medicina, se presenta en el país donde la Ciencia del Estado se desarrolla por vez primera, dadas las siguientes razones:

1. El largo proceso que tenía que recorrer Alemania para constituirse unitariamente como nación.

2. La necesidad de la burguesía de encontrar apoyo en la aristocracia, a fin de romper el bloque económico del que es objeto por los países vecinos, que la impulsa a formar un cuerpo de funcionarios disponibles para la maquinaria estatal. (17)

Por ello, el Estado alemán es el primero en aplicar el intervencionismo creando la "Unión Aduanera" cuyo fin era defender la industria, dado que Inglaterra tenía dominado el mercado internacional, dándose a la tarea de proteger al trabajador como parte de la industria. El 1. de junio de 1869 aparece la "Ley del trabajo", en la cual se declara la obligación que tiene la sociedad y el Estado de proteger a los asalariados, como parte sustancial de la producción. (18)

Así, las acciones médicas se avocan al proceso de construcción del poder del Estado, que en el caso alemán durante los siglos XVIII y XIX atravesaba por una etapa de transición en la que aún no se había consolidado, el poder de la burguesía sobre la clase feudal.

Dautscher explica muy bien porqué las monarquías absolutas como la alema

na, por ser formaciones de un capitalismo incipiente mercantilista, poco vigoroso y subordinado al poder de las potencias capitalistas de entonces, (Inglaterra y Francia), requirieron la formación de un Estado interventor que compensó la debilidad de la burguesía, penetrando las instituciones y la vida de las comunidades urbanas en formación para el control y la hegemonía política.

De esta manera el quehacer médico delimitó su campo de acción: "Lo es el cuerpo del trabajador lo que interesa a ésta administración estatal de salud, sino el propio cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen al Estado. No se trata de la fuerza laboral sino de la fuerza del Estado frente a sus conflictos, sin duda económicos pero también políticos con los vecinos. Por éso la medicina del Estado encierra cierta solidaridad económica-política. Sería por lo tanto, falso vincularla al interés inmediato de obtener una fuerza laboral disponible y vigorosa". (19)

Las acciones que desarrolló la policía médica consistían en:

1. Un sistema de observación de la morbilidad en todas las ciudades y de registro a nivel del propio estado de los fenómenos epidémicos o endémicos observados;
2. Profesionalización de la práctica médica;
3. Creación de una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos;
4. Creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno, que asumen la responsabilidad de una región, apareciendo el médico como administrador de salud". (20)

Siendo Alemania un país con un lento proceso de industrialización, poco antes de 1848, presencia un movimiento de reforma médica en la que conceptualizaba a la medicina como "una ciencia social". El programa de 1848 reconocía "...el deber del Estado de velar por el bienestar físico de todos sus miembros y en consecuencia su deber de adoptar provisiones para

el fomento y conservación de la salud y para la normalización de las condiciones sanitarias alteradas". (21)

Al respecto, se propusieron las siguientes medidas:

1. Tomar al hospital como centro de las actividades médicas, exigiendo servicios médicos para los pobres, y
2. Establecer un seguro de salud para los asalariados, que se financiará con las contribuciones de éstos y con subsidios estatales.

Es comprensible entonces que S. Newman, haya fundamentado el derecho a la salud indicando que "el propósito del Estado en ese momento era, como lo declaraban las autoridades, proteger la propiedad privada individual y que, la mayoría de la población sólo contaba con su fuerza de trabajo, la cual dependía por completo de su salud. En consecuencia el Estado estaba obligado a proteger la salud del pueblo". (22)

En Alemania el desarrollo de la medicina, había adoptado un carácter paternalista, cuyo fin se fincaba en la instauración de bases de legitimación para el Estado. La reforma sanitaria no podía ir muy lejos. Sin embargo las reivindicaciones de protección a los trabajadores en 1883-1889, serían los frutos que florecerían con la creación de "...un sistema de seguridad social en el que se, protegía de la enfermedad, de los accidentes industriales, de la vejez y de la invalidez, y marcaría el comienzo de la preocupación de otros Estados por la seguridad social". (23)

El caso alemán es considerado como uno de los momentos trascendentes, en el propósito de entender al desarrollo que ha tenido la práctica médica, como una actividad política institucional. El Sistema de Seguro Social se dá en tres momentos:

1. La Ley del Seguro Social Obligatorio de enfermedades entra en vigor el 13 de junio de 1883: "...proporcionaba atención médica y ayuda financiera adecuada. Se extendió a los asalariados y se administró fundamentalmente por cajas de empresas; las hubo también locales y rurales, pero la organización

de tipo profesional predominó sobre la territorial. Los recursos económicos procedían de los asegurados y de sus patrones. Las prestaciones eran de 3 clases: por enfermedad, por maternidad y por muerte". (24)

2. La Ley del Seguro sobre accidentes de trabajo de los obreros y empleados de las empresas industriales, el 6 de julio de 1884: "todos los patrones tenían la obligación de asegurar a sus obreros contra accidentes. Se administraba por corporaciones profesionales o asociaciones obligatorias. En estos casos, los recursos económicos procedían sólo de los patrones". (25)

3. La Ley del Seguro Obligatorio de invalidez y vejez, el 22 de junio de 1889: "El Seguro de invalidez y vejez se extendía también a los asalariados y era administrado por instituciones de tipo territorial. Recibía sus recursos económicos de los asegurados y de sus patrones, más una bonificación del Estado, y concedía rentas desde los sesenta y cinco años de edad o antes si el asegurado sufría invalidez". (26)

Puede afirmarse que el Seguro Social en Alemania, marcó la pauta para otros movimientos sociales, los que de una u otra manera tratan de hacer llegar en forma efectiva a toda la comunidad, el Seguro Social Obligatorio.

De la misma manera, el caso alemán es pasaje obligatorio para entender los orígenes de las dos formas principales, que actualmente utiliza el Estado para hacer llegar la atención de la salud a la población, en la mayoría de los países de América Latina: la asistencia social y la seguridad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Vera Robledo Cecilia, Ara Sta. M^a. Galván. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM-FUPyS, México 1982, p.6
2. Ibidem p.7
3. De la Garza Walliser Alejandra. Enfermedad mental y práctica psiquiátrica en México: El caso de una institución hospitalaria federal. Tesis profesional. UNAM-FUPyS, México 1983, p.49
4. Ibidem p.49
5. ibidem p.54
6. Ibidem p.55
7. Breilh Jaime. La medicina comunitaria. ¿una nueva policía médica?. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales 184, Año XXII. Nueva Época, abril-junio, 1976 p.53
8. Ibidem p.61
9. Ibidem p.61
10. Ibidem p.62
11. Análisis sociológico...p.13
12. Ulloa M^a. Elena, Origen de los seguros sociales en Alemania. Revista Mexicana de Seguridad Social, agosto-diciembre 1979 Nos.15-16. IES p.11
13. ~~13~~ Seguridad Social. Módulo de Introducción a la Clínica. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Nayarit. Tepic, Nayarit. 1985 p.240
14. Origen de los seguros sociales...p.11
15. Ibidem p.11
16. Enfermedad mental y práctica...p.55
17. Ibidem p.55
18. Origen de los seguros sociales...p.11
19. Enfermedad mental y práctica...p.56
20. Ibidem p.56
21. Análisis sociológico...p.16
22. ibidem p.17
23. Ibidem p.17
24. Origen de los seguros sociales...p.12
25. Ibidem p.12
26. Ibidem p.12

3.3.2. LA MEDICINA URBANA EN FRANCIA.

Con respecto a Francia el desarrollo de la práctica médica va a ir aparejada y apoyada por la urbanización. Hacia fines del siglo XVIII París aún no formaba una unidad territorial, se componía en conjunto de poderes señoriales, los cuales mantenían una autonomía y jurisdicción propias. (1)

Entre los conflictos graves por los que atravesó Francia, se cuentan las revueltas campesinas del siglo XVII, a las que se sumaron posteriormente las de las ciudades. A fines del siglo XVIII, las primeras empiezan a ceder gracias "...a la elevación del nivel de vida de los campesinos, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un serio poder político capaz de investigar el problema de ésta población urbana". (2)

Ante la imposibilidad de hacer frente a éste conflicto, por la no unificación de poderes, es a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, cuando empiezan a instrumentarse las acciones tendientes, a la conformación de un poder único y bien reglamentado en las grandes poblaciones para hacer de la ciudad una unidad. Entre lo más relevante de ésta acción destacan los objetivos siguientes:

1. A nivel económico, la ciudad no era sólo un lugar de mercado sino también de la producción y en esta medida debía recurrirse a mecanismos de regulación homogéneos y coherentes.

2. A nivel político, la unificación de la ciudad era necesaria, pues la presencia creciente de la clase obrera, aumentaba las tensiones políticas en su interior. Cada vez se deslindaba más el enfrentamiento entre pobres y ricos. (3)

Frente a ésta situación surge la medicina urbana, que ya a finales del siglo XVIII entre sus posiciones relevantes, destacaba que es "...el Estado quién debía promover estos cuidados como uno de sus principales responsabilidades mediante la práctica de una política médica que tendiera a la

prevención y al control de las enfermedades". (4)

De ahí que la práctica médica estatal se avocara al cumplimiento de las siguientes metas:

1. Analizar los sectores de hacinamiento, de confusión y peligro en el recinto urbano.
2. Controlar la circulación del agua y del aire (se abren grandes avenidas) a fin de mantener el buen estado de salud de la población;
3. Organizar las distribuciones de los lugares comunes. (5)

En esta época uno de los proyectos que más resalta, es el de Mathieu Géraud quién propone la creación de un tribunal de Salubridad, al lado del Judicial.

Esto orilló a que los médicos en forma constante supervisaran o vigilaran, la población civil y el medio ambiente con los propósitos siguientes:

1. Llevar un control estadístico estricto, registrando nacimientos y decesos relacionando las enfermedades, el tipo de vida, la causa de la muerte),

2. Como también de las condiciones de "la topografía de la región, las habitaciones, las personas, las pasiones dominantes, el vestido, la constitución atmosférica, los productos del suelo, el tiempo de su perfecta madurez, y de su cosecha, así como la educación física y moral de los habitantes de la comarca;

3. Y por último, pidiéndose a cada individuo estuviera informado sobre aspectos médicos esenciales y los médicos procuraran enseñanzas con el fin de evitar la propagación de enfermedades. (6)

Se considera que el desarrollo de la medicina social en Francia, estuvo ligada al desenvolvimiento de la estructura urbana, con el propósito de llevar a cabo acciones de prevención hacia las enfermedades que se presentaban, como consecuencia de la insalubridad del ambiente que en esa época, tenían las principales ciudades de Francia, París por ejemplo.

Aparte de lo anterior existieron otra serie de razones, que llevaron a la ciudad de su medicalización durante esa época, siendo las siguientes:

1. Por medio de la medicina social urbana, la profesión médica, se puso directamente en contacto con otras ciencias como la química. La inclusión de la práctica médica en un cuerpo de la ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización.

2. Siendo la medicina urbana, una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia, esto sirvió para que la medicina pasara del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo, dándose las bases para la constitución de la medicina científica.

3. Con la medicina urbana aparece la noción de salubridad. La salubridad será la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos y permitirá el surgimiento del concepto de higiene pública, es decir, la técnica de control y modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.(7)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. De la Cerza Walliser Alejandra. Enfermedad mental y práctica psiquiátrica en México: El caso de una institución hospitalaria federal. Tesis profesional. UNAM-FCPyS, México 1983, p.56
2. Ibidem p.56
3. Ibidem p.56
4. Robledo Vera Cecilia, Ana Sta. Ma. Calván. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM-FCPyS, México 1982, p.12
5. Enfermedad mental y práctica...p.57
6. análisis sociológico...p.13
7. Enfermedad mental y práctica...p.53

3.3.3. LA MEDICINA LABORAL EN INGLATERRA.

En Inglaterra los principios de la política médica, en cuanto a su interpretación y aplicación, se adecuaron a condiciones económicas y políticas particulares. La posición de hegemonía por su alto desarrollo industrial con respecto a otros países, llevó a una aplicación de los principios en aspectos operativos, que se relacionaron más con las condiciones de la fuerza de trabajo.

La consolidación del capitalismo industrial para el siglo XVIII, había logrado una integración nacional bajo el dominio de la burguesía, carente de un absolutismo administrativo. En Francia e Inglaterra ésta situación parece reflejarse en la asimilación particular, que hasta los últimos decenios del siglo XIX se hizo de las ideas de "política médica", adoptando aquellos aspectos de la misma que tenían que ver más directamente con la protección de su fuerza laboral". (1)

La actividad médica se usó fundamentalmente, como un medio de evitar el deterioro de la fuerza de trabajo y de contener posibles manifestaciones en contra del sistema ya imperante.

Con la fiebre de la producción, los obreros se vieron cada vez más perjudicados en su salud, sin considerar edades o sexos, situación que no pasó desapercibida, ya que para la mitad del siglo XIX, en Francia e Inglaterra, aparecen los primeros informes donde se describen los daños causados en la salud de los trabajadores, por las reinantes condiciones de trabajo que les imponían: "las primeras investigaciones orgánicas fueron las de Villermé (1828), sobre la mortalidad y grado de indigencia en los arrondissements de París. Después Bonoisson, D'Espine, Bertillon y otros introdujeron las estadísticas por profesión más que por causa. En Inglaterra, Engels (1845), hace una encuesta sobre la situación de los trabajadores en las grandes concentraciones industriales, que estimula la iniciación de búsquedas estadísticas más cuidadosas durante los años posteriores". (2)

Durante éste período, se considera que el modo de producción se organiza de tal manera, que "...debía de imponer a un conjunto de trabajadores supuestamente "libres" el orden y la jerarquía del capital. El Estado tenía que impulsar ese orden y la medicina se vió atrapada en la trama de esa necesidad histórica de la "política médica". (3)

Aparece entonces el obrero social, como una parte del complejo sistema industrial, que lo va a caracterizar en lo futuro: "...la aparición en la estructura del período manufacturero y la consolidación consiguiente de lo que Marx denominó el "obrero colectivo"...La combinación en los centros manufactureros de diferentes oficios o la fragmentación de un mismo oficio en varias operaciones con el objeto de producir una mercancía única, comienza la desaparición de los obreros como artesanos independientes y principia a transformarlos en un cuerpo único de trabajo cooperativo que se consolidará más tarde en la gran industria". (4)

En la obra del Capital de Marx, se encuentran las descripciones sobre ~~las inhumanas~~ condiciones de explotación, a que se vió sometida la población trabajadora.

La policía sanitaria inglesa, "más que a la promoción del poder estatal dan mayor énfasis a los capítulos que tratan problemas de déficit poblacional, aspectos de salud materno-infantil, la regulación administrativa y control de problemas referentes a las enfermedades epidémicas, la supervisión del saneamiento ambiental y en general al fomento y protección de la fuerza laboral". (5)

A diferencia de otros tipos de atención médica, Inglaterra le atribuyó a la medicina del siglo XIX, el control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, con el propósito de evaluar la aptitud al tipo de trabajo que desempeñaban y por supuesto, el contribuir a la dominación política de los trabajadores por parte de la clase en el poder.

De esta manera en Inglaterra, país que vivía el más grande desarrollo

industrial de todos los tiempos, y que conataba con una masa de obreros jamás visto por su importancia, la práctica de la medicina social, delimitó sus metas: "...En primer lugar el Estado, en segundo la ciudad y por último los trabajadores y los pobres fueron objeto de la medicalización". (6)

Se considera que es a partir de la "Ley de los Pobres" como la medicina inglesa, tomó su forma de medicina social, dado que las disposiciones de esa ley, reflejaban un control de tipo médico hacia el necesitado. Cuando el pobre recibe los beneficios del sistema de asistencia médica, está obligado a una serie de controles médicos.

Con la "Ley de los Pobres" surge de una manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituyera un medio de ayudar a los más pobres, a satisfacer unas necesidades de salud, que por su pobreza no podían atender y que al mismo tiempo permitiera mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y por consiguiente la protección de la población privilegiada. Así se establece un cordón sanitario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres; a éstos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se liberan de ser víctimas de fenómenos epidémicos originados de la clase pobre".(7)

En síntesis, el sistema médico inglés, en su estructura vinculó tres tipos de acciones: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, con lo que se protegía a las clases más ricas, originándose "...tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina administrativa encargada de los problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quién tenía medios de pagarla". (8)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Breilh Jaime. La medicina comunitaria ¿una nueva policía médica?. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 1974. Año XXII, Nueva Época, Abril-junio 1976, p.62
2. Berlinguer Giovanni. Medicina y Política, citado en análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Robledo Vera Cecilia y Ana Sta. Ra. Calwan. Tesis profesional UNAM-FCPyS, México 1982 p.16
3. La medicina comunitaria...p.64
4. Ibidem p.63
5. Ibidem p.63
6. De la Carza Walliser Alejandra. Enfermedad mental y práctica psiquiátrica en México: El caso de una institución hospitalaria federal. Tesis profesional. UNAM-FCPyS, México 1981, p.58
7. Ibidem p.59
8. ibidem p.60

3.4 CARACTERIZACIÓN DEL MODELO MEDICO Y SU ENFOQUE CIENTIFCISTA.

Los grandes avances del campo médico, se van a dar durante el siglo XIX, y vienen anteceditos del desarrollo científico-tecnológico de áreas como: la física, química, biología. En aquellos países con un alto grado de avance del capitalismo, se inicia una etapa de gran impulso al llamado enfoque científico. "Irrumpe la preocupación por lo biológico-individual, expresada en una nueva comprensión del cuerpo (desde entonces la "máquina humana", en la adopción de nuevas bases para la investigación médica (patología, anatomía patológica y fisiología) y en la implementación de acciones curativas, consistentes en la reparación instrumental de segmentos aislados de esa "máquina corporal". Así se llega a relegar a la "higiene", a la "terapéutica" y a "semiología" que eran los pilares de la medicina oficial, integradora y "social" del período anterior". (1)

Este cambio no sólo se presentó, como resultado de lo hasta entonces obtenido por otras disciplinas, sino que obedeció, a un conjunto de necesidades del aparato económico y político de las potencias capitalistas. Ya con anterioridad, Marx había demostrado que la forma de desarrollo del sistema capitalista de explotación, hacia los años 60s. del siglo XIX se basaba en la prolongación de la jornada laboral (extracción de plusvalía absoluta), "pero luego la aparición de movimientos obreros organizados y el grado de deterioro que las prolongadas y extenuantes jornadas produjeron en la fuerza de trabajo, determinaron la necesidad de que fueran promulgadas leyes de limitación compulsiva del día laboral, con lo cual se revirtió la tendencia del aumento y se inició un período de implementación de formas de trabajo intensivo que permitieron una explotación en menor tiempo (extracción de plusvalía relativa)". (2)

Después de una etapa de explotación inmisericorde donde no se respetó ni edad ni sexo, se hizo necesario empezar a estudiar, cómo se conformaba el cuerpo humano y cuáles eran sus características internas y externas, que

puvieran favorecer el incremento de la productividad en la jornada laboral.

Los avances extraordinarios de la etapa científicista del modelo médico, se vieron anteceditos por dos aspectos, que ya Marx había considerado:

1. Aumento de la jornada. Después que el capital se tomara siglos para extender la jornada laboral hasta sus límites normales máximos y luego más de éstos, —hasta los límites del día natural de 12 horas—, tuvo lugar a partir del nacimiento de la gran industria en el último tercio del siglo XVIII, una arremetida violenta y desmesurada como la de un álux. Todas las barreras erigidas por las costumbres y la naturaleza, por la edad y el sexo, por el día y la noche, saltaron en pedazos.

2. Reducción del día laboral. No bien la clase obrera, aturdida por el estruendo de la producción, cobró el conocimiento comenzó su resistencia y en primer lugar en el país de la gran industria, en Inglaterra.

Por tanto, si ésta prolongación anti-natural de la jornada laboral por la que ~~para~~ el capital, en su desmesurado impulso de autovalorización, acorta la vida de los obreros individuales y con ello la duración de su fuerza de trabajo, será necesario un reemplazo más rápido de las fuerzas desgastadas, y por ende será mayor la suma exigida para cubrir los gastos de desgaste. Parece, por consiguiente, que el propio interés del capital apuntará en la dirección de una jornada laboral normal. (3)

Ello hizo necesario que apareciera una creciente necesidad por proteger la mano de obra activa, procurando que realizara de una forma ágil y eficiente y en el menor tiempo posible, una alta tasa de ganancia. Este se considera el punto de contacto en ésta época, entre las demandas que exigía la producción capitalista y las nuevas actividades de investigación propuestas para el campo médico.

La medicina tiene que responder ahora, "...al interés por aumentar la cantidad de trabajo suministrado por el mismo número de obreros, sin que se modifique la jornada de trabajo. La disminución de la jornada de

trabajo...lleva a un mayor gasto de trabajo en el mismo lapso que, en términos de la fuerza de trabajo del obrero representa una amenaza para la salud, y por tanto a su reproducción como generador de plusvalía: la producción de la plusvalía relativa, caracterizada por el acrecentamiento del plusvalor por medio de la reducción del tiempo de trabajo necesario, independientemente de los límites de la jornada laboral revolucionaria la medicina, especialmente cuando toma a su cargo las consecuencias producidas por la intensificación del trabajo". (4)

Por lo que se apoya el área de investigación precisamente en lo que se refiere, a la "fisiología del trabajo". Los objetivos eran: medir los fenómenos de utilización y desgaste energéticos; inventar métodos para reducir la fatiga y efectuar estudios cuantitativos de racionalización biológica. En cambio, para la producción agrícola tropical era indispensable emprender la investigación de las formas de patología microbiana y parasitaria que mermaban la capacidad de producción del trabajador campesino. (5)

El impulso de la medicina y sus áreas de investigación, deben cumplir el deseo de generar en forma dinámica y eficaz mayores tasas de ganancia, en un menor tiempo, siempre que aquellos "generadores de riqueza", se encuentren sanos. De aquí que el criterio capitalista de salud, que se maneja es que, "se está sano en tanto se puede trabajar, aunque se padezcan algunas dolencias dolencias no perceptibles a simple vista". (6)

Con esto llegamos a un momento en el que la ciencia, se distingue como una soberana en todos los ámbitos, creando teorías cuyo fin es atender problemas concretos, que se manifiestan en la realidad, causados por la enfermedad y donde se buscan causas y soluciones por mecanismos cada vez más sofisticados.

Ello cultivaba un saber médico que ha desarrollado una gama de especialidades, sobrevalorando los aspectos biológicos, subordinando como consecuencia a toda una serie de aspectos que son reconocidos, como determinantes para

comprender los procesos patológicos y sus soluciones.

Con dicho enfoque se "oficializa" la práctica médica como una actividad política del aparato estatal. Que durante el siglo XIX, más que ser una garantía para la salud de la población, se instrumenta como la acción para combatir la enfermedad que el propio sistema capitalista produce.

El modelo médico instituido definitivamente a partir de la tercera década del siglo XIX, es producto por una parte, de una multiplicidad de procesos que se expresan parcial, pero explícitamente en la autonomía relativa de la práctica médica y por otra, en el nivel de los conjuntos de la sociedad, en que ésta práctica se constituye y desempeña. Parafraseando a Eduardo Menéndez, el modelo médico es una construcción social en la cual intervienen tanto el personal de salud (básicamente el médico), como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social. El modelo médico es en consecuencia, una construcción que supone a la sociedad en que se constituye como parte intrínseca del mismo, ahora ~~de la sociedad, en la~~ medida que define el área enfermedad-salud, como estructura genera necesariamente modelos médicos, que expresan en sus caracteres fundamentales a dicha sociedad. La salud de los trabajadores, el manejo de la salud-enfermedad, la ubicación económica y social de las formas de enfermedad por conjuntos sociales y por la práctica médica son parte de esta construcción dinámica que denominados modelo médico. (7)

Con el desarrollo del capitalismo se institucionaliza el modelo médico, como una respuesta del Estado que en última instancia, se determina por la estructura de la sociedad, que es dirigida y controlada por el grupo que detenta el poder. Esto nos habla de una serie de intereses económico-políticos e ideológicos, donde no sola ni primordialmente están presentes las necesidades en materia de salud.

Con este enfoque se fundamenta jurídicamente una apropiación exclusiva de dicha problemática, apropiación que de hecho implica la hegemonía y mono-

polio de la práctica médica en este campo. (8)

Para el modelo vigente importa un control sobre una parte del proceso de producción (obreros) y consecuentemente desarrollar una práctica que esté antecedida, por una nueva conceptualización de la salud y la enfermedad. Por ello no es extraño que en países como Inglaterra o Francia, a finales del siglo pasado se hiciera "...una etapa de avance constante en el que se daba impulso a la investigación, mediante el uso de técnicas e instrumentos cada vez más complejos que pretendían el conocimiento detallado del funcionamiento del organismo humano y su reacción ante todo aquello que lo altera". (9)

En la actualidad el modelo biologicista, sigue manteniendo vigencia. Para él la enfermedad es un fenómeno definible a partir de una concepción empirista y positivista donde sólo existen signos y síntomas

El enfermo es estudiado alejado de implicaciones sociales o culturales. De esta manera el control que la sociedad ejerce "...sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biológica y política, la medicina es una estrategia bio-política" (10)

Así puede decirse que las características más relevantes, de éste modelo médico imperante en nuestra sociedad son: su biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. Por ello "Estos caracteres son en gran medida continuidades, pero durante el desarrollo del capitalismo en los siglos XVIII y XIX no sólo se potenciarán, sino que llevarán a sus consecuencias necesarias el contenido de dichos caracteres. El proceso capitalista irá exigiendo que estos caracteres sean los determinantes no sólo de la práctica médica sino del modelo médico". (11)

Ello implicó que éste avance fructificara en un otorgamiento de mayores recursos para la investigación y el tratamiento, que en consecuencia "...llevó aparejado el surgimiento de los grandes hospitales de alta tecnología y

de complejos institutos de investigación. Los Estados Unidos pronto se convirtieron en los promotores básicos de la nueva tendencia, y para eso tuvieron como punto de arranque fundamental las millonarias inversiones que efectuó la empresa privada, para implementar las recomendaciones del "Reporte Flexner", que fué un estudio, financiado en 1910 por la Fundación Carnegie, para sentar las bases de un plan de desarrollo de la medicina científicista". (12)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ibreihl Jaime. La medicina comunitaria ¿una nueva policía médica? Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, # 84, Año XXII. Nueva Época, abril-junio, 1976 p.65
2. Ibidem p.66
3. Ibidem p.66-67
4. De La Garza Walliser Alejandra. Enfermedad mental y práctica psiquiátrica en México: El caso de una institución hospitalaria federal. Tesis profesional. UNAM-FCPyS. México 1981 p.50
5. Robledo Vera Cecilia. Ana Sta. M. Calván. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional, UNAM-FCPyS, México 1982,p.18
6. Ibidem p.18
7. Enfermedad mental y práctica...p.61
8. Ibidem p.61
9. Análisis sociológico...p.17
10. Enfermedad mental y práctica...p.53
11. Ibidem p.62
12. La medicina comunitaria...p.67

4. MARCO SOCIO-HISTORICO.

4.1. CARACTERIZACION DE LA FORMACION SOCIO-ECONOMICA MEXICANA.

Nuestro país como el resto de los países latinoamericanos, ha tenido un desarrollo irónico; primero como un factor esencial en el desarrollo económico de las potencias extranjeras (España, Inglaterra, E.U.), segundo como mantenedor de una situación de subordinación y endeudamiento permanente dentro de la economía internacional.

México ha colaborado de una manera decisiva en el desarrollo del capitalismo norteamericano, y en la actualidad no se aparta de su tradicional papel como; productor-exportador de materias primas y alimentos.

Esta situación ha hecho que prevalezcan en el país, áreas geográficas bien delimitadas donde se manifiesta éste atasco, en relación de aquellas, que han tenido un alto desarrollo. Las cuales sirven de apoyo al avance de las potencias extranjeras, hídese de la industria maquiladora, el petróleo y las industrias extractivas.

México como todo latinoamérica, mantiene una relación desigual con todos los países altamente industrializados. La baja de los precios de materias primas y el constante fenómeno de la deuda externa, han señalado el camino hacia el futuro; seguir siendo parte de los países dependientes, alejándose el sueño de tener autonomía y decisión en nuestro desarrollo económico y político.

Se ha acrecentado una situación de dependencia, que se entiende como "una relación de subordinación entre naciones formalmente independientes en cuyo marco las relaciones de producción de las naciones subordinadas son modificadas o recreadas para asegurar la reproducción ampliada de la dependencia". (1)

Juan Cesar García, comenta que el período desde fines del siglo XIX hasta 1930, sienta las bases de la futura relación, en la que la exportación de los capitales extranjeros, llevaron a dos cuestiones:

1. Una resolución temporal de la crisis producida por una sobre acumulación de capitales en EU.

2. Donde se enfoca el destino de éstos a los puntos neurálgicos de la economía latinoamericana ya que "se dirigen fundamentalmente a los sectores agrícolas y mineros que llevan a la producción de materias primas y alimentos importables a los EU". (2)

El período (1930 y 1950), se destaca por la depresión económica de los 30s. y la Segunda Guerra Mundial. Donde la participación de los EU, origina que la economía norteamericana centrara sus esfuerzos, en una gran producción de material bélico. Lo que permitió que países como México, iniciaran una lenta infraestructura industrial para la elaboración de los bienes de consumo que era demandada por el mercado interno. Este desarrollo se expresa en los siguientes términos "... (el) modelo de desarrollo que ha seguido a partir fundamentalmente en la década de 1940, en que se inicia el proceso de industrialización que permitirá la sustitución de importaciones, aprovechando la coyuntura de la segunda conflagración bélica". (3)

De ésta surge un cambio en las condiciones del desarrollo económico latinoamericano, conocido como "industrialización por sustitución de importaciones", que sienta las bases para un cambio en las relaciones internacionales.

Política económica que se refleja en los siguientes resultados: En 1940, el 23% del total importado se constituía de bienes de consumo, ya para fines de la década de los 60s., ésta proporción se redujo a un 15%. (4)

Sin olvidar que ésta política se cifró "... en un aumento de la producción industrial a consecuencia de las restricciones a la capacidad para importar como resultado del deterioro de las importaciones: el proceso consistió simplemente en sustituir unos bienes importados por otros". (5)

La política mexicana de industrialización, tuvo escasos márgenes de acción que se situaron; primero en la creación de la infraestructura necesaria y el capital "social básico", que vino a favorecer la inversión privada hacia

los sectores más dinámicos, dándose por consecuencia un proceso de "desnacionalización", como una tendencia del capital extranjero a absorberlos.(6) Situación presente en forma permanente, en el caso de México, sólo una economía con grandes rasgos de dependencia.(7)

Por otro lado el proceso de industrialización, se presentaba como un programa que requería de una acción de grandes magnitudes y llevaba al concurso de requerir amplios conocimientos tecnológicos, administrativos, contar con los recursos humanos idóneos, maquinaria e insumos, además de fuertes apoyos financieros. Lo que obligó a que los gobiernos de la región los encontraran "...en el exterior a través de empréstitos a los Estados y de las inversiones directas, que por un lado incrementaron la deuda externa y por otro permitieron la penetración de las corporaciones transnacionales".(8)

De esta manera se entiende que la inversión extranjera, la concentración y centralización del capital fueron los rasgos, más significativos dentro del desarrollo económico del país en el área industrial. Por lo que Carlos Pereyra, apunta que si ya para 1940, la inversión extranjera directa ascendió a 449 millones de dólares, en 1970 esa cantidad había llegado hasta 2,822 millones de dólares. Lo que permitió deducir que el destino de tales capitales ejerció un control abrumador de las mayores empresas establecidas en el país. Especialmente "...de las que operan en sectores básicos de la economía nacional, al extremo de que en todas las ramas de "punta" se advierte un dominio prácticamente absoluto de empresas monopolísticas transnacionales".(9)

En este sentido el control de las ramas dinámicas de la economía, sirvió para empezar a descapitalizar a las economías latinas, dado que el destino de las ganancias favorecía ampliamente a los países inversionistas. En comparación de los países receptores, que ven trastocadas su decisión nacional de desarrollo y su libre determinación sobre sus recursos. Es factible entender que la necesidad de un mayor crecimiento de la economía mexicana, hiciera más patente un mayor endeudamiento, por cuestiones lógicas del mercado,

así como una mayor dependencia del país con respecto a los países acreedores.

Detrás de éstos acontecimientos estaba el Estado, quién ante la necesidad de lograr la industrialización del país, ayudó de una manera decidida a la acumulación de capitales. Significándose por ser su más decidido promotor. A través de estímulos fiscales y de bajo gravamen al capital que se tradujo en abundantes ganancias.(10) Por lo que puede indicarse que el papel del Estado dentro del desarrollo industrial se aprecia en dos puntos:

A. En tanto participante de la creación del capital social básico y del destino de la inversión;

B. Por las políticas adoptadas en cuanto a dar incentivos al sector privado (nacional y extranjero), con el fin de favorecer la industrialización(11)

En éstas circunstancias. Cuál fué el papel que jugó el sector agrícola?. Se resume en los siguientes puntos:

1. Producir un mayor volumen que satisfaga la creciente demanda interna tanto en lo que toca al consumo directo como de materias primas.
2. Incrementar las exportaciones con el fin de proporcionar, las divisas necesarias para financiar las importaciones de bienes industriales.
3. Proporcionar valor excedente acumulable en el sector industrial.
4. Proporcionar mano de obra barata a los sectores agrícolas en expansión
5. Integrarse al mercado de productos industriales. (12)

Es de mencionar que en la década de 1950 y 1960, el producto agrícola creció a una tasa anual promedio del 4.7% y en el período de 1960-66 bajó a 4.1%, coincidiendo que éstas tasas son significativas del grado de autosuficiencia, con respecto al punto 1, considerando que el sector productor de materias primas, ha sido uno de los más dinámicos.(13)

En relación con punto 2 el sector incrementó sus exportaciones, durante el período de 1952-68, a una tasa anual promedio del 4.8%, lo que permitió "...el parovisionamiento de divisas indispensables para continuar el proceso de sustitución de importaciones". (14)

Ello originó una serie de fenómenos que fueron concomitantes al desarrollo del capitalismo industrial, y en opinión de Cordera, Blanco y Ayala, son los siguientes:

1. En relación con el sector agrícola, dada su permanente relación desfavorable en el intercambio y a su baja tasa de inversión pública en el campo, sufrió una constante descapitalización, que afectó profundamente su crecimiento.

2. En relación con los salarios, su crecimiento llegó a propiciar una mayor estratificación de los ingresos en el área urbana, que aunado a la creciente emigración, y pobreza campesina, sumió a una mayoría frente a una minoría privilegiada. A más de un constante detrimento en los salarios, los trabajadores, se vieron sometidos a la burocracia sindical (CIT, CNC), que se convirtieron en los reales mecanismos de contención y control.

3. Incrementándose la necesidad de contar con mayores recursos financieros externos, impulsando una dependencia externa al incrementarse los pagos por intereses y la revisión de utilidades.

4. Y por último, el apoyo que dió el Estado a la expansión del sistema financiero que se subordinó a los objetivos y necesidades de corto plazo de la acumulación privada y a criterios dominantes de estabilidad financiera interna y externa. (15)

Resultando con ello "...un descuido progresivo de sectores estratégicos cuya expansión por lo demás era indispensable para la continuidad y estabilidad sostenidas de la forma de crecimiento adoptado". (16)

Se afirma que ya para 1967, de un total de 412 filiales de trasnacionales norteamericanas trabajando en México, sólo 143 casi un tercio de ellas se establecieron con el rango de nuevas empresas, el resto, 112 fueron constituidas mediante la adquisición de otras existentes. (17)

Así el Estado creyó encontrar la salida válida en la década de los 50s., mediante un mayor ofrecimiento de facilidades a la inversión extranjera

Ya que la política de estímulos fiscales durante los años 40 y 50 se cifró: en la excensión o reducción de impuestos, subsidios a la inversión, descenso de los salarios reales, facilidades impositivas (reducción de impuestos), exenciones, reducción arancelaria a importaciones de bienes de capital, y con el consiguiente incremento de los ingresos de los empresarios. (18)

Otros de los resultados adversos de ésta situación fueron: carencia de ahorro interno, caída de la tasa de crecimiento, inflación, devaluación, debilitamiento de industrias tradicionales, etc. (19)

Por lo anterior, el proyecto de desarrollo industrial, ha trastocado un proyecto independiente y nacionalista. Que ante la necesidad de financiamiento, el Estado haya hecho entrega de sectores dinámicos de la industria manufacturera, quedando bajo el control de las inversiones extranjeras. Ante tal situación, se ha llegado a un crecimiento económico con altibajos y a una subordinación cada vez mayor al capital monopolístico extranjero. (20)

Por lo que afirmamos que en la disyuntiva de México, como de América Latina, una de las verdades que no se pueden ocultar, es que "...no puede desarrollarse sin ampliar la participación de quién extrae sus recursos limitando sus posibilidades de desarrollo". (21)

Así, hoy vivimos las repercusiones obvias de nuestro proyecto de desarrollo económico y que se circunscribe en que "la supeditación económica va acompañada no podría ocurrir de otra manera, por el detrimento de la soberanía nacional". (22)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Mauro Murrini Ruy, citado por Robledo Vera y Ana Sta. In. Calvén. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM-FCPS, México 1982. p.21
2. García Juan Cesar. La articulación de la medicina y la educación. UNAM-X. Mimeografiado, p.21
3. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Folios Ediciones, Cuernavaca, México 1984, p.117
4. Temas de formación política. Industrialización #5. Cuadernos Universitarios. Instituto de Estudios Sociales. Universidad de Guadalajara. p.12
5. Análisis sociológico...p.27
6. Industrialización #5...p.12
7. Análisis sociológico...p.49
8. Ibidem p.27
9. Pereyra Carlos. Las transnacionales como utopía tropical. La cultura en Siempre. Suplemento de Siempre, México número 11, 1977 no.785 p.VII.
10. Análisis sociológico...p.49
11. Industrialización #1...p.15
12. ibidem p.13
13. Ibidem p.13
14. Ibidem p.13
15. Análisis sociológico...p.59
16. Ibidem p.59
17. Las transnacionales como...p.VII
18. Industrialización #5...p.16-9
19. Las transnacionales como...p.VII
20. Ibidem p.VII
21. Ibidem p.VII
22. Ibidem p.VII

4.2 ESTADO Y PRACTICA MEDICA EN MEXICO. (CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO).

Para que el Estado pudiera tomar las actividades médicas como parte de su quehacer político-económico, tuvieron que haberse creado las condiciones necesarias, que hicieran posible el fortalecimiento y hegemonía del poder Ejecutivo. Así gobiernos como los de Juárez o Díaz, llegan a caracterizarse por el fortalecimiento del Ejecutivo.(1)

La unificación fué la condición necesaria para el desarrollo económico "La transformación de México país dependiente y mercantil en país dependiente y capitalista...no se logra sino con la unificación política del país".(2)

En ello sobre sale el papel jugado por el Estado, de ahí que "...los acontecimientos del México actual y del desarrollo económico del país se remontan a finales del siglo pasado. A principios del porfirismo (1876), se inició el proceso continuado de formación de capital, fundamentalmente con la construcción de ferrocarriles. Desde entonces emprendió México la creación de su infraestructura moderna". (3)

El porfirismo sentó las bases del futuro desarrollo económico y social, esquema de industrialización basado en la explotación hacendaria agropecuaria (con una gran sujeción de tipo precapitalista a los trabajadores), y la extracción minera-petrólera (específicamente de capital extranjero). "A pesar del avance capitalista que había alcanzado el país, las relaciones sociales y productivas eran incapaces de abrir paso a un desarrollo mayor a las fuerzas internas y externas en vista de que se requería la alteración de estructuras y relaciones antagónicas". (4)

El proceso revolucionario, dá las bases jurídicas que normaron el proyecto nacional, asentado en la Constitución de 1917. El triunfo de la burguesía, llevó con todos sus alcances el programa de desarrollo capitalista. En el que destaca el papel jugado por las masas, en la consecución de un Estado fuerte "...la irrupción de las masas trabajadoras en la política nacional, a través de la Revolución de 1910-17, aparte de que trajo aparejada, como

en ninguna otra parte del continente, la más completa destrucción del antiguo Estado Oligárquico y de su sistema económico, provocando con ello la mayor conmoción social experimentada por América Latina desde las guerras de independencia, constituyó además el móvil, la causa y la plataforma sobre la que se levantó un Estado cuyo poderío sobre la sociedad y cuya estabilidad siempre ha sido reconocidos como sus características más notables". (5)

Toca al gobierno postrevolucionario las principales tareas para asegurar la concentración y acumulación basadas en la explotación de la libre venta de fuerza de trabajo; a partir del reparto agrario y la recuperación del uso y explotación de las riquezas del subsuelo. De ahí que resultara ser, el medio a través del cual, tomaran forma las reformas sociales más importantes "...que cobraron vida institucional con su consagración en los artículos 27 y 123 y que...forman y definen todo lo nuevo logrado con la revolución, desde el punto de vista estructural, social y político". (6)

Al mostrarse el Estado, como el organismo único a través del cual, se regulaban las cuestiones del reparto agrario, se empieza a manifestar su autoridad. "El poder extraordinario que se ponía en manos de la presidencia de la República...se utilizó también para convertir al Estado en rector de la política general de desarrollo del país". (7)

De ahí que se transforme en el artífice del futuro desarrollo, su autoridad y decisión lo convierten en la nueva organización, y en el instrumento para operar todas las transformaciones del México posrevolucionario.

Ante tales circunstancias, y "Dotado de tales poderes sobre la propiedad y en general sobre los bienes de la nación al Estado, quedaba firmemente garantizada su autonomía respecto a todos los grupos y clases sociales, principalmente respecto a la clase dominante, que de ésta manera se veía obligada a aceptar la dirección inapelable del Estado". (8)

Utilizada la estructura jurídica, el Estado se propone una serie de acciones normativas para su proyecto histórico nacional:

1. Se persigue consolidar la paz social que coadyuvará a la inversión en sectores productivos, garantizando la generación del capital. Ante una burguesía incipiente, con falta de medios para sostener su programa de manera autónoma. Toca al Estado asumir la responsabilidad de crear y promover las condiciones necesarias, para el desenvolvimiento de las políticas económicas, cuyo fin es el desarrollo del proyecto de capitalismo monopolista décadas más adelante. Con lo que se confirma que en México "...como en todos los países subdesarrollados, el Estado se convierte a partir de un cierto momento en el principal promotor, sino es que en el único, de desarrollo social debido, sobre todo a la enorme dispersión de los factores productivos y a la debilidad de las relaciones económicas modernas". (9)

2. Se centra en la unificación de la nación a través de la homogenización del modo de producción. "...se propuso la realización de un modelo de desarrollo capitalista, fundado en la defensa del principio de la propiedad privada y del proletariado emprendedor y en la política de la conciliación de las clases sociales, obligando a todos los grupos a convivir bajo el mismo régimen, pero procurando en todo momento la promoción de la clase capitalista, de la cual se hizo depender el desarrollo del país bajo la vigilancia y con el apoyo del nuevo Estado". (10)

Así el régimen capitalista se convierte en "...la primera forma económica con capacidad de desarrollo mundial. Una forma que tiende a extenderse por todo el ámbito de la tierra y a eliminar a todas las demás formas económicas, que no tolera la coexistencia de ninguna otra. Pero es también la primera que no puede existir sola, sin otras formas económicas de que alimentarse, y que al mismo tiempo que tiene la tendencia a convertirse en forma única fracasa por la incapacidad interna de su desarrollo". (11)

3. Corresponder al establecimiento de una infraestructura económica, acorde con el desarrollo capitalista del país. Entendiendo todas aquellas construcciones de gran magnitud, que llegaron a integrar la red general

de comunicaciones, con el fin de desplazar la producción del mercado interno (carreteras, ferrocarriles, irrigación, energéticos, etc.).

Esta mayor participación del Estado en la vida económica del país (petróleo, minas, ferrocarriles, electricidad, ..), demuestra su capacidad para agilizar el aparato productivo. "La vigorosa intervención en los procesos de acumulación y productivo le presta al Estado un notable carácter de promotor de la burguesía en ese período. Esto es, durante los años treinta y cuarenta el grado de protección al capital y de participación estatal en la acumulación en México es elevada con respecto a otros países capitalistas, tanto desarrollados como atrasados". (12)

4. La consolidación de una sociedad política (compuesta por las clases dominantes y el Estado) y su correspondiente sociedad civil, donde se va a manifestar la dinámica de la lucha de clases y se integra la nacionalidad estatal. Resaltando la capacidad del Estado en su manejo ideológico de las masas, por lograr un consenso y apoyo, hacia una actividad cotidiana y la reproducción de las relaciones existentes. "La sociedad civil abarca todo el intercambio material de los individuos en una determinada fase de desarrollo de las fuerzas productivas. Abarca toda la vida comercial e industrial de una fase y, en este sentido, trasciende los límites del Estado y de la nación, si bien, por otra parte, tiene necesariamente que hacerse valer al exterior como nacionalidad y vista hacia el interior, como Estado". (13)

Al mantener el consenso de la sociedad civil, como su apoyo en la representatividad, está determinado el desarrollo de las clases sociales (tanto a nivel político como económico), lo que se va a manifestar en su subordinación a la sociedad política, donde "...ésta puede erigirse de modo hegemónico y obtenga su legitimidad a través de la creación de una voluntad nacional y de una ideología "propia" ". (14)

El régimen de la revolución, manejó habilmente los fines que se perse-

guían en la lucha armada como lo fueron: la resolución a los problemas de las masas, la abolición y sometimiento de la burguesía, la destrucción de la propiedad privada y el establecer un régimen social sin clases. Cuando en realidad se distinguió por las siguientes características:

1. Siguió una línea de masas cuyo objetivo esencial era conjurar la revolución social, manipulando a las clases populares mediante la satisfacción de demandas ilimitadas (tierra para los campesinos, mejores niveles de vida para los trabajadores urbanos); más tarde, entre 1929-33, las masas fueron enclavadas en un sistema corporativo proporcionado por el partido oficial y las organizaciones sindicales semioficiales, y dentro del cual siguieron planteándose y resolviéndose las reformas sociales.

2. El nuevo régimen se fundó en un sistema de gobierno paternalista y autoritario que se fué institucionalizando a través de los años; en él se ha dotado al Ejecutivo de poderes extraordinarios permanentes que prevén un dominio absoluto sobre las relaciones de propiedad (artículo 27), y el arbitraje de última instancia sobre los conflictos que surgen entre las clases fundamentales de la sociedad (artículo 123). Del autoritarismo derivado del carisma del caudillo revolucionario, se pasó con el tiempo al autoritarismo del cargo institucional de la presidencia de la República. (15)

En realidad el papel del Estado, no se aparta de las siguientes funciones: ser un intermediario entre el capital y el trabajo, ser el administrador y centralizador de los intereses del sector patronal, que es representado por el capital; manteniendo como necesidad apremiante, un carácter paternalista que, en el plano ideológico, le permite representar el papel de conciliador de clases. Este manejo ideológico se representa fielmente cuando la solución a las demandas de las masas, no se hizo inmediatamente, sino que su institucionalización, hizo aparecer los cauces normativos que deberían seguir para su tratamiento, ya previsto en la constitución. Por ello "...la institucionalización de los problemas y de las demandas populares no implicaba

su solución instantánea ni mucho menos: la forma en que fueron recibiendo satisfacción demuestra con meridiana claridad que aparte el haberse convertido en derechos tales reformas eran ante todo y sobre todo, armas políticas en manos de los dirigentes del Estado". (16)

El resultado de ello, se enmarca en el reforzamiento y el mantenimiento, así como la reproducción del sistema, fruto de ese manejo ideológico, que a la postre resultó ser el mecanismo idóneo, que arrojó los siguientes resultados:

1. Constituyó un eficaz dique contra toda clase de explosiones revolucionarias que tuvieran raíces sociales;

2. Hicieron del Estado, un Estado comprometido (aunque a su arbitrio), con los intereses de las clases populares y dieron pábulo fácil a que se pensara y se teorizara la revolución como revolución "socialista" y al Estado como Estado del pueblo;

3. Fueron blandidas como un arma efectiva contra las viejas y naciendo clases poseedoras;

4. Permitieron a los dirigentes del Estado movilizar a las masas con holgura y para los diversos fines (desde los simplemente electoreros, como en el caso de Obregón, hasta los altamente nacionalistas, como en el caso de Cárdenas);

5. Daban al statu quo un consenso tan sólido que en las más violentas convulsiones no llegarían a ponerlo realmente en peligro. (17)

Establecido lo anterior, se hicieron más factibles de realizar las funciones generales del Estado:

1. Ser creador de las condiciones materiales generales de la producción. Esta función evidentemente, debería proveer a la sociedad de toda la infraestructura no solamente la necesaria sino en continuo cambio a fin de que la adecuación entre infraestructura y necesidades de la producción sean siempre redituables;

2. Ser la instancia preservadora del orden legal existente.
3. Velar por los intereses del capital nacional.
4. Máximo promotor de la expansión del capital nacional en el mercado mundial.
5. Regulador de los conflictos de clase. (18)

Por lo que el Estado se vió obligado al establecimiento de una amplia red de aparatos burocráticos, sólidos y cada vez más complejos. Esta consolidación se hizo en un aparente sistema democrático, la apertura de canales de participación a la sociedad civil y la legitimación obtenida a través del voto en los procesos electorales, fueron signos inequívocos de, cómo se dió el predominio de la sociedad política. "Es un hecho que desde su fundación, el Estado Mexicano ha podido mantener su poder indiscutible sobre la sociedad. Nadie puede afirmar seriamente que se trate de un Estado democrático. Pero nadie puede negar que, siendo más bien un Estado autoritario, su poderío deriva del control que ha sabido imponer sobre las más amplias masas de la sociedad". (19)

El ejercicio de éste poder y su representatividad floreció, cuando hacia el conjunto de la sociedad mostró mantener una libertad respecto a las clases sociales. Y se mantiene ésta en tanto "El Estado...es capaz de realizar su proyecto histórico y de establecer las medidas particulares que cada gobierno ofrece. Por lo que la explotación de las clases dominadas se expresa en el control sobre las personas, en su organización corporativa y por la transferencia de plusvalía en los gastos sociales". (20)

La autonomía respecto de las clases dominantes y dominadas, toma forma en momentos de crisis, cuando el Estado reafirma su carácter de clase. "Todo Estado es un Estado de clase, por muy grande que sea su autonomía con respecto a los grupos sociales. Por lo demás, la autonomía del Estado...es un instrumento político que le permite (al Estado) verificar a la clase dominante bajo su mando y darse la representatividad que lo legitime ante la sociedad". (21)

Así la autonomía política del Estado, refleja los intereses de la clase dominante, hablese de los económicos a corto o largo plazo. Para ello debe servirse de los canales oficiales y no oficiales que le permiten cumplir tal tarea. Con lo que resalta la función global en la conformación de una cohesión interna de los elementos de la sociedad. (23)

Toca al período de 1920-1935, vivir los resultados "la consolidación y fortalecimiento de un Estado de objetivos generales burgueses que se ve obligado, para lograr sustento político, a hacer lugar a las masas no sólo para manipularlas, sino porque su propia debilidad se lo impone".(24)

Así la participación de las masas a través de las organizaciones oficiales, fué el signo del nuevo estilo de gobernar "Gobernantes y gobernados desarrollaban dentro del mismo marco jurídico y político sus relaciones; cada elemento social comenzó a desempeñar su papel por su cuenta, pero guardando siempre una estrecha relación con el Estado y sobre todo con el presidente". (25)

Con Calles el carácter del Estado se redefinió conjugando la consecución de objetivos de corte capitalista, cuya base es el apoyo de las clases populares, "a mediados de los años treinta el Estado Mexicano ya ha adquirido la forma que se vislumbra en 1920; el Estado no democrático de la revolución burguesa y el Estado burgués de la revolución campesina, fusionados bajo una misma estructura política. Lo único que restó del carácter democrático de la revolución mexicana de la intensa participación popular en el proceso fué la incorporación al aparato estatal de las formas mediatizadas de la lucha de clases que vinieron a sustituir las funciones de democracia política." (26)

La fusión de las masas "oficialmente", era el paso decisivo, para que a la postre sirvieran de sostén a la estructura del gobierno y que fué posible cuando "...se integró el partido de la revolución (PNR) al Estado alcanzó el poder suficiente para encarar sin peligro de perder el poder!" (27)

Estructuraba la forma de control de la población, y establecidos los canales, a través de los cuales se debían conducir las demandas sociales, se puso pie a la destrucción de las últimas barreras que se oponían al desarrollo del capitalismo. "La etapa final de las transformaciones burguesas fundamentales se emprendió sólo a partir de 1935, junto con la destrucción económica de los últimos reductos de los latifundistas... mediante la modificación de las relaciones de propiedad rural y sobre los recursos naturales en general, era necesario deslindar el poder nacional frente al resto del mundo". (27)

El resultado de lo anterior, nos presenta un Estado fuerte con una amplia base popular en la que se combinan las diferentes clases sociales, teniendo su correspondiente aparato por medio del cual se canalizan las muestras de consenso general. Un Estado así, era el idóneo para apoyar a la burguesía, en el propósito de llevar a cabo la industrialización del país. De ahí que durante la década de los 30 y 40 sea considerado como el principal promotor. "Surgió con éste carácter y se transformó desde mediados de los años treinta en un Estado promotor poderoso en relación con cada una de las clases sociales". (28)

Con lo que se enriquecen sus funciones y campo de acción:

1. Como representante de la clase dominante, tiene que controlar a la sociedad civil mediante los mecanismos adecuados, en especial a la clase trabajadora, lográndolo a través de la corporativización y el manejo sindical bajo la forma de churrismo sea urbana o campesina. (30)

2. Crear las condiciones necesarias para la acumulación del capital. Donde el Estado participa junto con la clase dominante con lo que se garantiza su centralización-concentración, cuya tendencia será el monopolio. (31)

3. Concibiéndose como un Estado-gobierno que tiene un partido hegemónico y dominante, con amplias bases populares sectorizadas y corporativizadas. (32)

4. La reproducción del sistema mediante la utilización de aparatos ideológicos ya sea (tradicionales como el caso de la familia o la educación),

y los medios masivos de comunicación "...utilizados por la ideología dominante tanto en su contenido, como en la ampliación mercantil del sistema" (33)

5. Apropiarse la exclusividad de la violencia, en este caso institucionalizada, "...como forma de control de la población y su utilización parte de la inefectividad ideológica, descubriendo su verdadero carácter de dominación, para contener la irrupción subversiva de la lucha de clases". (34)

Así corresponde al gobierno cardenista sentar las bases institucionales, bajo las que se plantea el desarrollo económico-político mexicano. El nacionalismo económico colocó en primera línea, la necesidad de una mayor participación del Estado, en las principales ramas de la economía. Y donde se puso en práctica el manejo de las masas, por un gobierno que defendía las riquezas nacionales y exigía una insurgencia de la población, en la consecución de tales fines "La nacionalización del petróleo era así, una necesidad económica pero también y sobre todo, política, que aparece con justeza como una prolongación de la violenta y extensa acción agraria a manera de confrontación con el imperialismo". (35)

Aún cuando después nuestro país entra en una etapa creciente de participación extranjera en su economía "...si hasta 1938 el desarrollo de México se vió combatido por los sectores nacionales y extranjeros ligados principalmente, al enclave petrolero, después de ese año el capitalismo extranjero, irrumpió en las diferentes esferas de la actividad económica del país, asociándose al capital nacional en el proyecto supremo del desarrollo capitalista de México y dando a la relación de dependencia una nueva forma y un nuevo signo". (36)

De ahí entonces que el desarrollo de México y sus repercusiones, el papel del Estado y su importancia en el presente toman como base el modelo económico seguido a partir de la década de 1940, aprovechando la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial, iniciándose un lento proceso de industrialización que permitirá entre otras cosas la sustitución de importaciones. (37)

4.2.1. LA INCURSION DEL ESTADO EN EL CAMPO MEDICO.

Habiendo cumplido con las prerrogativas para el ordenamiento legal de su acción, tocó al Estado mexicano definir los enfoques, metas y acciones, que debería cumplir la actividad médica.

En una sociedad donde éste se había venido distinguiendo por alentar el desarrollo capitalista, en el cual participaban todas las clases sociales. La atención médica debería adecuarse a las actuales circunstancias, apoyando decididamente las actuales medidas económicas: asegurar las condiciones generales que se necesitan para acumular capital y el establecimiento de proyectos en aras de favorecer la hegemonía en favor del bloque dominante.

La intervención del Estado en materia de salud, se ubica en el contexto de desarrollo del capitalismo. Su participación en la producción de servicios de atención médica, se entiende como una de las actividades en el campo del bienestar social "...entendidas como la utilización del poder estatal para modificar la reproducción de la fuerza de trabajo y mantener a la población no trabajadora en sociedades capitalistas".(33)

Cuando el Estado cumple con los requisitos anteriores, se sobreentiende que es la forma concreta a través de la cuál representa los intereses de la burguesía. Por lo que debe poner en juego una serie de mecanismos e instrumentos cuya intervención se dé no sólo en el área de la salud, sino en todas aquellas que conforman la vida social.

En el campo de la salud, su postura se enfoca a dos niveles; uno económico y otro superestructural:

1. Intervención económica:

a) Mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo, como condición indispensable y necesaria para la reproducción misma del capital y por supuesto, del sistema, se hace necesario cuidar la fuerza de trabajo -especialmente aquella con más alto grado de capacitación técnica-, y permitir su reproducción.

b) Ampliación de mercado a través de la producción y venta de medicamentos, consumo de tecnología y equipos.

2. Superestructurales:

a) Reproducción de la ideología burguesa. Uno de los mecanismos fundamentales para la reproducción y mantenimiento del capitalismo es reproducir la ideología dominante, cuya función, es su legitimación. Así en el campo médico serán: liberalismo, individualismo, concepción mecanicista del cuerpo, teoría del equilibrio, concepción de la enfermedad como un fenómeno puramente biológico, como un desequilibrio entre los componentes de una máquina, y centrar la atención sobre el órgano o el aparato afectado, perdiéndose la visión global de las condiciones determinantes sociales de la enfermedad. (39) Donde ésta ideología coadyuvará y complementará al capitalismo en tanto reproductora y legitimadora del sistema.

Con ello asistimos a una época de mayor control de las acciones de salud por parte del Estado. La esfera de la vida social se ha venido reiterando como una que debe satisfacer el Estado, "En el siglo 20, ha sido desde luego, decisiva importancia el activo papel ejercido por el estado en la elevación de la calidad de la fuerza de trabajo, no solo por medio de la educación, sino además a través de los servicios de salud, políticas de vivienda, asignaciones familiares, y otras políticas sociales. Esto se ha desprendido, primero, de la complejidad creciente del proceso de producción y su necesidad de trabajadores especializados, científicos, tecnólogos, planificadores, administradores, etc. Y segundo de lo que a menudo se pasa por alto, la creciente complejidad de cada uno de los aspectos de la vida social... desde viajar, hasta llenar formularios de impuestos, requieren de un mayor grado de conocimientos". (40)

La participación del Estado conlleva las erogaciones de los gastos que arroja el mantener vigente las prioridades nacionales. Los egresos del Estado también toman un matiz político. "En parte es inherente a la naturaleza

misma del servicio algunos representan bienes colectivos o semicolectivos que a ningún capitalista le compensa aportar, ya que los beneficios irán a manos de sus competidores". (41)

Esta división en los gastos, permite considerar cómo el Estado se dedica a la instrumentación de la infraestructura económica. Por lo que debe de hacerse una distinción de aquellos bienes y servicios, que reportan un beneficio sustancial a las actividades y operaciones del sector capitalista y a la sociedad en general. Así hablamos de tres categorías dependiendo de su objetivo final:

1. Inversión social, consiste en proyectos y servicios que elevan la productividad de una determinada cantidad de fuerza de trabajo y, permaneciendo inalterables otros factores, aumentan la tasa de ganancia. Este es el "Capital social constante".

2. Consumo social, consiste en proyectos y servicios que disminuyen el costo de reproducción del trabajo y, permaneciendo inalterables otros factores, aumentan la tasa de ganancia. Este es el "Capital social variable".

3. Los gastos sociales, consisten en proyectos y servicios que se requieren para mantener la armonía social (incluyendo aquí, en forma bastante extraña, los desembolsos en armamentos). (42)

Entre los gastos tipificados como servicios sociales, destacan aquellos que se asignan a la protección; de los ingresos, educación, salud y asistencia social, así como ciertos aspectos de vivienda, entre los que se consideran los siguientes:

Servicios sociales. Categorías económicas:

1. Desembolsos directos en bienes y servicios corrientes (educación, salud),
2. Gastos de capital (vivienda municipal, escuelas).
3. Transferencias (pensiones, asignaciones familiares, becas estudiantiles).

4. Subsidios (alimentos, vivienda).

Así vemos como el Estado debe corresponder a la ejecución de gastos, que las clases poderosas, no les reportan ningún beneficio "...el Estado benefactor puede ser visto fundamentalmente como una forma de redistribución dentro del conjunto de la clase obrera, desde los trabajadores activos hacia los que son dependientes". (43)

Con ello todos sus desahucios estarán encaminados a el mantenimiento de la planta productiva y a su infraestructura, evitando así se le limite o contraiga. Por lo que los gastos que se originan dentro de la sociedad se pueden considerar de dos tipos: "Los servicios de agua potable o transporte, por ejemplo son medios de producción cuando los emplea la industria pero medios de consumo cuando los utilizan las unidades familiares". (44)

A todo entonces el Estado hacerse cargo de funciones y gastos cuya cobertura sea a toda la población, dando al sector privado sólo aquellas áreas que le reportan algún beneficio. Por eso lo encontramos en ramas como la vivienda, los casinos, la construcción, que difieren de los objetivos sociales del Estado. "...en cada caso "un conjunto preponderante de fuerzas sociales" determina la magnitud y naturaleza de esa intervención particular del Estado, y ello nos permite clasificar correspondientemente el gasto". (45)

En el caso de los servicios de salud, su recuperación es atendida cuando reporta beneficios productivos e ideológicos, cuando los obreros pueden continuar cotidianamente sus labores. Así también nos encontramos con su división interna "Los servicios de seguridad social y de salud son elementos del capital variable cuando los consume la fuerza laboral productiva, pero gastos suntuarios cuando lo hacen los ancianos u otro grupo improductivo (exceptuando a los niños que representan la futura fuerza laboral). (46)

De ahí que la participación del sector privado sea parte esencial de los servicios de seguridad social y de la medicina privada, siendo nula en

las instituciones que se dedican a la labor social.

Toca al Estado ser representante en el área de la salud, de la clase dominante y que se va a reflejar en los siguientes puntos:

1. En la mayor parte de las sociedades capitalistas de occidente, se considera que la producción y distribución de los recursos de la salud es responsabilidad del Estado y que la programación de recursos y servicios tiene que ser aprobada por el sector público.

2. La formación, investigación y el suministro de servicios son financiados crecientemente con fondos públicos, y

3. La ideología y la organización de la medicina se usan y refuerzan la reproducción de las relaciones de clase de nuestra sociedad, fortaleciendo así al sistema capitalista...La ideología de dicho sistema, garantizada por la naturaleza de la intervención estatal, se halla incorporada en la de la medicina y en las instituciones médicas en sí...El Estado dirige y se ocupa en la mayoría de las esferas de la vida política, social y económica, y la influencia ideológica del aparato estatal trasciende ampliamente del que solemos denominar público. Y la medicina forma parte de éste, sin importar que, desde el punto de vista legal, las instituciones médicas sean privadas o públicas...Por lo tanto incluyó en el sector público a todas las instituciones afectadas por el aparato estatal, esto es, no sólo la medicina, sino también los círculos académicos, los medios de difusión, etc.

(47)

Ante la necesidad por mantener su hegemonía y consenso frente a la sociedad, el Estado se ve en la necesaria perspectiva de desarrollar y generar "...nuevas formas que le permitan una participación cada vez mayor en todas las esferas de la vida social". (48)

Esta creciente concentración del poder en lo económico y político, tiene necesariamente que manifestarse en el quehacer médico. Adecuándolo a las fases del capitalismo, y a sus crecientes compromisos. Por ello se

expresa que "...una vez superada la fase del capitalismo de libre empresa, se dá un giro especial a las formas de práctica de la medicina al pasar al capitalismo monopolista de Estado. De esta manera, una de las manifestaciones específicas, es la declinación de la medicina liberal o privada correspondiente al período anterior, surge entonces, poco a poco, las formas de la medicina institucionalizada, sobre todo a través de la seguridad social".

(49)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Corlova Arnaldo. La formación del poder político en México. Serie popular no. 16. 3a. ed. México 1975, p.10
2. Ibidem p.10
3. Ibidem p.15
4. Nava Uribe Regina Laura Leticia. El Estado frente a la enfermedad. Tesis profesional. UNAM-FCPyS, México 1983. p.15
5. Corlova Arnaldo. México: revolución burguesa y política de masas. Serie Estudios Centro de Estudios Latinoamericanos, FCPyS. Cuaderno 31. Máx. 1977p7
6. La formación del...p.16
7. Revolución burguesa...p.25
8. Revolución burguesa...p.25
9. La formación del...p.9
10. Ibidem p.13
11. El Estado frente...p.16
12. De la Peña Sergio. Seis Aspectos del México real. Universidad Veracruzana Xalapa, Ver. 1979, p.92
13. El Estado frente...p.18
14. Ibidem p.18
15. La formación del...p.32
16. Ibidem p.21
17. Ibidem p.21
18. Rodríguez Chaumet. Estado y Salud. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM 1980, p.1
19. Revolución burguesa...p.43
20. El Estado frente...p.22
21. Revolución burguesa...p.42
22. Navarro Vicente. La medicina bajo el capitalismo. Ed. Critica. Gp. Grijalbo. Barcelona España 1978. p.245
23. Rudolf Sountang Heinz. Hector Valecillos. El Estado en el capitalismo contemporáneo. Ed. Siglo XXI, la. ed. México 1977, p.169
24. Seis aspectos del...p.89
25. La formación del...p.36
26. El Estado frente...p.19
27. Seis aspectos del...p.89
28. Ibidem p.92
29. Ibidem p.89
30. Ibidem p.93
31. Ibidem p.93
32. Seis aspectos...p.93
33. El Estado frente...p.21
34. Ibidem p.21
35. Seis aspectos del...p.92
36. La formación del...p.34

37. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folios Ed.2a. ed. México 1984, p.117
38. Hernández Llamas Héctor. Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México, 1935-1980. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada, ed. Colección del hombre y su salud, la.ed. Folios Ediciones, p.50
39. Crevenza Pedro. Un pueblo sin salud. Seis aspectos del México real. Universidad Veracruzana, Xalapa, Ver. 1979 p.155
40. El Estado en el capitalismo...p.265
41. Ibidem p.266
42. Ibidem p.259
43. Ibidem p.263
44. Ibidem p.260
45. Ibidem p.260
46. Ibidem p.260
47. La medicina bajo el capitalismo...p.234
48. Un pueblo sin...p.154
49. Ibidem p.154

4.3 CLASE SOCIAL Y ATENCION MEDICA.

El control de los servicios para la atención de la salud por parte de Estado, se expresa por su creciente participación (origen y desarrollo ulterior), éste proceder sólo fué posible en tanto se estructuraron los mecanismos específicos para tal efecto. "La función del Estado en el financiamiento y provisión de servicios de salud tuvo un gran desarrollo en varios países a partir de la segunda mitad de éste siglo, con el establecimiento incluso de servicios nacionales de salud, como sucedió en Inglaterra en 1948".(1)

Las instancias administrativas, legales establecidas dieron las bases normativas, para el control del Estado sobre el campo de la salud. Pueden ejemplificarse en América Latina, cuando se ejerce a través de organismos algunas veces independientes, como son los ministerios de salud, las instituciones de seguridad social, las fuerzas armadas, los centros universitarios y otras entidades públicas. (2)

En el sistema capitalista los servicios de salud otorgados a la población, se han planteado con la tendencia creciente hacia la resolución de la enfermedad y no como la protección de la salud. La intervención estatal en la creación y funcionamiento de las instituciones de salud, se ha venido distinguiendo por las siguientes particularidades:

1. La creación, extensión y orientación de los servicios de salud es hoy día materia cuya responsabilidad atañe directamente al Estado, la cual guarda una estrecha relación con sus recursos presupuestarios,

2. El mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo llega a convertirse en una de las funciones esenciales del Estado, orientado prioritariamente a los sectores más importantes, en el proceso de acumulación del capital.

3. Ser el principal promotor de la ampliación del mercado médico...al extender su infraestructura de servicios de salud, promueve la ampliación no solamente de lo que son los servicios médicos en sí, sino el mercado para los

productos médicos elaborados por los grandes monopolios químico-farmacéuticos, dada la orientación predominantemente curativa de la medicina actual.

(3) Estas acciones llevan de antecedente la herencia de un modelo europeo de atención médica, y muy recientemente el flexeriano. A grosso modo, el surgimiento de la medicina estatal en América Latina resume los siguientes aspectos: "Durante el período de 1880-1930, la creación de directores o departamentos nacionales sobre asuntos específicos, en el campo de la salud, representa un cambio sustancial, con respecto al papel jugado anteriormente por el Estado nacional. Esta diferencia se establece en los siguientes aspectos:

1. Se crean unidades burocráticas en lugar de cuerpos colegiados;

2. Se les asigna a dichas unidades responsabilidad ejecutiva, en lugar de solamente consultiva o normativa;

3. Se les adjudica atribuciones que anteriormente estaban bajo el ámbito del poder local y,

4. El objeto de la intervención y la misma intervención, es transformada para articularse con la estructura económica, abandonando -por el momento- las vinculaciones con la instancia ideológica y política, característica del Estado precapitalista en el campo de la salud". (4)

En México presenciamos un sistema clasista de atención de la salud, en el que se encuentran plasmadas la ideología y los intereses económico-políticos. "...en una sociedad de clases las instituciones -en tanto instituciones del Estado- no van a ser sino un reflejo de la estructura de clases existentes en la sociedad. Esto se va a expresar en el establecimiento de diferentes tipos de instituciones de atención a la salud, siempre de acuerdo con la clase o estrato social al que están dirigidos". (5)

El toque distintivo en el área de la salud, será la reproducción de los criterios clasistas, ya que ésta no puede ser autónoma en su manejo y en sus decisiones. "...al Estado invariablemente reproduce, al interior de las instituciones de salud, la misma jerarquía de clases que prevalece en el

seno de la sociedad capitalista, no solamente en lo que toca a su composición interna, sino en la diferenciación misma de las propias instituciones, de acuerdo al estrato que estén dirigidos". (6)

La estratificación no es un azar del destino, la distribución desigual de los servicios, es un síntoma de la diferenciación y desigualdad en la que se encuentra la sociedad. Donde los criterios selectivos se expresan en lo siguiente:

1. En cuanto a tipo de recursos,
2. En cuanto a la calidad de los mismos,
3. En cuanto al monto de presupuesto asignado, según los grupos sociales a los que esté dirigida la atención y su grado de inserción en el proceso productivo.(7)

Así la actual estructura de los servicios de atención a la salud en México, se presenta con diferentes tipos de instituciones, fragmentadas de acuerdo a la clase social a la que va dirigida.

A. Instituciones que directamente dependen del Estado: SSA, DIF, DDF.

B. Instituciones paraestatales: IMSS, ISSSTE, INI, INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION Y CARDIOLOGIA.

C. Servicios médicos "privados" de empresas estatales o Secretarías de Estado: PEMEX, HACIENDA, DEFENSA NACIONAL, MARINA, FCCO, CFE, CONASUPO.

D. Mutualidades: HOSPITAL DE JESUS, CLINICA LONDRES Y BENEFICENCIA ESPAÑOLA.

E. Medicina privada.

F. Medicina popular o tradicional. (8)

Tal diversidad se vuelve aún más compleja cuando instituciones como el IMSS, establecen al interior de su población derechohabiente programas específicos de incorporación, con prestaciones y servicios heterogéneos.

Para López Acuña, el esquema de servicios de salud incluye los siguientes:

1. Los rudimentarios servicios asistenciales y de salud pública de la SSA,
2. Los servicios médicos de algunas dependencias e institutos estatales,
3. Un exagerado número de agencias de seguridad social que otorga una prestación "directa" de servicios médicos.
4. Los servicios privados que atienden a los minoritarios y acaudalados núcleos de la clase media alta y la burguesía. (9)

Expresado en otras palabras, nos encontramos tres grandes tipos de atención profesional de la salud:

1. El que se ajusta, en teoría al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es responsable de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud, en la que se encuentran (SSA, DDF, DIF, IMI, .),

2. El de las instituciones de seguridad social y los servicios médicos de algunas dependencias estatales o paraestatales, basados en un derecho gremial a la prestación de servicios, los de salud entre ellos, a través de diferentes fórmulas de financiamiento generalmente tripartita o bipartita, es decir con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno (IMSS, ISSSTE, PIMEX, CFE, FMI,),

3. Los servicios de salud privados, constituidos por profesionales que trabajan en forma individual, o por grupos reunidos en unidades de atención externa y/o hospitalaria, que prestan servicios como un negocio, sujetos a las leyes del mercado y al régimen de libre empresa. (10)

Esta forma de abordar la prestación de los servicios médico-asistenciales, responde en gran medida, a dar mayor protección a la población, que se presenta como indispensable al interior del proceso de trabajo. Por ello el actual sistema de atención para la salud, basa su operación y existencia en otra serie de necesidades, no propiamente las de dar servicios de salud universal. Y cuya orientación es la siguiente:

1. Los servicios obedecen a las necesidades económicas de una clase y desempeñan funciones tales como la reproducción selectiva de la fuerza de trabajo.

2. Corresponden a necesidades políticas de una clase o un aparato estatal que acaba por situarse al servicio de una clase. Así los servicios de salud son empleados en numerosas ocasiones como instrumento de intermediación política y de mediatización de demandas sociales más amplias.

3. Se someten a la influencia de las necesidades corporativas de un grupo profesional que, o dispone un escenario para su práctica liberal, o erige territorios feudales bajo el dominio de los grupos médicos hegemónicos dentro de las instituciones públicas de salud.

4. Son presa de las necesidades de mercado de poderosas industrias en expansión, tales como la químico-farmacéutica, la de equipo médico, la de construcción, etc. (11)

En consecuencia pueden también clasificarse los servicios de salud, por el tipo de población a la que amparan, considerando su situación económica y política, encontrándonos tres grandes grupos sociales:

A. El primero, está constituido por la burguesía y algunos sectores de la clase media que tienen suficiente poder de compra, para adquirir los servicios privados.

B. El segundo, está conformado por los trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social y por sus familiares derechohabientes.

El tercero, lo integran quienes no tienen derecho a la seguridad social ni los recursos necesarios, para pagar los servicios privados, entre ellos nos encontramos a: ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados de la ciudad, etc., es decir, la gran mayoría de la población que, parcialmente queda cubierta por alguna institución de asistencia pública. (12)

De esta manera la conformación de los sistemas de atención a la salud

pueden cumplir cabalmente su acción: a nivel económico, político e ideológico. Con respecto al primero, al otorgarle un mayor de prestaciones a la población económicamente activa de sectores claves, garantiza la permanente reproducción de la fuerza de trabajo, en términos cuantitativos y cualitativos. En relación con los aspectos políticos, el grado de organización de las clases sociales y el nivel de lucha política y reivindicativa que despliegan. Dependen para las instituciones del Estado, ya que éste limitará su actividad a la solución de algunos problemas de salud pública, que no puedan ser resueltos por la medicina privada. Lo de que respecta al nivel ideológico, la medicina puede ser orientada para reforzar algunos aspectos de la ideología dominante como la igualdad, la seguridad, el bienestar, - (13)

Este modelo médico caracterizado por acciones de tipo curativo y rehabilitatorio, para muestra realidad los resultados técnicos y económicos "...para la salud colectiva, a más de ser dependientes de la industria farmacéutica, de la de equipo médico y de la construcción de hospitales por sí misma poco se caracteriza por sus altos costos de operación de inversión". (14)

En realidad la prioridad nacional exige el otorgamiento de servicios no personales tales como: la detección de agua, alcantarillado, y posteriormente la prestación de servicios personales de tipo preventivo como: inmunizaciones, medidas de protección específicas. De donde resultan los rasgos característicos del sistema de atención médica:

A. Acciones eminentemente curativas, producto de la concepción biologicista, que sólo en medida limitada abarca otras esferas del "acto de salud" (promoción, prevención, curación y rehabilitación),

B. Modelos de atención médica que son una traslación de otros de alta especialización que requieren de instalaciones y centros médicos con alta tecnología,

C. Concentración del "acto de salud" fundamentalmente en áreas urbanas

dando por resultado la centralización de los recursos en las ciudades.

D. Modelos de atención individual,

E. Cobertura parcial de la población de acuerdo con su inserción en el proceso productivo, reflejando claramente la división de clases y sus estratos,

F. Orientación del gasto al cumplimiento de funciones económicas de ampliación del mercado con criterios "racionales" (compra de tecnología extranjera y medicamentos),

G. Instalación de servicios en el medio rural que tratan, de ser una simplificación del modelo de alta especialización urbana con el mismo enfoque básico. Para éste tipo de servicios se utilizan médicos generales, pasantes y personal intermedio de baja calificación técnica, en la actualidad está promoviendo, cada vez más la utilización de técnicos medios limitando el mercado de trabajo para los médicos recién egresados,

H. Marcado carácter antidemocrático de las decisiones importantes, bajo el imperio de un sistema de mando vertical que funciona con el principio militar de "orden y mando",

I. Falta de participación del pueblo en las decisiones referentes a la salud pública y atención a la salud, imponiéndose los modelos de servicios a la población. (15)

Ante esta realidad la participación del Estado, ha permitido caracterizar el sentido social de la medicina, sin embargo ésta socialización se ha enfocado específicamente, al sentido mercantil de la misma a gran escala. Por ello es dramática la afirmación de que el pobre es quien muere antes. "Cuando la salud es vista como mercancía con un precio tiende a distribuirse diferencialmente entre los miembros de la sociedad. Como gran cantidad de estudios lo han documentado, la gente de bajos ingresos tiene un acceso inadecuado a la atención médica, a diferencia de los pacientes de mayor ingreso". (16)

No es difícil entonces entender que la desigualdad en la distribución médica, es tomada como una de las características que nos hablan de cómo una población se encuentra dividida "...la mala distribución de los servicios de salud guarda una compleja relación con el ingreso. Los pacientes de bajos ingresos obviamente no pueden comprar servicios de salud ni los elementos asociados con estos, tales como medicamentos en forma tan fácil como en el caso de los pacientes con mayores recursos". (17)

Afirmar que existe una relación entre la prestación de los servicios médicos con la instancia política. Quiere decir que éstos sólo toman forma y se estructuran en tanto que dependen para su puesta en marcha de un contexto socio-político específico. Por eso, la mala distribución de los recursos en materia de salud, es un signo de que a su alrededor hay algo más que "malas acciones". "La gran desigualdad que en Latinoamérica presenta la distribución de los recursos humanos del sector salud es síntoma de la mala distribución que aqueja a los distintos sectores de la economía lo cual...se debe a la dependencia económica y cultural de dicho continente y al hecho de que una lumpenburguesía con vínculos extranjeros controle la distribución de los recursos económicos y sociales (incluyendo los de salud) en aquellos países". (18)

Ello nos lleva al fondo del problema, no son las políticas erradas en sí, lo escaso del presupuesto o la imposibilidad por llevar los servicios a la gran mayoría. Las causas de la mala distribución de los recursos en salud tienen que ver con los graves problemas que ha causado el subdesarrollo, por lo que no deben atribuirse a: A) La escasez de "valores" y tecnología apropiados en los países pobres, B) la escasez de capital y C) la difusión insuficiente de capital, valores y tecnología desde la sociedad desarrollada al enclave del país subdesarrollado y desde el enclave a las zonas rurales. La causa es muy distinta. El subdesarrollo de los países pobres lo causa precisamente...A) demasiada dependencia cultural y tecnológica, y

D) la utilización insuficiente y mal dirigida del capital existente por parte de ciertos grupos nacionales e internacionales que controlan esos recursos. Es sólo los factores A y B, además del factor C, las "economías duales" formadas por un sector marginal, subdesarrollado y con base rural al que podría se llamar "la no economía". (19)

Ante tal panorama, los servicios de salud y su estructuración desigual, son explicativos en la medida de que se articulan en la sociedad. A través de los cuales se expresan dos situaciones: la lógica de la lucha de clases y los requerimientos del proceso de modernización.

La década de los 40's, por este vía política por un creciente industrialización, donde la acción estatal fué determinante, por su apoyo a la protección del capital, la concentración del ingreso, la disminución de los incrementos del producto por capita, propiciar la desorganización y/o absorción de empresas pequeñas y medianas, fortaleciendo el proceso de oligopolización, limita su atención a los sectores marginales y ayuda al capital mediante la adquisición de empresas privadas al borde de la quiebra, o poco rentables, con pretento de evitar que se ocurra la desocupación". (20)

Por lo que llevaron a una racionalización "...de los servicios públicos de salud con fines de explotación de la fuerza de trabajo". (21) A esto se agrega la creciente de las demandas obreras en materia de salud, que fueron tomadas por la clase dominante. dando lugar a que en 1943, se constituyera el (LECS), que comenzó otorgando servicios médicos al sector más productivo del país; los asalariados urbanos, el proletariado industrial, para posteriormente cubrir al sector agrícola, clave en la producción de materias primas. De esta manera, los primeros grupos beneficiados se consideraron como el eje del modelo económico de desarrollo del país, que había que mantener en óptimas condiciones para la producción, conservando su salud o su rehabilitación para la vida productiva, "...la seguridad social cubre a un grupo pequeño, la porción "aristócrata" de la fuerza laboral". (22)

Así las instituciones de la seguridad social en su conjunto, tienen el cometido de servir como "...protectores de la salud física. La integridad de ésta es ó deberá ser el elemento determinante en la eficiencia del trabajador, sometido al desgaste cotidiano, ya que forma parte del costo de producción". (23)

El surgimiento y las modalidades que tomen los beneficios de la seguridad social, estarán condicionados por el grado de desarrollo que hayan alcanzado las fuerzas productivas, "las prestaciones se han instituido principalmente para los trabajadores de la industria, comercio, transporte y otros, es decir sólo una proporción reducida de la fuerza de trabajo, sin alcanzar por lo general a los campesinos a pesar de que en la mayoría de los países-latinamericanos constituyen la categoría más importante de la población.(24)

Desde sus orígenes la atención a los trabajadores por parte del sistema de seguridad social, vino a beneficiar aquella parte que se encontraba sindical o institucionalmente agrupada, en tanto participan activamente, en el proceso productivo o en la gestión estatal, lo que les permite tener a salvo sus derechos, sino a la salud -ya que ésta depende de toda, una serie de factores económicos, ambientales- por lo menos a la atención médica". (25)

Como demanda obrera o como una apropiación que hizo la clase dominante, la emergencia de la seguridad social durante la década de los 40 tuvo el siguiente antecedente "...surgió de un ambiente en que imperaba el liberalismo, "filosofía por antonomasia de la burguesía (López Canara 1:71:14) tal doctrina pugó desde su nacimiento por la defensa de la propiedad privada y considera que la libertad económica y la libre expansión de la empresa no deben ser obstaculizadas ni restringidas. En este contexto, la doctrina de la seguridad social responde al ideal del liberalismo en cuanto que ofrece uno de los medios para que no se constriera el crecimiento de la empresa: el cuidado de la salud de la clase trabajadora". (26)

Durante los sesentas el modelo médica de México, se significa por los siguientes aspectos "...crece en forma rápida y sostenida, superando el

crecimiento de los períodos anteriores y en un grado mayor de estabilidad, a partir de la producción de bienes de consumo durable aumenta la dependencia gubernamental respecto del capital financiero...se intensifica la concentración del ingreso y del proceso de oligopolización de la economía y continua el descuido progresivo de algunos sectores; agricultura y energéticos lo que contribuirá a la crisis económica de la siguiente década". (27)

En el terreno de las demandas populares, la estabilidad política se vió cimbriada, ante la angustia que tomaron los conflictos sociales, el caso de los ferrocarrileros, electricistas, del magisterio y otros. Frente a tal panorama, la respuesta del Estado fué la represión, seguida de una serie de concesiones a demanda, tales como el mejoramiento de los servicios de beneficios social, que se habían tenido en un relativo abandono, por los gobiernos anteriores. Durante ese tiempo "...las instituciones estatales de atención médica caen lentamente, y se prefiere atender a la expansión diferencial de la cobertura de la seguridad social". (28)

Por ello entre 1959-1961 destaca la creación del (ISSSTE), con lo que se atiende a las movilizaciones de los trabajadores al servicio del Estado, además de corresponder a la política sugerida por los acuerdos de la Alianza para el Progreso (ALPRO), implícitos en el "Plan de Acción Inmediata" que se formuló en 1962.

Esto muestra que a partir de ésta fecha, el crecimiento que experimentaron las instituciones de atención médica, difiere completamente del que habían seguido anteriormente. "Se incrementan de manera considerable la capacidad instalada y la cobertura de asistencia pública y la seguridad social, además de establecerse una distinción clara entre ambas en términos de sus ámbitos geográficos de actividad". (29)

De ahí que la extensión de la seguridad social en el caso de los asegurados urbanos, se incrementa en un 80% ya que para enero de 1960 y diciembre de 1964, en el área rural se incrementa en un 76%, entre otras cuestiones,--

éste incremento se debió al cese del carácter experimental que durante la década de los 50, se presentó el establecimiento del Régimen Obligatorio de Campo. De esta manera, la prestación de los servicios médicos, juegan un doble papel; proyectando la imagen de un Estado benefactor, y que contribuye a cortar el flujo migratorio, y se prefieren optar por la atención médica, en lugar de ejercer otras acciones, cuya mayor efectividad, en el mejoramiento del nivel de salud son bien conocidos. (30)

Esta creciente participación estatal no es gratuita, responde al interés por mantener el control político y la paz social que pedigrain. A fin de disminuir el riesgo que representaba la revolución cubana. Con lo que se opera una modificación en las relaciones entre los Estados Unidos y América Latina, por eso no es de extrañarse que "A través de la Alianza para el Progreso, México fue uno de los países que recibieron más fondos". (31) Lo que permitió financiar la expansión de sus servicios estatales de salud y los seguros sociales. (32)

A nivel del campo mexicano esta situación se presenta, en el momento cuando su tasa de crecimiento, declinaba con el consecuente empeoramiento de las condiciones de vida, y la migración hacia las ciudades. (33)

Esta problemática era sólo uno de los reflejos o indicadores de la situación que vivía el medio rural, que a partir de la segunda mitad de la década de los 60s. y como efectos de la polarización económica y social generada por el modelo de desarrollo estructurado durante los veinte años anteriores, estaba sumergido en una profunda crisis económica, social y política de la que no se recuperaría sino hasta diez años después. El crecimiento de la producción agrícola a partir de 1969 es reflejo claro de ésta situación. De una tasa promedio de 4.4% de crecimiento anual de 1940 a 1965, en el quinquenio de 1965-1970 se observó una baja de 1.2% de promedio anual, para caer definitivamente a una tasa promedio de 0.2% en 1970-1974, de 0.24% en 1975 y de -4.0% en 1976. (34)

Con estos antecedentes puede entenderse porque la desigualdad del sistema de salud mexicano, se expresa en el presupuesto de que dispone y el porcentaje de la población que debe de atender.

En el caso del sector estatal (ESA), teóricamente debe dar atención a un 51% de la población, con un presupuesto de 13.9% del total asignado. En la práctica de los servicios de ésta institución no alcanzan a cubrir más que a un 15-16% de la población. Con lo que se deja de lado a uno de cada tres mexicanos. Tal situación se refleja en unos servicios de calidad inferior al de las instituciones de seguridad social. Lo que explica entonces, porque su atención se dirige a los grupos de nula o baja productividad (habitantes del campo, eventuales, subproletariado urbano, desempleados, subempleados,), es decir aquellos que no son importantes económicamente "...por lo que también puede suponerse que es un instrumento para el fortalecimiento del control de Estado sobre esta población, ya que constituye un canal de transmisión de la ideología dominante que fortifica la imagen paternalista del Estado". (35) Esto demuestra que la institución está urgida de un cambio profundo tanto en calidad como en cantidad de sus servicios.

En las instituciones de seguridad social, el programa se muestra distinto. Su población se calcula en un 35% del total. De los derechohabientes del ISS, por ejemplo un 50% lo componen trabajadores de la industria, un 45% labora en servicios y comercios, los trabajadores agrícolas conforman un 5%. Cuenta con el 56.4% del presupuesto total dedicado a servicios de salud y seguridad social.

Por ejemplo el ISSSTE cubre una parte importante de los trabajadores estatales, que representan un 7% de la población total, al que se ha asignado un presupuesto del 29.7%.

Esto permite señalar que la cobertura de las dos instituciones corresponde a un 34%, con un presupuesto que es 1.6 veces mayor que el de la SSA.

Con lo que se afirma que la posible redistribución del ingreso que podría realizarse a través de los servicios de salud, resulta mínima o casi nula "El IMSS se financia, básicamente con recursos obrero-patronales y aportaciones estatales de casi la mitad de la que recibe la SSA; sus servicios van dirigidos a quienes han pagado sus cuotas de afiliación y, de hecho en última instancia los beneficios se revierten sobre los patronos aportantes. Las instituciones de seguridad social, estatales y parastatales, se pagan con las cuotas de sus afiliados y con las aportaciones del Estado".

(37). Esta estructuración clasista de los servicios de la atención médica y de los beneficios de la seguridad, persiguen, como lo hemos señalado "... garantizar a un porcentaje limitado de la población, se advierte también en la distribución de los recursos de la salud, distribución que se halla en relación inversa con la necesidad de tales recursos. Esta mala distribución -por tipo de asistencia, por región, por clase social y por tipo de financiamiento- la determinan los mismos parámetros que definen al evidente subdesarrollo socio-económico". (38)

Por lo que los beneficios de la seguridad social, en su conjunto vienen conformándose mediante la política estatal y a través de ella "...el Estado tiene la función de evitar fricciones entre los intereses de las clases dominantes y los de las demás clases dominadas, y utiliza la seguridad social como un instrumento que permite circunscribir las demandas de los trabajadores a la esfera del consumo, sin alterar, las relaciones sociales de producción en que se basa el capitalismo". (39)

En la instrumentación de tales servicios, la mayor parte de la inversión se destinó a favorecer la infraestructura hospitalaria, no concordando con las necesidades de la población. Ya que las acciones de servicio de salud personales (aquellas que dan prioridad a la atención individual, cubriendo acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias), subordinaron a los servicios de salud no personales (cuyas acciones tienen un alcance colectivo,

destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y vida), que evitarían en gran medida los problemas que se resuelven a nivel de hospital. Dicho modelo de atención médica predominante, es importado de países altamente desarrollados. Que en nuestro caso cumple con una serie de necesidades tanto políticas, económicas e ideológicas. Fue el fin y el medio óptimo, para restaurar la salud del proletariado en el afán de reincorporarlo lo más pronto posible al proceso productivo, con lo que se alienta la explotación de una clase por otra.

En estas condiciones los postulados de la doctrina de la seguridad social "...no podrá superar la contradicción del capitalismo: la apropiación privada sobre los medios de producción fenómeno que dá origen al enfrentamiento de la fuerza de trabajo con el capital". (40)

Por ello con justificada razón se dice que se le ha adjudicado a la medicina, la solución de problemas sustanciales entre las clases sociales, cuando no le competen a su campo de acción o se le ha utilizado como un instrumento de intermediación política, con la que el Estado ha sofocado parcialmente las demandas urgentes de los campesinos y obreros, dando concesiones sin modificar en correspondencia las condiciones de trabajo.

Por las siguientes razones:

1. Los derechohabientes de estas instituciones son principalmente, los trabajadores sindicalizados del sector privado y estatal. Son grupos que se caracterizan por su importancia económica y política.

2. Permite a los capitalistas, disponer de una fuerza de trabajo en aceptables condiciones físicas, lo que resulta importante ante todo en el caso de la mano de obra calificada, que no es fácilmente sustituible.

El Estado mexicano adquiere cierta preponderancia. Toca al Ejecutivo determinar cuales de las organizaciones existentes deben intervenir en la asignación de representantes. Este poder junto con el hecho de que los institutos de seguridad son feudos de la alta burocracia política, los convierten

en instrumentos económicos y político-ideológicos del Estado.

4. La contribución del Estado es una forma más de subordinación al capital, dado que significa la canalización de fondos públicos, no a la solución de problemas de toda la población sino a un sector clave en la acumulación capitalista. El Estado suena parte del costo social de la reproducción de la fuerza de trabajo industrial.

5. La seguridad social representa un recurso político en manos del Estado.

6. La seguridad social...es un elemento importante de la ideología de conciliación de clases. Pretende demostrar que la contradicción entre capital y trabajo se puede resolver en el terreno del consumo sin cambios esenciales en las relaciones de producción. (41)

La transformación de tal panorama, se antoja necesaria y urgente, pero ésta no puede ocurrir sólo a nivel de un sólo sector, es necesario entender que el llamado sector salud no puede cambiar quedando intacto el resto. "Hoy día no cabe esperar que en la América Latina se cree una distribución más equitativa de los recursos humanos de sector salud dentro de una distribución sumamente inequitativa de todos los recursos en general. Ello se debe a la gran desigualdad que hay en la distribución de los mecanismos de control económico y político". (42)

La experiencia económica, política y cultural, que guarda América Latina respecto de los países industrializados, han dado como consecuencia, la desigual distribución de los recursos y satisfactores al interior de la sociedad. Es la causa fundamental del actual estado de cosas en el renglón de servicios médicos "...el control de los mecanismos de distribución de los recursos de dentro y fuera del sector salud, constituye un obstáculo importante, casi insuperable, para llegar a una distribución equitativa de los recursos de la salud humana". (43)

Por lo que es imposible esperar cambios estructurales de capital impor-

tancia, en el campo de los servicios médicos sin llegar a pensar en cambios respecto de nuestra dependencia económica y política, de los actuales mecanismos que han asegurado la vigencia de las instituciones estatales. "En éste contexto socio-político, es probablemente ingenuo creer que un sistema de salud efectivo y responsable pueda emerger mediante la adopción de reformas sucesivas, sin una transformación básica (y quizás revolucionaria) del orden social". (44)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. De Moraes Humberto. Educación Médica y Salud. C.B., Vol.16. #2, 1962, p.192
2. Ibidem p.192
3. Rodriguez Chaurmet Dinah. Estado y salud. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM 1960, p.6
4. Nava Uribe Regina Laura Leticia. El Estado frente a la enfermedad. Tesis profesional. UNAM-FCPyS. México 1963 p.98
5. Grevera Pedro. Un pueblo sin salud. Seis aspectos del México real. Universidad Veracruzana, Xalapa, Ver. 1979 p.157
6. Estado y salud...p.8
7. Un pueblo sin...p.152
8. Ibidem p.157
9. López Acuña Daniel. La salud desigual en México. El Siglo XXI, 2a. ed. 1961 p.96
10. Ibidem p.99
11. Ibidem p.15
12. Ibidem p.100
13. Laurell Asa Cristina. Medicina y capitalismo en México. Cuadernos Políticos, #5 Col. Tra. México 1975.
14. La salud desigual...p.95
15. Un pueblo sin salud...p.153
16. B. Waitzkin H. Waterman. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. El Iva. Eagen, 1a. ed. 1961 p.38
17. Ibidem p.38
18. Navarro Vicente. La medicina bajo el capitalismo. Ed. Critica. Cpo. Grijalbo Barcelona España 1973, p.52
19. Ibidem p.43
20. Hernández Llamas Hector. Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1960. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada. ed. Colección el hombre y su salud. 1a. ed. 1962 Folios Ediciones p.52
21. La salud desigual...p.103
22. La medicina bajo...p.57
23. Estado y salud...p.5
24. J. Roemer Milton. Evolución de los servicios médicos de la seguridad social en América Latina. Revista Internacional del Trabajo. Ginebra, Vol.83, #1 julio 1973, p.1
25. Estado y salud...p.19
26. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folios Ediciones, 2a. ed. México 1964, p.81
27. Historia de la participación...p.53
28. Ibidem p.52
29. Ibidem p.52
30. Ibidem p.83

31. *Ibidem* p.53
32. *Ibidem* p.53
33. *Ibidem* p.52
34. Moreno Gusto Enrique, et.al. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. Colección Salud y Seguridad Social. IIS, la.ci. México 1982, p.77
35. Hobbledo Vera Cecilia, Am. Sta. Ia. Guaym. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM-FUNSA, México 1982. p.63
36. Rodríguez Carlos, José Antonio. Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores. Cuadernos Políticos #10, Col. Ex. p.51-51. Ana Cristina Laurell. La política de salud en la crisis económica, 1975-1978. Revista Territorios. UNEX, mayor junio, 1980 #2, p.2-3
37. La salud indígena...p.124
38. La medicina bajo...p.47
39. Capitalismo y enfermedad...p.43
40. *Ibidem* p.47
41. Medicina y capitalismo...p.44
42. La medicina bajo...p.60
43. *Ibidem* p.61
44. La explotación de la...p.42

4.4 LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO.

Los orígenes de la seguridad social tienen un amplio pasado, ya desde 1913 cuando se presenta a la Cámara un primer proyecto de Ley del Trabajo, donde se estipulan aspectos indispensables como: el descanso dominical, el salario mínimo, la habitación del trabajador, la educación de los hijos de éste, los accidentes del trabajo y el seguro social.

En 1915 se expide la Ley del Trabajo de Huastlán, donde se precisa que el Gobierno fomentará, una asociación mutualista, en la cual han de asegurarse los obreros contra los riesgos de vejez y muerte. (1)

Durante 1919 se formula un proyecto de Ley del Trabajo para el Distrito y Territorios Federales, entre sus principales propósitos destaca la formación de cajas de ahorro. Siendo hasta el 9 de diciembre de 1921, cuando el General Obregón promueve el primer intento de implantación del seguro social, en el se indica "...que el Estado se encargue de buscar el equilibrio social". (2) Así como también que éste arreeje una reserva económica a fin de satisfacer las necesidades de los trabajadores en aspectos como: indemnizaciones para accidentes de trabajo en sus modalidades de jubilación por vejez y seguro de vida. (3)

Con el presidente Emilio Portes Gil, en 1922 se reforma la fracción XXIX del artículo 123 y se anuncia que "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá los seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros fines análogos". (4)

Con lo que se beneficia a una parte de la población trabajadora, específicamente los ubicados en el sector público. Que en México ya se encontraban protegidos desde el 12 de agosto de 1925, año en que se creó la Dirección General de Pensiones Civiles que proporcionaba prestaciones por jubilación, vejez, invalidez y préstamos hipotecarios a corto plazo. (5)

Las acciones del Estado Mexicano quedan plasmadas en la siguiente sem-

blanza de Héctor Hernández "A partir de aquel momento, la intervención estatal en la atención médica adquiere relevancia, y se caracteriza por su organización propia y su articulación con el modelo de desarrollo nacional. acepta de... durante éste período creció se dan las modificaciones de la gestión estatal con respecto a la fuerza de trabajo, modificaciones que se presentan en todas las fases del capitalismo, de las cuales muchos de sus elementos consisten en la actividad". (6)

En el área de la salud, los cambios no se hacen apenas "...esto se expresa no sólo en el surgimiento de una multiplicidad de instituciones, sino además en la existencia de una o más de ellas, de programas similares y aún repetitivos en sus términos de cobertura y en la prestación de determinado tipo de servicios". (7)

En 1933 durante la Segunda Convención Nacional del P.M., se incluye en el primer Plan Sexenal un apartado que especifica, que la implantación del Seguro Social Obligatorio, debe ser aplicable a todos los trabajadores, donde se cubrirán los riesgos que no estén contemplados en la Ley del Trabajo. Así como iniciar la integración de un sistema de seguros que sustraiga del interés privado ese ramo de la economía.

Así en 1934 durante el Primer Congreso Mexicano de Derecho Industrial, se redacta el proyecto de la Ley del Trabajo y Previsión Social, en el que se habla de una integración tripartita de los recursos, subsidios temporales, asistencia médica, farmacéutica, dotación de aparatos ortopédicos y readaptación profesional. Que ya desde 1913, como lo hemos indicado limitaba su esfera a la protección contra accidentes y enfermedades ocupacionales.

La situación por la que pasaba el país en ese tiempo, la bosqueja Héctor Hernández "...la segunda mitad de los treintas y la primera de los cuarentas, se caracteriza por la utilización intensiva de una planta industrial ligera dirigida al consumo directo más o menos generalizado, y de exigencias tecnológicas mínimas, con una participación importante de las empresas pequeñas

y medianas de propiedad nacional. El proceso acumulativo se da sobre la base de una explotación absoluta de la fuerza de trabajo y del deterioro del salario. El Estado acentúa su intervención en el aparato productivo y mecanismos de acumulación originaria industrial, entre otras de las múltiples acciones destinadas a suplir condiciones favorables a la acumulación capitalista". (8)

En el campo de la salud el panorama presenta dos subperíodos "El primero se destaca porque durante su transcurso utiliza la atención médica como factor coadyuvante para modificar las formas y relaciones de producción en el campo, y lograr modificaciones en la concepción del papel del Estado ante la salud de la población mexicana. El segundo... se tipifica porque durante él se consolida la atención médica como una modalidad hegemónica de la intervención del Estado en el ámbito de la salud, puesto que se la orienta básicamente a mantener y recuperar la fuerza de trabajo para la industria mediante la elaboración y puesta en marcha de proyectos destinados a ello". (9)

Durante la gestión del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), la política de salud del Estado se distingue entre otras actividades por las siguientes: la creación de la Secretaría de Asistencia Pública (hoy Secretaría de Salud), el establecimiento de los servicios médicos Rurales Cooperativos y la elaboración de varios anteproyectos de Ley de seguridad social que ciertamente no llegaron a promulgarse nunca. (10)

Sin dejar de mencionar: los servicios de Higiene Industrial, la creación de la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal, la creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (11), entre otros, que marcaron una gran actividad y que de una u otra forma nos permitirá entender la situación del actual sistema de salud.

Con la creación de la Secretaría de Asistencia Pública, el Estado manifiesta el carácter de su actuación reconociendo la necesidad que tiene, de intervenir en la atención y el mantenimiento de aquel sector del proletariado.

rindo, fundamentalmente urbano, que en situación permanente de subempleo o desempleo, representa capacidad de trabajo disponible cuyo volumen fluctúa según las exigencias de la acumulación capitalista, pero que nunca es totalmente absorbido en el mercado. (12)

Por ello se aduce que la rentabilidad de las instituciones de salud, está en función del tipo de población "...intervenir en la medida en que el salario directo permite la "reconstitución" del trabajador durante el período que tiene ocupación, más no en el "mantenimiento" del desocupado o del enfermo ni en la carga familiar ("reproducción"). Es necesario que instituciones no capitalistas se responsabilicen de garantizar la existencia de un stock de fuerza de trabajo indispensable al capital, desde el momento que éste, aún cuando la requiere no está en condiciones de ocuparse directamente de garantizar su disponibilidad". (13)

Las acciones del régimen cardenista, están conformadas dentro del período que se le llamado de "la primera acumulación industrial", su gestión estuvo "...condicionada en sus funciones por su relación estructural con el modo de producción capitalista y restringida por las condiciones económicas imperantes en el país, no va más allá de la reorganización de sus instituciones operantes en la beneficencia pública". (14)

La incursión al campo mexicano, estuvo antecedida por una política agraria que trataba de que la unidad básica el ejido, se identificara como un organismo capaz de ser autosuficiente en su desarrollo. Que estaba en congruencia con la política de modificar relaciones y formas de producción que no estaban acordes con el momento. Por lo que a partir de 1936 en el seno del Departamento de Salubridad Pública se inicia el programa para instalar centros sanitario-asistenciales en algunas zonas rurales.

Esta atención al agro conlleva en 1938 a la creación de la (CNO), sueño acariciado por el Estado, a fin de corporativizar una de las fuerzas sociales más importantes, con lo que se establecían oficialmente los mecanismos de

control y el tratamiento a las demandas agrarias surgidas. Por ello ese año el presupuesto que se destina a la asistencia es el más alto en relación al de salubridad. "El interés estatal por impulsar éste tipo de servicios se refleja en la aplicación de una partida del presupuesto federal para financiar el programa, cuya aportación representaba el 92% del presupuesto total de los servicios médico-sanitarios ejidales cooperativos, en su primer año de funcionamiento formal. Cinco años después, tal participación se reduce significativamente al 61%". (15)

Debe de reflexionarse que las necesidades económicas marcaron el rumbo de éste tipo de acciones, influenciadas sobre todo por mantener el abastecimiento de materias primas a la industria, y llevar los alimentos a precios bajos a la población urbana, a fin de hacer atractiva la inversión industrial, dado el bajo costo de la vida y la reproducción de la fuerza de trabajo. Es sintomático, que estos servicios se destinaron a las zonas geográficas que venían siendo prioritarias, pero sin dejar de mostrar un claro criterio de desigualdad. Que como veremos posteriormente siguió la tónica con los programas de extensión de la seguridad social por parte del IMSS. Así los servicios médico-sanitarios ejidales cooperativos presentaban dos "opciones" Tipo A: Aportantes sujetos a la atención integral (existencia (sic) médica y sanitaria), tipo B: No aportantes, que reciben exclusivamente atención sanitaria, se señala además que "los ejidatarios no refaccionados o campesinos en general que desean recibir asistencia médica y sanitaria de los servicios, pueden ingresar a los mismos previo pago de cuotas anuales". (16)

Cabe resaltar que los servicios médicos ejidales cooperativos, mantuvieron una ubicación administrativa formando parte del Departamento de Salubridad. Que fué de los programas iniciales en cuyo financiamiento participó el Estado y el grupo destinatario. Al-gunos de los cuales llegaron a constituirse posteriormente como los primeros derechohabientes del IMSS, y por último un aspecto que no ha cambiado en la atención médica al campo "...la

función clasificada que representa el establecer dichos servicios, en tanto los grupos a los cuales se destinan eran seleccionados en base a las modalidades de su incorporación en el aparato productivo, dividiendo así a grupos de población que ostentan características homogéneas en otros aspectos". (17)

Recordario que en éste tiempo se vió la aprobación del proyecto de Ley del Seguro Social, que durante el Segundo Plan Nacional cristalizaron parte de las aspiraciones, al crearse en la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, el Departamento de Seguros Sociales.

Durante el año de 1941 la Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social de México de Seguridad Social, el cual aparece publicado en 1943 en el gobierno del General Avila Camacho (1940-1946), que la define como un régimen de financiamiento tripartito: Estado, patronos y trabajadores. "El origen de los recursos de las instituciones de seguridad social está basado en las contribuciones de tipo tripartito, bipartito y tripartito, según la participación del Estado, los trabajadores y los empleadores. En general, el financiamiento de la seguridad social en los países con economía de mercado, ya sea países desarrollados o en vías de desarrollo, tiende a basarse en regímenes contributivos de carácter tripartito. Por otro lado, en los países de economía centralizada, el régimen financiero no es contributivo y se basa principalmente en la participación estatal". (18)

En éste tiempo la política estatal en materia de salud tuvo cambios en su orientación. La creación e implementación del ISS (1942-3), viene aparejada por la condición internacional de la segunda conflagración mundial, que se reflejó en nuestro país por un intenso desarrollo industrial. Entre los cambios relevantes, son dignos de señalar aquellos donde "...recobran importancia las acciones diferenciales y los servicios se ofrecen sólo a ciertos grupos sociales, los directamente vinculados al proceso industrial". (19) Esta serie de transformaciones en la década citada, tuvieron entre otros factores "...a la notable influencia del Plan Beveridge. El estudio de la - -

seguridad social como uno de los objetivos de la reconstrucción de la Inglaterra después de la guerra, reafirmó las bases de estos organismos y esclareció el concepto. Su superación fue mundial". (20)

Entre las características que guían estas modificaciones, el Film Beveridge "...se refiere a la estrecha vinculación que debe existir entre los planes y programas de seguridad social con los otros sectores, como los de salud y trabajo. Otra de las características de los regímenes que se implantaron entonces aquí, la aplicación general de la seguridad social para todos los habitantes, excepto, en algunos casos, a los trabajadores agrícolas, o domicilio, independientes y otros". (21) Se considera que éstos factores, influyeron para las posturas "...diferencias cuantitativas y cualitativas en la extensión de los sistemas. Por una parte el modo opacado de la progresión, se refiere tanto a la incorporación sucesiva de nuevas categorías de trabajadores no asalariados, hasta llegar alguna veces a la incorporación de personas sin especial cualificación e incluso a la cobertura de la población total; y por la otra, la vinculación creciente con el sector salud que constituye uno de los fundamentos de la extensión hacia la universalización". (22)

De esta manera la forma de extensión de las instituciones de seguridad social, se definen por un crecimiento lento y la preferencia a la atención de la expansión diferencial de la cobertura de la seguridad social. Por que los servicios del recienito (IES), se enfocan a la protección de los trabajadores manuales, técnicos y a sus familias. De las áreas industriales por tradición (D.P., SHIMAZAMA, KOMETSEY), "...la ley del Seguro Social del 19 de enero de 1943 limitó su campo de aplicación a los trabajadores que prestaban sus servicios en empresas privadas, estatales, de administración obrera o mixta; a los miembros de cooperativas de producción y a los aprendices especialmente contratados con ese carácter...La reforma del 23 de febrero de 1949 modificó el texto del artículo 30. original, estableciendo

que: "Es obligatorio asegurar: I a las personas que se encuentren vinculados por un contrato de trabajo, cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón; a los que presten sus servicios en virtud de un contrato de aprendizaje". (23)

Ello hizo que las primeras prestaciones otorgadas por la seguridad social en América Latina, contemplaran "...el factor salario como determinante para otorgar sus prestaciones puesto que el objetivo de los seguros sociales, en este entonces no podía inspirarse fundamentalmente en una política de protección y conservación de los ingresos en caso de interrupción o pérdida de aquellos debido a contingencias sociales. Esta política queda manifestada en la escasez de recursos que imposibilitan la introducción de medidas análogas para el conjunto de la población". (24)

Por éste motivo se vanán incrementando los servicios del instituto, con la consolidación de la seguridad social como una de las formas de prestación de los servicios médicos, en la que el Estado participa más significativamente y a la que por consecuencia designa los recursos más abundantes. (25) La preocupación estatal por mantener un ritmo permanente de producción industrial, llegó a determinar que las acciones del IESS implicaran se ocupara desde un principio de extenderse a las áreas rurales de nuestro país. En consecuencia la política de la seguridad social venía a ser un factor de apoyo a la política de la sustitución de importaciones "...hasta el momento en que el país relegaba su modelo de desarrollo basado en la economía primaria y la sustituía por el de una creciente industrialización". (26)

A la vez que en ella se interrelacionan dos cuestiones esenciales:

1. Representa por una parte el acceso de algunos grupos asalariados que han ejercido presiones políticas importantes, que son relevantes para la producción, o que son claves para la estructura del poder (como el ejército y la marina), a formas de protección social y relativa seguridad económica ante el desempleo que padecen por su condición alienada.

2. Constituye una alianza de clases antagónicas, un freno político que deriva de los conflictos de clase a través de la aglutinación de las masas, bajo la bandera de las reivindicaciones sociales en los servicios, no en las condiciones de producción". (27)

En este sentido toma relevancia el que la seguridad social, se defina como un mecanismo de contención de reivindicaciones, con el fin de contribuir a la acumulación de capital. Es decir un instrumento político que sirve a la explotación. "Convencionalmente podríamos considerar dos etapas: la primera abarcaría el desarrollo de las instituciones desde fines del siglo pasado hasta 1940, no generalizadas y referidas por tanto a categorías bien circunscritas de trabajo y a prestaciones diferidas; y la segunda comprendería los sistemas modernos que aparecen en la década de los 40, cuando empieza a perfilarse más nitidamente el contenido y alcance de la seguridad social, hasta concebirse como un instrumento de la política en el ámbito nacional".

(28) Esta incursión en el plano ideológico permite hacerla aparecer como una concesión del Estado o una conquista de los trabajadores. Así nos encontramos que a nivel de los países latinoamericanos, la seguridad social conforma un caleidoscopio en sus orígenes, dadas por las cuestiones internas de cada país "...hasta la década de los 30, constituyó una etapa histórica en la cual se reunieron factores propicios para su conformación. A veces fué la presión de los grupos laborales mejor organizados, con un cierto grado de cohesión interna, significación nacional y con mayor capacidad para articular sus demandas, los que obtuvieron la protección de los seguros sociales. En otros casos, ciertos sectores desarrollaron actividades consideradas básicas para la protección y seguridad de un país, o por el desarrollo de las actividades más importantes o de servicio público. Un factor más fué la decisión política. Se consideró que este tipo de programas constituía la evidencia de una política social más avanzada". (29)

Así las instituciones demarcaron en los 40s., la población ó el sector

al cual iban a dar protección, dejando al resto a otras instituciones, mostrándose importantes diferencias en su organización y orientación de sus políticas de cobertura.

Por tal motivo la labor de asistencia y atención médica, recayó en la Secretaría de Salud y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), que durante 1943 se fusionaba con el Departamento de Salubridad Médica dando origen a la mencionada Secretaría. Sus funciones y actividades se resumen de la siguiente manera a través de la ley de hospitalaria, dispensarios, centros de salud y consultorios, además de mantener en las unidades costan enfermedades transmisibles, prevenir las instituciones médicas descentralizadas, elcohora: productos biológicos de interés sanitario, intervenir en todos los casos de lesiones naturales, mantener escuelas para formar personal de salud y coordinar actividades en los campos de medicina". (30)

Las acciones del Estado a través de esta institución se consideran bivalentes, en el sentido de que su atención es dirigida, a un sector numeroso cuya atención le permitirá reforzar su papel ideológico y como conciliador de clases, porque le interesa el bienestar de grandes masas de la población, considerando que es un sector productivo no médico, cuya contribución en el proceso de acumulación es vital, y solamente sería objeto de los llamados "servicios asistenciales", los cuales se encuentran muy alejados de lo que son los sistemas de seguridad social. (31)

Dado la mayor parte de su consulta está representada por la población mexicana, marginada de la seguridad social, y además carece la involucre para acceder a los servicios médicos privados.

La década de los 40s. tuvo situaciones concluyentes en el renglón de la atención a la población. Un ejemplo de ellas la es Héctor Hernández "Durante el régimen alcañista la gestión "liberal" del Estado intenta aplicarse a su intervención en salud y seguridad social, para ver finalmente frustrados sus esfuerzos de aumentar en forma significativa la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios médicos. En los últi-

mos años del período, el patrón de crecimiento de las instituciones de atención médica difiere totalmente del que había observado antes. Se incrementan de manera considerable la capacidad instalada y la cobertura de la asistencia pública y la seguridad social, además de establecerse una distinción clara entre ambas en términos de sus ámbitos geográficos de actividad".(32)

El decenio de los 50s. presenta situaciones sociales conflictivas (ferro carrileros, etc), que van a influir en el esquema de la seguridad social. Sin dejar de mencionar la ampliación del crédito público y el incremento a los egresos del presupuesto, para lo cual debió recurrirse al endeudamiento externo.(33)

Así dentro de la seguridad social se advierte un "...significativo crecimiento horizontal y vertical en el sistema, la ley originaria sufrió varias reformas con el propósito de avanzar hacia una seguridad social integral de doble dirección: a) mejorar la protección a los trabajadores asegurados y a sus familias y b) extenderla a grupos no sujetos a relaciones de trabajo. ...con esta intención fueron incorporados paulatinamente al seguro social trabajadores independientes del medio urbano mientras en el campo se daba un fuerte impulso, a la seguridad de régimen ordinario y a través de esquemas modificados".(34)

De una etapa convulsiva, los 60s. no se presentan menos pacíficos "...la economía mexicana crece en forma rápida y sostenida, superando el crecimiento de los períodos anteriores y con un grado mayor de estabilidad. Se reafirma y consolida el patrón acumulativo, a partir de la producción de bienes de consumo durable: aumenta la dependencia gubernamental respecto del capital financiero...continúa el descuido progresivo de algunos sectores -agricultura y energéticos- lo que contribuirá a la crisis económica de la siguiente década...se presenta durante éste período un desarrollo cuantitativo y cualitativo de las clases sociales; las luchas se multiplican y cobran nuevo contenido; destacan entre ellas el movimiento médicos de 1964-5 y el estudiantil

til popular de 1968". (35)

En lo referente a la situación de los servicios de atención médica, el panorama no es menos prometedor, porque no evoluciona en éste período en la misma forma que la economía. "no sólo no avanza sustancialmente sino que en algunos aspectos incluso retrocede. Algunas instituciones, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), atraviesan crisis financieras, que además de obstaculizar su desarrollo generan toda una serie de reflexiones y propuestas por parte de la tecnoburocracia nacional e internacional, así como por algunos académicos, acerca del papel de la seguridad social en el desarrollo socioeconómico del país". (36)

Con esto puede hacerse un cuadro de las particularidades que tornan las políticas de salud por parte del Estado, a partir de la década de los 40s. y que son las siguientes:

1. Atender solamente a una fracción de la población. Se ha favorecido a la población urbana, en particular a los trabajadores de las ramas económicas modernas y del Estado. Así, en la actualidad las instituciones de seguridad social —que atienden primordialmente a estos grupos— concentran la mayor parte de los recursos humanos, financieros y materiales del sector salud.

2. Como consecuencia de lo anterior, para la mayor parte de la población los servicios de salud del sector público no reúnen los requisitos de accesibilidad geográfica y económica, aceptabilidad, disponibilidad, suficiencia y continuidad.

3. Se desarrolló un modelo curativo de atención a la salud costoso y que supone escasos beneficios en la salud de la población.

4. Predominio de las inmunizaciones y los programas de control de vectores sobre el resto de los recursos preventivos.

5. Los servicios no personales de salud han seguido un desarrollo errático y sólo han obtenido éxitos parciales.

6. La multiplicidad de programas y planes inconexos sobre un mismo

campo o problema,...

7. Los cambios que interrumpen la secuencia programática e impiden la planeación,...

8. La visión patrimonial del Estado por parte de algunos responsables de instituciones de salud han acentuado la fragmentación e inconexión del sector,...

9. La ubicación de personal no preparado en salud pública en todos los puestos, incluidos los de más alta responsabilidad, ha favorecido la discontinuidad en los esfuerzos,...

10. Ambitos de gran importancia en los niveles de salud de la población como el control de la contaminación ambiental y la promoción de la salud laboral...

11. Los canales del Estado para ejecutar algunas tareas masivas están azolados, bloqueados o se encuentran todavía inéditos:...

12. En México se encuentra todavía inédita la esfera de la promoción del bienestar humano y la vitalidad....

13. El Estado no ha prestado mayor atención a las plagas sociales de reciente reconocimiento en México como el maltrato a los niños y a las mujeres,...

14. El análisis del gasto público revela la baja prioridad otorgada a la salud;...

15. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no ha incorporado a los derechos sociales de toda la población, el derecho a la salud,...

16. La persistencia como primeras causas de muerte en el país de neumonías, influenza, enteritis y otras enfermedades diarreicas hace evidente el agotamiento del modelo vigente de atención de la salud, que resulta incapaz de hacer frente al proceso salud-enfermedad en México. (37)

Las actividades del IMSS a las áreas rurales tienen dos hechos fundamen-

tales:

1. La experiencia obtenida en nuestro país a partir de 1938 mediante los programas de atención integral de la salud en el medio rural, y

2. Los acuerdos de la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas, quíenes en 1972, recomendaron comenzar el Plan Decenal de Salud para las Américas, con la instalación de mecanismos que hicieran viable el logro de la cobertura total de la población por medio de servicios de salud en todos los países de la región. (33)

Porque es en diciembre de 1976, durante el gobierno del Lic. José López Portillo, se inician importantes transformaciones en el sector salud, con miras a integrarlas dentro del programa de reforma administrativa, de acuerdo con lo siguientes postulados:

1. Extender la cobertura de los servicios de salud a la población rural y a los grupos marginados de las grandes ciudades.

2. Aprovechar al máximo la capacidad instalada de los servicios de asistencia médica.

3. Reforzar las acciones preventivas, de promoción de la salud y de mejoramiento del ambiente.

4. Aumentar en especial los programas de planificación familiar. (39)

Para que el año de 1977 las acciones se dirigen a:

1. La planificación y programación con base en la formación del equipo técnico integrado a nivel nacional.

2. La creación institucional del equipo de adiestramiento en los niveles nacional, estatal y jurisdiccional.

3. La formación de recursos humanos.

Estos recursos humanos inician actividades de atención primaria de salud el 1o. de enero de 1978, lo que constituye la primera etapa del programa de extensión de cobertura de ámbito nacional. (40)

A la par de esto, el (FEC) Programa de Extensión de Cobertura iniciado

por la SSA en 1977, cuyo fin era extender los servicios a las poblaciones marginadas del medio suburbano y rural no pudo ser logrado. Igual resultado tuvo el (PCR) Programa Comunitario Rural. "El PCR pretendía atender en cinco años 13,666 localidades mediante auxiliares de salud comunitario, la SSA comenzó a preparar mujeres de las comunidades entre 500 y 2500 personas". (41) Y el Programa Comunitario Rural "...tuvo su origen en los planteamientos del Programa Nacional de Planificación Familiar y está coordinado por la Dirección General de Atención Médica Interno-Infantil y Planificación Familiar de la SSA.(cu) esquema básico...fue el adiestramiento de auxiliares comunitarios de planificación familiar, coordinadas en forma modular por una enfermera entrenada especialmente. Posteriormente la SSA integró estos dos programas en el Programa de Salud Rural (WR)". (42)

En mayo de 1979, se firma el convenio IMSS-COPLAMAR, con el fin de establecer y operar 2000 unidades médicas rurales, en regiones desatendidas por medio del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. El antecedente inmediato que tuvo éste acuerdo es el siguiente: "El IMSS contaba hasta diciembre de 1978 con 30 clínicas hospitalares de campo y 310 unidades médicas rurales que prestaban servicios de solidaridad social y "cuyos beneficiarios mediante la realización de trabajos en beneficio de las colectividades...tienen derecho a la asistencia médica y farmacéutica, así como quirúrgica y hospitalaria". Sin embargo, el compromiso de aportar trabajos en beneficio para la comunidad no había sido plenamente cumplido por lo que el IMSS decidió coordinarse con COPLAMAR para ampliar la cobertura de los servicios de social y consolidar un sistema de cooperación comunitaria hasta alcanzar diez millones de habitantes, como sujetos de solidaridad social". (43)

Hay que considerar que "El programa IMSS-COPLAMAR...ha dado preferencia a la extensión de los servicios de primer nivel,...también ofrece ultimamente una parte de los de segundo nivel; cuenta con un sistema de referencia de

pacientes así como con resúmenes de expositores clínicos y de transporte de pacientes. El programa adoptó la regionalización de los servicios del IMSS, aunque tiene un carácter incipiente por el poco tiempo que ha funcionado el programa". (44)

Las acciones del instituto a partir de la década de los 60s., dan los primeros intentos por ampliar los servicios médicos al área rural, a través de un esquema de medicina simplificada que fructificara como hemos visto, en el Programa Nacional de Solidaridad Social. Ello lleva de antecedente al haber tomado a las áreas urbanas como plataforma, para poderse financiar e implementar éste tipo de acciones, "...mismas que proporcionan los recursos necesarios que más tarde permiten su erradicación progresiva". (45)

De esta forma la década de los 70s. significó para los países latinos, una mayor atención a sus problemas en materia de salud, así como estudiar las posibles alternativas de solución, ante la urgencia de concretar la extensión de cobertura de servicios de salud, a la población que aún no era atendida o estaba subatendida. Así por ejemplo los datos nos arrojan cuadros desoladores. Porque todavía para 1972, más de 100 millones de seres humanos el 43% de la población total de América Latina y el Caribe, vivían en condiciones de extrema pobreza, de los cuales, 70 millones podían ser considerados indigentes absolutos. Existen razones para suponer que ésta situación no ha cambiado. Porque en la actualidad el 65% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición a pesar de que la producción de alimentos es suficiente para cubrir teóricamente las necesidades de calorías y proteínas de toda la población. El desempleo y sobre todo la desocupación disfrazada y las condiciones de vida, completan éste panorama que afecta a masas de población urbana y rural, marginadas del progreso humano". (46)

Ello obligó a la adopción de estrategias que cristalizaron en el Plan Decenal de Salud para las Américas, permitiendo llevar a un nivel internacional la formulación de políticas nacionales de salud. Posteriormente la decla-

rección de Alma Ata (UNESCO), y la meta de "Salud para todos en el año 2000", son en la actualidad la base para el estudio y reformulación de dichas políticas.

Motivo por el cual en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en 1977, se propuso intensificar los "...esfuerzos para acelerar el proceso de la extensión de cobertura de servicios de salud a toda la población...(adoptándose) las estrategias de atención primaria de la salud y la participación de la comunidad". (47)

Esta situación se presentó en México desde los años 70s., cuando el ISSS dió un aceleramiento en la extensión del régimen, quien ya declaraba que no "...es justo que la redistribución del ingreso que se origina gracias a la seguridad social, comprenda un número muy bajo de mexicanos". (48)

En este sentido las acciones del Instituto, se centraron en la gestación de nuevos esquemas y/o modificaciones en el sector que llevó al propósito de "...extender el régimen por todos los niveles a su alcance, una a través de extensiones territoriales que incorporan constantemente nuevas zonas del país, ya mediante la creación de nuevos esquemas que rescriben el ámbito geográfico de la incorporación al sistema de importantes sectores de población ya por medio de la modificación de otros esquemas, que permitan el fácil acceso a grupos humanos de consideración". (49)

Para tal propósito se establece como prioritario llevar a cabo los estudios inherentes a la extensión del régimen, marcadas por la Ley del Seguro Social, basados en los siguientes criterios:

1. Lograr la incorporación al régimen del Seguro Social del mayor número factible de personas en el menor tiempo posible.
2. Aprovechar al máximo la capacidad física instalada y tender a una racionalización más lógica en la aplicación de todos los recursos institucionales.
3. Incluir los nuevos núcleos conforme a esquemas de aseguramiento

adecuados a las características socio-económicas a las posibilidades y a las necesidades específicas de cada grupo.

4. Establecer una escala de prioridades, para garantizar el equilibrio financiero institucional, donde se consideren factores determinantes para la incorporación; los niveles de ingreso y la estimación de egresos, útiles para detectar el superávit correspondiente a la propia incorporación. (50)

Después de establecer las inversiones y el gasto corriente que origina la incorporación de cada municipio o grupo de personas beneficiadas. Corresponde llevar a cabo el análisis de cada caso conforme a los siguientes estudios internos:

1. EL ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO, que conjunta las características del grupo de trabajadores a incorporar, con el fin de determinar su número, composición, capacidad de cotización, situación laboral y demás factores con los cuales se registra la imagen de sus posibilidades y necesidades frente al Seguro Social.

2. EL ESTUDIO FINANCIERO, donde se interpretan las repercusiones financieras de las distintas alternativas de incorporación en un grupo determinado de trabajadores, en orden al presupuesto de ingresos y egresos que implique.

3. EL ESTUDIO TÉCNICO JURÍDICO, gracias al cual, con base en los estudios socioeconómicos y presupuestal preelaborados se decide el esquema de aseguramiento más adecuado para el grupo de trabajadores que se pretende incorporar.

4. EL ESTUDIO TÉCNICO MÉDICO DE PLANEACIÓN Y SUPERVISIÓN, bajo el cual se asigna la forma en que ha de ser proporcionada la asistencia médica a los trabajadores a incorporar; incluye los dictámenes sobre la posible necesidad de adaptación, construcción o ampliación de unidades médicas, así como los niveles de atención que en cada lugar deben proporcionarse en función del sistema general de regionalización de los servicios médicos. (51)

Los resultados arrojados por los anteriores estudios, permitirán a la institución determinar los criterios para la adaptación del régimen, lo que permitirá a su vez la incorporación de los trabajadores del campo, en vista de las diversas modalidades de su aseguramiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cárdenas de la Peña, Enrique. Intercambios de la Seguridad Social en México. Boletín Médico ITC, vol. 12, No. 1971, p. 337
2. *Ibidem* p. 361
3. *Ibidem* p. 371
4. *Ibidem* p. 351
5. Palmero Olga. Seguridad. Elemento II. Progresión y avances de la seguridad social en América Latina. IIES. Depto. Asuntos Internacionales. 2a. ed. México 1960, p. 62
6. Hernández Lizama Héctor. Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1925-1960. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quereñán. El Coloso del hombre y su salud, la. ed. México 1982, p. 51
7. *Ibidem* p. 51
8. *Ibidem* p. 51
9. *Ibidem* p. 51
10. *Ibidem* p. 51
11. Necesidades insatisfechas en México. El Salud. OUPA WHO-INT, México 1963, p. 117
12. Historia de la... p. 64
13. *Ibidem* p. 55
14. *Ibidem* p. 55
15. *Ibidem* p. 55
16. *Ibidem* p. 55
17. *Ibidem* p. 55
18. Palmero Olga. Tema II. Seguridad Social. Elemento II. Finalización y extensión de la Seguridad Social en América Latina. Depto. Asuntos Internacionales. IIES, 1a. ed. México 1961, p. 100
19. Historia de la... p. 62
20. Progresión y... p. 23
21. *Ibidem* p. 23
22. *Ibidem* p. 23
23. Progresión y... p. 57
24. *Ibidem* p. 61
25. Robledo Vera Cecilia. An. Estad. Calvín. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM-ICPYS, México 1982, p. 62
26. López Acuña Daniel. La crisis de la medicina mexicana. *Revista Siempre*, No. 1209, agosto 25 1976, p. VI
27. *Ibidem* p. VI
28. Progresión y... p. 23
29. *Ibidem* p. 33
30. Análisis sociológico... p. 63
31. Rodríguez Chaumet Dinah. Estado y salud. Escuela Nacional de Trabajo

- social. UNAM. 1980 p.6
33. Historia de la...p.52
 33. Ibidem p.52
 34. Progresión y...p.40
 35. Historia de la...p.53
 36. Ibidem p.53
 37. Necesidades esenciales...p.187
 38. Dr. Cravioto Héctor Adalberto. Avances del Programa de Extensión de Cobertura. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), 88(5), 1980. Washington, D.C., E.U.A. p.441
 39. Ibidem p.441
 40. Ibidem p.443
 41. Necesidades esenciales...p.121
 42. Ibidem p.122
 43. Ibidem p.122
 44. Ibidem p.140
 45. Seguridad Social en México. Breves Rumbos. HHS, México 1975, p.38
 46. Dr. R. Acuña Héctor. La Medicina y el Estado. Recuento histórico y problemas actuales de la cirugía. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana (OPS). 91(4), 1981, Washington, D.C., E.U.A. p.1
 47. Dr. R. Acuña Héctor. Estrategias para extender la cobertura de servicios de salud. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), 91(1) 1981, Washington, D.C., E.U.A., p.283
 48. Seguridad Social en México. HHS 1984, p.38
 49. Ibidem p.40
 50. Ibidem p.40
 51. Ibidem p.39

4.4.1. EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL CAMPO.

Las acciones encaminadas a la incorporación de los campesinos a la seguridad social, han tenido de fondo resoluciones internacionales. A nivel de latinoamérica es de recordar, la Resolución número 9 de la I Conferencia Internacional de Seguridad Social, celebrada en Santiago de Chile en 1942, donde se acordó: "1. Que es urgente establecer la ampliación del Seguro Social a los trabajadores agrícolas...a fin de protegerlos de su integridad biológica y económica; 2. Que esta ampliación debe comprender también a los que sin tener el carácter de asalariados intervienen en las faenas agrícolas y no obtienen recursos suficientes para atender a su propia seguridad..."(1)

En el Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas de 1966, puede leerse lo siguiente "debe ampliarse el campo legal de aplicación de las personas protegidas, incluyendo categorías o grupos aún no comprendidos, tales como los trabajadores rurales..." y que "debe concederse máxima prioridad a la extensión de la seguridad social al ámbito rural; dando protección a las poblaciones campesinas dentro de las características propias de sus estructuras económico-sociales, mejorando el nivel de vida y cubriendo todas las contingencias que afectan a diversas poblaciones". (2)

Estas resoluciones consideraron que los países de América Latina, se caracterizan por ser eminentemente agrícolas, teniendo una gran población agrícola. "Sin embargo, aún a pesar de constituir grandes sectores de población y de estar expuestos a riesgos sociales similares a los que corren los demás trabajadores, en la mayoría de los sistemas de seguridad social existentes en la región no se protege efectivamente a este sector". (3)

Así, a diez años de su creación el IMC inicia la incorporación de las poblaciones campesinas del país. Hacia 1954 se instituye el Seguro Social Obligatorio para los trabajadores asalariados, los miembros de sociedades cooperativas y de crédito agrícola. Sobreentendiéndose que también en el área rural, la extensión de los beneficios de la seguridad social se encaminan

"...de modo casi exclusivo a núcleos de trabajadores agrícolas claves para la producción nacional: henequeneros, cacaoteros, cañeros, copreros, tabacaleros, ixtleros, etc.". (4)

Los primeros beneficiarios de la extensión de la seguridad social, son los núcleos de campesinos considerados pilares en el mantenimiento del desarrollo industrial. Por lo que a partir del 19 de agosto de 1954, se expide el Seguro Social Campesino y su Reglamento, que aparece publicado en el Diario Oficial el 27 de agosto del mismo año, bajo el siguiente título "Reglamento que establece las modalidades del Régimen del Seguro Social para los trabajadores del campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa". (5)

Acciones que muestran un alto interés por dar prioridad a las poblaciones campesinas, que se significan por un alto grado de mecanización y producción agrícola. Como es el caso de la zona norte y noroeste del país. A los pocos días se inicia la inscripción general de patrones y trabajadores del campo en los municipios de Hermosillo, Ures, Guaymas, Empalme, Cajeme, Bacum, Navojoa, Etchojoa y Huatabampo. (6)

Dentro del reglamento quedan demarcadas las diferencias que el propio instituto establece dentro de la población campesina. En su artículo 1o. define como "trabajadores del campo a todos aquellos que ejerciten trabajos rurales propios y habituales de alguna empresa agrícola, forestal o mixta ya sean peones acasillados o no acasillados, trabajadores de temporada, eventuales, a obra determinada o miembros de las Sociedades locales de Crédito agrícola o Ejidal". (7)

En referencia a los patrones rurales, el artículo 2o. establece que se entiende por tales "a todo el que realice obras de explotación agrícola, ganadera, forestal, o mixta, mediante trabajadores que reciban salario, en dinero o en especie o remuneración a destajo, sea cual fuere el fundamento legal de dicha explotación rural, por tanto se consideran como patrones rurales los propietarios, arrendatarios, o aparceros que emplean trabajadores en

las referidas condiciones". (8)

Respecto del financiamiento del programa se especifica que "cada año, durante los meses de enero y febrero, los patronos presentarán al instituto, para los fines de pago de las cuotas obrero-patronales, un informe en el que se manifieste el número de hectáreas que estén sujetas a cultivo en el año a que se refiere la manifestación ". (9)

La permanente incorporación contempló para el año de 1958 una cifra de 27,886 asegurados con un total de 71,456 beneficiarios. (10)

El 18 de agosto de 1960, surge el "Reglamento para el Seguro Social Obligatorio de los trabajadores del campo", cuya aplicación iniciaba con cuatro municipios del estado de Baja California y al municipio de San Luis Rio Colorado, Sonora. Que deroga al de agosto de 1954. Este nuevo reglamento comprende a los siguientes trabajadores agrícolas:

1. A los trabajadores asalariados del campo.
2. A los trabajadores estacionales del campo.
3. A los miembros de las Sociedades Locales de Crédito Ejidal. (11)

Es significativo mencionar que las características no sólo de organización, sino fundamentalmente económicas, fueron y son parte de la serie de requisitos que se toman en cuenta en cada población campesina, para determinar su incorporación al Instituto. Así queda asentado en 1954, cuando se estipulan las condiciones que las poblaciones rurales deben satisfacer "...mayores extensiones agrícolas, variedad de cultivos, y tecnificación de los procesos, que además contaban con riego rodado y presas de abastecimiento o pozos profundos; créditos de bancos estatales y privados, subsidios para algunos cultivos, compra de futuros de cosecha y una suficiente red de caminos". (12)

Paulatinamente, en algunos municipios son incorporados los ejidatarios y pequeños propietarios no pertenecientes a sociedades locales de crédito ejidal o agrícola (Decreto de 14 de junio de 1961); posteriormente se incorporan los productores de caña de azúcar (Decreto de 29 de junio de 1963 y Ley de 7 de

diciembre de 1963), los ejidatarios del estado de Yucatán (Decreto de 25 de febrero de 1972); los ejidatarios fideicomisarios del plan Chontalpa y los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios ubicados en diversos municipios de la Comarca Lagunera (Decreto de 28 de agosto de 1973), posteriormente se incorporan los trabajadores de la industria de la palma, de la cera de candelilla, de los productores de café y otros". (13)

Con ello se consideran aquellas poblaciones, que se significan por un alto desarrollo y productividad en el campo. Las posteriores incorporaciones se ubican dentro de las reformas al artículo 6o. de la ley, en el cual se especifica "...la posibilidad de fijar fechas y modalidades de implantación del Seguro Social Obligatorio para los trabajadores asalariados del campo en las circunstancias territoriales en donde ya está establecido éste seguro para los trabajadores asalariados urbanos pero no el de aquellos". (14)

Conviene considerar que la participación del Estado es decisiva dentro de la política de extensión de cobertura. Ya desde 1943, quedan claramente asentadas sus funciones en el artículo 6o. de la Ley Original "...facultada al poder Ejecutivo Federal a que previo estudio y dictamen del Instituto, determinara las fechas y modalidades de implantación del Seguro Social obligatorio para los trabajadores asalariados del campo, en las circunscripciones territoriales en donde ya estaba establecido el seguro para los trabajadores asalariados urbanos". (15)

Estas acciones quedan ampliamente manifiestas, porque ya para 1963 en la Ley que incorpora al Régimen del Seguro Social a los productores de caña y sus trabajadores, se determina que la extensión del Seguro Social hacia las zonas rurales "...constituye uno de los propósitos que con el mayor interés ha considerado el Gobierno Federal, para hacer factible que sus condiciones generales de vida adquieran un desarrollo, acorde con los principios agrarios de la Revolución Mexicana". (16)

Las tareas incorporativas de la institución "Aunque no se conformaron pro

gramas sanitario-asistenciales relevantes en las políticas generales del Estado, se incrementó la capacidad hospitalaria, habiendo inaugurado entre 1961 y 1964, 11 hospitales dependientes del IMSS, que en ese año contó con el 17% de la población total del país como derechohabiente y con el 18% de la población económicamente activa, cifra importante sobre todo si tomamos en cuenta que con las modificaciones a 26 artículos de la Ley del Seguro Social (en 1959) se facilitó la incorporación a ésta institución de ejidatarios, pequeños agricultores y otros trabajadores del campo, lo que se tradujo en un incremento de su cobertura en el sector agrícola que pasó de incluir en 1958 a 27,886 personas a 277,622 en 1964". (17)

Qué significó ésto dentro del sistema general de atención a la población? "Cabe además señalar que a pesar del incremento de servicios médicos, la inversión más importante se dirige a favorecer la operación del sistema hospitalario que no corresponde a las necesidades que en primera instancia tiene la población ya que las acciones que se realizan son fundamentalmente de tipo personal, especializado, curativo y rehabilitatorio, dejando de lado los servicios no personales y los de tipo preventivo, que evitarían en gran medida los problemas que se resuelven en los hospitales; sin embargo esto es comprensible dado que el modelo, de atención hospitalario es importado de los países que imponen los criterios tanto de lo que debe considerarse como enfermedad (en base a la productividad) como el tratamiento que se les debe dar así como la atención prioritaria a ciertos grupos". (18)

4.4.2 INCORPORACION DE LOS CAMPESINOS CAÑEROS AL REGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL (IMSS).

La incorporación de los campesinos cañeros a los beneficios de la seguridad social principia en la década de los sesentas. En tal sentido el "Decreto relativo a la Incorporación de los Productores de Caña de Azúcar al Régimen del Seguro Social Obligatorio" del 10 de agosto de 1960, destaca en su artículo 1o. "Se declara de interés público la incorporación al régimen del

Seguro Social a las personas que laboran en la producción de la caña de azúcar en los municipios de la República comprendido en las zonas de influencia y de abastecimiento de los ingenios". (19)

Después de considerar la afiliación prioritaria de estos grupos, en tanto abastecedores de materias primas. Se establecen los mecanismos selectivos, para llevar a cabo la incorporación. En un primer momento inicia con los propietarios-productores de la caña de azúcar, por lo que en el artículo 2o. se especifica que "Para auxiliar a la extensión del Seguro Social Obligatorio de los productores de la caña de azúcar, estos aportarán un centavo por kilogramo de azúcar producido, que de inmediato deberá ser entregado al IMSS por la UNPASA..." . (20)

En segunda instancia se especifica el mecanismo por medio del cual se extiende la seguridad social, a los trabajadores estacionales cultivadores y cortadores de caña siendo de la siguiente manera "...la UNPASA descontará a los productores de caña, a partir de la liquidación inicial de la zafra 1962-63, medio centavo por kilogramo de azúcar a fin de proporcionar...la protección de la salud previsto en el reglamento del Seguro Social Obligatorio para los trabajadores del campo..." .(21)

El presente reglamento servirá de antecedente para la designación de los diversos tipos de beneficios de la seguridad social que se destinarán para cada uno de los sectores campesinos dedicados a la producción y cultivo de la caña de azúcar. Las disposiciones generales y mecanismos de acción aparecen publicadas en el Diario Oficial el 7 de diciembre de 1963, entre los artículos que revelan la desigual distribución de los beneficios de la seguridad social, se asientan los siguientes:

Artículo 3o. Los productores de caña y sus trabajadores asalariados permanentes tendrán derecho a todas las prestaciones establecidas en la Ley del Seguro Social en las ramas de:

A. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales . (+)

- B. Enfermedades no profesionales (++) y Maternidad (+++).
- C. Invalidéz, vejez y muerte, y (++++).
- D. Cesantía en edad avanzada (++++).

(+). Los riesgos profesionales o riesgos de trabajo comprenden tanto los accidentes del trabajo como las enfermedades profesionales a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo desempeñado por cuenta ajena. Esta rama de seguros generalmente es enunciada en las diversas legislaciones de América Latina, como accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ahora bien la contingencia social objeto de las primeras medidas de amparo, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XIX y como consecuencia de la gran industrialización, fué con motivo y en ocasión del trabajo. (22)

(++). La protección de la salud puede considerarse como una rama principal de los seguros sociales. Para solventar las consecuencias de la enfermedad se originan las prestaciones en dinero y en especie otorgadas por los regímenes que amparan esta contingencia ya sea mediante la compensación de las remuneraciones y salarios perdidos, o bien a través de los servicios que compensan las cargas económicas suplementarias. Entre los países que han incorporado esta rama de seguro dentro de los esquemas de seguridad social son: Bolivia y Ecuador (1935); Perú (1936); Venezuela (1940); Panamá y Costa Rica (1941); México y Paraguay (1943); Guatemala y Colombia (1946); República Dominicana (1947); El Salvador y Haití (1949); Nicaragua (1955) y Brasil (1960). (23)

(+++). En el campo internacional, existe un consenso generalizado de extender la obligatoriedad de la protección a las mujeres asalariadas empleadas en empresas industriales y en trabajos no industriales y agrícolas, abarcando las empresas públicas y privadas, el trabajo a domicilio y doméstico, etc. Acuerdos internacionales hacen un énfasis en ésto. En la norma de la O.I.T. formulada en 1944 en la Declaración de Filadelfia, se reconoce que esta orga-

nización debe fomentar programas nacionales que permitan proteger la infancia y la maternidad (recomendación número 64). (24)

(+++). En la etapa inicial de los seguros sociales las contingencias de invalidez, vejez y muerte o pensiones a sobrevivientes constituyeron, aún antes de instituirse los sistemas como tales, los principales riesgos protegidos. Si bien no se les menciona de ese modo, ya existían en algunos países como regímenes de pensiones y jubilaciones. En América Latina la protección de las contingencias de invalidez, vejez y muerte ha sido incorporada en la mayoría de los países de la región, ya sea a través de la institución que aplica el régimen general de seguridad social o bien mediante regímenes específicos. (25)

(++++). La edad de retiro varía de acuerdo con las estipulaciones específicas de cada legislación, así como también en relación con el sexo y la actividad desempeñada. De tal modo, que la edad de jubilación se puede anticipar entre otras cosas, debido al trabajo insalubre o peligroso (como puede ser el realizado bajo tierra), pues los trabajadores que se dedican a ciertas ocupaciones, tienen una vida más activa más breve en comparación de otros. El número de disposiciones relativas a la anticipación de la edad de jubilación debido al trabajo insalubre ha aumentado considerablemente en nuestros días. (26)

De esta manera el reglamento de incorporación al Régimen del Seguro Social Obligatorio, conforma dos grandes grupos de beneficiarios, con diferentes perspectivas, hacia los beneficios de la seguridad social. En relación con el segundo grupo, el artículo 18 menciona "Los trabajadores estacionales que laboren en el cultivo de la caña, así como sus beneficiarios legales tendrán derecho a: la asistencia médico quirúrgica, obstétrica, farmacéutica y hospitalaria necesarias durante el tiempo que el asegurado compruebe en el aviso de trabajo respectivo que está prestando servicios a un productor". (27) Siendo los beneficios hacia el trabajador eventual y su familia tempora-

les, sobresale en el mismo artículo que "Cuando el trabajador estacional asegurado deje de prestar servicios al productor, como consecuencia de una enfermedad no profesional, el instituto, le seguirá proporcionando los servicios médicos hasta por 8 semanas contadas a partir de la fecha del último aviso de trabajo" (28). Y que "En los casos de accidentes de trabajo, tétanos y picaduras de animales ponzoñosos, los trabajadores estacionales recibirán la atención médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a que se haga menester y, cuando se encuentren incapacitados temporalmente para trabajar, un subsidio en dinero igual al 50% del ingreso que a satisfacción del Instituto, el trabajador compruebe estar percibiendo del productor". (29)

Resulta el principal aspecto que puede explicar la desigualdad en los beneficios hacia la seguridad social para la población campesina. Y que en esta iniciativa de ley de incorporación se manifiesta el carácter de la medicina institucional otorgada por el Estado. En tal sentido se especifica que son considerados como sujetos de aseguramiento solamente a "...las personas que se dedican al cultivo de la caña de azúcar, ya tengan el carácter de pequeños propietarios, colonos, comuneros, ejidatarios, miembros o no de sociedades locales de crédito agrícola o ejidal, arrendatarios, aparceros, cooperativistas o cualquiera persona que tenga superficies de tierra en cultivo de caña de azúcar, y contratos de avío o de suministro de caña o de ambos, con productores de azúcar que sean miembros de la UNPASA o de cualquier persona física o moral que en lo futuro pudiera ser sustituida". (30)

Los campesinos productores de caña de azúcar, junto con sus trabajadores permanentes, tendrán un tipo de beneficio específico respecto de la seguridad social, se menciona que "...tendrán derecho a todas las prestaciones establecidas en la Ley del Seguro Social en las ramas de accidentes de trabajo, e y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad e invalidez, vejez y muerte y cesantía en edad evanzada". (31)

Los últimos beneficiarios de la seguridad social, son los trabajadores

estacionales o eventuales, cuyos beneficios son también eventuales, la vigencia de éstos se prolongan por 8 semanas a partir de la fecha del último aviso de trabajo, o hasta 72 semanas en caso de accidente de trabajo, tétanos y picadura de animales ponzoñosos.

Al respecto se indica claramente, que estos trabajadores "...así como sus beneficiarios legales disfrutarán de un cuadro específico de prestaciones tanto en especie como en dinero, que toman en consideración la mayor suma de beneficios posibles en relación con sus condiciones temporales de trabajo".

(32) El 29 de junio de 1963 se promulga el decreto, seguido de la Ley del 7 de diciembre del mismo año, por el que se incorporan al Seguro Social obligatorio los productores de caña de azúcar, y sus trabajadores dejándose entender que "...la creación y amplitud del desarrollo industrial radica en la expansión permanente y sostenida del mercado rural, como interdependiente o coadyuvante entre campo y ciudad; son sujetos de aseguramiento los productores de caña, cualquiera que sea su naturaleza, los miembros de la Unión Nacional de Productores de Azúcar, S.A. de C.V. y los trabajadores de los productores, sean asalariados permanentes o estacionales". (33)

Durante 1964 se destinan 85 clínicas y puestos periféricos a la atención exclusiva de la población que vive de la caña 64,216 productores y 202,651 beneficiarios, lo que da 266, 867 nuevos derechohabientes, que se reparten en los estados de Veracruz, Jalisco, Morelos, Puebla, Sinaloa, San Luis Potosí y Oaxaca. (34)

Se toma en consideración que las condiciones de vida del campesino, son muy desfavorables, aún cuando representa el 41% de la población global para ese tiempo, entre otras se mencionan las siguientes:

1. El nivel educacional tan pobre, el analfabetismo que arrastra, los defectos de adiestramiento y tecnificación, lo conducen a un escaso rendimiento.
2. La temporalidad de los cultivos /las plantaciones estacionarias

son las más/ el subempleo, la relación desfavorable del intercambio de los productos agrícolas y urbanos, la precaria tecnificación del medio, la desigualdad de tenencia de la tierra y sus tipos diversos de explotación.

3. Claro está que en el ámbito rural existen asalariados de diferentes categorías; el trabajador de grandes plantaciones equiparado al trabajador industrial común, el permanente de fundos extensos y medianos, el trabajador ocasional o de temporada, el peón colono y la gran gama de independientes, o semi-independientes, propietarios, arrendatarios, medieros, aparceros y demás.

4. El carácter estacional de un sinnúmero de faenas, agrícolas y la pobreza o limitación de tierras, determinan consecuentemente el multiprofesionalismo del trabajador, que se manifiesta en actividades no agrícolas, así la artesanía o la pequeña industria casera, el comercio mínimo o la actividad asalariada fluctuante entre las obras públicas y la construcción, las minas o las empresas industriales que utilizan mano de obra no calificada, en la inmensa mayoría de las ocasiones. (35)

Dicho análisis resulta de vital importancia para la toma de decisiones en la incorporación de los núcleos campesinos para el disfrute de los beneficios de la seguridad social. La decisión en cuanto a la estrategia de cobertura para la selección de regiones, toma en consideración los siguientes aspectos:

1. El criterio de potencialidad económica, es decir evaluación de tierras, cultivos, productos agropecuarios, valor de la producción de los bienes primarios obtenidos y fuerza de trabajo aplicada, grado de mecanización, técnicas de cultivo, empleo de fertilizantes y mercado, con tal criterio se capta el promedio mensual familiar, o por persona, representativo del monto de capacidad para adquirir satisfactores de toda índole, lo cual a su vez refleja el grado de nivel de vida o de bienestar.

Por ello dentro de cada jurisdicción territorial se van a seleccionar las comunidades, con base en el análisis de indicadores como son:

1. Índice demográfico.
2. Presencia o ausencia de instalaciones médicas.
3. Vías de comunicación.
4. Operación de instituciones crediticias.
5. Existencia de servicios públicos.
6. Las dificultades inherentes a la tenencia de la tierra y la problemática de producción representan, junto al nivel deficiente de vida que pueden ocasionar, esferas de acción integral de gobierno, en las cuales las instituciones de seguridad social deben participar.

En relación con los costos de operación, gracias a un financiamiento equilibrado, sufren considerable abatimiento y éste proporciona la oportunidad de establecer cuotas accesibles de cuantía inferior; en el caso del campo, cabe aclarar que los trabajadores en su inmensa mayoría carecen de patrón.

Y por último:

3. La insuficiencia en la capacidad contributiva del campesino amerita una decidida transferencia de aportes, en muchas ocasiones habrá necesidad de establecer sistemas colectivos donde las aportaciones necesarias por hectárea y tipos de cultivo según la región donde opere el régimen, y también directamente sobre el valor de la producción. (36)

De esta manera las acciones de protección de la institución arrojaron los siguientes resultados: "de 1965 a 1980 la cobertura de las instituciones de seguridad social creció muy aceleradamente; 8.4% anualmente el promedio. Este acelerado crecimiento alcanzó su punto más alto en el período 1970-1975 con una tasa anual de 10.5% y su punto más bajo entre 1975 y 1977, años de recesión económica. De las instituciones de seguridad social la más dinámica fué el ISSSTE, la única que creció más rápidamente que el total: 10.8%

anual en todo el período. De 1970 a 1975 logra su tasa más alta (16.8%) y de 1977 a 1980 su más baja (5.9%). En cambio la población derechohabiente del IFS, que creció en todo el período al 8.2% alcanza su tasa más alta de 1977 a 1980 (9.7%) y la más baja de 1975 a 1977". (37)

Aún así se considera que el IFS, fué la institución que a pesar de los altibajos mantuvo "...un crecimiento ligeramente inferior al total disminuyó su participación en la población derechohabiente total del 80% al 72%, conservándose de cualquier manera, como la institución de seguridad social más importante que todos los demás juntos". (38)

4.4.3. ALTERNATIVAS EN LA INCORPORACIÓN DE NUCLEOS CAMPESINOS.

En 1976 el análisis arrojado por el estudio del Plan Indicativo de Ciencia y Tecnología, indicaba una realidad nacional del actual sistema de atención médica, "la característica más destacada del desarrollo institucional en medicina y salud ha sido la concentración de las prestaciones y recursos en la atención de los sectores urbanos medios y altos y la desprotección de un gran parte de la población rural". (39)

A lo que se podría agregar que, "los tres niveles de las instituciones de seguridad social forman parte de una sola estructura, aunque desproporcionada. El primero es poco favorecido. El IFS cuenta con un fuerte tercer nivel (el mayor en todas las instituciones); el ISSSTE tiene un tercer nivel más proporcionado con relación al segundo, y las otras instituciones de seguridad social cuentan con un desproporcionado segundo nivel de atención. La desproporción entre segundo y tercer niveles, en el caso del IFS, lleva a la frecuente subutilización de los recursos muy especializados del tercer nivel". (40)

Junto con la atención médica viene aparejada su sustentación ideológica, a partir de 1963 empezaron a manejarse conceptos como solidaridad social, que venían a conformar un cuerpo de sustentación de la política oficial. La interpretación y enfoque comprendía la ayuda por parte de una colectividad

ante los riesgos y el infortunio. Con esto se da un tratamiento de valores subjetivos a la seguridad social, que en realidad chocan con las desigualdades resultantes de una sociedad clasista.

Así se maneja que la seguridad social se utiliza como un elemento de redistribución de la riqueza, entendida como el "...medio básico para lograr estos fines, en tanto se haga un esfuerzo cada vez mayor para que sus beneficios puedan irse actualizando a los sectores más débiles dentro de una clara política de solidaridad nacional". (41)

En la actualidad se considera bastante limitada la acción de las instituciones de seguridad social, para poder hacer efectivo éste signo claro de justicia social, a nivel de Latinoamérica "...no ha garantizado la redistribución del ingreso. En relación a las fuentes de ingreso y a la distribución de las prestaciones, los que aportan más a la seguridad social, en forma directa o indirecta, son los que están en los niveles medios y bajos de la estructura social; los que menos aportan son los de mayor ingreso, quienes a su vez son los que más reciben. Por otra parte en algunos casos, los que tienen ingresos superiores a cierto nivel no entran y son automáticamente excluidos del seguro social, lo que nulifica los efectos redistributivos, y de hecho establece un seguro de polices para pobres". (42)

Dadas las grandes limitaciones del agro mexicano: tierras en su mayoría temporeras, con una baja producción, ausencia de créditos en muchas de ellas, la permanencia de costosas instituciones, desempleo temporal, emigración, etc. Pero que la política de aseguramiento se guíe por la selección de áreas implantando el sistema en "...todas aquellas que representen la obtención de momentos, la operación sin éstos, o la operación con desfinanciamiento previamente autorizados, ...que significa una política de exterior la Seguridad Social a áreas ricas equilibradas y pobres". (43)

De esta manera la desigualdad institucional se concreta en las tres modalidades o esquemas de aseguramiento, en la cual se establecen claramente las diferencias para cada uno de los grupos campesinos cañeros:

1. **SECTOR DE ESTABLECIMIENTO MIXTO:** Está destinado esencialmente al proletariado industrial y a los egipcios de los servicios urbanos. I En el renglón de enfermedad y maternidad otorga todo tipo de asistencia médica-quirúrgica, proporcionando ayuda para la lactancia, el carnetillo de los seguros días, subsidios especiales a diésel y otorga subsidios en dinero, hospitalarios del o fondo, en caso de enfermedad del asegurado. II En el renglón de riesgos de trabajo otorga asistencia médica-quirúrgica integral y prestaciones en dinero cuando se detemba un riesgo, total, ya sea temporal o permanente, parcial e total. III En el capítulo de prestación económica y social proporciona pensiones por invalidez, vejez, cesantía y muerte del asegurado, ayuda para gastos de mantenimiento y prestaciones socio-educativas generalizadas.

2. **SECTOR DE ESTABLECIMIENTO DE UNO.** Cuida a los núcleos de trabajadores agrícolas organizados en grupo. En el renglón de enfermedad y maternidad, rinde beneficios a erogación del sistema substitutivo del salario en caso de enfermedad. Sólo otorga prestaciones por incapacidad o invalidez cuando ésta es total y permanente; no cubre la cirugía o prótesis y ortopedia en casos de accidente de trabajo; cubre la pensión por invalidez y cesantía y no cuenta con ayuda para gastos de mantenimiento.

3. **SECTOR DE ESTABLECIMIENTO MIXTO.** Orientado a población ruralista. Sólo otorga asistencia médica-quirúrgica de tipo farmacéutico y hospitalario poro sin niveles de especialidad; no proporciona subsidios por enfermedad, ayuda para la lactancia, carnetillos ni ayuda para funeral, y atiende los accidentes de trabajo sólo en un nivel general y no en niveles de especialidad, no tiene prestaciones por incapacidad o invalidez y no cuenta con prestaciones generales de tipo económicas y social. (4)

Lo anteriormente expuesto nos llevó a considerar la necesidad de rediseñar, un estudio de campo en el estado de Nayarit, dirigido a la situación que guarda la seguridad social en la población ciliar, con el fin de poder analizar el proceso de diferenciación.

En el siguiente apartado, en un primer momento observamos de una manera general, los orígenes y evolución de la industrialización de la caña de azúcar en el estado, sumado a la creación de los primeros hospitales.

Posteriormente damos una semblanza económica-social e histórica del municipio de Yalisco. Luego caracterizamos desde un punto de vista socio-histórico y político del ejido italiano Zapata, donde la seguridad social es el núcleo. Para finalmente hacer referencia a los resultados obtenidos en la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Pulmaro Z. Olga y Margarita Elizondo R. Progresión y Avances de La Seguridad Social en América Latina. Depto. Asuntos Internacionales. IRES, 2a. ed. México 1960, p.97
2. Ibidem p.97
3. Ibidem p.96
4. López Acuña Daniel. La crisis de la medicina mexicana. Revista Médica, No. 1209, agosto 25 1976 p.VI
5. Extensión de la seguridad social en el medio rural. IRES, México 1976, p.11
6. Ibidem p.48
7. Ibidem p.48
8. Ibidem p.48
9. Ibidem p.48
10. Ibidem p.48
11. Ibidem p.14
12. Ibidem p.11
13. Progresión y ...p.10
14. Extensión de la...p.11
15. Ibidem p.10
16. Ibidem p.15
17. Robledo Vera Cecilia y An. Sta. In. Colván. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM, México 1982, p.65
18. Ibidem p.66
19. La seguridad social en México. IRES 1964, p.373
20. Ibidem p.379
21. Ibidem p.379
22. Progresión y...p.141-42
23. Ibidem p.121
24. Ibidem p.126
25. Ibidem p.134
26. Ibidem p.133
27. La seguridad social...p.390
28. Ibidem p.390
29. Ibidem p.390
30. Ibidem p.380
31. Ibidem p.380
32. Ibidem p.381
33. La Seguridad Social en México 1971-1974. Nuevos Rumbos IMSS. Méx. 1975. p.48
34. Ibidem p.48
35. Ibidem p.48
36. Ibidem p.48
37. Necesidades esenciales en México. IV. Salud. COPLAMAR-XXI, México 1983. p.146

38. Ibidem p.151
39. Ibidem p.120
40. Ibidem p.151
41. Extensión de la ...p.21
42. Olga Beltrero, Manuel Hillor y Margarita Lizondo. Financiamiento y extensión de la seguridad social en América Latina. INSS. Depto. Asuntos Internacionales México 1981, p.22
43. Extensión de la ...p.22
44. La crisis de la...p.VIII

5. SITUACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA POBLACION CAMPESINA CAÑERA DEL EJIDO EMILIANO ZAPATA.

5.1. LA CAÑA DE AZUCAR EN LA NUEVA GALICIA HOY ESTADO DE NAYARIT.

Anterior a la llegada de los españoles, el territorio del actual estado de Nayarit, junto con los de Jalisco, Colima y parte de los de Aguascalientes, Zacatecas, Sinaloa, Durango y San Luis Potosí, fué conocido con el nombre de Chimalhuacán. Que en lengua náhuatl significa (lugar cuyos habitantes usan o llevan chimales, escudos ó rodelas. (1)

En éste extenso territorio chimalhuacano, se encontraban cuatro grandes monarquías o Hueytlahtoanazgos: Coliman, Tonallan, Xalisco y Aztatlán. Con respecto a sus pobladores, se dice lo siguiente "Dentro del territorio que actualmente ocupa el Estado de Nayarit (fué) habitado en la época prehispánica por tribus de filiación náhuatl (toltecas, chichimecas, aztecas, etc.)."(2)

Al hoy estado de Nayarit, correspondían dos importantes Hueytlahtoanazgos chimalhuacanos: Xalisco y Aztatlán, cuyos límites se extendían fuera de los que actualmente le corresponden. Con respecto al primero, le correspondía una considerable superficie del estado "El de Xalisco era muy grande. Limitaba al Norte con el Rio Grande o de Santiago, al Oriente con cacicazgos independientes, al poniente con el Oceano Pacífico, al sur comprendía la jurisdicción de Amaxcotlán y Atenquith, al sur-oeste con Colima y al sur-este tenía como límites el cacicazgo independiente de Xochitpetque (hoy Magdalena, Jal.)"(3). Algunos de los pueblos principales que pertenecieron al Hueytlahtoanazgo de Xalisco fueron los siguientes: Xalisco capital, Tepique (Tepic), Atemba, Tecuitazco...etc...(4)

Con la caída de la Gran Tenochtitlán, el período de conquista toma matices dramáticos con la destrucción del Imperio Azteca, la implantación de una nueva cultura sobre las ruinas de los vencidos, adopta "...la doble faz de una destrucción cataclísmica de fuerzas productivas y una profunda revolución técnica. La edad del hierro, la rueda y la ganadería llegó envuelta en sangre, fuego y pillaje". (5)

DE la Gran Tenochtitlán, la conquista se irradió hacia el interior del país, los españoles aparecieron a los pocos años por ésta región. En 1524 el capitán Francisco Cortés de San Buenaventura, fué el primer conquistador español que hizo exploraciones en lo que hoy es el estado de Nayarit.

Sobre ésta primera expedición se menciona lo siguiente "...Partiendo de Colima con su expedición, realizó una gira militar que duró de siete a ocho meses (fines de 1524 y primeros meses de 1525) cuyo itinerario en territorio de esta Entidad fué; Amatlán de Cañas, Ixtlán, Mexpan, Zoatlán, Ahuacatlán, Tetitlán, Tepic, Xalisco, Guaristamba, llegando hasta la desembocadura del río de Santiago". (6)

En su expedición al señorío de Xalisco "...encontró al pueblo de Tepic como un Tlatoanango dependiente del huilatlomanzgo de Xalisco. En su estancia en el poblado fué recibido cordialmente por su cacique Moz, quién le obsequió una gran jícara llena de oro enpella y otra de plata; el cacique demostró tanto interés por la nueva religión, que accedió de inmediato a recibir el bautismo tomando el nombre de Cristóbal". (7)

En el mes de mayo de 1530, llegó a Tepic Nuño de Beltrán de Guzmán, lo que constituyó la segunda expedición de conquista, "...el día 13 por el Sur, se presentó Nuño Guzmán que era en ese momento presidente de la Real Audiencia de la Nueva España y gobernador de Pámico y Victoria Garayana, que se entregó el pueblo sin combatir. El conquistador instaló su campamento y en señal de posesión del lugar colocó dos cruces". (8)

Correspondiéndole en noviembre de 1531, la fundación en Tepic de la ciudad española de "...la "VILLA DEL ESPIRITU SANTO DE LA MAYOR ESPAÑA" que Guzmán pretendía fuera la capital del territorio conquistado y a la que llamó "CONQUISTA DEL ESPIRITU SANTO DE LA MAYOR ESPAÑA". (9)

Posteriormente, por una cédula de la Reina Doña Juana ordena que "...en lugar de "CONQUISTA DEL ESPIRITU SANTO DE LA MAYOR ESPAÑA", se nombrara la región conquistada por Nuño de Guzmán "REINO DE LA NUEVA GALICIA" y se

fundase una ciudad con el nombre de "SANTIAGO DE GALICIA DE COMPOSTELA" como capital". (10)

5.1.2. LA CAÑA DE AZUCAR EN LA NUEVA GALICIA.

La llegada de los españoles a la hoy capital del estado (Tepic), estuvo acompañada de una serie de descripciones hechas por los cronistas españoles. En las que se pueden advertir los rasgos de admiración, que causó a los primeros extranjeros las riquezas naturales de la zona.

Una de las primeras descripciones nos la dá el conquistador Nuño Beltrán de Guzmán en su carta fechada el 8 de julio de 1530, "...Tepique es un lugar templado, de muchas fuentes y muy apacible, por donde pasa un buen rio, lugar de muchas sementeras y algodionales, y de toda comida y frutales; quedó un aposento para los españoles que parasen en él". (11)

En la misma época, el 29 de enero de 1532, el Capital de emergencia de la hueste de Nuño, Juan de Sámano hace la siguiente reseña "...Este pueblo de Tepique está sentado en un llano; tiene una sierra hacia la Mar del Sur (cerro de San Juan), es la tierra de la donde estamos, tiene todas las cosas que en esta ciudad hay (se refiere a la Ciudad de México) tiene un rio que pasa por medio del poblado que sale de muchas fuentes muy buenas". (12)

Con estas primeras descripciones, podemos darnos cuenta de que a la introducción de la caña de azúcar, el terreno presentó las condiciones naturales propias para su cultivo.

Los primeros datos que nos hablan de la presencia de la caña de azúcar en la región del Valle de Matatipac, donde se asienta la hoy capital del estado, se remonta al siglo XVII, cuando ya en esta época estaba en funcionamiento el primer ingenio en las inmediaciones de la ciudad.

Por el momento no contamos con noticias, de quiénes y en que época, llegaron las primeras plantas de caña de azúcar a la región de la Nueva Galicia, podemos suponer que fueron los misioneros, que llegados por el Puerto de Veracruz, pasaron por ésta región en su viaje a California.

Se menciona que la caña de azúcar en la Nueva España, fué uno de los productos que llegaron a enriquecer la agricultura en el continente, "Candolle dice que de 247 plantas cultivadas en América, 199 se originaron en el viejo mundo, 45 en América, 1 en Australia". (13)

Destacan algunos rasgos históricos que la caña de azúcar, dejó en su entrada al Continente Americano procedente de las Islas Canarias "...fué Cortés quién la mandó traer a México y quién probablemente instaló el primer trapiche en Tuxtla. Al principio se producía en pequeñas propiedades, pero a medida que crecía la demanda, los ingenios se transformaron en grandes empresas que exigían inversiones considerables". (14)

Sobre el mismo punto Michelle Chauvet nos comenta "El cultivo de la caña de azúcar en México se inicia a mediados del siglo XVI Hernán Cortés es quién la introduce en la región de los Tuxtlas, Veracruz, e instala en San Andrés Tuxtla el primer trapiche". (15)

Teniendo presente que la caña de azúcar, es uno de los productos que para su óptimo resultado, la zona geográfica que se destine para su cultivo debe de reunir determinadas condiciones climatológicas, (tipo y calidad del suelo, período de lluvias, etc.), por lo que entre las más importantes destacaron las siguientes. "De Veracruz el cultivo pasó a Morelos y Puebla porque, a causa de condiciones climatológicas, no dió resultado en Coyoacán, México". (16)

Estas tres regiones significaron una importancia decisiva para el renglón de la economía de la Corona Española, "Se fué ampliando el cultivo en esos tres estados y para 1537 la Nueva España era un importante exportador de azúcar". (17)

El crecimiento posterior de la industria azucarera fué muy importante dentro del régimen colonial. Complejo sistema social que articula en su seno relaciones feudales en decadencia y descomposición, mostrando una desintegración de la vieja economía mexicana, junto con relaciones capitalistas

nuevas, que apoyan para hacer prevalecer e impulsar las grandes haciendas o latifundios "...ligadas principalmente y en sus orígenes a la ganadería y el propio cultivo de la caña". (1)

Esto da una semblanza de la importancia económica del auge azucarero. En este sentido se afirma que ya "Para el año de 1600 se contaban ya cerca de cincuenta a sesenta ingenios importantes hacia 1670 o 1680 la producción de azúcar había aumentado considerablemente a unas tres o cinco mil toneladas anuales y los capitales invertidos en los Ingenios sobrepasaban el valor representado por las haciendas trigueras. Las explotaciones se expandieron ampliamente en los estados de Morelos, Veracruz, Puebla, Oaxaca y Michoacán, incluso llegaron después a zonas como Jalisco, Costa de Marabita, Colima y el sur de Guerrero, para continuar su rumbo al Suroeste". (1)

La situación de la industria azucarera posterior al período de independencia se puede entender en los siguientes puntos "Prevaleció, una profunda inestabilidad política, gran destrucción de las fuerzas productivas, repercutió en un lento progreso de la agricultura de 1821 a 1830 los intentos de ~~la~~ la industria azucarera corresponden ya a la segunda mitad del siglo XIX; es decir en el período denominado por la historia como la reforma" (2)

Aún así, ya en la década de los treinta del siglo pasado, empiezan a aparecer los avances de la revolución industrial en la estructura económica mexicana, destacándose que ya entre 1832-34 "...en la Industria Textil y de 1860 a 1870 se aplicaba el vapor a los ingenios de San José, Vista Hermosa Coahuixtla y San Vicente en el Estado de Morelos al tiempo que se instalaba el Ingenio San José Papaloapan para producir mascabado de exportación con maquinaria norteamericana, posteriormente la industria se fortalece con la creación de nuevos ingenios, tales como Zacatepec, Santa Cruz, Santa Clara, Atlixmayan y Temisco en Morelos, y el de Raboso, Matlala, Colón y Jaltepec en Puebla, activando a la industria que alcanzó una producción

en 1875 de 13,900 toneladas de azúcar, correspondiéndole al Estado de Morelos tan sólo 9,800 toneladas, es decir aproximadamente el 50%". (21)

Durante la Reforma y la República instaurada en los años 60-80 del siglo pasado, el país entra en una fase de incipiente capitalismo, en los que combina aspectos atrasados de su economía como lo era el peonaje o la semiesclavitud, junto con los adelantos tecnológicos de la época prueba de ello, lo siguieron siendo los ingenios del momento.

Se dá ya un papel fundamental a ésta industria, los resultados muestran que para ese tiempo el producto producido, tenía ya una elevada calidad y un incremento absoluto "...ya que en 1878 la producción llega a 70,000 toneladas, incluso se exportaba parte de ella a Estados Unidos principalmente. En importancia la agroindustria azucarera sólo era superada por el maíz y el trigo, en este tiempo, la industria accedió al uso del ferrocarril beneficiando a los Ingenios azucareros de Morelos". (22)

Debe también tomarse en cuenta, que los ingenios azucareros nos hablan ya del afianzamiento de las relaciones capitalistas bajo el porfiriato "...que se venían gestando desde la introducción del cultivo, y cómo las características técnicas de la caña de azúcar requieren que su transformación sea inmediata, esto dió lugar a que se instalaran ingenios en las zonas que permitieran el cultivo de la caña y que utilizaran las técnicas más avanzadas de la época; esto sumado al hecho de que fué un producto fundamentalmente de exportación, permitió que hubiera un mayor desarrollo de las relaciones capitalistas que el que había en otras áreas". (23)

5.1.3. NOTICIAS SOBRE LOS PRIMEROS INGENIOS DE LA REGION.

Ya para la segunda mitad del siglo XVII, se tienen las primeras noticias de los ingenios asentados en la región. Pedro López indica al respecto en su prólogo al estudio que hace del Convento de la Santa Cruz de Tepic, cuyo origen fué en una capilla que la "...construyó en una loma situada al sur de esta ciudad, el Noble Caballero Portugués Alonso Fernández de la Torre,

quién fué dueño del Ingenio Guimaraez, después de Puga y actualmente Francisco I. Madero". (24)

Hacia el año de 1843 Dn. Manuel López Cotilla publica la obra "Noticias Geográficas y Estadísticas del Departamento de Jalisco", reunidas y coordinadas por orden del gobierno del mismo...Respecto al renglón industrial se menciona "...las principales industrias existentes en 1843, era la fábrica de hilados y tejidos de algodón de Barrón y Forves, otra en construcción igual que los señores Castaño y Cía., que instalaron también un molino de caña con fábrica de azúcar". (25)

Hacia el año de 1858, se publica un estudio de la ciudad, el más completo del siglo XIX por la abundancia de datos, y que refiere lo siguiente "...El mismo Sr. Castaños ha colocado también en sus posesiones un molino de caña (Puga), de la mejor construcción y los demás aparatos propios para formar el azúcar con toda la perfección con que se forma en la Europa hasta el día". (26)

Este proceso de modernización que empezó a manifestarse con respecto a éste ingenio, reafirma el siguiente comentario de Michelle Chauvet, con el cual podemos comprender que tanto los ingenios del centro como los del noroeste del país, seguían un proceso global de avance industrial. "La industria azucarera comenzó a modernizarse hacia mediados del siglo XIX, al introducirse máquinas de vapor". (27)

Considerando que desde los inicios de esta industria, su permanencia y actualidad, estuvo condicionada a que en forma permanente, a fin de no quedar relegada, introdujera los cambios que se comenzaban a realizar en otras partes del mundo. Y que "Antes de 1880, los instrumentos de trabajo y la maquinaria eran rudimentarios en relación con los avances que la industria azucarera había alcanzado en otras regiones del mundo". (28)

Podemos afirmar que el período de auge modernizador, fué vivido por estas regiones (las del centro, en el Golfo, como en el noroeste), en etapas

no muy distantes entre sí. Un proceso que tuvo necesariamente que trascender, desde el momento que el azúcar significó un renglón importante en la exportación de materias primas.

Por ello "Varios autores (Diez, 1938; Ruiz Velazco, 1925; Womack Jr.), han utilizado el año de 1880 como el punto de partida del proceso de modernización en las haciendas azucareras. En ese momento las haciendas comenzaron a importar nueva maquinaria europea para los ingenios y a modificar las técnicas de cultivo de la caña y de la elaboración de azúcar para ajustarlas a los requerimientos de la nueva maquinaria". (2)

Ya que para esta época "El estado de Morelos ocupaba el tercer lugar a nivel mundial, en la producción de azúcar". (3)

En este sentido la situación de los ingenios de la región se describen en el escrito, que el 29 de agosto de 1868 enviaron los ayuntamientos del Distrito Militar al H. Congreso, donde solicitan se erija al Distrito "ESTADO LIBRE, SOBERANO E INDEPENDIENTE" "...la industria ha obtenido un notable impulso, pues actualmente contiene cuatro fábricas de hilados y tejidos, y dos grandes ingenios para la fabricación de azúcar y aguardiente" (4)

El 16 de noviembre de 1868, la Jefatura Política y comandancia del Distrito Militar de Tepic, envió una carta a la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación, en relación a los recursos de la Ciudad de Tepic, se menciona que ésta "...cuenta con cuatro grandes fábricas de hilados y tejidos, dos grandes máquinas o aparatos para la fabricación de azúcar y aguardiente y otros muchos pequeños molinos de caña". (5)

Nuevamente el 12 de octubre de 1868, el Ayuntamiento de Aguacatlán, en carta enviada al H. Congreso de la Unión, indicaba con respecto a Tepic "...teniendo el número crecido de pueblos; mas de treinta haciendas; ciento setenta ranchos; cuatro fábricas de hilados y tejidos, y otras de azúcar". (33)

El 10. de octubre de 1872, el Ayuntamiento Constitucional de Tepic,

envía una carta al Soberano Congreso de la Unión en la que al respecto se especifica que "...Los ingenios de caña han mejorado notablemente; el azúcar que se elabora en el Distrito es de suprema calidad, compite con ventaja en varios mercados del país y mereció ser premiada en la exposición de México y en la de Filadelfia. (34)

En esa misma época las actividades comerciales con otros productos, empezaban a adquirir un nivel considerable, en la misma carta se anota "... El comercio se ha ensanchado considerablemente exportándose fuertes cantidades de maíz, café, tabaco, azúcar, algodón, arroz, sal, maderas, vainilla, etc., pudiendose asegurarse que las exportaciones y el movimiento mercantil han aumentado en un cincuenta por ciento". (35)

Estos logros en la producción de los principales productos comerciales, son tema central en la carta que el Ayuntamiento de Tepic, envía al Congreso de la Unión el 12 de agosto de 1878, donde se indica que en la región "...La industria azucarera no es hoy de menor importancia si se atiende a la cifra que hemos fijado de producción y muy en breve será uno de los más pingues productos del Distrito". (36)

En este sentido el cultivo del tabaco, no ha sido menos significativo, cuanto que "La industria tabacalera en Tepic, se remonta a finales del siglo XVIII". (37) La importancia de éste hehco significó para la población local, la constitución de industrias familiares "...que con prosperidad cedió el campo a las primeras fábricas de cigarrillos hechos a mano, la primera que recordamos en los anales de la historia de la ciudad de Tepic, fué la que fundó don Amado Fletes y se denominó "EL TRAFICO" ". (38)

El desarrollo posterior y perfeccionamiento en su elaboración, al igual que el azúcar, significó que "Los puros y cigarrillos labrados en esta factoría, llegaron a recibir premios en las exposiciones industriales de Atlanta, en el año de 1895; en París en 1900; y en Bufalo, Nueva York en 1901".

Con estos hechos al igual que otras regiones del país, el estado de Nayarit, empezó a significarse de una manera firme en la economía de la colonia, como hasta la actualidad, por la importancia de sus productos agrícolas eminentemente comerciales, indispensables para el desarrollo industrial de la región. Productos que hoy día, son puntales tanto para la economía regional y nacional.

Cabe considerar que son pocos los datos actualmente, que nos refieran el desarrollo de los ingenios de la región. Que permitan entender los cambios que ocurrieron en éste tipo de industria, desde el siglo XVII, cuando el Ingenio Guimaraez era propiedad del Sr. Alonso Fernández de la Torre, hasta cuando en el siglo XIX (1858), cambia de nombre y pasa a ser propiedad del Sr. Castaño.

5.1.4. LA CREACION DE LOS PRIMEROS HOSPITALES.

La presencia de los españoles en la región, al igual que en el resto del país, tuvo una influencia decisiva en la destrucción del régimen de vida de la población nativa.

Las condiciones a que fueron relegados aparecen cuando "...fueron superadas las condiciones de conquista en el reino de Xalisco, se fijó la condición jurídica de los indios reconociéndolos como "vasallos libres", pero pesó sobre ellos por largos siglos el pago de tributos". (40)

El cobro de los tributos y otros impuestos especiales hizo necesario para los españoles, la formación de la Junta Superior de la Real Hacienda, gran carga significó para los pobladores de la región, matizado por la injusticia. "El pueblo de Tepic pagaba tributos a favor de la corona española, que se organizó por medio de empadronamientos, sistema que causó muchas injusticias al cobrarseles en incontables ocasiones por los fallecidos, de estos casos existen innumerables, y siempre los tepiqueños se quejaron y buscaron la justicia ante las autoridades del ramo". (41)

El pago de tributos hacia la Corona "...significó para los naturales un

gran sacrificio y en determinadas ocasiones fué una carga pesada para dar cumplimiento, en algunas épocas de la vida colonial manifestaron situaciones de incumplimiento y lo difícil que les era cumplir con ese compromiso".

(42) En este sentido a la serie de destrucciones, se sumó la opresión económica y la brutalidad de la explotación física que "...fueron suficientes para romper el equilibrio precario que existía entre la explotación máxima de las superficies de cultivo intenso de maíz y la magnitud de la población".

(43)

La conquista trascendió a la base misma de la organización de la cultura nativa, las esferas económicas, políticas, y sociales, en conjunto fueron sembradas, se trataba de no dejar el menor rastro posible de la cultura anterior, los medios utilizados fueron los inimaginables. Al período de muerte y destrucción, siguieron las nuevas formas de explotación a que fué sometida la población. Después de exterminar los últimos reductos de resistencia, siguió la tarea de desarticular "...el delicado organismo de producción, distribución y previsión de los pueblos indígenas del centro y la costa".

(44)

Las consecuencias se reflejaron en la población "...altas tasas de mortalidad resultado de...tributos excesivos, minas, servicios personales y algunos cultivos comerciales como la coca y el azúcar". (45) La aparición de nuevos tipos de patología, entendidas como nuevas "formas de enfermar", se empezaron a propagar entre los indígenas.

La llegada de las epidemias fueron como una llama en un pajar, afectando principalmente a la población más explotada y sumida en la miseria. Dando como resultado una reducción en el número de habitantes mientras aumentaba el número de habitantes blancos y mestizos.

A la discriminación social de la población indígena, se sumó la precaria condición física y la indigencia, con lo que se atribuyó a las epidemias como "...la causa directa principal de la mortandad de los indios". (46) El origen

de las epidemias, marca el inicio de entender el fenómeno de salud-enfermedad no sólo en su aspecto biológico, sino destacarlo como la biologización de una consecuencia histórico-social.

Por lo que en este sentido su constante presencia y sus estragos "...no pueden ser comprendidos sin tomar en cuenta las condiciones sociales y económicas creadas por la conquista y la brutalidad del proceso inicial de acumulación originaria de capital". (17) De las noticias que se tiene sobre las principales epidemias y sus estragos en la población, es de mencionar la que mató a 8000,000 personas en 1545 que los indios llamaban matlazahuatl y a más de 2 millones en 1576.

Sobre las principales epidemias, que asolaron la región del hoy estado de Nayarit, se menciona que a fines del siglo XVIII (1758) "...en los últimos meses habían muertos muchos vecinos de la epidemia matlazaguato". (18)

Los albores del siglo XIX (1804), experimentaron en la población de la región, la presencia de una nueva epidemia, la viruela "...esta peste universal que apenas hay país del mundo donde no haya entrado, tiranizando y destruyendo el linaje humano, esta plaga que jamás perece y cuyos efectos son tan funestos como notorios particularmente en América". (19)

La creación del primer hospital para atender a la población nativa, durante la colonia "...se debió a diversas causas y fines, su edificación se perfiló como indispensable debido a las frecuentes y mortíferas epidemias que se sucedieron en la Nueva España, a raíz de la conquista". (50) La creación de los primeros hospitales en la Nueva España, fué a partir del año de 1555 cuando se organizó el primer Concilio de México, en el que se consideraba "...muy necesario aún para los indios pobres de los pueblos, como para los extranjeros, que a ellos vienen, que haya un hospital donde los necesitados sean recibidos y favorecidos... todos los ministros religiosos y clérigos a que por la mejor vía que se pudiera procuren que en todos los pueblos haya un hospital cerca de la iglesia y monasterios, donde puedan ser socorridos

los pobres enfermos, y los clérigos y religiosos los puedan visitar y consolar y administrar los sacramentos" .(51)

Fue prioridad para la Corona, la edificación de los hospitales, dado que se hubo "...considerado que la cantidad de sus tributos disminuyan en cada epidemia al igual que la posibilidad de convertir a la nueva religión a la mayoría de ellos". (52) Y en tal sentido se expedieron las correspondientes leyes en las que el propósito, ordenaba que "...si fuera posible se haga y funde un hospital en el que se curen y en que se tengan medicinas necesarias y personas que las sepan aplicar y sangrar y acudir a las demás cosas que se ofrecieren".(53)

Como una necesidad vital para el mantenimiento de la fuerza de trabajo, la iglesia tomó parte importante en la constitución de los hospitales ya que "Por tratarse de una obra benéfica fueron los religiosos los primeros que se esforzaron en subvenir las necesidades naturales, remediando en lo posible su miseria por medio de la fundación de nosocomios".(54)

En La Nueva Galicia a consecuencia de la aparición de las epidemias en el año de 1545, se fundan varios hospitales que dentro de sus funciones tenían la de "...curar y albergar a los indios del lugar, y en ellos también se diera hospedaje a los caminantes. Su administración estuvo al cuidado de religiosos y atendían a los enfermos los llamados "semaneros" "cófrades"(55)

La creación de los hospitales en la Nueva España, no rompieron con la tradición ancestral que los indígenas tenían con respecto a la medicina herbolaria, fue quizás uno de los pocos campos que tuvieron los indígenas donde pudieron continuar conservando la sabiduría generacional. De esta manera "...la mayoría de los indios siguió recurriendo a la práctica médica, que al combinarse con elementos cristianos reforzaron las prácticas mágico-religiosas". (56)

El hospital de indios de Tepic, también denominado de Nuestra Señora de la Limpia Concepción, se fundó el 14 de abril de 1611. Hacia 1791 se

funda el Hospital San José con ocho camas y una escuela.

En ese tiempo el Tribunal de Protonedecato, era el único organismo que se encargaba de regular las acciones médicas, a mas de realizar estudios botánicos en la región y en caso de epidemias, el Ayuntamiento era el que se encargaba de dictar algunas medidas higiénicas. Las acciones del Tribunal perduran hasta mediados del siglo XIX, porque en el proceso de estructuración de los nuevos Estados independientes aún no intervienen en materia de salud".

(57) Los orígenes de los hospitales en la Nueva España, atendieron a los intereses económicos, políticos y religiosos, dejando a un lado la importancia de la terapéutica para la población indígena. El tipo de asistencia médica a la población nativa, distaba en gran medida, de aquella que había venido "...conformando un tipo de práctica médica destinados a los sectores de la población con mayor poder adquisitivo". (58)

En consecuencia se asiste a una desigual asistencia médica, donde "Para la población carente de recursos existía una medicina de beneficencia en manos de la iglesia, la que se otorgaba básicamente a través de Instituciones de asistencia privadas. El Estado sólo erogaba pequeñas cantidades en dinero que servirían a los fines de solventar gastos corrientes". (59)

En consecuencia el carácter que sustenta la práctica médica oficial, durante éste período, así como "...la ayuda a los menesterosos, fué realizada por instituciones clericales o lugares patrocinados por el gobierno virreinal o algún particular. Siempre estuvo orientada por la ideología cristiana de ayuda al prójimo y caridad que determinó la aparición de asilos, hospitales, casas de asistencia y orfanatorios". (60)

La función de la práctica médica, contribuyó para fortalecer la instauración de las nuevas formas de dominio que ejercieron los españoles hacia la población indígena. La combinación de la religión con la atención médica, permitió ser un método más aleccionador, más sutil para la sojuzgación de la población indígena, en comparación de las armas.

La combinación y exaltación de los valores cristianos, la fuerza de la fe, no tuvieron límites ni barreras, para penetrar en el mundo mágico-religioso de nuestra población. Si bien las acciones médicas se vieron caracterizadas por una infraestructura limitada y deficiente, ello no mermó en lo mínimo, para que la práctica médica de la época pudiera cumplir cabalmente con el objetivo preciso de promover "...la lealtad a los españoles y la fe de los conquistadores". (61)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gutiérrez Contreras Salvador. El Estado de Yaxarit a través de la historia. Compostela, Yaxarit, México 1979. p.15
2. Ibidem p.15
3. Ibidem p.15
4. Ibidem p.16
5. Semo Enrique. Historia del Capitalismo en México. Ed. Alfa México p.29
6. El Estado de ...p.20
7. López G. Pedro. Mosaico Histórico de la Ciudad de Tepic. Bancomer, S.A. Centro Regional Tepic, Tepic, Hg. 1979 p.27
8. Ibidem p.27
9. El Estado de...p.30
10. Ibidem p.21
11. Mosaico Histórico...p.17
12. Ibidem p.17
13. Historia del...p.33
14. Ibidem p.34
15. Chauvet Michelle. Cortadores de Caña en Veracruz. (trabajo preliminar). Instituto de Investigaciones Económicas. UNAM 1977, p.3
16. Ibidem p.3
17. Ibidem p.3
18. Martínez Sotelo Manuel. Programa Institucional de Mediano Plazo de Azúcar, S.A. de C.V., Culiacán Sin. para personal de FIOSER de Tepic, Hg. 1985, p.2
19. Ibidem p.2
20. Ibidem p.3
21. Ibidem p.3
22. Ibidem p.4
23. Cortadores de caña...p.4
24. López González Pedro. Álbum Histórico del Ex-convento de la Cruz de Tepic. Departamento de Turismo del Gobierno del Estado de Yaxarit, Tepic, Hg. 1981, p.1
25. El Estado de ...p.50
26. Mosaico Histórico...p.23
27. Cortadores de caña...p.3
28. Ibidem p.33
29. Ibidem p.33
30. Ibidem p.3
31. El Estado de ...p.149
32. Ibidem p.166
33. Ibidem p.166
34. Ibidem p.190
35. Ibidem p.190

36. Ibidem p.82
37. Mosaico Histórico...p.71
38. ibidem p.75
39. Ibidem p.75
40. Ibidem p.37
41. Ibidem p.37
42. Ibidem p.39
43. Historia del capitalismo...p.31
44. Ibidem p.31
45. Ibidem p.31
46. Ibidem p.30
47. Ibidem p.30
48. Ibidem p.61
49. Ibidem p.70
50. Ibidem p.41
51. Ibidem p.41
52. Ibidem p.41
53. Ibidem p.41
54. Ibidem p.41
55. Ibidem p.41
56. Robledo Vera, Ana Sta. In. Galván. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UAM-I-FUCyS, México 1983, p.22
57. Ibidem p.22-3
58. Passler Clara. "Transformación social y planificación de salud en América Latina. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, mayo-agosto, 79 #13, p.141-142
59. ibidem p.141-142
60. López Acuña Daniel. La crisis de la medicina mexicana. Revista Siempre, no.1209, agosto 25 1976, p.14
61. Análisis sociológico...p.22

5.2 SITUACION DEL MUNICIPIO DE XALISCO. (ANTECEDENTES HISTORICOS).

Para cuando los españoles pisaron tierras nayaritas, el hoy municipio de Xalisco, había alcanzado una importancia decisiva como monarquía dentro del territorio Chimalhuacano. Al Hueytlatoanazgo de Xalisco, correspondía una considerable superficie del hoy estado de Nayarit. Entre los Tlatoanazgos menores que estaban sujetos al gran señorío de Xalisco y que le pertenecían, se encontraban los siguientes: "Tepic, Pochotitán, Tecatán, Analco, Guaristamba, Jalcocotan y Zacualpan". (1)

Los límites que en esa época correspondían al señorío se establecían de la siguiente manera, "...ocupaba la parte occidental de Chimalhuacan, lo que hoy es Estado de Nayarit; el rio grande o de Santiago era su frontera norte y la separaban este reino de las tierras de los Coras, antiquísimos pobladores de la Sierra de Nayarit". (2)

En cuanto a la ubicación de la capital del señorío, se ha establecido que "...se encontraba al suroeste de Tepic, sobre el camino de Compostela; fué fundada por lo Toltecas en el año de 567 de la era cristiana...Algunos aseguran que se encontraba situada en el mismo terreno en que se encuentra fincada la ranchería "El Testerazo" y su nombre significa: Xalli, arena y Ixco en la superficie, delante en frente, hoy castellanizado, se escribe y pronuncia Jalisco". (3)

Debido a su considerable cercanía, históricamente no pueden apartarse las poblaciones de Tepic y Xalisco, aunque los posteriores acontecimientos, a raíz de las expediciones de conquista, hayan hecho que Nuño de Guzmán eligiera a Tepic, por sus condiciones naturales y su ubicación estratégica, erigiéndola como capital del territorio conquistado. Lo que hace comprender, que la población de Xalisco, a partir de éste momento, quedara en segundo plano con respecto a la capital del estado.

5.2.1. ASPECTOS GENERALES.

En la actualidad el municipio de Xalisco es el menos extenso de los 19-

que comprende el estado de Nayarit. ~~La~~ que cuenta solamente con 290.60 kilómetros cuadrados. Su localización se encuentra entre los 21° 26' de latitud norte y los 104° 55' de longitud occidental, a una altura de 940 metros sobre el nivel del mar.

Es uno de los municipios del centro y está limitado al norte por el municipio de Tepic y San Blas y al sur y al poniente por el de Compostela y al oriente por Santa María del Oro. (ver cuadro 1). En el municipio de Xalisco se localizan 22 poblados, el mayor de los cuales es la cabecera municipal, Xalisco con una población de 8,905 hab., otros poblados importantes son: Pantanal con 2,605 hab., Las Majadas (hoy Emiliano Zapata), con 1,024 hab., Malinal con 1,128 hab., Testerazo con 1,343 hab., Aquiles Serdán con 818 hab., y la Curva con 874 hab. (ver cuadro 2).

El municipio tiene una superficie cruzada por lagunas y corrientes de agua, que le dan una feracidad a sus tierras como el río Tepic o Mololoa que nace en la vertiente del espíritu Santo y el de San Bartolo, que también nace en la misma serranía y que es el principal afluente del río Miravalles que recibe las corrientes que bajan de las serranías. Como los arroyos del Obispo, los Sauces, el de Tatepozco, el Laurel, y el Zapote. El río Miravalles le sirve de límite con el municipio de Compostela, en una extensión de 18.5 kms., al que acrecientan con sus aguas varios arroyos, como el de Tinajas, el de la Puerta del Potrero Grande, el de Capulines y el de San Antonio.

Las estribaciones orientales de la serranía de San Juan le pertenecen, hace que éste municipio tenga un suelo accidentado extendiéndose al noroeste el Valle de Matatipac, que le pertenece también en parte para limitarse al oriente con la sierra del Carretón o del Espíritu Santo.

El municipio se encuentra cruzado de sur a norte, por la carretera Tepic-Xalisco-Compostela-Puerto Vallarta, que sirve de columna vertebral a sus comunicaciones, con el resto del estado y el país, de allí se desprenden ramales revestidos de terracería a sus diferentes poblados, el ferrocarril lo cruza en esta misma dirección y casi paralelo, pero un poco más

al oriente.

Por lo que respecta a la situación climatológica, a los municipios de Tepic y Xalisco, les corresponde el clima semicálido fresco y húmedo con lluvias en verano e invierno. El período normal de lluvias abarca del mes de junio a octubre siendo la época más intensa durante los meses de julio y agosto, registrándose precipitaciones durante el invierno.

5.2.2. SITUACION AGRICOLA EN EL MUNICIPIO.

En la actualidad el municipio de Xalisco cuenta con un total de 29,060 hectáreas de las cuales un 88.5% están representadas en el régimen ejidal, que beneficia a 1,751 ejidatarios; las comunidades indígenas abarcan el 7.5% a favor de 205 comuneros, finalmente el régimen de pequeña propiedad representa el 4% de la superficie municipal.

Con respecto a la superficie agrícola de temporal y de riego, el municipio cuenta en la actualidad con un total de 12,854 has. de cultivo, de las cuales 682 son de riego, 10 de humedad y el resto (12,162), son de temporal. De este total de has. susceptibles de cultivarse, los productos agrícolas que se les asignan son los siguientes: caña de azúcar 6,604 has., café cereza 1,848 has., maíz 1,770 has., arroz 862 has., se siembra además sorgo grano, jicama, camote, arroz y cacahuete. Según datos de 1978, la superficie que se destinó para la siembra fué de 11,781 has., que representó el 15.4% del total. El problema que se presenta en ésta región, arroja para ese año un déficit entre la superficie sembrada y la agrícola en 33,996 has. .

Tal problemática radica -en opinión de la SPP- principalmente porque las tierras de temporal (normalmente las que no se fertilizan), se cultivan un año y al siguiente se dejan "descasar", es decir no se cultivan para no "agotar" la fertilidad natural del suelo. Y por otro lado un exceso de lluvias o humedad, o bajos rendimientos, plagas y enfermedades.

El cultivo de la caña de azúcar, representa para el municipio el producto agrícola más importantes, para el cual se destina una considerable cantidad

de hectáreas, del total que comprende la superficie agrícola. Según datos de la SPP para ese año se cosecharon 16,244 has., y arrojaron una producción de 1,042,021 toneladas, cuyo valor asciende a 238.8 millones de pesos.

Cabe destacar que la mayor producción de caña y superficie destinada a su cultivo se localiza principalmente en el Valle de Matatipac, abarcando los municipios de Xalisco y Tepic, siendo ésta en un 90% temporalera. (4)

Aún cuando la caña de azúcar es el cultivo más importante de la región, se siguen observando notorias deficiencias, tanto en la siembra, cultivo como cosecha y entre las que destacan las siguientes:

1. Utilización de la planta por más de ocho años.
2. Nula investigación para obtener variedades de mayor productividad.
3. Pérdida del fertilizante hasta en un 40%, por su aplicación superficial (al boleó).
4. En relación con el corte de caña, en el mayor de los casos, no se realiza al raz del suelo, como sería lo aconsejable, perdiéndose por éste ~~concepto parte de~~ la producción y afectando el crecimiento de la planta para la siguiente cosecha. Puesto que después de realizar el corte, el camión o las cargadoras pisan y astillan el tronco.
5. La parte correspondiente a la carga se efectúa en cargadoras en los terrenos planos y al hombro en terrenos con pendiente.
6. Predominio de la agricultura temporalera sobre la de riego.
7. Falta absoluta de análisis de suelo y de la ecología que permita determinar bajo ese punto de vista cuales son los cultivos, que más se adecúan a las distintas zonas y unidades productivas.
8. Insuficiente utilización de semillas mejoradas como consecuencia de la escases y precio de las mismas.
9. Insuficiencia de maquinaria agrícola no solo de tractores sino de aquella que, permite preparar el terreno para la siembra y las etapas subsecuentes.

10. La asistencia que deben proporcionar los ingenios con sus técnicos, también es prácticamente nula.

11. Escasa orientación que proporcionan, los representantes oficiales en las Comisiones de Planeación y Operación de zafra.

12. Infimo apoyo institucional en asistencia técnica. (¡)

Todo lo anterior, contribuye de una manera decisiva a que los rendimientos que obtienen los campesinos oscile en términos generales, entre 60 y 65-toneladas por hectárea. A ello cabría agregar con respecto al punto (11), las fallas representadas en la planeación y operación de las zafras, que se manifiestan cuando no se muelen todas las cañas y que estas quedan "paradas", afectando de manera directa la economía de los ejidatarios.

El municipio de Xalisco forma parte junto con el de Tepic, de la Región 3 Nayarit (ver cuadro 3), la cuál comprende la zona eminentemente cañera del estado. En la que se encuentran los dos únicos ingenios de la región, que absorben la producción total. Uno de ellos es el ingenio El Molino que se encuentra en la ciudad de Tepic, con régimen de propiedad privada, el cual es abastecido por las siguientes comunidades: Adolfo López Mateos, El Carrizal, Cerro Blanco, Lo de García, El Molino, Sta. María del Oro, Venustiano Carranza, La Yerba, Zapotánito. (ver cuadro 4).

El otro ingenio es el de Puga, que se encuentra en la comunidad de Francisco I. Madero, municipio de Tepic, localizado a una distancia de 8 kms., de la capital del estado. Su régimen es de propiedad pública y fué fundado en el año de 1940. A este ingenio lo abastecen las siguientes comunidades: El Aguacate, Atonalisco, La Barranca Blanca, Bellavista, La Cantera, Carrillo Puerto, Colonia 6 de enero, La Escondida, La fortuna, Francisco I. Madero, Jesús Ma. Cortez, Juan Escutia o (Borbollón), Lo de Lamedo, Miravalles, Mora, Pochotitán, Refilión, El Rincón, San Andrés, San Fernando, San Leonel, San Luis de Lozada, El Tecolote, Trapichillo. (ver cuadro 5).

Las siguientes comunidades entregan su producción de caña simultáneamente a los dos ingenios: Aquiles Serdán, Camichin de Jauja, La Curva, Emiliano Zapata, Los Fresnos, Heriberto Casas, La Labor, El Unión, Pantanal, El Refugio, El Rodeo de la Punta, San Cayetano, San José Costilla, Testerazo, Trigo-mil, Xalisco, (ver cuadro 6).

En la región -según datos de FIOSCER- predominan las poblaciones menores de 1,500 hab., que representan un (67.4%). En relación con otras zonas cañeras del país, la Región 3 Nayarit representa una región pequeña que participa con el 2.43% (76,554), habitantes de la población total asentada en las comunidades cañeras del país. Además contiene tan sólo el 0.9% de los productores y el 0.7% de los cortadores a nivel nacional. (1)

Con respecto al crédito otorgado a los productores de caña lo realizan las siguientes instituciones: Financiera Nacional Azucarera, el ingenio El Molino, habiendo también productores "libres" que entregan su producción a cualesquiera de los ingenios.

Es de destacar en ésta región que la producción cañera con respecto a la zafra de los años 1979-1980, arrojó los siguientes aspectos:

- A. Que el cultivo de la caña se realizó totalmente en tierras de temporal;
- B. Que se trata de una región cañera de las más pequeñas del país (lugar 11);
- C. Que sus rendimientos de campo, de 62.3 toneladas de caña por hectárea, están por debajo del índice nacional de productividad (68.7);
- D. Que el 61.2% de la tierra de cultivo la concentra una sola zona de abastecimiento: el ingenio Puga, y
- E. Que la producción de azúcar para el año siguiente registró un leve decremento del 1.15%. (7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Parientes Florentín Juan Carlos. Reseña y etapas históricas de Hueyurit, Papic, May. 1942, p.13
2. Idem: p.13
3. Idem: p.13
4. Palacios Vargas Miguel. Geografía del Estado de Hueyurit, Toluca, May. México 1943 p.4
5. Secretaría de Integración y Desarrollo. Delegación en el Estado de Hueyurit. Documento de Análisis Económico. p.40
6. Región 3 Hueyurit. Estudio Demográfico de Comunidades Agrarias. HUSSER, p.6
7. Idem: p.6

G. NINGUNO DE CALIC, MUNICIPIO DE SAN JUAN. (MUNICIPIO ORGANIZATIVO).

DEFINICIÓN DEL TERRITORIO DE INTERÉS.

La población que se consideró dentro de la investigación, fueron: los productores cafetaleros residentes en el ejido, así como los campesinos que aún no poseen tierras y que desarrollan actividades durante la zafra anterior. Como una posible aritmética a la totalidad de los ejidatarios (100 aproximadamente), se les visitó para la aplicación de la cédula de captación de datos.

En total se aplicaron 103 encuestas de las cuales; 70 correspondieron a campesinos propietarios (ejidatarios), 27 a campesinos no propietarios (cartafanos o jornaleros), y 6 a campesinos foráneos. Los jornaleros ejidatarios y no propietarios no aparecen por las siguientes causas: varios de ellos no se dedican al cultivo de la caña de azúcar, sino que realizan sus parcelas a sus hijos, ayudan los ejidatarios, otros realizan otra actividad, varios se encuentran trabajando en las U.I., algunos se viajaron a Colombia y la gran mayoría no se encontraron en sus casas el día de la aplicación de la encuesta. Debido a que los ejidatarios en día de "traja" y ya regresaban tarde. En relación con los cartafanos foráneos, sólo 6 de los 15 aceptaron ser entrevistados. Se hizo una excepción con toda población al tomarla en cuenta, sólo que se aplicó una encuesta durante la época de zafra, fenómeno que en el ejido ocurre a permanentes.

EXAMEN DE LA DEFINICIÓN DE INTERÉS.

Se diseñó una cédula de captación de datos, la cual comprendió un total de 44 aspectos, los cuales se conformaron en dos secciones; una que abordó los aspectos económicos-sociales, y la segunda lo referente a los servicios de atención médica. La encuesta fue acompañada por un instructivo, desde se dan las indicaciones necesarias para su llenado.

La aplicación se llevó a cabo mediante entrevista directa, a cada uno de los campesinos cafetaleros (dueños o no propietarios de tierras). Los condicio-

nes para su aplicación fueron; haber realizado actividades dentro de la zafra anterior y que tuvieran a la caña de azúcar como una de sus principales actividades económicas, dejando de lado a aquellas familias que manifestaron tener una actividad distinta aún viviendo dentro del ejido, (en la sección de anexos aparece una copia de la encuesta y su instructivo).

TIEMPO DE DURACION DEL TRABAJO DE CAMPO.

El diseño y la elaboración de la cédula de captación de datos, se inició en el mes de diciembre (1985), terminándose en la primera semana del mes de febrero de 1986. Su aplicación piloto se efectuó en la penúltima semana del mismo mes. La aplicación a la población comprendió los fines de semana de la última del mes de febrero, primera, segunda y tercera del mes de marzo.

ORGANIZACION DE LAS ACTIVIDADES.

Para llevar a cabo las actividades de campo, se contó con la participación de las alumnas de 3er. grado de Trabajo Social, "Brigada Emiliano Zapata", valiosa ayuda sin la cual las labores, hubieran sido doblemente difíciles. Con anterioridad se solicitó a La Jefa del Departamento de Prácticas, de la Escuela de Trabajo Social, su autorización para que las alumnas del mencionado grado pudieran participar. Así como también al Prof. Jesús Suárez de la oficina de FIOSCER (Delegación Nayarit), la colaboración de sus alumnas en brigada y de el personal destinado en el ejido.

Salvados estos puntos, se tuvieron reuniones de trabajo, para conocer el diseño de la encuesta, el tipo de preguntas elaboradas y hacer simulacros antes de la prueba piloto.

Se asistió con el Comisariado Ejidal Sr. Juan Reynaga, para darle a conocer el trabajado a realizar. Ante la Asamblea General de ejidatarios, se hizo la presentación de las personas que iban a estar laborando y una detallada descripción de las actividades a realizar.

Las actividades se desarrollaron los sábados de cada semana; la primera de ellas consistió en el levantamiento del croquis de la población, para

conocer el número total de viviendas, su distribución en el ejido y saber el nombre de cada una de las familias.

Serviría ésto como una presentación ante la población. Esta primera actividad se llevó a cabo el segundo fin de semana del mes de febrero. El equipo de trabajo se dividió de 2 y 3 miembros para poder abarcar la totalidad del ejido. La siguiente semana se llevó a cabo una reunión de trabajo, para hacer la aplicación pilóto de la encuesta. Que se realizó el 3er. fin de semana del mismo mes. Al siguiente día se asistió a la Asamblea General de ejidatarios. La aplicación de la encuesta a toda la población se llevó a cabo los días 10., 8, y 15 del mes de marzo, para estas actividades, las alumnas hicieron su aplicación en el área que previamente se había dividido la comunidad. De ahí que en total les correspondiera en promedio 17 familias a cada una.

6.1 EJIDO EMILIANO ZAPATA (GENERALIDADES).

El ejido Emiliano Zapata, perteneciente al municipio de Xalisco, se encuentra ubicado a 9.5 kilómetros aproximadamente de la cabecera municipal y a 15 de la capital del estado. Su situación geográfica es de 21° 34' de latitud norte y 104° 45' de latitud oeste del meridiano de Greenwich.

Con una altitud de 900 metros sobre el nivel del mar. El clima de esta región es semi cálido fresco y húmedo, habiéndose registrado temperaturas máximas de 30° y mínima de 5.0°. Con un período normal de lluvias que abarca de junio a octubre, siendo la época más intensa durante julio y agosto, registrándose precipitaciones durante el invierno.

La región en la que se asienta el ejido, es en su mayor parte montañosa, con conformaciones predominantes del cenozoico superior clástico y volcánico. Presentándose también formaciones de intrusivos del mesozoico, así como del cenozoico medio volcánico. Geológicamente los suelos proceden de rocas ígneas, terciarias y cuaternarias sobre un estrato de rocas sedimentarias tal vez cretácicas.

Se encuentra comunicado por el capital del estado y el resto del país, por la carretera Tepic-Compostela-Puerto Vallarta (200), que viene a ser la vía de comunicación más importante, para el intercambio comercial que realiza el ejido, con los ingenios de la región y los principales centros de abastecimiento.

Está localizado en la zona cañera por excelencia del estado, donde se localizan los municipios de Xalisco, Tepic y Santa María del Oro.

En cuanto a infraestructura educativa, cuenta con jardín de niños, primaria y telesecundaria.

Hasta el año de 1980 reportaba una población total de 1200 habitantes.

Del total de hectáreas que destina al cultivo de la caña de azúcar (745), son de régimen temporal, siendo en su mayoría terreno accidentado. Con un total de 131 productores de caña.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO.

6.2 LA INTRODUCCIÓN DE LA CAÑA DE AZÚCAR Y SUS REPERCUSIONES.

La dotación de tierras con que cuenta actualmente el ejido datan del año de 1935, otorgadas por resolución presidencial. En su mayoría las hectáreas obtenidas, estuvieron constituidas por regiones boscosas. Razón por la cual una de las primeras actividades a las que se dedicaron los campesinos, que lucharon por esta primera dotación, fué la producción de carbón de leña, que comercializaban con la capital del estado.

La producción de carbón se hizo a costa de la quema de las áreas boscosas, provocando con ello una considerable reducción de este recurso forestal. Siendo en la actualidad muy reducido.

Otra de las actividades fué la siembra y cosecha de granos básicos (maíz y frijol), productos que se destinaban al consumo interno como a la comercialización en pequeña escala.

En opinión de los entrevistados el maíz representó el cultivo principal, (cuadro 7), donde éste aparece con un 73% y el frijol representado por un 2.7%.

La presencia de la caña de azúcar, se dá a partir de la década de los cincuentas. Con ello el ejido entra en un nuevo tipo de relaciones comerciales, de corte netamente capitalista. A fines de la década de los cincuentas y los inicios de los sesentas, muestran una creciente incorporación de nuevas tierras para el cultivo de la caña de azúcar. (cuadro 8)

Así por ejemplo de la población estudiada, se observa que durante el decenio de los cincuentas, el proceso de incorporación es lento, encontramos un 23%, ya en los sesentas ésta cifra se cuadruplica con un 42.5%, disminuyendo en las etapas posteriores. Ello nos permite observar el ritmo al que se fueron incorporando nuevos terrenos para el cultivo comercial.

Dicho producto empezó a desterrar palmo a palmo, otros productos agrícolas, lenta pero implacablemente se vino acrecentando su supremacía. Este fué uno de los primeros cambios que se vivieron al interior de la comunidad.

"El núcleo del problema está en el grado de penetración de las relaciones mercantiles y de producción y de cambio en el campo. Estas desintegran la economía rural autómantiva, transforman las estructuras socio-económicas del agro e integran a las clases trabajadoras rurales en nuevas condiciones de subordinación. El proceso asume diferentes formas y se expresa en diversas relaciones. Es, en algunos lugares, muy intenso y rápido; en otros, débil y lento, pero ninguno lo escapa completamente".(1)

Las transformaciones pueden ubicarse a varios niveles: ecológico, social, económico y político. "La transformación formal de la agricultura de subsistencia a una comercial, implica la transformación de las relaciones entre el campesino y la naturaleza, y el desarrollo de nuevas formas de explotación de trabajo excedente, y al mismo tiempo una proletarianización creciente de la población rural".(2)

En relación con el nivel ecológico, se considera que hay un "rompimiento" del ecosistema (de la relación que guardan las especies con el hombre y su medio), dicha transformación plantea cambios en la flora y faunas existentes. "La agricultura moderna se basa en la especialización de cultivos, es decir, en la ruptura de la diversidad de plantas que crecen en un ecosistema para imponer una sola especie dentro de una área. La agricultura moderna, cuanto más moderna es, más especializada se vuelve, mayor densidad de población persigue y, en consecuencia más susceptible se vuelve a plagas y enfermedades". (3)

La transformación drástica del ecosistema es computible a los resultados que exige el capitalismo. Es absurdo pensar en la aplicación científica de los conocimientos ecológicos, cuando ellos pueden ser una barrera para los fines de alta productividad comercial, y ansia de dividendos a costa de la destrucción de los recursos naturales. "También se tradujo todo ello en una educación agronómica cimentada en la lógica de empresa, donde no se estudiaron los sistemas tradicionales de riego que dieron esplendor a

los cultivos de Mesoamérica, sino los sistemas altamente costosos de la aspersión y losa sifones. No se estudiaron asimismo los procedimientos milenarios de la fertilización natural orgánica con su mayor riqueza en nutrientes y con la posibilidad adicional de restaurar la estructura y la textura del suelo, por el contrario, se dió paso a los fertilizantes químicos con su secuela degradante y polucionadora". (4)

La apertura de terrenos al monocultivo, y su aprovechamiento intensivo tratados con medios artificiales, se antoja por momentos, como uno de los signos del avance tecnológico capitalista en el campo. Desafortunadamente no puede ser de otra manera. "El transito al monocultivo intenso, la política de obtención de divisas con base en una creciente producción del campo que financiara al capitalismo urbano y, especialmente, la creación de importantes enclaves de gran extensión bajo condiciones empresariales de funcionamiento en el campo, dieron plena justificación a la búsqueda de técnicas nuevas para la agricultura". (5)

Por ello la lógica de acción del capitalismo, está encaminada a una optimización de los recursos, en aras de lograr óptimos dividendos. "La agricultura empresarial capitalista se mueve según una lógica semejante a la de la industria urbana capitalista, persiguiendo la reducción de los costos monetarios y la máxima utilidad marginal". (6)

En este sentido la agricultura comercial capitalista presenta sus rasgos más comunes en el campo:

1. Generalmente controla grandes superficies de tierra y cultiva cosechas que se destinan a la exportación.
2. Comparativamente, éste tipo de agricultura consume poca fuerza de trabajo, con la excepción de algunos momentos del ciclo, tales como el de la cosecha.
3. La agricultura capitalista se singulariza porque sus inversiones son comparativamente altas y porque aplica tecnología y productos industria-

les con el fin de incrementar la productividad. (7)

De esta manera éstos rasgos traducen cambios en el ejido a nivel económico y social:

1. La presencia de nuevos ritmos y horarios de trabajo.

2. La utilización ciclica y en gran escala de fertilizantes, herbicidas e insectos en general y maquinaria (cortadoras y cargadoras), permitiendo un ahorro de tiempo en algunas faenas.

3. La introducción del crédito (tanto oficial como privado), como un mecanismo que apoya las labores agrícolas y a la vez sirve como instrumento político.

4. Al término de la zafra el productor liquida con el producto las deudas contraídas, a quienes otorgaron el crédito. Al no liquidarse éste, queda la deuda para la siguiente zafra. Aceptándose en consecuencia las condiciones para otorgarse el crédito.

5. Retechos en los mecanismos de comercialización.

6. Para la mayoría de los ejidatarios la "liquidación" representa la principal entrada de ingresos en el año.

7. Por lo general el precio fijado por tonelada, es inferior al incremento que han sufrido los artículos de primera necesidad. Dándose una relación desigual en el intercambio comercial.

8. Baja o mala producción de granos básicos.

9. Utilización intensiva de mano de obra adulta e infantil en el período de las labores previas (fertilización, limpia,..) y las de quema y corte del producto.

10. Convertirse en reserva de fuerza de trabajo para la agricultura e industria capitalista.

11. Diferenciación entre propietarios y no propietarios.

12. Otorgamiento de beneficios desiguales en los programas oficiales.

13. Períodos anuales de desempleo y emigración.

14. Imposibilidad de diversificar la producción.

15. Endeudamiento constante.

A nivel de atención médica institucional:

1. Extensión de la seguridad social.

2. Trato diferencial a ejidatarios y no propietarios, inscritos en diferentes programas de aseguramiento.

A nivel de salud-enfermedad:

1. Aparición de nuevos riesgos de trabajo en la población, económicamente activa (adulto-infantil), por la presencia de nuevas labores y la utilización de maquinaria e insumos en general.

A nivel cultural:

1. La población cañera no ha reportado cambios sustanciales, el común denominador es la presencia de un sector con altos índices de analfabetismo. Así nuestro estudio reportó que el 30.2% de la población son analfabetos, el 56.3% conforman quienes no terminaron la primaria, el 16.5% quienes la completaron. Ello arrojó que el 93.3% de la población alcanzó un grado escolar que no superó el nivel primario. (cuadro 9)

Como un problema resultante del desarrollo capitalista dependiente, la educación muestra una dramática panorámica, así lo indican los siguientes datos: "México ofrece profundas paradojas...tiene un promedio de escolaridad de sólo algo más de tres años, lo que nos hace ser una sociedad de tercer año de primaria. Tenemos 6 millones de adultos analfabetos. Y 13 millones de alfabetizados adultos que no terminaron su educación primaria. Y 1.2 millones de indígenas que no hablan español. Y cada año 200 mil jóvenes cumplen 15 años de edad sin saber leer ni escribir". (3) Y por otro lado "Existen países de nuestra región con un índice de analfabetismo superior al 75% y otros en los cuales los egresados de escuelas superiores no llegan al 1% de la población". (9)

Y finalmente a nivel político:

1. Incorporación de los campesinos cañeros a las organizaciones oficiales (CNC, FRI).

Por lo que observamos que la agricultura comercial capitalista, trasciende la comunidad en todos sus ámbitos. Quiénes sean muy pocos los espacios donde no llega a influir. Hace tiempo la Dra. Cristina Laurell y colaboradores, llevaron a cabo una investigación de campo, en la que se abordaron los cambios que ocurren en la comunidad, al integrarse ésta a las relaciones comerciales capitalistas. Entre las manifestaciones más importantes encontramos las siguientes que se reflejaron en las condiciones de vida de las clases trabajadoras del campo que tienden a manifestarse en el fenómeno salud-enfermedad:

1. La tierra dejó de ser el medio directo para la producción de los alimentos familiares para convertirse, en un medio de conseguir dinero para la satisfacción de las necesidades básicas, socialmente determinadas;

2. Los cambios en las técnicas de cultivo implican cambios ecológicos importantes y desplazan fuerza de trabajo;

3. El trabajo asalariado, así como la producción agrícola comercial, conllevan redefiniciones en la división del trabajo y en las relaciones de producción y de cambio, con profundas consecuencias en la organización de los grupos primarios y de la comunidad como tal, dando lugar a una diferencia interna;

4. La dependencia del dinero significa, por un lado que la satisfacción de las necesidades básicas depende más de la posición socio-económica de los grupos que de su apropiación de la naturaleza y, por el otro, implica cambios importantes en los patrones de consumo;

5. La creciente división del trabajo social excluye la producción local de muchos bienes, y se expresa en el desempleo periódico, ya que la gente no trabaja más que en una producción agropecuaria, por su propia naturaleza no garantiza un nivel estable de empleo;

6. Los movimientos migratorios conllevan la ruptura ecológica y social

de grandes grupos con su ambiente nativo, y su llegada masiva a otros sitios que no garantizan ni trabajo ni condiciones de vida mínimamente favorables.

(10) Con lo anterior quedan bosquejados los cambios que acontecieron en el ejido, situación no distinta de lo ocurrido en otros lugares del país, donde se lleva una agricultura comercial en su máxima expresión.

Los cambios de la estructura agraria que se dieron a raíz del conflicto armado de 1901-17, hasta el momento no han dado una alternativa que conlleve a la solución dramática que viven los campesinos.

Hoy la condición de los ejidos nonproductores y su papel en las estructuras comerciales, ha quedado reducida a la de simples proveedores de materias primas. En último de los casos su población no es distinta a la de los demás asalariados rurales. La ironía en que viven es que siguen manteniendo el derecho de propiedad más no el de decisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Laurell Asa Cristina. José Blanco, et.al. Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. #84. UNAM-FCPyS. Año XXII. Nueva Epoca, abril-junio 1976. p.134
2. Laurell Asa Cristina. Algunos problemas teórico conceptuales de la epidemiología social. UAM-X, mimeografiado, p.85
3. Rechy Montiel Mario. Una revolución verde que no se espanta ante las revoluciones rojas. Textual. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Chapingo. #3, abril-junio 1980. p.22
4. Ibidem p.21
5. Ibidem p.22
6. Ibidem p.21
7. Laurell Asa Cristina. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada, ed. Folios Ediciones, 1a. ed. México 1982. p.215
8. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folios Ediciones, 2a. ed. México 1984, p.130
9. Palmero Z. Olga. Margarita Elizondo R. Progresión y avances de la seguridad social en América Latina. Depto. de Asuntos Internacionales, IMSS. 2a. ed. México 1980. p.13
10. Enfermedad y desarrollo...p.136

6.3 LOS PROPIETARIOS DE TIERRAS. (EJIDATARIOS)

Los ejidatarios constituyen la pieza clave de la producción cañera dentro del ejido. En su totalidad (131), se dedican al cultivo de la caña de azúcar. Durante la investigación logramos trabajar con 30 que representan el 62% de la población total.

Conforman la Asamblea General de ejidatarios, que es la máxima autoridad. Esta mensualmente dicta decisiones prioritarias de la vida cotidiana de los pobladores (la aceptación de programas oficiales, dotación de tierras, etc.).

Aparte de la propiedad territorial, una minoría de ejidatarios controlan el comercio interno; ya que son dueños de tiendas de abarrotes, de la tortillería, del molino de nixtarel, de la cantinera y algunos vehículos. A ello se complementa el que varios cuentan con cabezas de ganado, la cosecha de café y aguacate en pequeña escala, o compra venta de ganado. "Estos son el producto más de la reforma agraria los que se han beneficiado directamente del reparto de tierras. El ejidatario ha surgido más que ningún otro tipo de campesino del México actual de la lucha por la tierra". (1)

Inmersos en una dinámica productivista, resultado del monocultivo, dado a partir de su inserción en la década de los cincuenta. Son uno de los eslabones principales de la industria azucarera. Resultado de esto los cambios no se han hecho esperar. Corroborándose a nivel de las relaciones de producción. Ahora es el mercado quien de una u otra manera marca los lineamientos a seguir. "Cualesquiera que sea, en efecto, las formas de apropiación de la tierra, los ejidatarios están insertos en los mecanismos de las economías de mercado, donde la ganancia condiciona las relaciones sociales. El ejidatario es "libre" de organizar la índole y las modalidades de su producción como quiera. Su eficiencia, el lugar que tendrán en las relaciones sociales, los determina el mercado, como para cualquier otro productor mercantil". (2)

Inscritos en una lógica productivista, se encuentran los ejidos monoprodutores, que en el caso de los cañeros, se convierten ya en la práctica, en apéndice del sector industrial al que abastecen. En estas circunstancias, no puede hablarse de dos entidades autónomas con decisión propia, sino una que se complementa de la otra. "Tres tendencias fundamentales han señalado "el triunfo de la racionalidad del modo de producción capitalista en el seno de la producción agrícola" y en detrimento del régimen parcelario:

a) La tendencia a despojar al productor individual de la propiedad real de sus medios de producción.

b) La tendencia a incrementar continuamente la productividad y la intensidad del trabajo.

c) La tendencia a limitar el ingreso del productor a una cantidad fija y poco elevada. (3)

Con lo que se llega a ubicar el papel que juegan los ejidatarios productores, en relación con los sectores industriales que abastecen. En realidad no es muy disparatado mencionar que son unos asalariados más, dentro del sector campesino, quizás con algunos beneficios en comparación de otros grupos de campesinos. Pero que a final de cuentas tienen el mismo significado que el resto de la población campesina. "Confieren cada vez mas claramente al dueño de la explotación el estatuto de un productor que vende su fuerza de trabajo al capital. En este sentido satisface las necesidades de producción capitalista, pero hacen de él un "trabajador libre", completamente separado de los medios de producción". (4)

En este sentido la situación del ejidatario cañero, dentro de la estructura económica, y la manera como han cambiado, nos lo presentan como el ejecutor de decisiones, la mayoría ajenas a sus intereses.

Pero el hecho de que los pequeños productores directos, hayan logrado preservar sus derechos legales sobre la tierra, no implica necesariamente, que detentan el control de las condiciones de su producción. En efecto,

en mayor o menor grado dependen de decisiones ajenas respecto al uso que se va a dar a la tierra. Ocurre así por diferentes razones: el crédito tanto el gubernamental como el usurero, está condicionado al tipo de cultivo; algunas zonas del país se hallan sujetas a leyes que obligan a la siembra de cosechas determinadas; la comercialización del producto en el mercado se encuentra controlada por grupos no campesinos. La pérdida de control sobre el uso y el producto de la tierra, junto con la necesidad de disponer de dinero para conseguir bienes básicos, que ya no se producen de manera local, tienden fuertemente a monetizar la economía rural". (5)

Esta situación ha orillado a que el ejidatario, junto con el campesino no propietario, participe de otro tipo de actividades remunerativas durante el ciclo agrícola. Quizás no es presente tan patente como en otros grupos, pero se da con sus características. Estas actividades suplementarias se dan de manera irregular, de acuerdo a las posibilidades del mercado de trabajo, entre ellas encontramos las siguientes: la aparcería, el arrendamiento, la recolección, la artesanía, el comercio eventual y el jornalerismo local o migratorio.

Así por ejemplo la mayoría de los ejidatarios participan de la mayoría de las actividades del ciclo de caña de azúcar, en el (cuadro #10), se observa necesaria su presencia, ya sea para un ahorro en los gastos. Siendo el corte de caña la actividad principal donde el 36.4% de la población participó, siguiendo el desmonte y el acarreo con un 16.6%, donde la quema de caña ocupa el siguiente lugar con un 15.5%. Ello lleva a que incluso la mano familiar infantil o adulta masculina o femenina, sean el recurso necesario para continuar con las labores.

La caña de azúcar es uno de los productos comerciales, que en algunas fases requieren de un menor número de horas trabajadas y en otras se hace necesaria la participación de la mano de obra familiar, por ejemplo en las labores previas (limpieza del terreno, fertilización y aplicación de insecti-

cidas).

Durante el tiempo que bajan sensiblemente las actividades, y que corresponden al período de crecimiento de la planta hasta el momento de su madurez, se hacen presentes los fenómenos de la emigración y el desempleo. Así por ejemplo datos de 1960, ya nos reflejaban ésta problemática, donde "...alrededor de 150,000 ejidatarios practicaban el pequeño comercio o diversas actividades artesanales...en investigaciones recientes, se ha comprobado que más del 40% de los campesinos se dedican a actividades económicas fuera de su parcela y que, de éstos, la tercera parte son jornaleros y casi la mitad se dedica a actividades no agrícolas tales como la artesanía, el pequeño comercio o los servicios.(6)

Por eso la emigración a áreas cercanas del ejido, no es privativo de los campesinos no propietarios. Con los propietarios se vá por períodos cortos, hablase de días o algunas semanas, inclusive se va y se viene a diario. Ello comprueba que miles de campesinos incluidos ejidatarios, se transforman en peones permanentes o temporales de grandes propietarios o de la industria.

La satisfacción de las necesidades familiares, es la cuestión imperiosa de éstas constantes salidas. Por lo que los campesinos cañeros se ven arrojados a complementar su ingreso familiar fuera de su lugar de origen. Así datos de la década de los sesentas nos indican que unos 470,000 ejidatarios no llegaban a cubrir la mitad de sus necesidades monetarias, con el producto de su parcela ejidal. A los cuales hay que sumar los 52,000 ejidatarios titulares que en realidad no poseían ninguna tierra, teniendo en cuenta todos estos datos más de dos tercios de los ejidatarios se ven obligados para subsistir, a dedicarse a ocupaciones complementarias.(7)

De esta manera los cultivos comerciales como el caso de la caña de azúcar, en consecuencia provocan en la población el fenómeno de la emigración, al haber concluido las labores más pesadas (quema, corte, acarrero y entrega del producto), presentandose una baja en todas sus actividades.

Ante éstas circunstancias observamos que una mayoría de los ejidatarios, en este espacio de tiempo se dedican a las labores agrícolas correspondiendo a un 59% . Ello es signo de la necesidad apremiante a dedicar una parte del tiempo al cultivo de granos básicos. De tal manera que sirva para aligerar el gasto familiar. Por lo que más de la mitad de lo cosechado se destina al autoconsumo con un 52.9% y una mínima parte al comercio 2.5% (censos # 11-12).

En esta forma la población de las zonas monoproductoras, ha recurrido a alternativas para compensar las necesidades económicas, que no ha podido cubrir el ejidatario con el crédito otorgado. Esta serie de limitaciones económicas vienen a darse porque la mayoría, tiene en la "liquidación" anual, el ingreso más fuerte y principal. El cual tiene que distribuirse durante varios meses hasta el momento en que inician las labores. Por lo que el crédito no ha sido en la mayoría de los casos una salida viable, a las necesidades económicas de la familia, especialmente cuando se le maneja políticamente. "Los ejidatarios con frecuencia están dominados por las instituciones crediticias o las que les compran la producción (Banco Ejidal, ingenios de azúcar, etc.), a las cuales están cada vez más endeudados, los costos de producción se elevan y las tierras se empobrecen (como con el algodón), y los campesinos desean volver a cultivar su maíz y su frijol, porque con estos cultivos cuando menos satisfacen sus necesidades alimenticias".(8)

Toda esta situación presenta que a fin de cuentas, la relación de explotación que enfrenta el ejidatario con el campesino jornalero, se le revierta cuando entra al intercambio comercial capitalista con el ingenio. En ese momento el ejidatario no es más que un asalariado que cumple con su labor, y en él se cubren dos situaciones: "uno, histórico, dado por el proceso de desarrollo del capitalismo en el campo, y otro de explotación cotidiana". (9)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Stavenhagen Rodolfo, Fernando Paz, et.al. Neolatifundismo y explotación Explotación de Emiliano Zapata a Anderson Clayton & Co. III. Nuestro Tiempo, 5a. ed. México 1976, p.44
2. Gutelman Michel. Capitalismo y reforma agraria en México. El Era. 2a.ed. México 1975, p.152
3. Canbal Cristiani Beatriz. El campesino actual y el régimen parcelario en México. Revista Textual de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Chapingo. #3, abril-junio 1980, p.8
4. Ibidem p.8
5. Laurell Asa Cristina, et.al. Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la mortalidad en dos pueblos mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, #84. Año XXII. Nueva Época, abril-junio 1976. p.134
6. Ibidem p.11
7. Ibidem p.266
8. Neolatifundismo y...p.43
9. Laurell Asa Cristina. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Querán. El Folio Ediciones. 1a.ed. México 1983, p.212

6.4 CORTADORES LOCALES.

Los cortadores de caña locales, son una parte importante de la comunidad; está conformado por los padres de familia que han emigrado de otros lugares, y los hijos de ejidatarios que ya han cumplido la mayoría de edad y en la actualidad no poseen propiedad territorial. Se calcula que existen en este momento entre 100 y 120 miembros. Durante el tiempo que duró la investigación de campo, estuvimos participando con 39 de ellos que representan un 32% del total.

Al no tener acceso a la propiedad territorial, están alejados de la Asamblea General de ejidatarios, no teniendo voz ni voto. Económica y socialmente son uno de los grupos menos beneficiados, el otro lo constituyen los cortadores foráneos.

En relación a estos, la situación de los cortadores locales es más ventajosa, ya que algunos de ellos trabajan en forma permanente como asalariados con sus padres. Otros han tomado el papel de propietarios, dada la edad avanzada de sus progenitores.

Ya sea por acuerdo de la asamblea o sus parientes, se les ha proporcionado un "solar" donde la mayoría han construido sus casas. En la época en que terminan las actividades de la zafra, algunos pueden cultivar granos básicos en tierras de sus familiares.

Anteriormente algunos de los programas oficiales no los consideraban como población participante. Hoy por ejemplo el programa de (FIOSCIER), sobre vivienda les ha dotado de algunos materiales de construcción.

A los cortadores locales (como a los foráneos), les corresponde una de las tareas más arduas, como con el corte y acarreo de la caña de azúcar. "En términos bio-sociales, el proceso de trabajo del campesino está definido en el momento productivo por un trabajo físico duro que implica un costo calórico alto, dado por el carácter de la agricultura y de los rudimentarios instrumentos de trabajo que se utilizan". (1)

Estas dos labores, en consecuencia requirieron de un alto esfuerzo físico y de habilidad del propio trabajador. Por lo que nos encontramos que del total de la población entrevistada, un 6% manifestaron haber laborado más de 8 horas, un 27.7% 8 horas y sólo un 3.4% trabajó menos de 8 horas. (cuadro # 13). Aquí consideramos tanto a ejidatarios como sus trabajadores.

La introducción de la caña de azúcar ha dado como consecuencia entonces, una alteración en los ritmos y horario de las labores. Por lo que a un trabajo estenuante, hay que agregarle un mayor número de horas para su realización. Esta ampliación de la jornada de trabajo, es consecuencia de la necesidad económica que tiene los cortadores.

A nivel económico su situación es crítica. El salario a nivel del campo muestra diferencias, con el de las ciudades, primero porque no es constante durante el año, mucho menos seguro de recibirlo, segundo porque cuando se recibe no es una cantidad fija, y puede variar de una semana a otra. Esto se relaciona con la cantidad de toneladas que se corte por semana. Esta variación está condicionada por la calidad del producto. Si la caña es de un grosor adecuado, es un día un cortador puede cortar entre 3 y 6 toneladas. Si la caña es muy delgada, cuesta un mayor esfuerzo completar éste número. Además de que hay un precio fijo para el precio por tonelada. "El salario pagado en las áreas rurales está muy por debajo del de los centros urbanos. El trabajo es, además irregular, ya que está condicionado por las variaciones cíclicas de la producción agrícola en cuanto a demanda de mano de obra, dando lugar a un considerable desempleo periódico". (2)

De esta manera nos encontramos que los ingresos obtenidos, por los cortadores durante la zafra anterior oscilaron entre: \$3,000 y \$17,000 semanales (cuadro # 14). El cual se distribuyó de la siguiente manera: de \$12,850-\$15,350 agrupó el 30.4% de la población, de \$7,850-\$10,350 el 26%, de \$5,350-\$7,850 y \$10,350-\$12,850 ambos con el 17.4%, de \$2,850-\$5,350 un 6.5% y finalmente de \$15,350-\$17,850 un 2.2%

Que nos presenta un cuadro donde se observa la vulnerabilidad de la estructura económica de los cortadores. Es por ello que el fenómeno de la emigración anual se presenta, como la única salida para poder complementar el salario familiar. Emigración que comprende el conseguir un trabajo el cual será en forma temporal y el estrictamente necesario, donde casi siempre se paga por tarea realizada, estando ausentes los pagos complementarios como: el descanso, las prestaciones en servicios de atención médica, de alojamiento o de un mínimo de condiciones sanitarias. En consecuencia los conceptos como accidentes de trabajo, antigüedad laboral, descanso obligatorio y pensión, no son considerados para los peones campesinos. (3)

Así, la vida del campesino no propietario transcurre entre meses de trabajo a lo sumo 6 y meses de desempleo, dado que el ejido está imposibilitado para absorber la totalidad de mano de obra excedente. Así la realidad se muestra muy injusta con la fuerza de trabajo que ayudó al crecimiento del capitalismo mexicano.

La zafra cañera ha establecido un período de actividades, que máximo llega a ocupar ésta mano de obra por 6 meses, en el (cuadro #15), se observa que la gran mayoría de los peones los concluyó. El fin de zafra cañera, marca para la mayoría el término de un trabajo permanente. "Señalemos finalmente la existencia de más de 3.3 millones de campesinos sin tierra en las actividades agropecuarias, que constituyen más de la mitad de la población económicamente activa en la agricultura, y que constituyen la prueba palpable de que la reforma agraria mexicana está lejos de haber cumplido lo que se propuso: entregar la tierra al que la trabaja". (4)

El fenómeno de la emigración se muestra en forma creciente, de los 39 campesinos sin tierra entrevistados, 17 manifestaron haber emigrado la zafra anterior, que corresponde a un 43.6% del total (cuadro #16). "El número de jornaleros aumenta sin cesar por la fuerte presión demográfica y porque los sectores no agrícolas de la economía son incapaces de absorber productiva

mente a ésta pujante población. Su número ha aumentado casi 60% de 1950 a 1960, y es imposible, por muchas razones, que cada uno de ellos reciba alguna vez una parcela ejidal o una pequeña propiedad agrícola". (5)

Entre las razones más importantes que destacaron para la emigración: la búsqueda de trabajo para alcanzar el equilibrio económico, comprendió el 83.2% (cuadro #17), siendo muy bajas las demás.

Los lugares de destino de ésta población correspondieron de la siguiente manera: un 41.2% a la capital del estado, un 23.5% a otro de los ejidos de la región, y un 17.6% en su mayoría fué a los Estados Unidos, estos tres lugares conforman, los sitios principales de llegada de la mano de obra migrante (cuadro #18).

Dentro de la comunidad la emigración no se dá en la mayoría, en forma permanente no por períodos largos, debido a la cercanía del ejido con la cabecera municipal y la capital del estado. Así puede observarse que la mayoría estuvo fuera de la población por espacio de 1, 2, o 6 meses. (cuadro #19). "Sólo una parte de esta clase constituye un auténtico proletariado agrícola que trabaja en plantaciones o fincas capitalistas modernas a cambio de un empleo seguro y un ingreso decoroso. La mayor parte de estos obreros agrícolas son peones o jornaleros, sin empleo regular, que trabajan por un ingreso miserable en las pequeñas o medianas propiedades agricultura tradicional, o incluso en las parcelas ejidales. Cientos de miles de estos obreros, sus filas engrosadas por ejidatarios y minifundistas durante el tiempo muerto de la actividad agrícola, cruzaban regularmente a los Estados Unidos para trabajar como braceros. Otros van a trabajar por temporadas a las ciudades, como obreros no calificados, y constituyen así un proletariado a la vez urbano y rural". (6)

Por lo regular los trabajos que obtuvieron los migrantes, fueron los que requirieron de menor nivel de especialización, los menos remunerados y más riesgosos, con las consecuentes no afiliación a sindicatos y a las

prestaciones de ley. "En el subempleo hay una utilización parcial e involuntaria de la mano de obra disponible que no encuentra empleo y se ve obligada a utilizarse en otras actividades que no son las de su especialización por baja que ésta sea y que lo menos le permitan subsistir con o sin remuneración". (7) Así podemos observar en el (cuadro #20), como: la agricultura, la construcción y los servicios, representan en conjunto el 83.2% de las áreas en las que participaron los pobladores migrantes.

Para los campesinos que no emigraron, la situación no es menos halagüeña un 50% del total, se dedicaron a las labores propias del campo. En el caso de los no propietarios, se dedicaron al cultivo de granos básicos en las áreas menos propicias, ya sea por préstamo a familiares o amigos. "Las características básicas del campesinado están dadas por su acceso directo a pequeñas extensiones de tierra, la cual trabajan con instrumentos muy simples en un proceso que absorbe una cantidad comparativamente grande de fuerza de trabajo". (8)

Por lo regular las áreas destinadas a éste tipo de cultivos son los "ocamiles", extensiones de tierra que se localizan en las laderas de los cerros vecinos, aquella tierra que no fué utilizada, por la caña de azúcar al no ser propicia para su cultivo. Convirtiéndose las cosechas temporales muy susceptibles a las benevolencias de la naturaleza. "Cultivan las peores tierras, las que resultan poco atractivas o francamente hostiles para las empresas capitalistas. La producción que obtienen es insuficiente para cubrir la subsistencia y reproducción". (9)

Estas tierras cumplen con dar a la población campesina, una mínima ayuda para el presupuesto familiar. Dado que se cultivan con los instrumentos ancestrales (coa), y por lo regular sin el total auxilio de fertilizantes e insumos en general. Por eso el minifundio de subsistencia marginado como está del proceso de desarrollo económico, cumple una función, en el momento histórico actual: contribuir a fijar a la población en el campo y a proporcio

rar un sustento mínimo a quienes de otra manera tal vez no tendrían ninguno.

En tanto continúen existiendo las incongruencias actuales en el uso de los recursos financieros de la nación, y mientras el sistema económico actual siga favoreciendo a la ciudad sobre el campo, las zonas prósperas sobre las zonas pobres y a los estratos sociales altos sobre los de bajos ingresos, la agricultura minifundista de subsistencia seguirá manteniéndose y tal vez extendiéndose, durante tiempo indefinido.(10)

Estas condiciones hacen del cortador de caña local, un grupo vulnerable en muchos sentidos. Cataloguemoslo como una necesidad que ha creado el propio desarrollo del capitalismo en el campo, que lo utiliza de acuerdo a sus necesidades. Por lo que los ejidos monoprodutores juegan un doble papel: el primero como productores de materias primas para el sector industrial y el segundo como un reducto productor de mano de obra asalariado "libre", disponible en los momentos que hagan falta al capital, que puede utilizarla en su lugar de origen o fuera de él.

De esta manera los cortadores locales, son el ejército de trabajo en reserva para las áreas urbanas, el cual puede ser utilizado con un mínimo de protección. Por lo que la seguridad social otorgada sirve de mecanismo que en último de los casos beneficia al capital. Dadas las condiciones en que se dá y por las particulares desigualdades en que coloca a ésta parte de la población cañera. Ya que lo que se pretende es no hacer universales los beneficios, sino incorporar sólo a algunos de sus elementos como sectores capitalistas periféricos, dependientes de un centro económico ubicado en el extranjero. Ello produce una fragmentación en los mercados de trabajo, la que se verá reflejada muy claramente en las diferencias de la protección brindada por la seguridad social.(11)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Laurell Asa Cristina. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada, ed. folios ediciones, 1a. ed. México 1982, p.213
2. Laurell Asa Cristina. et. al. Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. #84, Año XVII, Nueva Epoca, abril-junio 1976, p.135
3. Varman Arturo. Andamos arando. El problema agrario y campesino. Revista Nexos. Año III, agosto 1980, #32, p.13
4. Stavenhagen Rodolfo, et. al. Neolatifundismo y explotación de Emiliano Zapata a Anderson Clayton & Co. Ed. Nuestro Tiempo, 5a. ed. México 1976, p.49
5. Ibidem p.50
6. Ibidem p.49
7. Canabal Cristiani Beatriz. El campesinado actual y el régimen parcelario en México. Textual. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Chapingo. #3, abril-junio 1980, p.10
8. El carácter social... p.212
9. Andamos arando... p.11
10. Neolatifundismo y... p.42
11. Cohen Noemí, Sara Cuetiérrez. Trabajadores y Seguridad Social en América Latina. II-SS. Sría. General Depto. Asuntos Internacionales, México 1981, p.54

6.5 CORTADORES FORANEOS.

La emigración anual de trabajadores agrícolas hacia el ejido, es uno de los fenómenos que empieza a darse. La presencia de jornaleros de otros estados de la República, es síntoma de un problema que en forma cotidiana vive el campo mexicano.

La situación precaria de éste tipo de campesinos, venidos del estado de Guerrero, es un fenómeno común de la zona cañera del estado de Nayarit. En particular en la época de la zafra, que es cuando ésta actividad requiere de un número creciente de mano de obra asalariada.

No es difícil argumentar que los cortadores foráneos, dentro de la población campesina cañera, es el sector más explotado y que vive al margen de todo tipo de beneficios.

Dentro de la investigación, pudimos entrar en contacto con 6 de los 15 padres de familia, dado que los demás refusaron contestar a las preguntas formuladas. Con la opinión de éstos puede uno darse cuenta de cuán difícil y crítica es su situación.

En principio es la población que también se dedica a una de las labores más arduas y pesadas, como lo es el corte de caña, una actividad que consume el mayor tiempo de un día de trabajo, dado que al trabajador se le paga a destajo, por lo que los horarios normales quedan a un lado "...la mayoría de los estudios muestran que la jornada de los trabajadores agrícolas alcanza de 10 a 14 horas de trabajo físico duro". (1)

El ritmo de trabajo está supeditado por el tipo de caña, así nos encontramos que si la caña de azúcar es de un grosor considerable, el trabajador necesitará de un tiempo menor para cubrir de 3 a 6 toneladas. En caso contrario, cuando la caña de azúcar es sumamente delgada, tendrá que invertir mayor número de tiempo y esfuerzo es consecuencia.

Ello hace que el horario de trabajo se amplie o reduzca, ya que en algunas ocasiones las labores inician desde las 4 de la mañana, para descan-

sar en las horas cuando el calor se hace más intenso, terminándose por lo regular entre 5 y 6 de la tarde. Los sábados que es el día de "raya" normalmente se trabaja hasta el medio día, dejando el domingo como descanso.

Las condiciones del trabajo a destajo, hace por consecuencia que sus ingresos semanales sean variables, así nos encontramos que un trabajador puede ganar entre \$3,000 hasta \$13,000. Para la presente zafra se estipuló un precio de \$350.00 por tonelada de caña de azúcar cortada.

Con éste precio es difícil hacerle frente al incremento de los productos de primera necesidad. Y a la recuperación del poder adquisitivo. Por eso éste tipo de jornaleros, dentro del ejido se mantienen como el sector más desprotegido.

Aún cuando durante su estancia en el ejido, tienen derecho a los servicios del IMSS, muchos no los utilizan, por una serie de circunstancias: unos por desconocimiento, algunos otros por la lejanía de la clínica, o por no saber llegar hasta ella.

Por otro lado, los programas oficiales implementados dentro del ejido, como por ejemplo los de FIOSCER (Fideicomiso para obras sociales a campesinos cañeros de escasos recursos), que en éste momento tiene el programa de auto-construcción de vivienda, proporcionando materiales de construcción, a todos los cortadores. No los toma en cuenta por la sencilla razón de que son considerados como trabajadores eventuales y de paso por la población.

También hay que considerar las condiciones en que viven durante la época de zafra, que normalmente oscila entre 5 y 6 meses. Para las actividades de éste año, los ejidatarios mandaron construir un galerón en donde se albergan un total de 15 familias. Sin considerar los mínimos requisitos de higiene e instalaciones sanitarias para éste número de personas. Así nos encontramos conviviendo, hombres solteros con familias enteras que se vienen durante éste tiempo, con los consecuentes problemas de hacinamiento.

Un servicio que les proporciona FIOSCER, es la participación de una trabajadora social, dedicada a llevar una serie de programas como son: higie-

na personal, higiene de los alimentos, etc., a través de pláticas.

A ello hay que agregar la discriminación de que son objeto por parte de los pobladores, los comentarios reflejen un rechazo cotidiano durante su estancia. "En las zonas de población indígena, en que muchos indios, se dedican por temporadas al trabajo jornalero en las plantaciones comerciales circunvecinas, la explotación económica de la mano de obra va unida a la discriminación étnica y cultural deprimiendo aún más los niveles de vida del campesino". (2)

De así como transcurre una parte del año, en la vida de estos campesinos, población parcelaria que vive temporalmente del trabajo migratorio y mantienen relaciones salariales en regiones más capitalizadas.

Las características del cultivo de la caña de azúcar, sólo permiten ocuparlos en el momento más intenso del proceso, ya que a su término regresan a su lugar de origen "...la migración campesina hacia otras regiones agrícolas o hacia las ciudades, no siempre es definitiva a pesar de que es intensa: el campesino no se desliga de su tierra, alquier recursos de todas sus ocupaciones para seguir siendo agricultor". (3)

El estado de Nayarit cuenta aparte de la caña de azúcar, con el tabaco como otro de los productos que requieren de contar con gran cantidad de mano de obra migrante. Lo que lo constituye como uno de los estados con gran capacidad (temporal), en requerir mano de obra. En especial porque ésta necesita con urgencia de una capitalización que en su lugar de origen es difícil de conseguirla. Ello refleja que el jornalero es uno de los rasgos más visibles de la inestabilidad campesina actual, y que obliga a una gran movilización en aras de lograr oportunidades de trabajo, que ofrecen algunas regiones agrícolas que sólo en algunas épocas tienen capacidad ocupacional, para ofrecer un empleo a toda mano de obra excedente.

La época de zafra en el estado de Nayarit, coincide con la época de sequía en las regiones del estado de Guerrero, de donde procede esta parte

de campesinos. Su salida es signo de la incapacidad para mantenerlos ocupados, y de la agricultura de subsistencia que muchos de ellos practican. Así entendemos como combinan empleos foráneos, sin llegar a desligarse por completo de su parcela rural. Esta situación ocupacional es la más común y generalizada entre la mayoría de la población campesina, que los lleva a un papel de agricultura independiente y otra de vendedora de fuerza de trabajo.

Los ejidos cañeros se diferencian de otras zonas agrícolas porque durante el proceso, hay etapas de una mínima utilización de mano de obra, hasta una máxima cuando el producto ha alcanzado su óptimo desarrollo. En etapas anteriores, el ejidatario las cubre con la utilización de la mano de obra familiar (adulto e infantil), pero cuando llega la época de zafra, ésta es insuficiente. Por ello se hace imprescindible contratar mano de obra de fuera, ya que la interna no podría satisfacer los requerimientos de entrada.

Pero es el único momento al término de la zafra, las actividades dentro de la población cesan de un día para otro. Es el momento de que ésta población migrante hagan el viaje de regreso a su lugar de origen, ya que el ejido no puede absorberla en forma permanente. La agricultura no podría sostener en su totalidad el trabajo jornalero de tiempo completo, ya que por su parte la agricultura tradicional, mantiene ocupado al jornalero sólo una parte de su tiempo mientras que la agricultura capitalista lo emplea casi de planta pero en un número restringido. Hacia 1960 se había calculado que los 3 millones de jornaleros registrados, sólo encuentran 100 días de empleo al año en el campo. (4)

La emigración de ésta población campesina del sur del país, a las regiones cañeras del estado de Nayarit, es una muestra de la situación que guardan en su lugar de origen. Prácticamente son arrojados por la necesidad de subsistir, sin pensar en las condiciones adversas en las que se encuentren. Es menor la falta de higiene o los problemas que conlleva el hacinamiento, a la falta de recursos económicos. "Se advierte la necesidad que los campesinos

tienen de emigrar hacia los lugares en donde hay trabajo, aunque en su lugar de origen haya muchas cosas que se pudieran hacer, pero que no se hacen porque no hay quién pague por hacerlas, tal es el caso de los jornaleros que van a la pizca de algodón, o de los que van al corte de la caña de azúcar en Veracruz o a Morelos". (5)

De esta forma es más importante tener un empleo fijo durante un tiempo, sin hacer consideración de otro tipo de situaciones. Así los jornaleros agrícolas empleados en diversas regiones del país, llegan a ser los asalariados de ejidatarios o uniones de productores, cuya condición los coloca en el estrato más bajo de la población mexicana. "Reciben los ingresos menores, generalmente por debajo del salario mínimo oficial, sus condiciones materiales de vida son también ínfimas. Si bien en las zonas prósperas algunos de ellos son trabajadores o empleados más o menos permanentes de una empresa agrícola, generalmente trabajan por día, por tarea o a destajo y no disfrutan de seguridad en el empleo ni de ingreso seguro. Muchos miles de éstos trabajadores son migratorios, y siguen circuitos estacionales más o menos fijos, de acuerdo con las necesidades de las diferentes épocas de cosecha. Estos trabajadores se encuentran en las peores condiciones. No disfrutan de la protección de la ley, o del seguro social, ni de atención médica, alojamientos adecuados o facilidades educacionales para sus hijos". (6)

En síntesis es una población que vive alejada de los beneficios otorgados por la Revolución Mexicana, la Reforma Agraria y sus frutos aún no han llegado a ellos, y no se ve de momento una salida oficial que pueda dar solución, dados los momentos de crisis económica que vive el país y que se manifiesta en una baja en el nivel de vida de ésta clase trabajadora. "Aquí la miseria del trabajador jornalero aparece con todo su dramatismo, aunado a la falta de empleos o a los bajísimos niveles de vida, a la ausencia de educación, a la falta de oportunidades y de esperanzas. Aquí no se desarrolla el proletariado moderno: solamente se agrava el "marginalismo" de la población rural". (7)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Laurell Asa Cristina. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada. ed. Folios Ediciones. 1a.ed. México 1982, p.216
2. Stavenhagen Rodolfo, et.al. Latifundismo y Explotación de Emiliano Zapata a Anderson Clayton & Co. Ed. Nuestro Tiempo, 5a.ed. México 1976, p.31
3. Canabal Cristiani Beatriz. El campesinado actual y el régimen porfiriano en México. Textual. REVISTA de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Chapingo. #3, abril-junio 1980, p.14
4. Ibidem p.13
5. Vaman Arturo. Andaron arando. El problema agrario y campesino. Revista Nexos. Año II, enero 1979, #13, p.126
6. Neolatifundismo y... p.131
7. Ibidem p.52

6.6 RELACION EJIDO-INGENIOS.

La relación que entabló el ejido con los ingenios de la región y su posterior subordinación, fué una consecuencia natural que vino con la introducción de la caña de azúcar. Su paulatina introducción allá por la década de los cincuenta se va a ver acrecentada en los sesentas. En esta época se presenta la mayor incorporación de hectáreas, para que en los siguientes decenios inicie su decenso. Hasta convertirse en la actualidad en el principal cultivo. Convirtiéndose así el ejido en monoprodutor. Por lo que varias circunstancias se presentan con la caña de azúcar:

- a) Utilización de fertilizantes, insecticidas, insumos en general y empleo de maquinaria agrícola.
- b) Utilización del crédito tanto oficial como privado.
- c) Estrechamiento de los canales de comercialización.
- d) Relaciones de desigualdad en el intercambio comercial.
- e) Proceso de descapitalización de la economía campesina.

Este es el marco dentro del cual se rigen las actividades de los ejidos cañeros, principal eslabón de la industria azucarera, en tanto productor de materia prima.

La penetración de las relaciones capitalistas a partir de la década de los cincuenta y su importancia, radica en que ellas nos dan una explicación de las condiciones en que actualmente se encuentran, este tipo de ejidos.

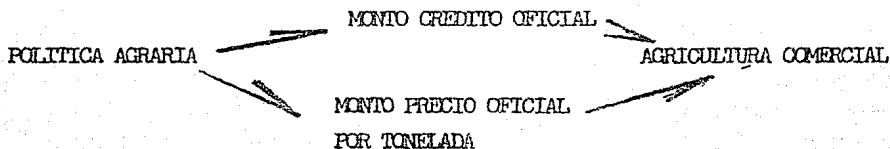
Como veíamos, un rasgo de la agricultura comercial, va a ser el desplazamiento de los productos agrícolas básicos, de esta forma se hace más vulnerable la estructura económica local. Ya que el recurso territorial se hace mas indispensable. Por ellos los ejidos cañeros son parte reservada para la utilización exclusiva de los ingenios. "Como la privada, la tierra ejidal ha entrado en los circuitos del mercado. Los mecanismos de descomposición social se manifiestan en el sector ejidal como en el privado. Aquí como allí llegan a la creación bipolar de una clase económica dominante y de

clases económicamente dominadas".(1)

La supeditación del ejido a las exigencias del mercado, es el signo de las relaciones de tipo capitalista, estando detrás una serie de mecanismos que marcan la pauta. "...los mecanismos político económicos que los obligan a abandonar los cultivos tradicionales, para dedicar su esfuerzo a las cosechas comerciales; la monetarización de su economía y el proceso continuo de proletarianización integran en parte el proceso histórico de desarrollo del capitalismo en el campo". (2)

La agricultura comercial no puede existir sin el crédito, es parte sustancial para echar a andar todo el proceso de producción. Como un elemento económico puede también ser usado a nivel político. Un sector campesino sin éste, está destinado al fracaso. A nivel económico sustenta las etapas del ciclo de la caña de azúcar, a través de él el campesino cañero puede cumplir con la entrega del producto. A nivel político puede mantenerse en una situación de sometimiento y control.

Siendo el ingenio el único organismo con capacidad crediticia, puede manejar de acuerdo a sus intereses el mantener al campesino supeditado a sus necesidades. "El pequeño campesino, y en particular el ejidatario, no puede sobrevivir y desarrollarse como tal sino a condición de recibir, una ayuda técnica y financiera importante. Pero aislado no puede ser un deudor interesante para un sistema bancario capitalista. Por eso el crédito ejidal no se concede a los individuos sino a agrupaciones de campesinos. Desde 1936, en muchos ejidos más no en todos se han formado sociedades locales de crédito ejidal que pueden obtener préstamos de las agencias locales". (3) .Así la situación que guarda el ejido se presenta esquemáticamente:



Este círculo conduce las acciones que deben de seguir los ejidatarios dentro de cada uno de los ciclos agrícolas. El cual se antoja difícil poder superar. De esta manera la agricultura capitalista ha estructurado los mecanismos necesarios para poder seguir controlando la tierra y sus propietarios.

Por lo que al darse la integración a las relaciones capitalistas, los campesinos cañeros experimentan los siguientes resultados:

1. Los productores aceptan el precio de garantía que año con año se señala, para la tonelada de caña.

2. Se aceptan las condiciones en que se otorga el crédito.

3. Se dá una marcada dependencia del ejido hacia los ingenios, provocando mayor vulnerabilidad de la economía ejidal. Al reducirse los canales crediticios y de comercialización. Así nos encontramos que de los productores encuestados un 58.7% recibe el crédito oficial, el resto 37.3% por parte del ingenio privado y 4.0% de particulares. (cuadro #21) Los cuales entregan el producto de la siguiente manera: un 53% al ingenio de participación estatal y un 46.4% al sector privado (cuadro #22).

4. Con ello el productor no tiene más opciones que continuar dentro del círculo anteriormente bosquejado.

5. Integración a la política agraria oficial a través de las organizaciones oficiales (CNC, PRI).

6. Lento proceso de proletarianización subordinado a las exigencias del capital. Donde tanto los propietarios y no propietarios, guardan la misma condición. "Como resultado de un proceso cuyos centros dinámicos se encuentran fuera de la comunidad rural -si bien se vale de ella para poder desarrollarse-, la economía rural se transforma. Por medio de una multitud de mecanismos se obliga al campesino a especializar su producto para convertir una parte, cada vez mayor de él, en dinero, al tiempo que la autosuficiencia local tiende a desaparecer". (4)

A ello agrugamos que las relaciones ejido-ingenio, se ven marcadas

regularmente por signos de desigualdad e injusticia, y que se concretizan en la descapitalización creciente, de la economía campesina. "Es justamente en el intercambio comercial donde el campesino es más perjudicado. En general, los productos agrícolas se venden en el mercado a un precio menor que los productos industriales. El pequeño productor directo comúnmente, recibe aún menos, ya que tiene que recurrir a los intermediarios para poder vender sus productos. Resulta evidente que el campesino carece de medios para influir sobre el precio de su producto que, inclusive, no se determina muchas veces ni siquiera en el mercado nacional, sino en el mundial". (5)

Así la desigualdad y explotación de que son objeto los campesinos cañeros, es justamente en ese parcial intercambio, que se mantiene por una serie de mecanismos. "Las relaciones de explotación cotidianas se practican en el intercambio desigual entre el producto campesino y el industrial, así como por medio de las distintas formas de crédito y comercialización". (6)

Una característica de las relaciones comerciales capitalistas, es el abaratamiento de los productos agrícolas, y una elevación desproporcionada de los artículos industriales. "En cuanto a la transferencia de valor del sector primario a los sectores no agrícolas de la economía, se han hecho diversos cálculos sobre su monto. Aquí mencionaremos el más común que nos dice que 3,750 millones de pesos han sido transferidos (a precios de 1960). Los principales mecanismos de la transferencia han sido (con); la desfavorable relación de precios para los productos agrícolas; la presencia del crédito y la intermediación". (7)

En el campesino cañero éste fenómeno es cotidiano. A la tonelada de caña entregada a los ingenios se les marca un precio oficial, que es vigente durante la zafra. Este precio de garantía muchas de las veces es inferior y no está en concordancia con el proceso inflacionario que ya rebasa al 60%, así la pérdida del poder adquisitivo no puede recuperarse, al no lograr un precio más alto los campesinos con la venta de su producto. A ello agrava-

mos que muchos campesinos se quejan de que el peso, registrado en la báscula es menor al que ellos habían calculado, sintiendo que son defraudados. "La población rural, ya sea los pequeños productores o los jornaleros, tiene que comprar productos elaborados, a precios diferenciales, mayores, cuyo resultado es el empobrecimiento de sus condiciones de vida, por esto es el sector que más se ve afectado en el proceso inflacionario que se ha sufrido en los últimos años". (8)

Este lento proceso de descapitalización, afecta directamente la estructura económica y el presupuesto familiar. Los siguientes datos pueden dar una muestra de ello. Según datos de FIOCCER, el número de parcelas dedicadas al cultivo de la caña en la zafra 1980-81, correspondieron a 745, el promedio de hectáreas por productor fué de 5.63, las toneladas de caña producida por hectárea fueron de 51.33, el precio por tonelada de caña entregada al ingenio fué de \$362.15, en la zafra 1979-1980 y de \$497.81 en la de 1980-1981. Aquí puede observarse que tuvo un incremento del 37% de un año a otro, que por consecuencia no corresponde con el proceso inflacionario de los últimos tiempos.

El ingreso de la comunidad por concepto de caña entregada en la zafra 1980-1981, la cantidad bruta fué de \$19,244,080.11 que en forma neta (descuentos a los productores), dió finalmente \$9,293,258.19. Esta cantidad dividida entre el total de productores (131) nos dá un ingreso aproximado de \$70,940.9 (9). En estas condiciones no pueden darse grandes cambios en el modo de vida de los pobladores. "En el caso de los pequeños productores, el factor crítico de las relaciones sociales de producción no es tanto la propiedad como los mecanismos de transferencia de su excedente productivo hacia otros sectores". (10)

Por ello el proceso de descapitalización origina dentro de la población dos fenómenos:

1. Que al término de la zafra, cuando se hace la liquidación algunos ejidatarios obtengan buenos ingresos. Que se transfieren a las ferias regio-

nales, organizadas al término de la zafra, y

2. Otros ejidatarios salen "a mano", es decir con la venta de su producto liquidan las deudas contraídas con el ingenio. Y otros en el peor de los casos, quedan endeudados, cantidad que se les acumula para la siguiente zafra.

Así dentro de los ejidatarios se presenta el fenómeno de la emigración "La creciente monetarización de la economía campesina y los recursos propios, escasos y sobreexplotados, obligan frecuentemente al campesino pobre a desempeñar trabajos como asalariado durante una parte del año, actividad que las más de las veces implica emigrar". (11)

Esta salida es la única, para poder resarcirse si así fué el caso de los recursos económicos que no pudo lograr con la entrega del producto. Pasando el ejidatario A2...constituirse junto con el minifundista privado y el jornalero sin tierra, en el campesino desligado de los recursos necesarios para poder convertirse en un productor directo de bienes agrícolas". (12)

De esta forma el capitalismo, a más de tener al ejido como su abastecedor de materias primas, ha orillado a que su población en algunas etapas del ciclo agrícola, se convierta en la mano de obra asalariada que pueda satisfacer las demandas de la ciudad. "La desocupación en el campo ha proporcionado a los sectores no-agrícolas un volumen abundante y creciente de mano de obra barata; a la vez que se ha creado a raíz de esto, un ejercito industrial de reserva que proporciona constantemente a la baja de los salarios"(13)

A ello se agrega que los ejidos monoprodutores son necesarios, como áreas de influencia y su población representa un sector de la sociedad indispensable como factor de legitimación. "La unidad básica de organización campesina en México es el ejido, el cual se constituye en un espacio territorial, económico-jurídico-político e ideológico. Como producto de la lucha de clases en el campo, el ejido es un aparato de representación directa del campesino con tierra y, por tanto, de autogobierno de las masas campesinas. Pero por otro lado, en la medida en que se convierte en eje de la domina

Por ello se afirma que el sector agrícola, ha cumplido con creces su papel de impulsor, en la consolidación del desarrollo industrial capitalista. La relación campo-ciudad en Latinoamérica en estos momentos (a excepción de Cuba), se ha significado precisamente porque una de las partes ha alcanzado niveles de desarrollo en detrimento de la otra.

México no es la excepción a la regla, se nos hace notable la existencia de grandes urbes o zonas industriales, que siguen extrayendo de las zonas rurales los satisfactores indispensables (mano de obra, materias primas, agua, etc.), y a cambio han dejado: miseria, problemas de contaminación en aire, agua y suelos, alteración y dependencia de la estructura económica, proceso de descapitalización, etc. .

Ya no nos sorprende entonces, cuando se afirma que las zonas agrícolas de nuestro país (incluyendo los ejidos cañeros), han emigrado a las áreas (urbano-industriales), para protegerse.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gutelman Michel. Capitalismo y reforma agraria en México, Ed. Era. 2a. ed. México 1975. p.261
2. Laurell Asa Cristina. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada. Ed. Folios Ediciones, 1a. ed. México 1982. p.212
3. Capitalismo y... p.243
4. Laurell Asa Cristina .et.al. Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. #24. Año XXII. Nueva Época. abril-junio 1
5. Ibidem p.135
6. El carácter... p.135
7. Industrialización #5. Cuadernos Universitario. Instituto de Investigaciones Sociales. U.deG. p.13
8. Enfermedad y desarrollo... p.135
9. Estudio Monográfico de Comunidades Cañeras. FIOSCER, Región 3 May
10. Laurell Asa Cristina. José Elanco Gil. Morbilidad ambiente y organización social. Revista Salud Pública de México. Época V. Vol. XVII, #4 julio-agosto 1975, p.474
11. El carácter social... p.212
12. Canabal Cristiani Beatriz. El campesinado actual y el régimen parcelario en México. Tercer. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales. #3, abril-junio, 1980 p.13
13. Industrialización... p.5
14. Gordillo Gustavo. Fernando Rello. El campo mexicano a la hora de la sequía Revista Nexos. Año III, agosto 1980, #32, p.74
15. Stabenhagen Rodolfo, et.al. Neolatifundismo y explotación de Emiliano Zapata a Anderson Clayton & Co. Ed. Nuestro Tiempo, 5a. ed. México 1976, p.44

6.7 SITUACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

El paso de la asistencia social, la medicina privada a la protección de la seguridad social fué otro de los cambios que experimentaron los ejidos cañeros. Que como veíamos, en la época de los 60s. empezaban a ser factor esencial en el desarrollo industrial de México, en tanto fuentes de abastecimiento de los ingenios. Con lo que se abren los cauces institucionales para su paulatina incorporación a los servicios y beneficios de la seguridad social.

La política estatal de seguridad social, que inició en las zonas urbanas industriales más importantes, se avoca a partir del decenio de los 60s. a extender su cobertura diferencial a las principales zonas agrícolas del país. Así se anota que "La estructura básica de los sistemas de seguridad social (urbana-concentrada-contributiva-tripartita), es un ejemplo muy claro de la aplicación selectiva de los recursos económicos". (1)

La participación del Estado se hace presente en todos los momentos de la extensión de la seguridad social, tratando "...de dar ciertas respuestas a ciertas demandas de la clase trabajadora debido a la presión que sobre él ejerce la lucha de clases en un momento histórico determinado, así como por necesidades del mismo desarrollo económico y realiza concesiones como la instauración de sistemas de seguridad social, su actuación estaría más bien en función de garantizar que la lucha de clases no desborde los límites mismos de tolerancia del sistema social". (2)

La necesidad estructural de incorporación campesina conlleva los fines económicos y políticos, en aquellos sectores agrícolas que son pieza fundamental del desarrollo industrial "...se ha concebido a la seguridad social desde una doble perspectiva; por un lado como uno de los principales instrumentos de las políticas de bienestar que desarrollan los Estados modernos"(3)

De esta manera la política de extensión a las zonas cañeras, aparte de sus criterios selectivos, se dió en forma paulatina. Así por ejemplo

de los ejidatarios entrevistados se muestra durante la década de los cincuenta, una lenta incorporación de los productores, que correspondió al 11.3%, cifra que ya en la década de los sesenta llega a un 43.4%, disminuyendo en los posteriores decenios. Ello permite apreciar como las zonas de abastecimiento cañero representaron uno de los grupos prioritarios, debido a su importancia económico-política. (cuadro #23)

Con lo que la presencia de la seguridad social, viene a ser un soporte de las actividades agrícolas, es decir procurará otorgar servicios y beneficios a la población campesina en tanto sea factor clave de desarrollo.

De aquí que la seguridad social llega a cumplir su papel "...al ser un mecanismo que conserva y reproduce la fuerza de trabajo, brinda condiciones laborales y de vida con las que se satisfacen una serie de necesidades básicas derivadas por lo movimientos sindicales". (4)

Sin embargo la aparición de la seguridad social en las zonas cañeras, no se extendió de manera universal, la política institucional hizo una división clara en su otorgamiento entre la población cañera. "Dicha situación parece indicar que si bien el Estado se hace cargo de la reproducción de la fuerza de trabajo y asegura el funcionamiento de la totalidad del sistema socio-económico en uno de los aspectos de la reproducción, como son la salud y la seguridad social, interviene diferencialmente de acuerdo a las distintas formas de desgaste originadas por la producción".(5)

La extensión de la seguridad social, dió como resultado ofrecer diferentes expectativas para cada uno de los grupos implicados. Encontrándose en la actualidad en nuestra población estudiada, dos diferentes regímenes de aseguramiento:

1. EL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO, comprende a los productores de caña ya que sean pequeños propietarios agrícolas, colonos, comerceros ejidatarios, miembros o no de sociedades locales de crédito agrícola o ejidal, arrendatarios, aparceros, cooperativistas o cualesquiera persona que tengan superficies de tierra en cultivo de caña de azúcar y contratos de

avío o de suministro de caña, o ambos, con ingenios o empresas industriales dedicadas a la elaboración de los productos de la caña miembros de L. U.N.P.A. S.A. (hoy Azúcar S.A.), o de cualquier persona física o moral que en lo futuro pudiera sustituirla. (6) En el caul quedaron agrupados el 67.2% de muestra población total entrevistada.

2. EL REGIMEN ESTACIONAL DE CAMPO, agrupa aquella parte de campesinos, que no son propietarios de tierras, y que trabaja como asalariado en las propiedades ejidales. Encontrándose un 32.5% del total de la población estudiada, dándonos una relación de 2 a 1 (cuadro # 24).

Tomando en cuenta que el total de ejidatarios son 131 y los trabajadores asalariados son aproximadamente 100-120, nos encontramos que el 50% de la población trabajadora, recibe los servicios de la seguridad social en forma temporal, (aproximadamente 6 meses). En promedio cada familia campesina está compuesta por 5 miembros aproximadamente, que multiplicados por 120, nos dá un total de 600 miembros de la comunidad que representan ese 50%, que permanece desprotegido varios meses. "...las diferencias en la seguridad social reflejan las diferencias que existen en la sociedad. Por un lado, hay un gran sector no integrado, marginado del proceso productivo capitalista que no tiene protección y por otro lado, el sector productivo capitalista que si está cubierto por la seguridad social. Pero dentro de éste último sector existen grandes diferencias en cuanto a cobertura y grado de calidad de la protección".(7)

Esta ciclica desprotección, se acrecienta aún más cuando por diferentes razones, los asalariados no pueden concluir la zafra. Encontramos que solamente el 66.7% los recibió en forma total durante los meses que duró la zafra, el resto 33.3% osciló entre 2 y 5 meses (cuadro #25).

Con respecto a la diferencia de beneficios y servicios. En el Decreto relativo a la incorporación de los productores de caña de azúcar al régimen del Seguro Social Obligatorio, del 29 de junio de 1963. Aparece en forma

precisa cuales son los beneficios que cubre el régimen de la seguridad social, para cada uno de los grupos campesinos. En relación con los productores de caña el Artículo 30. refiere que tendrán derecho a las prestaciones establecidas por la Ley, que se agrupan en las siguientes ramas de seguro:

- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Enfermedades no profesionales y maternidad.
- Invalidez, vejez y muerte.
- Cesantía en edad avanzada.

También se contemplan las siguientes prestaciones en especie y en dinero, las primeras consisten en :

- a)Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica hasta por 76 semanas.
- b)Servicios de hospitalización.
- c)Apuratos de prótesis y ortopedia, en caso de accidente de trabajo ó enfermedad profesional.
- d)Asistencia obstétrica,y
- e)Ayuda para la lactancia.

Los beneficiarios de estas prestaciones son:

- El asegurado en a), b), c)
- La asegurada en a), b), c), d), e)
- La esposa o concubina en a), b) y d)

Exigiéndose a los familiares la convivencia y dependencia económica - del asegurado.

Con respecto a las prestaciones en dinero, comprende las siguientes:

- Subsidios por incapacidad temporal y maternidad.
- Ayudas para gastos de funerales y para la lactancia.
- Pensiones, indemnizaciones y finiquitos.

Al establecer el instituto los beneficiarios de las prestaciones, dejó fuera una parte considerable de la población. Por lo que se observa que aún dentro de los ejidatarios una parte de su familia, queda alejada de los beneficios de la seguridad social.

Encontrándonos en este punto, que de un total de 682 miembros considerados en las familias encuestadas, sólo 463 se reportaron como asegurados, que corresponden a un 67.8%, quedando 222 en el desamparo y representan el 32.1%.

De las causas más frecuentes del no aseguramiento, figuraron las siguientes: por mayoría de edad un 73.1%, por vivir fuera del ejido 7.5%, por problemas en su inscripción 14.9%, y por otras causas un 4.5% (cuadro 176).

En relación con los trabajadores temporales, el artículo 18 del mismo decreto menciona: "Los trabajadores estacionales que laboren en el cultivo de la caña, así como sus beneficiarios legales tendrán derecho a la asistencia médico quirúrgica, obstétrica, farmacéutica y hospitalaria necesarias, durante el tiempo que el asegurado compruebe con el aviso de trabajo respectivo, que está prestando servicios a un productor. Al efecto, las formas correspondientes a los avisos de trabajo las proporcionará el Instituto a los productores de caña según reglamentación que se expida".(8)

Las grandes diferencias que consultan, son el producto "normal" de una gestión estatal preocupada por atender a esa parte de la población campesina que resulta ser más importante. "Y la seguridad social es una de tales instituciones que a través de las prestaciones médicas, económicas y sociales, contribuye a mantener en situación adecuada para el capital la salud de la clase obrera, así como las condiciones necesarias para la reproducción de la fuerza de trabajo con el fin de que no se afecte el proceso productivo". (9)

Por ello entonces, los productores de caña al ser una parte sustancial del desarrollo industrial nacional, y como grupo de presión, han resultado los más beneficiados, en parte. "Esa realidad parece indicar que las diferencias de grado en cuanto a la responsabilidad de la reconstitución de la fuerza de trabajo por parte del Estado, están determinadas por las necesidades de la producción, lo cual obliga a una intervención diferenciada en

cuanto al grado de desgaste (falta de protección a sectores agrarios atrasados, protección diferenciada de acuerdo al segmento de la fuerza de trabajo)".(10)

Sin embargo la extensión de la seguridad social, no ha sido la panacea, para la solución de los problemas de salud-enfermedad de la población cañera. Así nos encontramos que unos servicios del Instituto, son más utilizados que otros (cuadro #27), siendo las de consulta externa y medicina preventiva, urgencias y maternidad y canastilla, los más requeridos. Ello está en relación al conocimiento que tiene la población sobre sus derechos en materia de prestaciones. En este punto consideramos que era necesario conocer el número de prestaciones, a que tiene derecho la población, dependiendo del régimen en el que se haya inscrita.

Así resultaron que los servicios de: consulta externa, urgencias, medicina preventiva y maternidad y canastilla, fueron mencionados por los entrevistados, siendo menores los porcentajes con respecto a otras prestaciones o simplemente no se sabe a que se tiene derecho (cuadro #28).

La actual forma de aplicación de la seguridad social, no ha resuelto las necesidades crecientes de la población, se ha tomado como una de las opciones dentro del prisma que comprende el sector salud. Encontrando que la población sigue utilizando los servicios médicos particulares en un 41.4%, quedando un 17.3% cubierto por los servicios estatales de salud (cuadro #29). La elevada utilización de los servicios médicos particulares, representa para la economía campesina, en particular para los campesinos temporales, una descapitalización para el presupuesto familiar. Dado que en éste momento el precio de las consultas generales oscila entre \$3,000 y \$4,000, y las de especialidad entre \$5,000 y \$9,000.

La causa de esto la provoca la actual forma de administración de los servicios, la gran demanda y la limitación de las instalaciones, así como el factor humano institucional, que refleja toda ésta problemática. En opi-

nión de los entrevistados, la pérdida de tiempo (44.2%), es una de las primeras causas, siguiendo el mal trato por parte del personal de la institución con un (21.1%), y otras causas (15.8%) (que incluye a campesinos que están asegurados por otras instituciones, que no tiene fé a la forma y tipo de tratamiento, etc.). (cuadro # 30) "la pésima conducción de los hospitales y la asistencia relativa y caótica tiene otro aspecto negativo: la proliferación, la expansión y la consolidación de las clínicas privadas, cuyos intereses jamás habían prosperado como en este momento, y como seguramente lo harán aún más en lo futuro inmediato si los hospitales siguen proporcionando una asistencia cada vez más decadente".(11)

Así nos encontramos que los servicios con mayor problema, lo representaron la consulta externa con 34.5%, siguiendo en orden de importancia el servicio de urgencias con 10.4% (cuadro # 31).

En el caso de los campesinos temporales, la situación no es menos atractiva, al término de la zafra pocas semanas continúan recibiendo los servicios del IASS. Para ellos el panorama se presenta dramático en caso de alguna emergencia. Para ésta población una de las opciones la constituye la consulta privada que se utilizó en un 33.3% con las consecuencias económicas. La utilización de los servicios médicos estatales (SSA, DIF, CRUZ ROJA.), se realizó en un 26.7% (cuadro #32), esta asistencia médica solución los problemas de salud de ésta población durante los meses que dejan de recibir servicios por parte del IASS.

Con lo anterior, las respuestas dadas por la población unifican que la seguridad social ha solucionado algunos de sus problemas, más no se ha convertido en la panacea de aspectos de salud-enfermedad.

En principio porque su régimen de incorporación no es universal sino clasista. Muestra las limitantes de una institución rígida en sus principios, la preocupación es la atención de la clase laboral más importante y porque no da expectativas de solución al grave problema de la desprotección sino

que lo acentúa.

Ello nos da un panorama incierto para el futuro de las crecientes demandas de la población campesina cañera, en materia de seguridad económica y bienestar social. La extensión de la seguridad social, ha marcado los límites de su actividad. La solución de los problemas requerirán en lo futuro de algo más que reformas "...dentro de la política de la seguridad social deberán contemplarse dentro del marco que impone el sistema capitalista: la explotación del proletariado, atenuada, si se quiere por la seguridad social que se tiene de satisfacer el mínimo de necesidades para la subsistencia, pero no por ello evita las condiciones de explotación en que se encuentra aquella parte de la clase trabajadora que tiene acceso a algún sistema de seguridad social, la cual sin duda, está en "pejores" condiciones de explotación en comparación con aquellos sectores que no son asegurados y que se encuentran en peores condiciones de vida y de trabajo". (12)

De esta manera también que ser transformados los principios selectivos de la institución si se quiere llegar con plenitud, a cumplir la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, para el desarrollo de las capacidades personales acordes con la dignidad humana. De una clase campesina dedicada al cultivo de la caña de azúcar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cohen Noemí Sara Gutiérrez. Trabajadores y Seguridad Social en América Latina. IISS. Sria. Gral. Depto. Asuntos Internacionales. México 1961, p. 58
2. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folios Ediciones, 2a. ed. México 1964, p. 84
3. Trabajadores y... p. 7
4. Ibidem p. 7
5. Ibidem p. 58
6. La Seguridad Social en México. IFS, México 1964, p. 335
7. Trabajadores y... p. 58
8. La seguridad social... p. 330
9. Capitalismo y... p. 82
10. Trabajadores y... p. 59
11. Tinio Hario. Clases sociales y enfermedad. (Introducción a una epidemiología diferencial). Ed. Nueva Trigon, 2a. ed. México 1980, p. 104
12. Capitalismo y... p. 86

7. CONCLUSIONES.

La seguridad social se presenta hoy día, como la organización médico-social-política-ideológica (en relación a otras formas de asistencia médica), por medio de la cual el Estado moderno, puede hacer posible alcanzar niveles óptimos de aseguramiento hacia los grupos que conforman la sociedad. Su extensión hacia el resto de la comunidad no shabla, del instrumento hasta el momento más idóneos con que se cuenta para hacer llegar al seno del núcleo familiar, los progresos y avances de la sociedad en su conjunto. Teniendo presente poner al alcance de sus miembros los recursos por medio de los cuales satisfagan sus necesidades más apremiantes.

Hoy día entonces, las acciones de la seguridad social, sus fines, objetivos, filosofía, parte de los recursos, etc., competen exclusivamente al Ejecutivo Federal, no sólo en México sino en muchos países del mundo. Por lo que como acción gubernamental, se conforma de acuerdo al carácter y filosofía predominantes en el grupo social.

Este quehacer médico oficial no permanece ajeno a los conflictos y fricciones que se dan en una sociedad capitalista. Como función estatal debe atender conforme a su procedimiento a la legitimación del estado de cosas. Así por ejemplo puede encontrarse a nivel de la estructura económica, donde atiende a la recuperación y al mantenimiento de la mano de obra. Con ello contribuye a que, mediante la atención médica, las prestaciones y servicios sociales, en la medida de lo posible coadyuve a garantizar la salud, prevenir las enfermedades y alcanzar en la medida de sus posibilidades, una elevación de los niveles de vida, a fin de obtener una máxima tasa de ganancia que se dá a costa de la explotación del trabajador.

La elevación de los niveles de vida que procura dar la seguridad social, se ven limitados, especialmente por la posición que guardan los obreros y los campesinos, respecto del capital.

A nivel político e ideológico, también la seguridad social se hace

presente. En el complejo mundo de la política, se conforma el cuerpo de las ideas, los conceptos, los valores y los fines. De los enfrentamientos entre las diversas clases, una filosofía sale adelante. Por lo que nos encontramos que en nuestra sociedad, la lucha de las ideas también es lo cotidiano "...la ideología existe para dar expresión general o, si se prefiere, para presentar los intereses de una clase social determinada como los intereses de toda la sociedad en su conjunto".(1)

Aquí es donde la presencia del Estado, tiene una función necesaria para el logro del consenso general, lo que no puede cubrir la seguridad social con hechos, los traslada al terreno de la doctrina. De esta manera su cuerpo filosófico ensalsa valores subjetivos como: la redistribución de la riqueza social, la justicia social, el bienestar, la prosperidad, la libertad, la equidad, etc.. Que aún cuando choquen con los hechos cotidianos que nos presenta la realidad, permite justificar sus limitaciones ante los hombres. "En la sociedad capitalista el dominio sobre la sociedad se ejerce mediante la política, o sea, hablando en nombre de todos para lo cual hay que gozar de apoyo y el consenso de los demás, por lo menos, de una mayoría de ellos; cuando ese consenso viene a faltar, entonces hay que hacer política para conquistárselo". (2)

Esta forma de hacer política, permite una sujeción o un control en el cual no hay necesidad de la violencia y/o la fuerza. Lo que hace que el Estado (entendido como el complejo de las instituciones sociales, por medio de las cuales, garantiza la organización de la sociedad a fin de que realice sus actividades esenciales), aparezca como cuerpo socio-político, representante de la sociedad en su conjunto, el cual maneja los conflictos en forma imparcial, ocultando que en esencia es el Estado de la clase dominante, su representante.

El construir todo éste complejo ideológico en rededor de la seguridad social, lleva en último de los casos a mantener en el justo medio los con-

flictos de clase, originados al interior del proceso de producción. Con esta perspectiva, la función del Estado es evitar en la medida de lo posible la ateración de la paz social, y donde la presencia de la seguridad social, se utiliza como el "...instrumento que permite circunscribir las demandas de los trabajadores a la esfera del consumo, sin alterar las relaciones sociales de producción en que se basa el capitalismo".(5)

Es así como la seguridad social, suele manejarse de acuerdo a los intereses de la clase dominante. La cual le imprime la característica principal de la sociedad y en definitiva será el sello de clase. En nuestro caso apunta a que la explotación de una clase por otra, sea lo común, aún cuando su legislación plantee aspectos avanzados estará limitada, para traspasar la contradicción principal de nuestra sociedad: la apropiación privada sobre los medios de producción que propicia la explotación de la clase trabajadora y origina un enfrentamiento constante entre los factores de la producción.

De esta manera la participación del Estado en el área de la atención médica ha sido decisiva, dicho papel ha permitido, relevar las finalidades de ésta a las condiciones económicas y políticas del país. Por ello la presencia del Ejecutivo Federal en el campo de la salud, inicia con el control de las instituciones de beneficencia, para continuar con las instituciones de seguridad social, que en la actualidad se han convertido en el sistema de atención médica con mayores recursos, resultado del avance reivindicativo que ha tenido la clase obrera. Es precisamente desde el punto de vista financiero, donde pueden establecerse las mayores diferencias, con otro tipo de sistema de atención médica.

Es por ello entonces que detrás de las renovaciones en los sistemas de salud en América Latina, como ha venido siendo desde el siglo pasado, hoy se le exige al Estado jugar el papel principal, para alcanzar los objetivos de una seguridad social integral, con características universales. En

este sentido deberá de cumplirse un compromiso que conlleve dos aspectos: uno de desarrollo equitativo y el segundo que contemple el bienestar social.

Así la participación estatal se centra, no sólo en determinar quiénes quedan incluidos dentro de los beneficios de la seguridad social, y en que condiciones, sino que llega al punto clave, su contribución en la estructura financiera que hará posible la existencia del sistema. Ya sea mediante un modelo tripartito de financiamiento o en último de los casos hacerse cargo de todo el sistema de seguridad social, lo cual dependerá de la concepción que el gobierno tenga sobre su función substancial.

También aquí el carácter de clase que toma la seguridad social se hace presente, la lucha entre las diversas clases, llevan aunque no se lo propongan, a reflejar sus intereses. Por esto los gastos originales y los ingresos de cada institución de seguridad social resultan de: 1. las disposiciones legislativas que determinan las cotizaciones, los subsidios de los fondos públicos y otros recursos del régimen y del esquema de prestaciones. 2. El juego de los factores sociales, políticos, económicos y demográficos. (4)

En México los cambios ocurridos en el campo de la salud, se dan de una manera decisiva a partir del decenio de los cuarentas. La aparición del ISS (1943) viene acompañada por una serie de transformaciones en la estructura económica. La política de sustitución de importaciones, a raíz de la participación de E.U. en la segunda conflagración mundial, permitió a algunos países como el nuestro, desarrollar una incipiente infraestructura industrial y su proteccionismo, que no evitó se convirtiera en exportador de materias primas y deudor permanente, que lo llevó como al resto de los países latinoamericanos (a excepción de Cuba), a formar parte del conjunto de las economías dependientes.

La penetración del capital extranjero, unas veces por la dominación y otras a través de la cooperación y el intercambio tecnológico, incursionó en las esferas: de la economía, la política, la organización social, la

atención médica, los aspectos culturales y educativos.

En este contexto la seguridad social a partir de los cuarentas, aparece como uno de los soportes del desarrollo nacional. Se aplicó a la protección de la mano de obra fabril (y a su familia), pilar de la industria nacional, dado que era el sustento objetivo de la política económica estatal.

La protección del trabajador al incorporarse dentro del régimen del Seguro Social Obligatorio, se dá en las siguientes ramas: enfermedad, maternidad, invalidéz, vejez y muerte, riesgos de trabajo, asignaciones familiares, y servicios sociales. Quedan cubiertas entre otras prestaciones, las médicas (medicina social o sea preventiva, curativa y rehabilitatoria); las económicas (subsidios por incapacidad, enfermedad o accidente, pensiones por incapacidad temporal, permanente o muerte), las prestaciones en especie (canastillas de maternidad, ayuda de lactancia, etc.). (5)

Con ello la planta productiva del país, estaba en condiciones de seguir funcionando. La seguridad social se avoca a la vigilancia de la mano de obra y su permanente mantenimiento. El Estado cumplía con el compromiso de seguir reproduciendo las actuales condiciones de explotación, porque las acciones de la seguridad social estaban vedadas al enjuiciamiento de las relaciones de producción existentes, haciéndolas más dinámicas "...es un hecho que el empleo de los recursos con que cuenta el país para elevar los niveles de salud, así como las políticas que se fijan en este campo estarán en función del marco económico, político y jurídico propio de cada realidad".(6)

Once años después (1954) hace acto de presencia la acción diferenciadora de la seguridad social en el campo. El Reglamento para los trabajadores del campo, inicia con los estados de Baja California, Sonora y Sinaloa. Regiones agrícolas donde la producción capitalista consume: gran cantidad de mano de obra asalariada, fertilizantes e insumos en general, maquinaria agrícola, crédito, etc., y donde gran parte de la producción se destina

a la exportación.

El desarrollo agrícola en México ha dado lugar a la expansión de determinadas zonas geográficas, por lo que tocó a ellas mantener su actual nivel de productividad. La seguridad social aparece para apoyar éste crecimiento, procurando mantener en óptimas condiciones la mano de obra del trabajador. Para que de ahí se difundiera a otras poblaciones cuyos productos agrícolas eran estratégicos para la planta industrial.

Con el "Reglamento para el Seguro Social Obligatorio de los trabajadores del campo" se pone en marcha la incorporación de aquellos campesinos, cuya organización en sociedades de crédito agrícola o ejidal eran garantía.

En el caso por ejemplo de los cafeticultores, candelilleros, coppers, cañeros, etc., se hace con los mismos derechos y obligaciones que los obreros industriales. De esta manera se aseguraba el permanente abastecimiento de las zonas rurales a las urbanas.

Sin embargo los beneficios traídos a la población campesina no fueron universales. El IMSS reprodujo los mismos criterios selectivos, que aplicó en las zonas urbanas. Esta política desigual y en algunas circunstancias injustas (porque para el más pobre, quedó cancelada la doctrina de la universalización de los beneficios de la seguridad social), distinguió dos grandes grupos campesinos: aquellos que recibieron los servicios y prestaciones permanentes y otros sólo en forma temporal.

Para los campesinos cañeros el Decreto del 29 de junio de 1963 y la Ley del 7 de diciembre de 1963, son dos ejemplos de incorporación selectiva. A través de ellos se llegaron a conformar dos grandes grupos; el primero constituido por los propietarios de tierras (ejidatarios), quienes tendrán los mismos beneficios que los trabajadores industriales (prestaciones médicas, económicas y en especie), el servicio será permanente para él y su familia. El segundo grupo lo conforman los cortadores de caña eventuales, quienes no son propietarios de tierra, y solamente reciben las prestaciones médicas

en forma temporal, es decir durante los meses que trabaja y/o dura el período de zafra ampliándose en caso de accidente.

Este procedimiento hacia las poblaciones cafeteras, determina que la seguridad social sea un régimen con características clasistas. Dando pie a que las diferencias sociales y económicas dadas entre las clases sociales, se hagan más agudas al trascender al campo de la práctica médica. De este modo la seguridad social se convierte en un mecanismo más, que reproduce a su modo estas desigualdades, haciendo objetivo el carácter de nuestra sociedad competitiva: dar prioridad al sector laboral que es fundamental tanto a nivel de la estructura económica á como grupo de presión, en el terreno de la política. De ahí que sus mecanismos (algunos injustos como la negación de los servicios a los no derechohabientes), siguen siendo y por parte de nuestro oficial sistema de atención médica.

Así vemos que la presencia de la seguridad social en las zonas cafeteras, no es un azar del destino, sino que viene arraigada con las transformaciones que se empiezan a dar a nivel de la estructura económica.

En nuestro caso de estudio, a fines de la década de los cincuentas, el ejido Emiliano Zapata empieza a convertirse (junto con otros), en la zona estratégica de abastecimiento para los dos ingenios existentes en la región. Un ejemplo que nos habla de ello, es el cambio paulatino de productos agrícolas básicos como el maíz o frijol, los cuales eran sembrados por un 76.6% de la población, por un producto comercial como la caña de azúcar. O también la lenta incorporación de tierras al nuevo cultivo, que durante la década de los cincuentas se muestra lento, apareciendo en el 23% de los entrevistados, para cuadruplicarse en los sesentas y llegar a un 42.5%, disminuyendo posteriormente. Esto configura una integración completa al intercambio comercial dentro del capitalismo. Esta penetración del capital al agro mexicano, lleva consigo por ejemplo; obras de infraestructura, avances tecnológicos, créditos, investigación, etc., los cuales "...son acapara

dos por una fracción reducida de una gran burguesía que se va consolidando en algunos enclaves de gran producción capitalista, principalmente en el noroeste, centro-norte y noroeste del país. Se ensanchan cada vez más las diferencias entre esas zonas de desarrollo capitalista y las regiones temporeras donde predomina una gran agricultura campesina". (7)

De esta manera, la fusión de los ejidos cañeros con los centros de industrialización, ha traído una serie de cambios cuya primera manifestación (como anotábamos anteriormente), se dá a nivel de la estructura económica, particularmente en el proceso de trabajo, para después encauzarse a las áreas socio-culturales y políticas.

Estas transformaciones son las siguientes:

1. La aparición del crédito tanto oficial como privado, se hace esencial como condición para la puesta en marcha del proceso de trabajo, derivándose de ello:

2. La tecnificación como en ninguna otra etapa anterior, de algunas fases del proceso como el corte y acarreo. El empleo en forma intensiva de fertilizantes e insumos en general, como medio para un mayor rendimiento por hectárea del terreno.

3. El trabajo asalariado entre los campesinos, donde unos compran y otros venden su fuerza de trabajo. Que en forma creciente acompaña a algunas faenas (corte y acarreo).

4. La ampliación de la jornada de trabajo, que como hemos visto en la presente investigación, llega a ser mayor de las 8 horas.

5. La presencia del trabajo a destajo en forma creciente entre los jornaleros, actividad que no cuenta con otro tipo de prestaciones (aparte de las estipuladas por la seguridad social), como son la antigüedad, las prestaciones de ley, la sindicalización, el descanso obligatorio, etc.

6. El precio de garantía como criterio sustancial en la compra-venta del producto.

7. Fenómeno anual de emigración, en la cual participan tanto los ejidatarios como los cortadores (no propietarios), en nuestro caso éstos últimos lo reportaron en un 41.2% hacia la capital de estado, un 23.5% a otro ejido de la región y un 17.6% a los E.U..

8. Empleo en trabajos que se consideran los menos especializados, remunerados y los más desprotegidos y extenuantes. Así la construcción, agricultura y servicios se mencionaron en un 33.2%, a éste mismo porcentaje corresponde la principal causa de la emigración: en busca de trabajo.

9. De esta manera los ejidos cañeros se convierten en los reductos, de una creciente mano de obra barata, el ejército industrial de reserva, que constantemente presiona a la baja de los salarios.

10. Existencia de grandes grupos sin propiedad territorial.

Con respecto al nivel socio-cultural:

1. Hay una clara diferencia entre patronos y asalariados, derivado de la tenencia de la tierra.

2. Grandes resagos educativos. La mayoría de las familias entrevistadas, no han logrado superar el nivel elemental.

3. Aplicación desigual de los programas oficiales, en el caso de la seguridad social, se hace una clara diferencia en su afiliación: los propietarios tienen servicio permanente y los jornaleros temporal.

En los que respecta al nivel político:

1. Hay una definitiva incorporación de los productores cañeros a las organizaciones oficiales (C.N.C., P.R.I.).

2. El manejo del crédito también contiene un fuerte componente político.

Todo ello conforma que los ejidos cañeros (incluido el de la presente investigación), manifiesten los resultados y consecuencias de su liga con la agricultura comercial. Como parte de la división general del trabajo, toca a ellos la tarea más importante: la producción de la materia prima, con la cual se abastece al resto de la industria nacional. Por eso resulta

vital seguirlos manteniendo como áreas estratégicas, aún cuando se encuentren cotidianamente en desventaja con el sector industrial.

En este sentido es generalizada la opinión de algunos estudiosos del agro mexicano: la permanente descapitalización que se dá en éste tipo de relaciones comerciales. Donde el factor crítico para los pequeños productores se traslada a los mecanismos de transferencia de su excedente productivo. La desigualdad se expresa porque el campesino cañero vende su producto muy barato al ingenio; en la zafra 1979-1980, el precio de la tonelada de caña de azúcar era de \$362.15, en la de 1980-1981 era de \$497.81, de un año a otro el precio se incrementó en un 27%, lo que ejemplifica el intercambio desigual entre el producto del campo y el industrial. Con lo que el poder de compra de los campesinos cañeros, va a la saga del proceso inflacionario que estamos viviendo, según datos para el mes de octubre de 1986, la inflación acumulada llegó a un 70%. Así el precio de garantía fijado en cada zafra para la tonelada de caña de azúcar, no puede competir con el encarecimiento que han tenido los servicios tanto públicos como privados y los artículos de uso común, en los últimos años.

Ante estas circunstancias, surgen una serie de interrogantes, cuál es el papel que toma la seguridad social y de que manera se convierte en el mecanismo que: conserva y reproduce la fuerza de trabajo, y acentúa las diferencias socio-económicas, para ser el aliado eficaz de la clase gobernante, en la explotación de una clase sobre otra?

La llegada de la seguridad social en los inicios de la década de los sesentas al ejido Emiliano Zapata, por principio de cuentas diferenció a la clase trabajadora. Distinguió a los campesinos cañeros que ya estaban considerados como ejidatarios, que detentaban la propiedad de sus parcelas, y estaban inscritos dentro de alguna organización oficial crediticia. A estos los consideró como el elemento sustancial dentro del proceso de producción; por lo cual se establecieron los mecanismos necesarios, para incorpo-

rarlos dentro del Régimen del Seguro Social Obligatorio, con todas y cada una de las prestaciones y servicios a que tienen derecho los obreros de la industria. Establecidas en la Ley del Seguro Social en las ramas de: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez vejez y muerte, y cesantía en edad avanzada.

Sin embargo a pesar de su importancia económica y política, la seguridad social no se muestra muy complaciente con este grupo. Los datos recabados de manera global (propietarios y no propietarios), nos muestran que de los 632 miembros de familia, 450 se reportaron como asegurados y corresponden a un 67.4%, los 222 restantes (32.6%) no quedaron incorporados a la institución, las causas más frecuentes que se extirparon fueron las siguientes: mayoría de edad (73.1%), vivir fuera del ejido (7.5%), problemas en la inscripción (14.9%) y otras causas (4.5%). Si la relación de ejidatarios y no propietarios fué de 2 a 1 en nuestro estudio, puede asegurarse que una buena cantidad de miembros de familias ejidatarias estén fuera de la seguridad social.

Para los campesinos cañeros temporales, la situación se torna distinta, tienen derecho a: la asistencia médico-quirúrgica, obstétrica, farmacéutica y hospitalaria necesarias, durante el tiempo que el asegurado compruebe mediante el aviso de trabajo, estar laborando con un productor.

La vigencia de los servicios se prolonga por 3 semanas, a partir de la fecha del último aviso de trabajo, o hasta 72 semanas en el caso de: accidente de trabajo, tétanos y picadura de animales ponzoñosos. En estos casos sus beneficiarios legales, disfrutarán de prestaciones en especie y dinero, tomando en consideración sus condiciones temporales de trabajo.

Para ellos la situación de la atención a la salud, es un panorama muy crítico, en el presente trabajo su relación con los ejidatarios correspondió a un 2 x 1 por lo que de entrada un 50% de la población total del ejido, permanece por 6 meses sin las prestaciones y servicios de la seguridad so-

cial. Durante éste tiempo las opciones que se le presentan a ésta población son variadas, una de ellas corresponde a los servicios médicos estatales (S.S.A., D.I.F., CRUZ ROJA), que un 26.7% de los encuestados respondió haberlos utilizados. Otra muy importante es la consulta privada, donde un 33.3% afirmó utilizarlos, ello permite entender que la atención a la salud, por los medios privados, es otro de los factores que merman el presupuesto familiar, dado que las cuotas de los médicos generales oscilan entre \$3,000-\$4,000 y la de los especialistas entre \$5,000-\$9,000. Tomando en cuenta que los ingresos reportados por semana, fueron variados oscilando entre las siguientes cantidades: \$2,850-\$5,350 (6.5%), \$5,350-\$7,850 (17.4), \$7,850-\$10,350 (26%), \$10,350-\$12,850 (17.4), \$12,850-\$15,350 (30.4%), \$15,350-\$17,850 (2.2%).

Sabiendo que la seguridad social es por tiempo trabajado, nos encontramos que no todos los campesinos cañeros temporales llegaron al final de la jornada, sólo el 66.7% recibió los servicios del ISS durante los meses que duró la zafra, el resto 33.3% los recibió entre 2 y 5 meses, debido a que dejaron de trabajar por diversas circunstancias.

Durante la investigación nos encontramos con un tercer grupo de campesinos, los llamados "cortadores foráneos", quienes con algunas características semejantes al anterior (no propiedad de tierra, sin voz ni voto en las asambleas, etc.), son dentro de los campesinos cañeros, los más explotados, desprotegidos y discriminados. Su condición de migrantes los hace vulnerables en todos los sentidos. Empezando por las características de su trabajo (a destajo), y lo variable de su ingreso semanal. Esta última zafra el precio por tonelada cortada fué de \$350 y \$800 cortada y cargada.

Aquí la seguridad social se muestra más injusta, legalmente tienen los mismos derechos que el grupo anterior, pero ésta no presta la menor atención a sus condiciones de alojamiento, trabajo y estancia temporal. La mayoría de los entrevistados, durante su estancia no recurren a los servicios de la institución (salvo excepciones extraordinarias), y entre las

causas más frecuentes se dijeron las siguientes: desconocimiento de los servicios a que tienen derecho, lejanía de la clínica y desconocimiento de cómo llegar a ella.

Con todo lo anterior, puede decirse que la extensión de la seguridad social, no ha sido la panacea para la solución de los problemas de salud-enfermedad de la población cañera. La actual forma de aplicar su política, no han resuelto las necesidades crecientes de ésta. Aún cuando la Ley de 1973, estipula entre sus reformas la extensión del régimen de seguridad social, dirigido a núcleos de población, que constituyen polos de profunda migración rural, suburbana y urbana. Otorgando servicios de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria. Tal es el caso del convenio IES-COPIAMAR suscrito en 1977.

De esta manera se le ha tomado como una más de las opciones que ofrece el sistema de salud nacional. Así nos encontramos que la población utilizó los servicios médicos particulares en un 41.4% y los servicios estatales de salud en un 17.3%, teniendo los servicios del IES. Una de las primeras explicaciones que podemos dar, está en el tipo de problemas que enfrentan los derechohabientes, así nos encontramos que un 44.2% manifestó la pérdida de tiempo, un 21.2% se refirió al mal trato del personal de la institución y un 15.8% mencionó otras causas.

Esto tiene una relación estrecha con los tipos de servicios más utilizados, como fueron: los de consulta externa, medicina preventiva, urgencias y maternidad y canastilla. Porque entre los servicios que reportaron mayor problema para su atención, se encontraron los siguientes: consulta externa con un 34.5% y urgencias con un 10.9%.

A esta problemática agreguemos que la población entrevistada, no tiene un conocimiento real de los servicios que la institución tiene derecho a otorgarle, la mayoría de los entrevistados se refirieron con mayor frecuencia: a la consulta externa, urgencias, medicina preventiva y maternidad

y canastilla, siendo menores los porcentajes que se registraron en prestaciones como: ayuda a funerales, ayuda a matrimonio, etc., o simplemente se respondió que no se sabía.

Sobre éste último punto, es palpable en la población el desconocimiento, hacia sus derechos en materia de seguridad social, cabría entonces empezar a estudiar con mayor detenimiento, las razones que están detrás y en último de los casos hacerlo patente a los directivos. Es común en la población el desconocimiento hacia los decretos, leyes y reglamentos de distinto tipo, desafortunadamente la Ley del Seguro Social no es la excepción.

De esta manera vemos que la situación de los campesinos cañeros asalariados, no será menos alentadora en lo futuro, los problemas que se le presentan: falta de tenencia de la tierra, desempleo periódico, emigración, desprotección temporal de la seguridad social, continuarán su proceso crítico. Será difícil que por medio de la seguridad social su situación cambie, por lo que desafortunadamente continuarán siendo uno de los grupos sociales más explotados y menos favorecido por las instituciones oficiales, entre ellas las de seguridad social.

Ante esto los principios doctrinarios se muestran tan limitados para enfrentar la realidad. Esta choca con los deseos de la universalización. Su presencia en nuestra sociedad no puede dejar de lado, el carácter irreconciliable de la lucha de clases y ella lo muestra a su manera, llevando al campo de la atención médica una política desigual. Así se la ha reducido a mantener la mano de obra asalariada, reproducir los criterios clasistas de nuestra sociedad y ser un vehículo por medio del cual, se constituya en soporte de la vigencia de las instituciones estatales, que redunde en el mantenimiento de la paz social legitimándolo sin alterar los factores de la producción.

De esta forma la seguridad social se convierte en un espacio donde las contradicciones de nuestra sociedad, toma nuevos matices, la esencia

no cambia sólo su presentación, aquí los conflictos se muestran en el otorgamiento/logro de beneficios hacia una parte de la población, el carácter de nuestra sociedad competitiva-injusta se reproduce en el acto médico.

En la actualidad la seguridad social pasa por uno de sus momentos más angustiantes, resultado de la crítica situación financiera por la que atravieza nuestro país. La deuda externa, su renegociación y el pago de los intereses, siguen siendo las principales larreras que tienen los países deudores. México al igual que Latinoamérica (desconocemos si Cuba se encuentra en una situación similar con otros países), se ve envuelto en la espiral de: necesidad de desarrollo-préstamo-tanta-tasa de interés. Así por ejemplo ha tenido que recurrir a la renegociación de su deuda y contratar nuevos créditos, ofreciendo atractivas acciones a la banca internacional como: la liberación comercial, reducción de subsidios, venta de parastatales, promover cambios en las normas de exportación, precio y mercado de los productos agrícolas.

El reciente crédito otorgado por el Comité de Bancos (integrado por trece instituciones), asciende a 12,000 millones de dólares, que para algunos estudiosos constituye el programa más grande, complejo y condicionado de la historia financiera. Este nuevo préstamo se entregará a lo largo de 15 meses. Con ello la deuda que contrae nuestro país, ascenderá -según datos estimados- para finales de 1987 a 103,500 millones de dólares. La situación resulta dramática cuando se afirma que los países latinoamericanos, llegaron al límite de su capacidad crediticia, porque en el caso de México resulta imposible que se pueda pagar tal cantidad. Por ejemplo a lo largo de los últimos 15 años nuestro país pagó solamente de intereses 115,000 millones de dólares (cantidad superior a su actual deuda), lo que se ha venido haciendo entonces, es pagar los intereses que en los próximos 12 años alcanzarán la cantidad de 110,700 millones de dólares, sin llegar a cubrir el capital.

Ello permite vislumbrar que según cálculos de los banqueros, al término

del presente sexenio las deudas contraídas con el exterior ascenderán a 120,000 millones de dólares. A ello deben de sumarse las políticas internacionales, que han bajado los precios de las materias primas, entre ellas el petróleo que han sido letales para países con economía monoexportadora como el nuestro, que en 1981 representó el 75.32% del total de las exportaciones mexicanas. O también las políticas arancelarias unilaterales que toman países como (E.U.), en detrimento de nuestra economía, al tasar nuestro petróleo de exportación con un impuesto de 11.7 centavos de dólar por barril, medida que ha sido llamada en los círculos políticos oficiales, como discriminatoria y que amenaza la entrada de mayores divisas.

Esta situación global tiene una trascendencia directa hacia la extensión de cobertura de la seguridad social. Al interior de las instituciones la problemática se objetiviza; ya sea como una disminución de la población derechohabiente, o como un descenso en el ritmo de incorporación, en relación a otros años. Un ejemplo de ello lo muestran las cifras presentadas en el último informe presidencial: 1983 32.5 millones de derechohabientes, 1984 35.3, 1985 38, y 1986 38.5 .

A ello auncamos que fenómenos como: la inflación, el desempleo, el constante aumento de precios, el deterioro del poder adquisitivo del salario y los aumentos insuficientes del salario (recientemente el salario mínimo se aumentó en un 21.20%), conforman una panorámica por demás desoladora.

Por lo que suponemos que los próximos años, no serán menos halagueños para la extensión de la seguridad social y sus políticas , quizás tiendan (si no es que ya), a una racionalización y optimización de sus recursos existentes actuales, por lo que será más difícil tratar de ofrecer una mayor posibilidad de cobertura al resto de la población. Parece imposible que en un futuro próximo ésta situación de desprotección y desigualdad dentro de las instituciones de seguridad social, cambien en su procedimiento y esencia, lo que es más creíble es la persistente diferenciación de una parte

de la población con el otorgamiento de bienes y servicios, en contraposición de otra alejada de estos.

Esta realidad nos habla de que seguirá permaneciendo una parte de la población sin la protección de los beneficios de la seguridad social. Así lo permiten demostrar algunas cifras que nos hablan de los alcances de su cobertura. Cuba en 1973 cubría al 100% de su población en actividad laboral; mientras Brasil en ese mismo año cubría al 83% de la población total del país y en Costa Rica en 1977 se estimaba la cobertura en 82% de la rama enfermedad-enfermedad y el 65% en el seguro de invalidez, vejez y muerte. En México para 1980 cubría a un 50% de la población total del país, o sea a 38 millones 411 mil personas. (8)

Esto demuestra que la seguridad social a lo largo de su desarrollo ha venido incurriendo sus propias limitaciones y debilidades que chocan con la política de la universalización a la población. Ello primero porque surge como fenómeno propio de la industrialización en las urbes, así la seguridad social se concibe para abarcar sólo a los asalariados industriales y en segundo término porque ella ha tendido a proteger a los sectores más modernos y concentrados del mercado de trabajo. (9)

Ello conlleva a que dentro de la seguridad social se cumpla aquello de los buenos propósitos, grandes esperanzas y tristes realidades. Aún cuando ya sea histórico en América Latina el distanciamiento entre lo enunciado formalmente y su ejecución real, parece que es vigente y se cumple en la historia del surgimiento de la seguridad social. La formulación de su concepción doctrinal durante la última guerra mundial, permite apreciar cuán ancha es la distancia que subsiste todavía entre los principios y la realidad. "Las leyes se elaboran como propuestas a seguir, pero al no reflejar fielmente la realidad, acaban por ser inoperantes, un "debería ser" frente a lo que "es". (10)

Aún cuando la seguridad social ha tenido un amplio desarrollo en todo

latinoamericana, cuyos orígenes se remontan al siglo pasado, no ha logrado todavía desterrar las grandes injusticias que se dan en el terreno de la salud.

Hasta hace tiempo (todavía en los canales oficiales), se piensa que por medio de ella es posible solucionar problemas estructurales como la redistribución de la riqueza social, por ejemplo, cuando en realidad compete a otras esferas y organizaciones. Es aquí donde se muestran sus limitaciones, hoy día es posible pensar que la cobertura total, sigue siendo un objetivo tal vez lejano de alcanzar y un reto que está inmerso en las acciones de los seguros sociales en latinoamérica como instrumentos de seguridad social.

En la actualidad ante una estructura de atención médica desigual, a la par de la existencia de grandes sectores de nuestra población campesina, ausentes de los servicios y beneficios de la seguridad social, difícilmente puede entenderse a la salud como un derecho universal para el hombre. Conquistarlo para el bienestar presente y futuro de su generación. Haciendo falta entonces aún hacer efectivo el derecho universal al disfrute de los goces de la seguridad social.

Ella quizás en lo futuro, logre modelar al hombre nuevo, que surja de una sociedad más igualitaria, más justa y más humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Cordova Arnaldo. Política e ideología. UNAM. FCPyS. Centro de Estudios Latinoamericanos. México 1977, p.13
2. Ibidem p.20
3. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folios Ediciones, 2a. ed. México 1964, p.31
4. Palmaro Olga, Manuel Miller, Margarita Elizondo R. Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América Latina. Depto. de Asuntos Internacionales. IESS, 1a. ed. México 1931. p.125
5. Palmaro Z. Olga, Margarita Elizondo R. Progresión y Avances de la Seguridad Social en América Latina. Depto. de Asuntos Internacionales. IESS 2a.ed. México 1960, p.119
6. Capitalismo y enfermedad...p.202
7. Paré Luisa. La política agropecuaria 1970-1982. Cuadernos Políticos #33 Ed. Era, julio-septiembre 1982, p.60
8. Financiamiento y extensión...p.27
9. Cohen Noemí, Sara Gutiérrez. Trabajadores y Seguridad Social en América Latina. IESS Sría. Cral. Depto. Asuntos Internacionales. México 1981, p.54
10. Financiamiento y extensión...p.95

ANEXOS

DURANGO

HUAJICORI

ACAPONETA

JALA

ROSAMORADA

EL NAYAR

TUXPAN

RUIZ

SANTIAGO IXC.

SAN

TEPIC

LA YESCA

BLAS

STA.

María Madre

XALISCO

MA. DEL ORD.

María Ma.
delena

SAN

JALA

sofas

COMPOSTELA

PEDRO

AHUA-

IXTLAN

LAGS

CATLAN

AMATLAN DE

CAÑAS

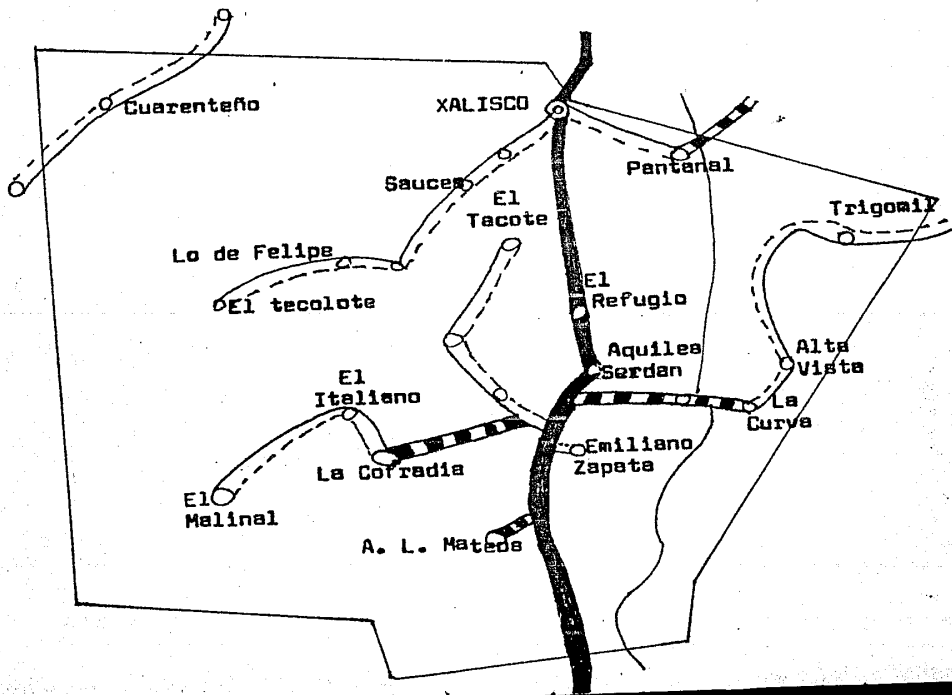
JALISCO

LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE XALISCO.

CUADRO # 1

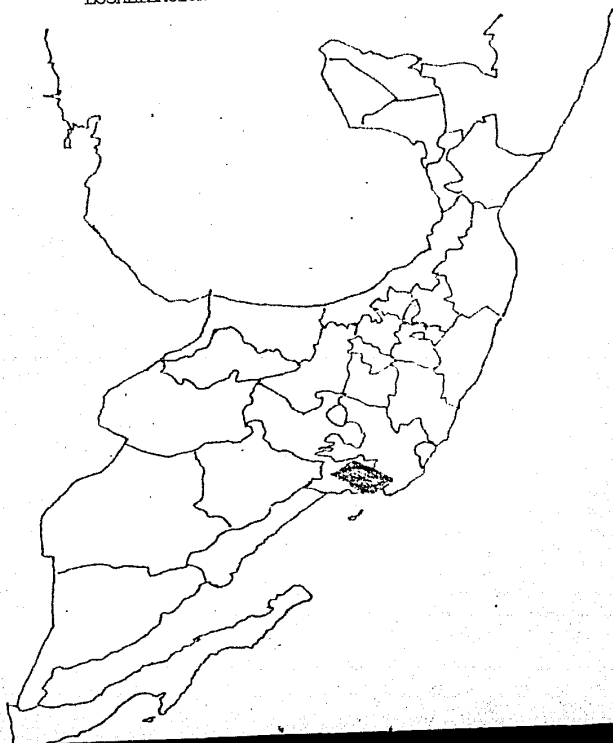
21

CUADRO # 2
MUNICIPIO DE XALISCO.



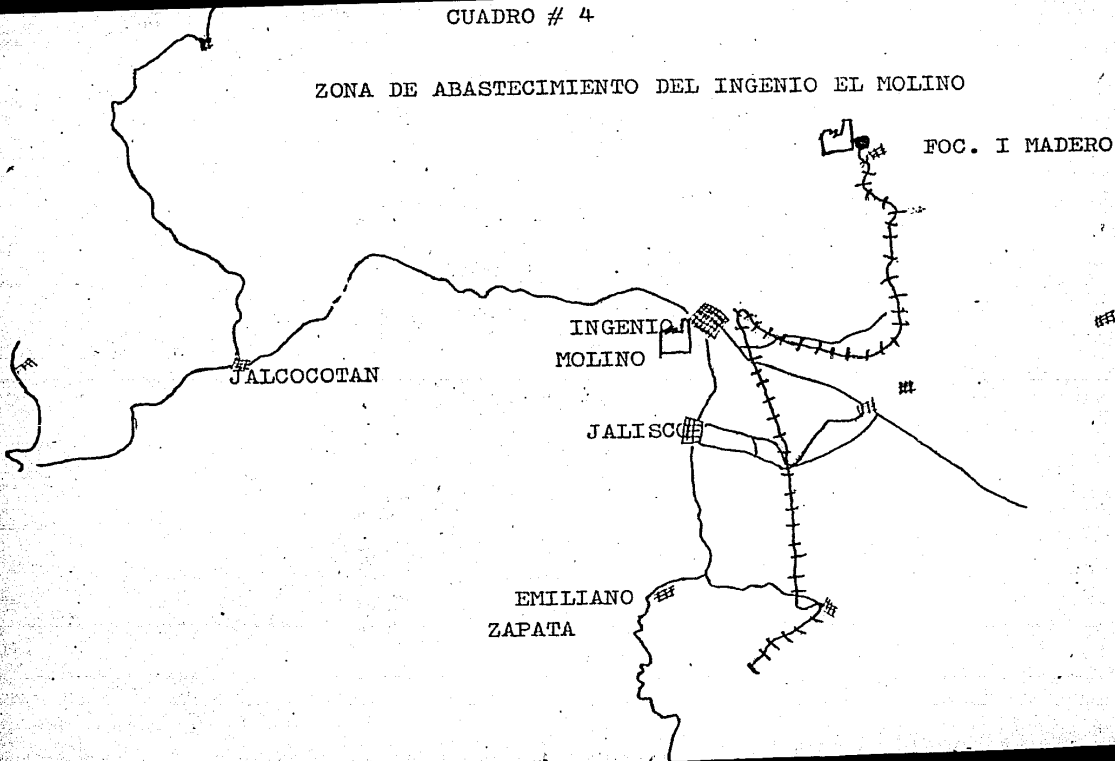
CUADRO # 3

LOCALIZACION DE LA REGION 3 NAYARIT.



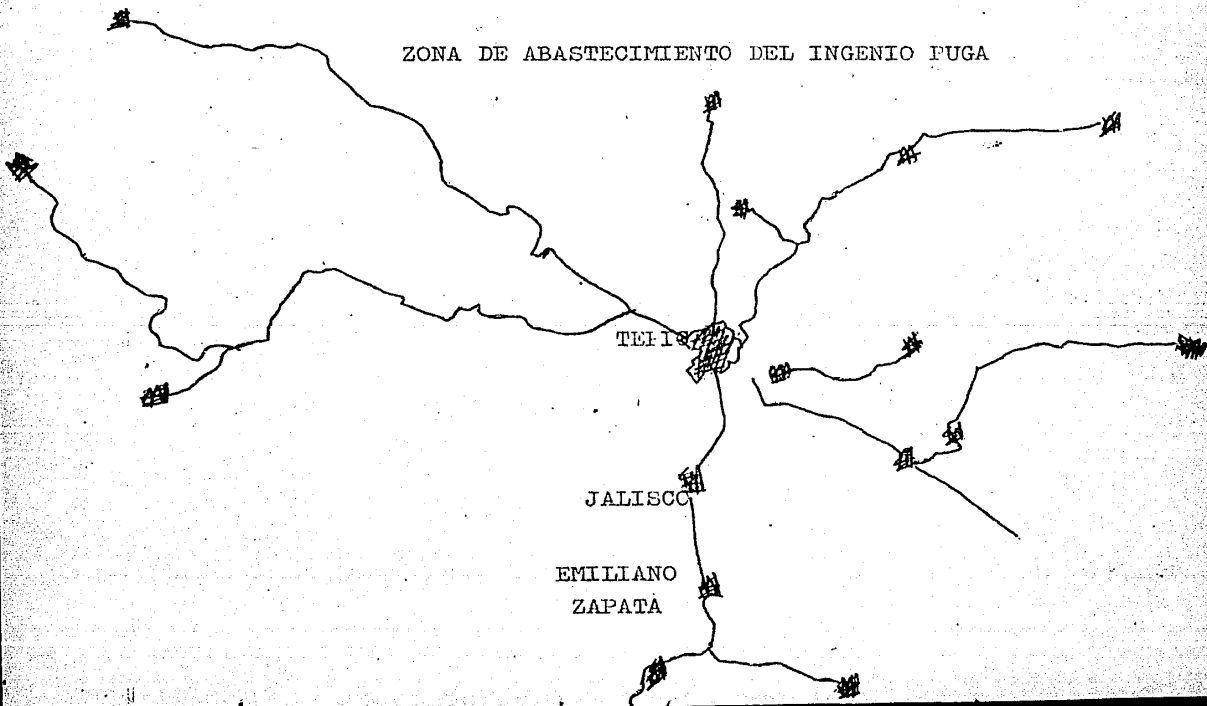
CUADRO # 4

ZONA DE ABASTECIMIENTO DEL INGENIO EL MOLINO



CUADRO # 5

ZONA DE ABASTECIMIENTO DEL INGENIO PUGA



NAVARRETE

CUADRO # 6

ZONA DE ABASTECIMIENTO DEL INGENIO MOLINO/PUGA
INGENIO
PUGA

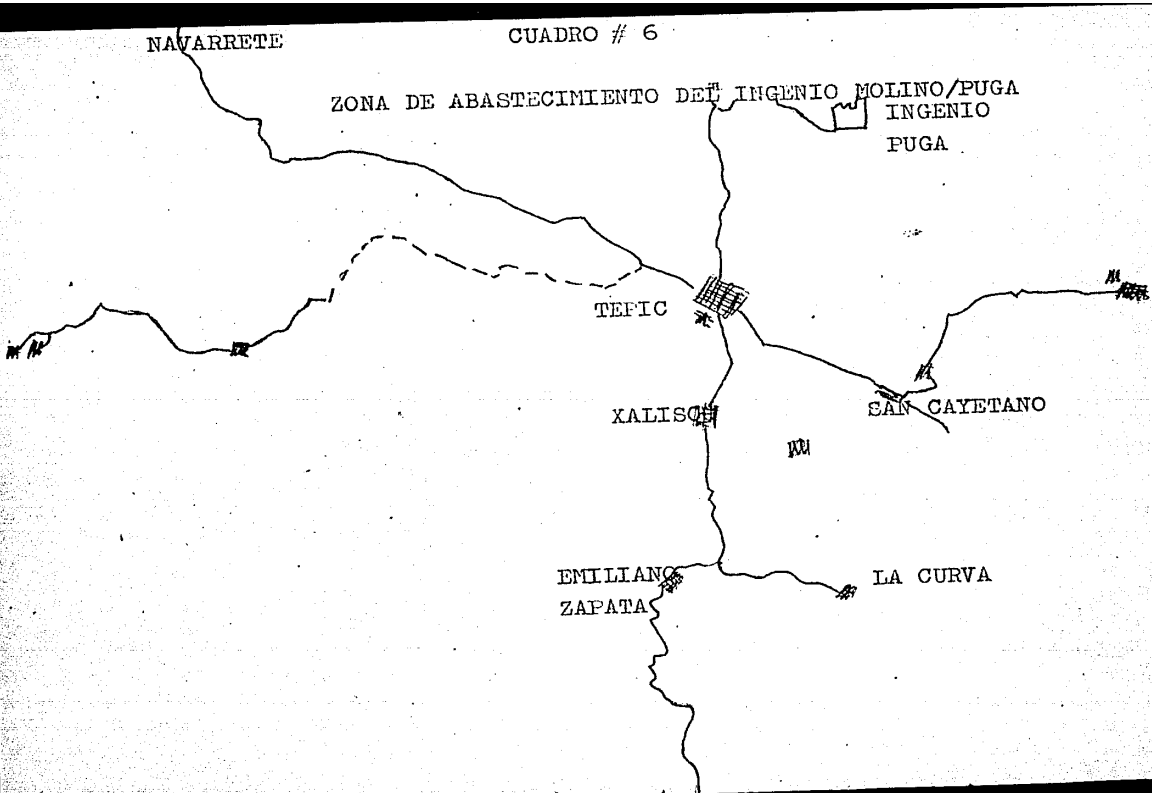
TEPIC

XALISCO

SAN CAYETANO

EMILLIANO
ZAPATA

LA CURVA



- 6.- MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE REALIZARON ACTIVIDAD DU
RANTE LA ZAFRA ANTERIOR. ○
- 7.- AÑOS QUE TIENE DE VIVIR EN EL EJIDO. ○○ ○○
- 8.- DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR, CON RESPECTO A LA TIE--
RRA DENTRO DEL EJIDO, USTED FUE: ○ ○
- PROPIETARIO ○ NO PROFITARIO
(Favor de pasar a la 12)
- 9.- CUAL FUE EL PRINCIPAL CULTIVO QUE OCUPARON SUS ---
TIERRAS LA ZAFRA ANTERIOR: ○
- 1.- ○ MAIZ
2.- ○ FRIJOL
3.- ○ CAÑA DE AZUCAR.
- 10.- MENCIONE SI ANTERIORMENTE SEMBRABA OTRO PRODUCTO -
DISTINTO AL ACTUAL. ○
- 1.- ○ MAIZ
2.- ○ FRIJOL
3.- ○ (MISMO) CAÑA DE AZUCAR
4.- ○ OTRO especifique.
- 11.- MENCIONE CUANTOS AÑOS TIENE DE SEMBRAR LA CAÑA DE -
AZUCAR. ○○ ○○
- 12.- LA ZAFRA ANTERIOR TOMO TIERRA EN CALIDAD DE: ○
- 1.- ○ ALQUILER
2.- ○ A MEDIAS
3.- ○ PRESTAMO
4.- ○ OTROS _____
Especifique
5.- ○ NINGUNO DE LOS ANTERIORES.
(Si ○ NO PROPIETARIO favor de pasar a la 14)

CEDULA DE CAPTACION DE DATOS

I ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS



DATOS GENERALES: FAMILIA _____

VIVIENDA _____ MANZANA _____

1.- EDAD:



2.- SEXO: 1.- Masculino

2.- Femenino



3.- ESTADO CIVIL:

1.- Soltero



2.- Casado

3.- Viudo

4.- Divorciado

5.- Separado

6.- Unión Libre

4.- ESCOLARIDAD:



1.- Analfabeta

2.- Primaria incompleta

3.- Primaria completa

4.- Secundaria incompleta

5.- Secundaria completa

6.- Preparatoria incompleta

7.- Preparatoria completa

8.- Estudios técnicos

9.- Estudios comerciales

10.- Otros _____

Especifique

5.- NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:



13.- AL TERMINO DE LA ZAFRA ANTERIOR DEDICO PARTE DE SU TERRENO A LA SIEMBRA DE OTRO CULTIVO.

- 1.- Maíz
- 2.- Frijol
- 3.- Otros _____
(Especifique)
- 4.- No lo dedicó

14.- MENCIONE QUE TIPO DE ACTIVIDAD DESARROLLO - ADEMAS DE LAS PROPIAS DEL CULTIVO DE LA CAÑA, DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR.

- 1.- Comercio
- 2.- Construcción
- 3.- Servicios
- 4.- Ganadería
- 5.- Otros _____
(Especifique)

6.- Ninguna
(Propietario pasar a la 15)

15.- EN CASO DE NO SER PROPIETARIO DE TIERRAS LA ZAFRA ANTERIOR ESTUVO COMO TRABAJADOR:

- 1.- Asalariado temporal.
- 2.- Asalariado permanente.

16.- APROXIMADAMENTE CUAL FUE EL INGRESO SEMANAL QUE PERCIBIO

17.- CUANTOS MESES PARTICIPO EN LA ZAFRA ANTERIOR

18.- INDIQUE CUALES FUERON LAS PRINCIPALES LABORES DE CAMPO QUE REALIZO DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR

- 1.- Corte de caña
- 2.- Acarreo de caña
- 3.- Labores previas del terreno
- 4.- Manejo de carriemes
- 5.- Quema de caña
- 6.- Desmonte del terreno
- 7.- Otras _____
(especifique)
- 8.- Ninguna de las anteriores.

19.- MENCIONE POR LO REGULAR, CUAL FUE EL HORARIO NORMAL QUE LE DEDICO A LAS LABORES DE CAMPO, LA ZAFRA ANTERIOR.

- 1.- Menos de 8 hra.
- 2.- 8 Horas.
- 3.- Más de 8 hrs.
(Si es No Propietario favor de pasar a la 21)

20.- SI ES PROPIETARIO, MENCIONE SI DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR ALGUNO DE SUS TRABAJADORES - -- GUARDARON ALGUN PARENTESCO CON USTED.

- 1.- Abuelo
- 2.- Padre
- 3.- Tío
- 4.- Hermano
- 5.- Sobrino
- 6.- Primo
- 7.- Otro _____
Especifique
- 8.- No tiene.

PASE A LA 22

21.- SI NO ES PROPIETARIO, MENCIONE SI DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR TIENE ALGUN PARENTESCO CON EL/ DUEÑO DE LA TIERRA DONDE TRABAJABA.

- 1.- Abuelo
- 2.- Padre
- 3.- Tío
- 4.- Hermano
- 5.- Sobrino
- 6.- Primo
- 7.- Otro _____
Especifique
- 8.- No tiene
(Favor de pasar a la 25)

22.- MENCIONE QUIEN LE FINANCIÓ LA SIEMBRA DE CAÑA DE AZÚCAR, LA ZAFRA ANTERIOR.

- 1.- Ingenio Puga
- 2.- Ingenio Molino
- 3.- Institución Privada
- 4.- Institución Oficial
- 5.- Otro _____
Especifique
- 6.- Ninguno

23.- MENCIONE CUALES FUERON LAS CONDICIONES EN LAS QUE LE ENTREGAN EL CRÉDITO.

24.- CUAL ES EL INGENIO AL QUE ENTREGO SU PRODUCCIÓN.

- 1.- INGENIO Molino.
- 2.- Ingenio Puga
- 3.- Ambos.

25.- AL TÉRMINO DE LA ZAFRA ANTERIOR, SE DEDICÓ A ALGUNA ACTIVIDAD DENTRO DEL EJIDO.

- 1.- Comercio
- 2.- Servicios
- 3.- Agricultura (Pasar a las preguntas 26, 27, 28)
- 4.- Otros _____
Especifique
- 5.- No se dedicó.
(Si no contesta agricultura pase a la 29).

26.- SE DEDICO A LA SIEMBRA DE CULTIVOS COMO:

- 1.- Maíz
- 2.- Frijol
- 3.- Otros _____
Especifique .

27.- EL TERRENO DONDE LO SEMBRO ES:

- 1.- Propio
- 2.- Se lo prestaron
- 3.- Fueron a medias
- 4.- Se lo rentaron
- 5.- Otro _____
Especifique

28.- EL PRODUCTO COSECHADO FUE PARA:

- 1.- Autoconsumo
- 2.- Comercio
- 3.- Ambos.

29.- AL TERMINO DE LA ZAFRA ANTERIOR EMIGRO DEL EJI DO POR ALGUN TIEMPO, HABLESE DE DIAS, SEMANAS-- O MESES.

- 1.- Sí emigro
- 2.- No emigró (Favor de pasar a la Sección II Servicios de aten--- ción Médica.

30.- AL TERMINO DE LA ZAFRA ANTERIOR EMIGRO DEL EJI DO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

- 1.- Busca de trabajo
- 2.- Estudiar
- 3.- Invitación de parientes
- 4.- Ganar más
- 5.- Otros _____
Especifique

6.- No emigró.

31.- EN CASO DE HABER EMIGRADO LA ZAFRA ANTERIOR REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD EN LAS SIGUIENTES-RAMAS:

- 1.- Comercio
- 2.- Servicios
- 3.- Agricultura
- 4.- Industria
- 5.- Taller
- 6.- Construcción.
- 7.- Otro _____
Especifique
- 8.- No emigro.

32.- EN CASO DE HABER EMIGRADO LA ZAFRA ANTERIOR, INDIQUE EL LUGAR DONDE REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD.

- 1.- Capital del Estado.
- 2.- Cabecera Municipal.
- 3.- Otro ejido (dentro del Estado)
- 4.- Otros estados.
- 5.- Capital de la República
- 6.- Otros _____
Especifique
- 7.- No emigró.

33.- EN CASO DE HABER PERMANECIDO FUERA DEL EJIDO AL TERMINO DE LA ZAFRA ANTERIOR INDIQUE - - - CUANTOS MESES FUERON:

II SERVICIOS DE ATENCION
MEDICA

- 34.- EL SERVICIO QUE LE PROPORCIONO EL IMSS LA ZAFRA ANTERIOR FUE: Temporal Permanente (pase a la 36)
- 35.- SI FUE TEMPORAL CUANTOS MESES LE DIO SERVICIO- EL IMSS LA ZAFRA ANTERIOR:
- Pase a la 37
- 36.- SI ES PERMANENTE CUANTOS AÑOS TIENE DE RECIBIR LOS SERVICIOS DEL IMSS.
- 37.- MENCIONE CUALES SON LOS SERVICIOS QUE LE PROPORCIONA EL IMSS.
- 1.- Consulta externa.
 - 2.- Consulta especialidad
 - 3.- Servicio de laboratorio
 - 4.- RX
 - 5.- Medicina Preventiva
 - 6.- Urgencias
 - 7.- Maternidad y Canastilla
 - 8.- Ayuda lactancia
 - 9.- Pensión por enfermedad profesional.
 - 10.- Ayuda para matrimonio
 - 11.- Ayuda para funerales
 - 12.- Beca escolar
 - 13.- Otros _____
 - 14.- No sabe

38.- MENCIONE CUALES FUERON LOS SERVICIOS QUE MAS -
UTILIZO LA ZAFRA ANTERIOR.

- 1.- Consulta externa
- 2.- Consulta especialidad
- 3.- Servicio de laboratorio
- 4.- RX
- 5.- Medicina Preventiva
- 6.- Urgencias
- 7.- Maternidad y Canastilla
- 8.- Ayuda lactancia
- 9.- Pensión por enfermedad profesional.
- 10.- Ayuda para matrimonio.
- 11.- Ayuda para funerales
- 12.- Beca escolar
- 13.- Otros _____

39.- CUALES FUERON LOS SERVICIOS CON LOS QUE TUVO MAS
PROBLEMAS PARA SU OTORGAMIENTO.

- 1.- Consulta externa
- 2.- Consulta especialidad
- 3.- Servicio de laboratorio
- 4.- RX
- 5.- Medicina Preventiva
- 6.- Urgencias
- 7.- Maternidad y Canastilla
- 8.- Ayuda lactancia
- 9.- Pensión por enfermedad profesional
- 10.- Ayuda para matrimonio
- 11.- Ayuda para funerales

- 12.- Beca Escolar
- 13.- Otros. _____

40.- TENIENDO LOS SERVICIOS DEL IMSS, UTILIZO DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR, ALGUN OTRO SERVICIO DE ATENCION MEDICA.

- 1.- SSA
- 2.- DIF
- 3.- CRUZ ROJA
- 4.- AUTOMEDICACION
- 5.- MEDICO PARTICULAR
- 6.- OTRO _____
Especifique
- 7.- NINGUNO.

41.- MENCIONE CUALES FUERON LAS CAUSAS POR LAS QUE SE -- UTILIZARON OTROS SERVICIOS MEDICOS.

- 1.- LEJANIA DEL Lugar donde se vive
- 2.- Excesiva pérdida de tiempo
- 3.- Trato descortés del personal de la institución.
- 4.- Problema en el traslado.
- 5.- Negación del servicio por falta de documentos.
- 6.- Otros _____
Especifique

Si tiene servicios permanen
te pase a la 43

42.- CUANDO DEJO DE RECIBIR LOS SERVICIOS DEL IMSS, QUE TIPO DE ATENCION MEDICA UTILIZO LA ZAFRA ANTERIOR.

- 1.- SSA
- 2.- DIF
- 3.- CRUZ ROJA
- 4.- AUTOMEDICACION
- 5.- MEDICO PARTICULAR
- 6.- OTRO _____
Especifique
- 7.- Ninguno

-
-
-
-
-
-
-

43.- CUANTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUEDARON ASEGURADOS POR LOS SERVICIOS DEL IMSS, LA ZAFRA ANTERIOR.

44.- INDIQUE LA CAUSA POR LA QUE LOS DEMAS MIEMBROS NO QUEDARON ASEGURADOS:

- 1.- Mayoría de Edad.
- 2.- No viven en ejido
- 3.- Se ha tenido problema en su inscripción.
- 4.- Otros _____
Especifique.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA
CEDULA DE CAPTACION DE DATOS.

OBJETIVOS: Ayudar en la captación de datos con mayor veracidad, aclarando los conceptos de cada una de las preguntas y dando las indicaciones pertinentes en cada caso.

APLICACION: El presente instructivo se aplicará en los siguientes casos que se presenten en las familias elegidas:

- 1) Al jefe de familia, que tenga por actividad principal el cultivo de la caña de azúcar, y del cual dependan económicamente los demás miembros.
- 2) A los integrantes de la familia, que vivan en el mismo hogar y tengan al cultivo de la caña de azúcar como una de sus principales actividades remunerativas.
- 3) Para el caso de los menores de edad, se hará mención de: edad, tipo de actividades que realizan, no. de miembros existentes en cada familia, horario,. Al reverso de cada cédula de captación de datos.

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION.

Se anotará el nombre de la persona entrevistada, nombre de la calle y su número si existe y manzana.

1. EDAD. Se anotará el número de años cumplidos de la persona entrevistada.
2. SEXO. Se anotará la letra correspondiente.
3. ESTADO CIVIL. Se anotará la letra correspondiente.
4. ESCOLARIDAD. Se anotará la letra correspondiente.
5. NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA.(Integrantes). Se anotará el número total de miembros, que hasta el momento se encuentren viviendo. Considere parientes cercanos o no.
6. MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE REALIZARON ACTIVIDAD DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR. Se anotará el número total de miembros de la familia que hayan realizado alguna actividad dentro de la zafra cañera. Para el caso de los menores

de 18 años, considere los en la hoja de observaciones, anotando: edad, tipo de actividad que realizan, horario de trabajo, tiempo que tienen de realizar estas actividades.

7. ANOTAR LOS AÑOS QUE SE TENGAN VIVIENDO EN EL EJIDO. En el caso de que sean meses se anotarán con una aclaración.

8. PROPIEDAD DE LA TIERRA. Se anotará la situación legal que guarde.

9. TIPO DE CULTIVOS SEMBRADOS. Se considerará al cultivo que ocupó la mayor superficie de terreno.

10. CULTIVOS ANTERIORES. Se considerará si su terreno, se destinó en una gran parte al cultivo de otro producto, distinto de la caña de azúcar.

11. Anote los años correspondientes.

12. Para el caso de los propietarios se considerará si aparte de su terreno tomó otro, en el caso de los no propietarios, se considerará si tuvieron la posibilidad, de tomar algunas tierras bajo las condiciones descritas durante la zafra anterior.

13. Anotese el número correspondiente.

14. Anotese otra actividad desempeñada.

15. Anotese la situación laboral que se guardó.

16. Anotese la cantidad, en caso de no ser posible indique la cantidad aproximada, haciendo la aclaración respectiva.

17. Anotese el número correspondiente.

18. Anotese las principales actividades.

19. Se anotará el horario, que en opinión del entrevistado, haya sido el más representativo.

20. Anotese el número correspondiente.

21. Anotese el número correspondiente.

22. Anotese el número correspondiente.

23. Escriba las principales en orden de importancia.

24. Anotese el número correspondiente.

25. Considere solo la principal, o a la que dedicó el mayor tiempo.
26. Anotese el número correspondiente.
27. Anotese el número correspondiente.
28. Anotese el número correspondiente.
29. Anotese el número correspondiente.
30. Anotese el número correspondiente.
31. Considere la principal a la que dedicó el mayor tiempo.
32. Considere el lugar donde permaneció el mayor tiempo.
33. Anotese el número correspondiente.

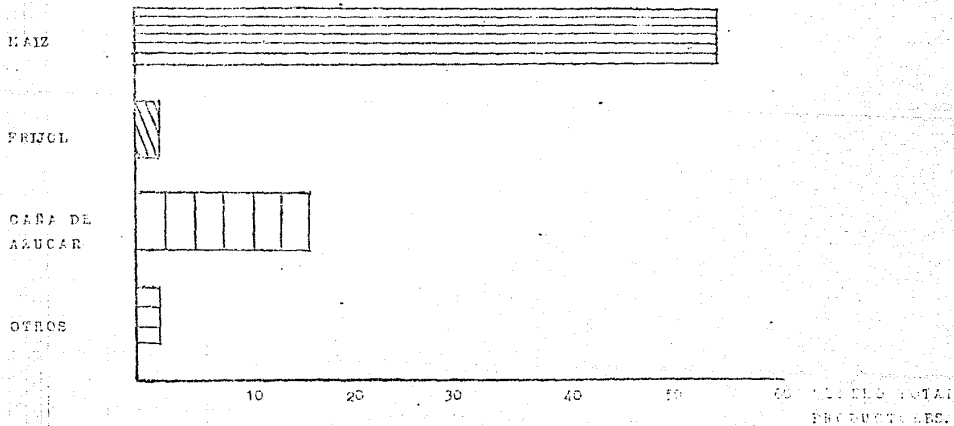
SECCION II

34. Anotese el número correspondiente.
35. Anotese el número correspondiente.
36. Anotese el número correspondiente.
37. Anotese los servicios que el entrevistado indique.
38. Anotese los servicios que el entrevistado indique.
39. Anotese los servicios que el entrevistado indique.
40. Anotese los servicios médicos que se utilizaron.
41. Anotese las causas principales.
42. Anotese los servicios médicos que se utilizaron.
43. Anotese el número correspondiente.
44. Anotese el número correspondiente.

CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO # 7
 PRODUCTORES CARENOS SEGUN CULTIVO AUTIFLOR A LA CARA DE AZUCAR
 MUNICIPIO DE TAMBOCO, CANTON BOCAS
 MUNICIPIO DE TAMBOCO, CANTON BOCAS

TIPO DE CULTIVO



257

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 7.1

PRODUCTORES CARREROS SEGUN CULTIVO ANTERIOR A LA CASA DE AZUCAR
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARI 1965.

PRODUCTO	NUMERO TOTAL DE PRODUCTORES	%
MAIZ	54	73.0
FRIJOL	2	2.7
CASA DE AZUCAR	16	21.9
OTROS	1	1.3
TOTALES	73	100.0

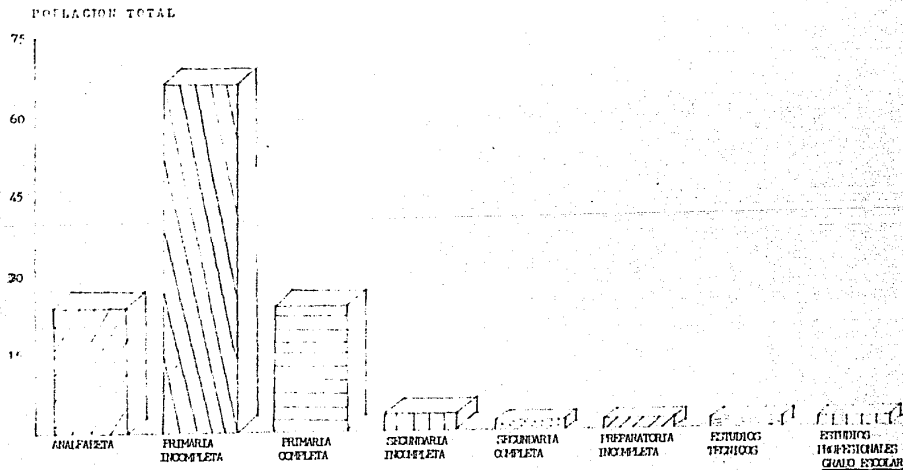
FUENTE: CUADRO # 7

CUADRO 2.8
 PRODUCTORES CASEROS DE GUN APOC DE SEMENAL CALA DE AZÚCAR
 EJIDO FIDELIANO SÁBATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1965.

AÑOS DE SIEMERA	NÚMERO TOTAL DE PRODUCTORES	%
0 - 6	10	13.7
7 - 13	15	20.5
14 - 20	31	42.5
21 - 27	10	13.7
28 - 34	4	5.5
35 y 41	3	4.0
TOTALES	73	100.0

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO 59
 POBLACION CASERA SEGUN GRADO ESCOLAR ALCANZADO
 MUNICIPIO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT DES.



FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

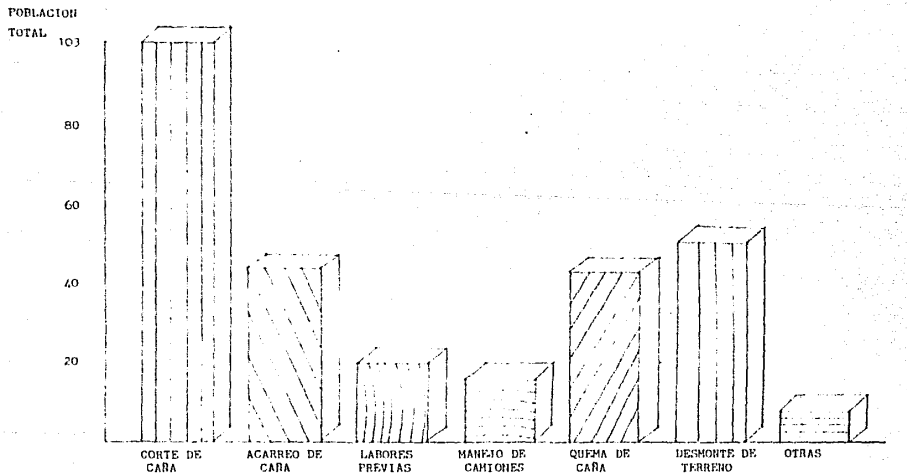
CUADRO # 10

DISTRIBUCION GENERAL SOBRE ACTIVIDADES MANUFACTURERAS DURANTE LA SEMANA
 EN EL MUNICIPIO DE CALIQUETE
 MUNICIPIO DE CALIQUETE, NAYARIT 1986.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	NUMERO DE MANUFACTURAS	%
CONSTRUCCION DE CASA	103	36.4
ACARREO DE CASA	47	16.6
LABORES FERTILIZANTES	19	6.7
MANEJO DE CANTONES	16	5.7
QUEMA DE CASA	44	15.5
DESMONTE DE TERRENO	47	16.6
OTRAS	7	2.7
TOTALES	283	100.0

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 10.1
POBLACION CARERA SEGUN ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA ZAFRA
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 10

TIPO DE ACTIVIDADES.

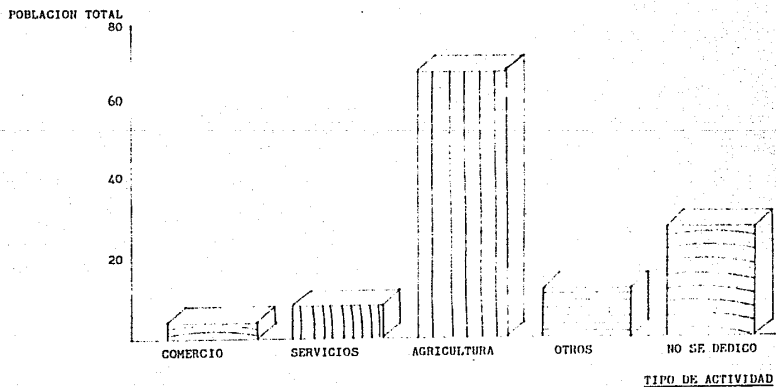
CUADRO # 11

POBLACION CASERA SEGUN ACTIVIDADES DESARROLLADAS AL TERMINO DE LA ZAFRA
 ENLDO EMILIANO ZAVALA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985

TIPO DE ACTIVIDADES	NUMERO DE PRODUCTORES	%
COMERCIO	4	3.4
SERVICIOS	6	5.0
AGRICULTURA	70	59.0
OTROS	13	10.9
NO SE DEDICO	26	21.8
TOTALES	119	100.0

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 11.1
POBLACION CABERA SEGUN ACTIVIDADES DESARROLLADAS AL TERMINO DE LA ZAFRA
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 11

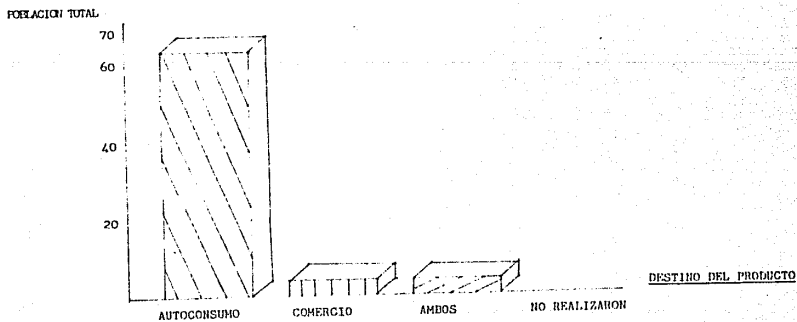
CUADRO # 12
 POBLACION CAMERA SEGUN DESTINO DEL PRODUCTO COSECHADO
 ESTADO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.

DESTINO DEL PRODUCTO	NUMERO DE PRODUCTORES	%
AUTOCONSUMO	63	52.9
COMERCIO	3	2.5
AMBOS	4	3.4
NO SE REALIZAN	49	41.2
TOTAL	119	100.0

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 12.1
POBLACION CABERA SEGUN DESTINO DEL PRODUCTO COSECHADO

EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 12

CUADRO # 13

POBLACION CANERA SEGUN HORARIO DE LABORES.
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

HORARIO DE LABORES	NUMERO DE PRODUCTORES	%
MENOS DE 8 HRS.	4	3.4
8 HORAS	33	27.7
MAS DE 8 HRS.	82	69.0
TOTALES	119	100.0

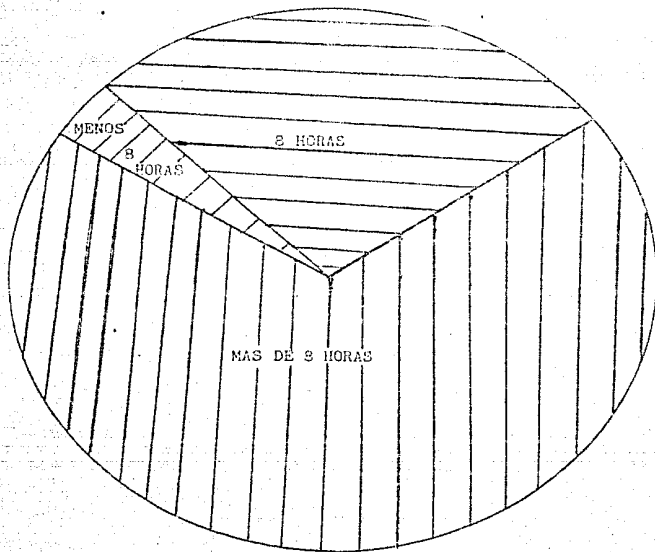
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

203
CUADRO # 13.1

POBLACION CARERA SEGUN HORARIO DE LABORES

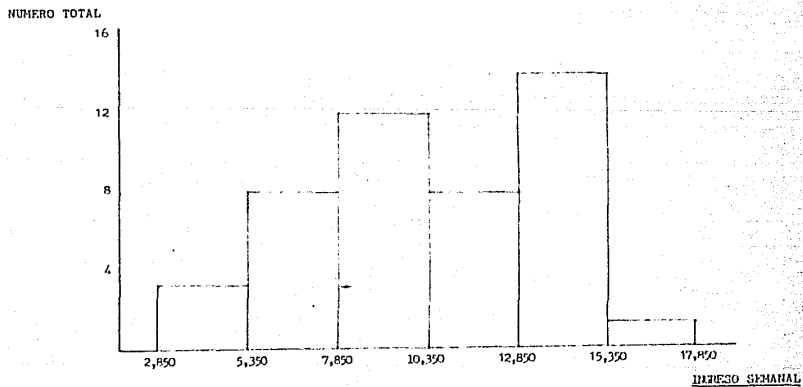
EJIDO EMILIANO SAPATA

MUNICIPIO DE XALISCO, BAYARIT 1986.



FUENTE: CUADRO # 13

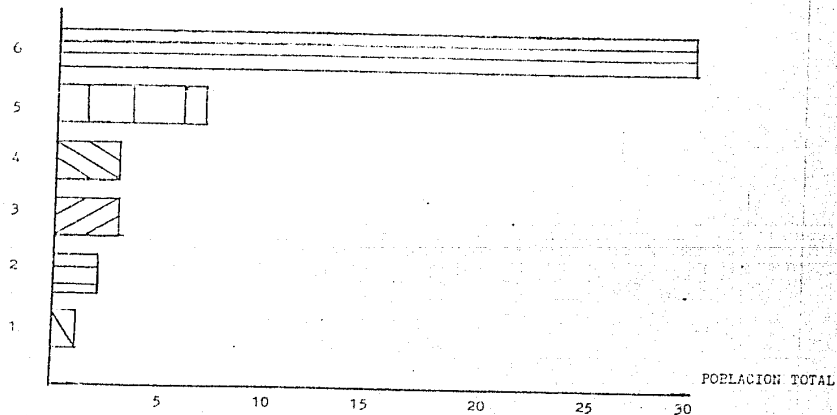
CUADRO # 14
CAMPEÑINOS CAREROS NO PROPIETARIOS SEGUN INGRESO SEMANAL
ESTADO FAMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO. MAYARIT 1985.



FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CAMPESINOS CAMEROS NO PROPIETARIOS SEGUN MENSES TRABAJADOS
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.

NUMERO DE MESES



270

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 16
 EMIGRACION DE LA POBLACION CARERA
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. MAYARIT 1985.

EMIGRACION	NUMERO TOTAL	%
SI EMIGRO	17	14.3
NO EMIGRO	102	85.7
TOTAL	119	100.0

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 17
 MOTIVOS DE EMIGRACION DE LA POBLACION CARERA
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. MAYARIT 1985.

MOTIVO	NUMERO TOTAL	%
TRABAJO	15	88.2
INVITACION DE PARIENTES.	1	6.9
OTROS	1	6.9
TOTALES	17	100.0

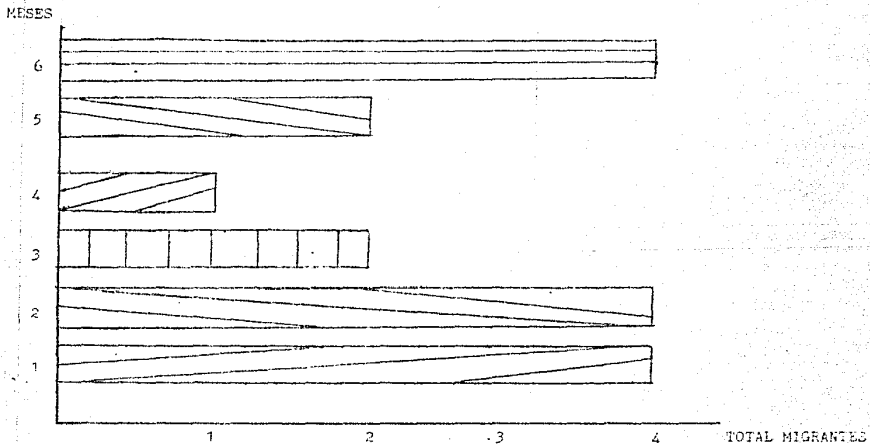
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 18
 POBLACION CAMPESINA MIGRANTE SEGUN LUGAR DE DESTINO
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

LUGAR DE LLEGADA	NUMERO TOTAL	%
CAPITAL DEL ESTADO	7	41.2
CABECERA MUNICIPAL	1	5.9
OTRO EJIDO	4	23.5
OTRO ESTADO	2	11.8
OTROS	3	17.6
TOTALES	17	100.0

INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 19
 POBLACION CAMPESINA CABERA SEGUN MESES QUE PERMANECIO FUERA
 ENIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.



FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 20

POBLACION CAMPESINA MIGRANTE SEGUN LABORES REALIZADAS

EJIDO EMILIANO ZAPATA

MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.

RAMA DE ACTIVIDAD	NUMERO TOTAL	%
SERVICIOS	5	29.4
AGRICULTURA	5	29.4
CONSTRUCCION	5	29.4
OTROS	2	11.8
TOTALES	17	100.0

E: INVESTIGACION DIRECTA.

275
 CUADRO # 21

PRODUCTORES CAÑEROS SEGUN FUENTE DE FINANCIAMIENTO
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

INGENIO	NUMERO TOTAL	%
PUGA	44	58.7
MOLINO	28	37.3
OTRO	3	4.0
TOTALES	75	100.0

NOTA: ESTAN INCLUIDOS DOS MIEMBROS NO PROPIETARIOS.
 FUENTE INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 22
 PRODUCTORES CAÑEROS SEGUN
 ENTREGA DE CABA DE AZUCAR A INGENIOS DE LA REGION
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

INGENIO	NUMERO TOTAL	%
MOLINO	33	44.0
PUGA	40	53.3
AMBOS	2	2.6
TOTALES	75	100.0

NOTA: SE INCLUYEN DOS MIEMBROS NO PROPIETARIOS.
 FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 23

PRODUCTORES CAREROS SEGUN AÑOS DE RECIBIR SERVICIOS DEL IMSS
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

AÑOS DE RECIBIR SERVICIOS	NUMERO TOTAL	%
1 - 6	15	18.8
7 - 12	21	26.1
13 - 18	20	25.0
19 - 24	15	18.8
25 - 30	7	8.8
31 - 36	2	2.5
TOTALES	80	100.0

NOTA: SE INCLUYEN 7 CAMPESINOS NO PROPIETARIOS, QUE MANIFESTARON
 TENER SERVICIOS PERMANENTES.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 24

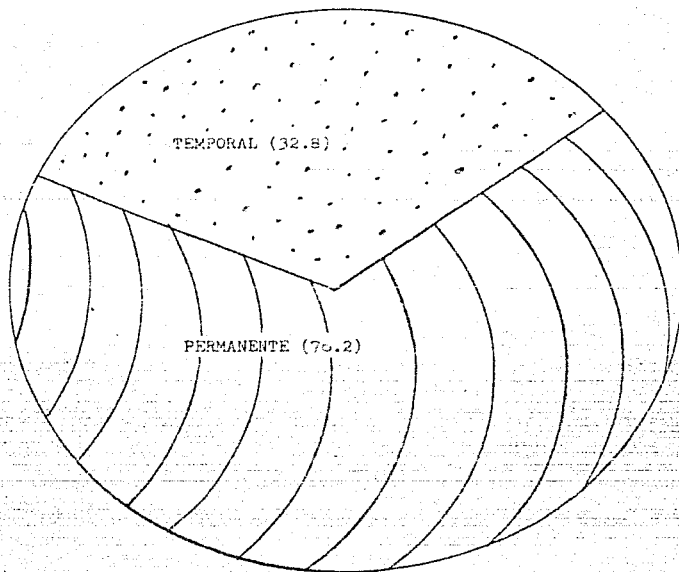
POBLACION CAMPESINA CANERA
 SEGUN TIPO DE SERVICIO PROPORCIONADO POR EL IMSS
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

TIPO DE SERVICIO	NUMERO TOTAL	%
TEMPORAL	39	32.8
PERMANENTE	80	67.2
TOTALES	119	100.0

NOTA: EN EL RENGLON DE PERMANENTES, SE INCLUYERON 7 CAMPESINOS
 NO PROPIETARIOS, QUIENES MANIFESTARON TENER SERVICIO --
 PERMANENTE.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

POBLACION LABORAL TOTAL
SEGUN TIPO DE SERVICIO PROPORCIONADO POR EL IMSS
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 24

PREDICION DEL AREA CANINIA DE LOS
 MESES DE RECIBIR SERVICIOS TEMPORALES DEL IMSS
 ESTADO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

NUMERO DE MESES	NUMERO CAMPESINOS	%
2	2	5.1
3	3	7.7
4	2	5.1
5	6	15.4
6	26	66.7
TOTALES	39	100.0

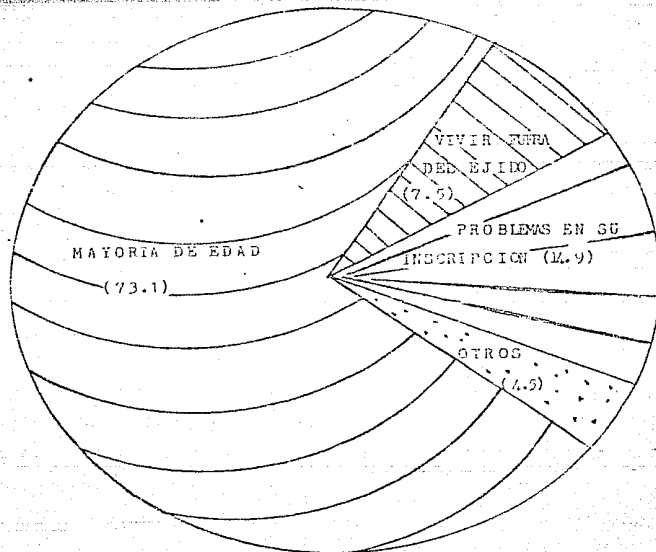
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

Población Campesina Casera según Causas
 de su Ausentamiento de Parte del Inm.
 Finc. Emiliado Yapata
 Municipio de Calledo, Nayarit 1985

CAUSAS	NUMERO TOTAL	%
MAYORIA DEEDAD	49	73.1
VIVIR FUERA DEL EMIDO.	5	7.5
PROBLEMAS EN SU INSCRIPCION.	10	14.9
OTROS	3	4.5
TOTAL	67	100.0

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO ²⁸¹ # 26.1
POBLACION CAMPESINA CAÑERA SEGUN CAUSAS
DE NO ASEGURAMIENTO POR PARTE DEL IMSS
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO #26

282

CUADRO # 27

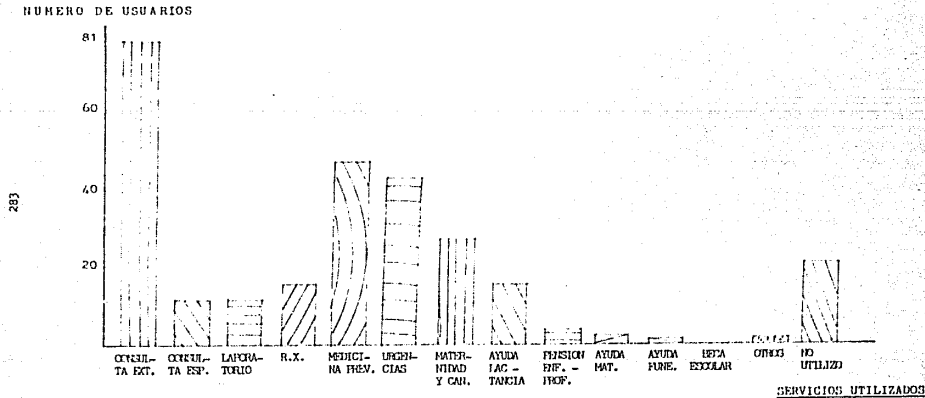
POBLACION CAMPESENA CAÑERA SEGUN
SERVICIOS DEL IMSS MAS UTILIZADOS
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

SERVICIO UTILIZADO	NUMERO TOTAL DE USUARIOS	%
CONSULTA EXTERNA	81	68.1
CONSULTA DE ESPECIALIDAD	11	9.2
LABORATORIO	11	9.2
RAYOS (X)	15	12.6
MEDICINA PREVENTIVA	48	40.3
URGENCIAS	43	36.1
MATERNIDAD Y CANGUILLA	29	24.4
AYUDA LACTANCIA	15	12.6
PENSION POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	4	3.4
AYUDA MATRIM CRID	2	1.7
AYUDA FUNERAL	1	.8
SECA ESCOLAR	-	-
OTROS	1	.5
NO UTILIZADO	22	18.5
TOTALES	333	100.0

NOTA: ESTA PREGUNTA COMPRENDIO VARIAS OPCIONES.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 27.1
 POBLACION CAMPESINA CABERA SEGUN
 SERVICIOS DEL INSS MAS UTILIZADOS
 EJIDO EMILIARO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. HAYANIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 27

284
CUADRO # 28

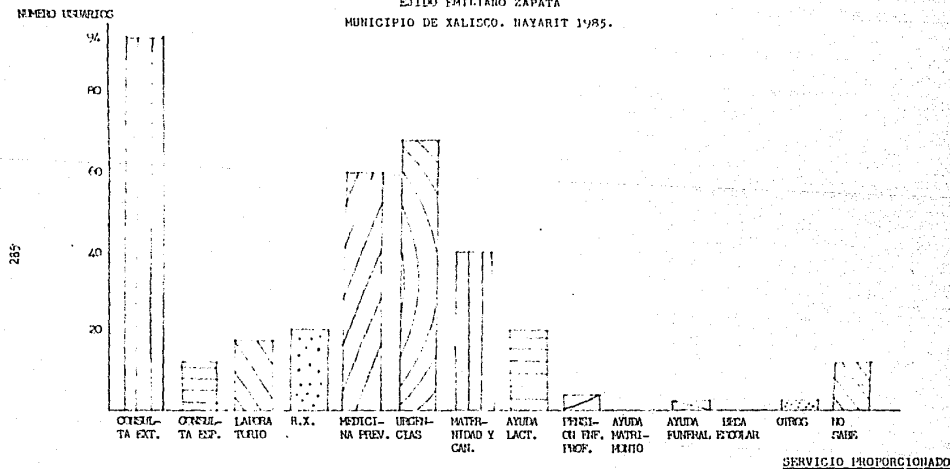
POBLACION CAMPESINA CAÑERA SEGUN
SERVICIO PROPORCIONADO POR EL IMSS
EJIDO EMILIANO ZAPATA
MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.

SERVICIO PROPORCIONADO	NUMERO TOTAL DE USUARIOS	%
CONSULTA EXTERNA	94	79.0
CONSULTA DE ESPECIALIDAD	13	10.9
LABORATORIO	18	15.1
RAYOS (X)	21	17.6
MEDICINA PREVENTIVA	99	49.6
URGENCIAS	67	56.3
MATERNIDAD Y CANGOSTILLA	40	33.6
AYUDA LACTANCIA	19	16.0
PENSION POR ENFERMEDAD PROFESION.	4	3.4
AYUDA MATERNIDAD	-	-
AYUDA FUNERAL	2	1.7
BECA ESCOLAR	-	-
OTRAS	3	2.5
NO SABE	13	10.9
TOTALES	353	100.0

NOTA: ESTA PREGUNTA TUVO VARIAS OPCIONES Y SE BASO EN EL RECORDATORIO DEL ENTREVISTADO.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 28.1
 POBLACION CAMPESINA CARERA SEGUN
 SERVICIO PROPORCIONADO POR EL INSS
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, HAYATIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 28

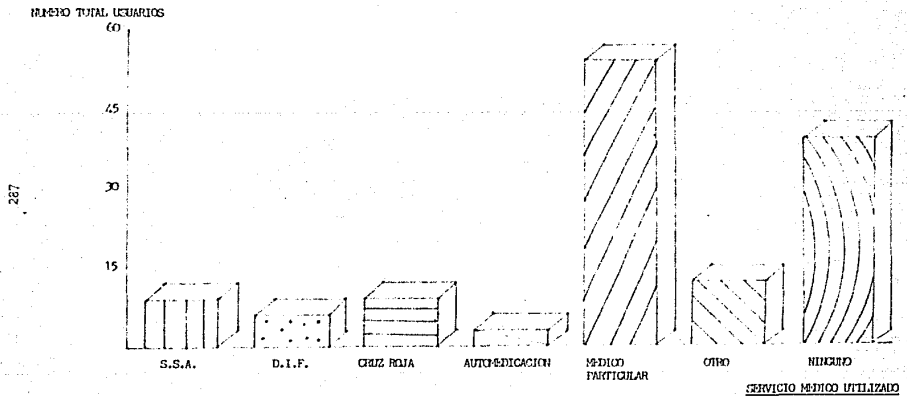
256
 CUADRO # 29
 POBLACION CAMPESINA CARERA SEGUN
 SERVICIO MEDICO UTILIZADO TENIENDO IMSS
 ESTADO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.

TIPO DE SERVICIO UTILIZADO	NUMERO TOTAL DE USUARIOS	%
S.S.A.	10	7.5
D.I.F.	5	3.8
CRUZ ROJA	8	6.0
AUTOMEDICACION	3	2.3
MEDICO PARTICULAR	55	41.4
OTRO	12	9.0
NINGUNO	40	30.1
TOTALES	133	100.0

NOTA: ESTA PREGUNTA TUVO VARIAS OPCIONES.

FUENTE: INVESTIGACION DEBECTA.

CUADRO # 29.1
 POBLACION CAMPESINA CARERA SEGUN
 SERVICIO MEDICO UTILIZADO TENIENDO IMSS
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE YALISCO, NAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 29

288
CUADRO # 30

RELACION CAMPESINA CONTRA SUS CASAS
POR LAS QUE UTILIZARON OTRO SERVICIO MEDICO.

EJIDO EMILIANO ZAPATA

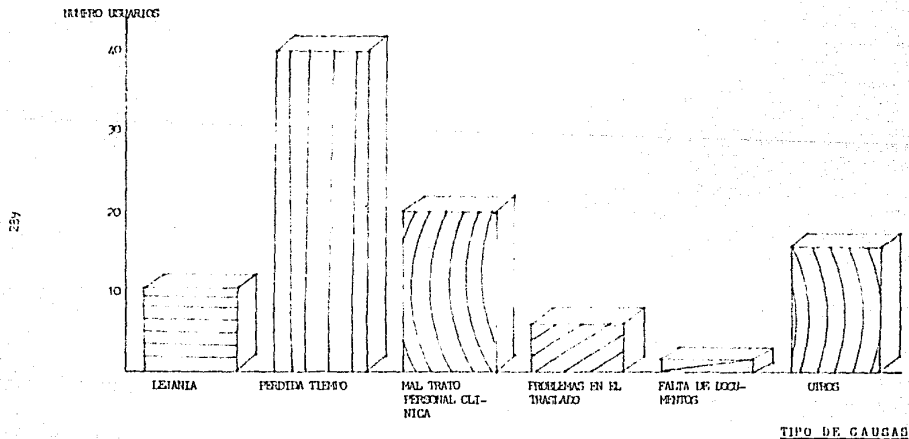
MUNICIPIO DE KALISCO, NAZARIT 1985.

TIPO DE CAUSA	NUMERO USUARIO	%
LEJANIA	11	11.6
PERDIDA DE TIEMPO	42	44.2
MAL TRATO PERSONAL CLINICA	20	21.2
PROBLEMAS EN EL TRAG - ADO	6	6.3
FALTA DE DOCUMENTOS	1	1.1
OTROS	15	15.8
TOTALES	95	100.0

NOTA: ESTA PREGUNTA TUVO VARIAS OPCIONES.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 30.1
 POBLACION CAMPESINA CADERA SEGUN CAUSAS
 POR LAS QUE UTILIZARON OTRO SERVICIO MEDICO
 ESTADO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. MAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 30

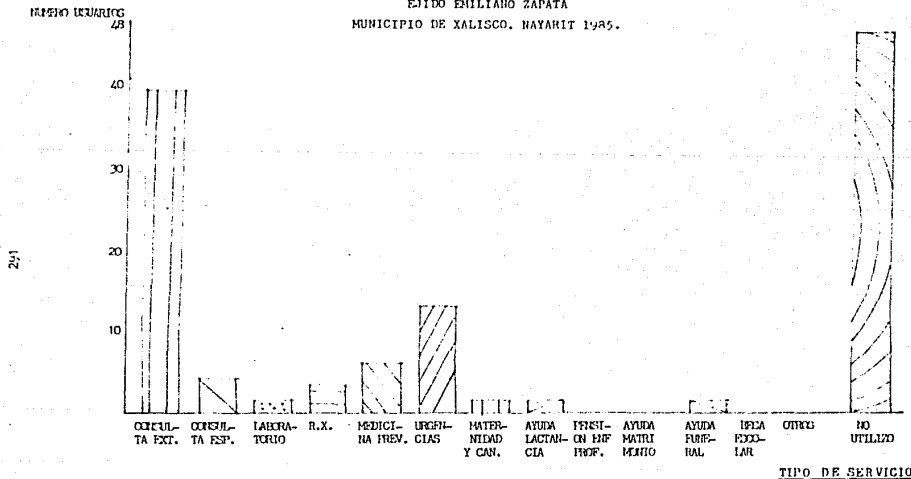
240
 CUADRO # 31

POBLACION CAMPESTINA CAMERA SEGUN
 SERVICIOS DEL IMSS CON LOS QUE TUVO MAYOR PROBLEMA .
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. NAYARIT 1985.

TIPO DE SERVICIO	NUMERO USUARIOS	%
CONSULTA EXTERNA	41	34.5
CONSULTA DE ESPECIALIDAD	4	3.4
LABORATORIO	1	.8
R.X.	3	2.5
MEDICINA PREVENTIVA	6	5.0
URGENCIAS	13	10.9
MATERNIDAD Y CAMASTILLA	1	.8
AYUDA LACTANCIA	1	.8
PENSION POR ENFERMEDAD PROF.	-	-
AYUDA MATRIMONIO	-	-
AYUDA FUNERAL	-	-
SECA ESCOLAR	-	-
OTROS	-	-
NO UTILIZO	48	40.3
TOTALES	119	100.0

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 31.1
 POBLACION CAMPESINA CAÑERA SEGUN
 SERVICIOS DEL IMSS CON LOS QUE TUVO MAYOR PROBLEMA
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO, NAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 30

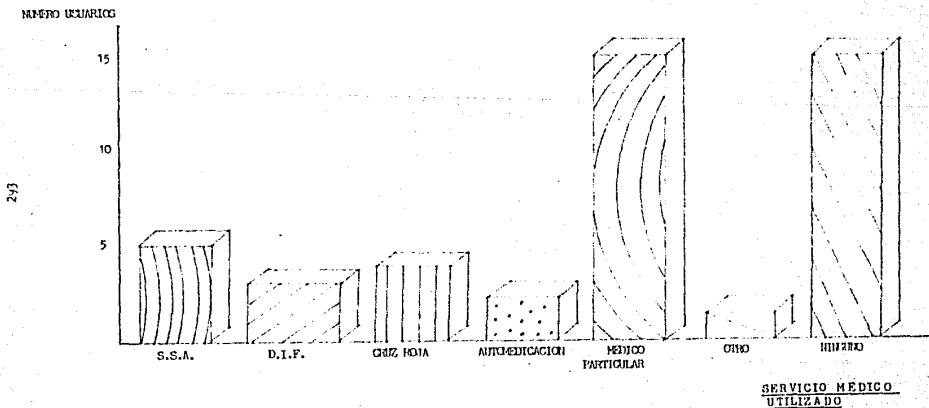
292
 CUADRO # 32
 POBLACION CAMPESEÑA CAÑERA SEGUN
 SERVICIO MEDICO UTILIZADO CUANDO NO TUVO INSS
 ESTADO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. MAYARIT 1963.

SERVICIO UTILIZADO	NUMERO DE USUARIOS	%
S.S.A.	5	11.1
D.I.F.	3	6.7
CRUZ ROJA	4	8.9
AUTOMEDICACION	2	4.5
MEDICO PARTICULAR	15	33.3
OTRO	1	2.2
NINGUNO	15	33.3
TOTALES	45	100.0

NOTA: ESTA PREGUNTA TENIA VARIAS OPCIONES.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CUADRO # 32.1
 POBLACION CAMPESINA CAERERA SEGURO
 SERVICIO MEDICO UTILIZADO CUANDO NO TUVO IMSS
 EJIDO EMILIANO ZAPATA
 MUNICIPIO DE XALISCO. HAYARIT 1985.



FUENTE: CUADRO # 32.

10. BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- ACUÑA R. Héctor. "Participación de las universidades en el desarrollo económico y social de las Américas". Revista Educación Médica y Salud. OPC. Vol. 16, No. 2 1982.
- ACUÑA R. Héctor. "Estrategias para extender la cobertura de servicios de salud". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 91(1) 1981. Washington, D.C., E.U.A.
- ACUÑA R. Héctor. "La medicina y el Estado. Recuento histórico y problemas actuales de cirugía". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. (OPS). 91(4) 1981. Washington, D.C., E.U.A.
- Alderegua Jorge Henriques, et.al. "Algunas consideraciones sobre salud y enfermedad". Revista Cubana de Administración de Salud 2. Octubre-diciembre, 1976.
- AGUILERA Gómez Manuel. La desnacionalización de la economía mexicana. Fondo de Cultura Económica, 1a.ed. México 1975.
- B. Waitzlin H. y B. Witteran. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Ed. Nueva Imagen. 1a.ed. México 1981.
- BERLINGUET Giovanni. Salud ciencia y Sociedad. Ediciones Circulo de Estudios. 1a.ed. México 1977.
- CADELLAS de la Peña, Enrique. "Antecedentes de la seguridad social en México". Boletín Médico IMSS. Vol. 18, #30, 1976 Octubre.
- CRAVICIO Hennes Albalbarto. "Avances del programa de extensión de cobertura de servicios de salud al medio rural de México durante 1977". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. (OPS). 38(5), 1980. Washington, D.C.
- CREWATA Pedro. Un pueblo sin salud. Seis aspectos del México real. Biblioteca Universidad Veracruzana, Xalapa, Ver. 1979.
- CUELO Moreno Enrique, Julio Viveros, et.al. Sociología histórica de las Instituciones de salud en México. Colección Salud y Seguridad Social. Serie Manuales Básicos y Estudios. IMSS, 1a.ed. México 1982.
- CORDOVA Arnaldo. Política e ideología dominante. Serie Avances de Investigación 22. Centro de Estudios Latinoamericanos. UNAM-FCPyS, México 1977.
- CONTI Laura, et.al. Medicina y sociedad. Libros de confrontación. Serie sociológica 1. Ed. Fontanella, S.A. España, 1a.ed. 1972.
- CORDOVA Arnaldo. México: Revolución burguesa y política de masas. Serie Estudios Centro de Estudios Latinoamericanos. UNAM-FCPyS. Cuadernos 31, México 1977.
- CORDOVA Arnaldo. La formación del poder político en México. Serie Popular Era. #15, 4a.ed. México 1975.
- CANABAL Cristiani Beatriz. "El campesino actual y el régimen parcelario en México". Textual. Revista de humanidades y Ciencias Sociales. #3. Universidad Autónoma de Chapingo, abril-junio 1976.
- COHEN Noemí, Sara Gutiérrez. Trabajadores y Seguridad Social en América Latina. IMSS. Sria. Gral. Asuntos Internacionales, México 1981.
- DE LA GARZA Walliser Alejandra. Enfermedad mental y práctica psiquiátrica

en México: el caso de una institución hospitalaria federal. Tesis profesional. UNAM.FCPyS. México 1983.

DE LA PEÑA Sergio. Acumulación y capitalismo monopolista de Estado. Seis aspectos del México real. Biblioteca Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. 1979.

DE MORALES Humberto. Reorganización del sector salud: Contribución a la educación en administración de servicios de salud". Revista Educación Médica y salud. (OPC). Vol. 16, #12, 1985

Extensión de la Seguridad Social en el Medio Rural. IIES 1976.

Estudio Monográfico de Comunidades Cañeras. FLOXER, Región 3 Mayarut.

FASSLER Clara. Transformación social y planificación de salud en América Latina. UNAM-X, mimeografiado.

GARCÍA Juan Cesar. La asistencia médica en América Latina 1800-1930. UNAM-X, mimeografiado.

GARCÍA Juan Cesar. La articulación de la medicina y la educación. UNAM-X, mimeografiado.

GUTIERMAN Michel. Capitalismo y reforma agraria en México. El. Ima. 2a.ed. México 1975.

GUTIÉRREZ Contreras Salvador. El Estado de Mayarut a través de la Historia. Compostela, Mayarut. México 1979.

GORDILLO Gustavo. Fernando Rello "El campo mexicano a la hora de la siega". Revista Nexos. Año III, agosto 1960, # 32.

CHAUVEY Michelle. "Cortadores de café en Veracruz". (Trabajo preliminar). Revista Instituto de Investigaciones Económicas. UNAM 1977.

HERNÁNDEZ Llamas Héctor. Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1930. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada. El. Colección el hombre y su salud. 1a.ed. Folios Bilibionas. México 1982.

J. Roemer Milton. "Evolución de los servicios médicos de la seguridad social en América Latina. Revista Internacional del trabajo. Ginebra Vol.83, #1. julio 1973.

La Seguridad Social en México. IIES 1964.

LOPEZ Cuadras César. Salvador Acosta Romero. "Industrialización" #5 Cuadernos Universitarios. Instituto de Estudios Sociales. U.deG.

LOPEZ Acuña Daniel. "La crisis de la medicina mexicana". Revista Siempre, No. 1209, agosto 25, 1976.

LOPEZ Acuña Daniel. La salud desigual en México. El. Siglo XXI, 2a.ed. México 1981.

LAURELL Asa Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la Epidemiología Social. UNAM-X, mimeografiado.

LAURELL Asa Cristina. Clases sociales y enfermedad. Introducción a una Epidemiología diferencial de Mario Tludio. ed. Nueva Imagen, 2a.ed. México 1980

LAURELL Asa Cristina. "Medicina y capitalismo en México". Cuadernos Políticos

#5, Ml. Era, México 1975.

- LAURELL de Icaal Asa Cristina. José Blanco Gil. "Orbitabilidad, ambiente y organización social. Un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural". Revista de Salud Pública de México. Época V, Vol. XVII No.4, julio-agosto 1975.
- LAURELL Asa Cristina, Esther Alicia Enriquez. "La política de salud en la crisis económica: 1976-1978". Revista Territorios. UNAM, mayo-junio No.2, 1980.
- LOPEZ González Pedro. Historia histórica de la Ciudad de Tepic. Incomer S.A., Centro Regional Tepic, Tepic, May. 1978
- LOPEZ González Pedro. Atlas histórico del Ex-convento de la Cruz de Tepic. Departamento de Turismo del Gobierno del Estado de Nayarit. Tepic, May. 1981.
- LAURELL Asa Cristina, et.al. "Análisis sociológico de la morbilidad en dos poblaciones rurales mexicanas". Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales: Medicina economía y política. #24, Año XXII. Nueva Época, abril-junio 1976. UNAM-FCPyS.
- LAURELL Asa Cristina. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. Vida y muerte del mexicano. Federico Ortiz Quezada. Ed. Folios Ediciones, la. ed. México 1982.
- La Seguridad Social. Manual de Instrucción a la clínica. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Nayarit. Tepic, May. 1985.
- LAURELL Sotelo Manuel. "Programa Institucional de mediano plazo de Amúcar, S.A. de C.V., en la ciudad de Culiacán Sinaloa 1985, (ponencia) para el personal de HOGGER de Tepic, May.
- MARCEL Hugo. "La práctica médica". Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. # 24 Año XXII. Nueva Época, abril-junio 1976. UNAM-FCPyS.
- Necesidades Esenciales en México. Tomo 4. Salud. OCEIA AR-Siglo XXI, 3a. ed. México 1985.
- Necesidades Esenciales en México. Tomo 1. Alimentación. OCEIA AR-Siglo XXI, México 1982.
- MAYA Uribe Regina Laura Leticia. El Estado frente a la enfermedad. Tesis profesional. UNAM-FCPyS. México 1983.
- NAVARRO Vicente. La medicina bajo el capitalismo. Ed. Critica. Grupo Grijalbo Barcelona, España, 1978.
- PAIMERO Z. Olga . Margarita Elizondo R. Proposición y avances de la Seguridad Social en América Latina. Depto. de Asuntos Internacionales. IIES, 2a. ed. México 1980.
- PEREYRA Carlos. "Las transnacionales como utopía tropical". La Cultura en Siempre. Suplemento de Siempre. México, marzo 11 1977 No.785.
- PAIMERO Olga. Manuel Hiller. Margarita Elizondo R. Financiamiento y extensión de la Seguridad Social en América Latina. Depto. de Asuntos Internacionales. IIES 1a. ed. México 1981.
- PARKINSON Eloiza Juan Carlos. Reseña y etapas históricas de Nayarit. Tepic,

- May, 1962.
- PALAOX Miguel. Geografía General del Estado de Nayarit. Tepic Nayar. México 1960.
- PARE Luisa. "La política agropecuaria 1967-1972". Cuadernos Políticos, julio-septiembre 1982, Ed. Era #33, México.
- ROBLEDO Vera Cecilia. Ana Santa María Calván. Análisis sociológico de la política de extensión de cobertura de servicios de salud en México. Tesis profesional. UNAM-FCPyS, México 1982.
- ROJAS Soriano Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folios Ediciones, 2a.ed. México 1984.
- RODRIGUEZ Chaumet Dinah. Estado y salud. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM 1980.
- RUDOLF Sountang Heinz. Hector Valecillos. El Estado en el capitalismo contemporáneo. Ed. Siglo XXI, 1a.ed. México 1977.
- RODRIGUEZ Ajenjo Carlos. José Antonio Vital García. "Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores". Cuadernos políticos, #10, Col. Era. Mex.
- RECHY Montiel Mario. "Una revolución verde que no se espanta ante las revoluciones rojas". Textual. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales. #3, Universidad autónoma de Chapingo abril-junio 1980.
- Secretaría de Programación y Presupuesto. Documento de análisis económico. Delegación en el Estado de Nayarit.
- Seguridad Social en México 1971-1974. Nuevos Rumbos. IMSS (1975).
- TIBIO Mario. Clases sociales y enfermedad (Introducción a una Epidemiología diferencial). Ed. Nueva Imagen, 2a.ed. México 1980.
- UJLOA M. Elena "Origen de los seguros sociales en Alemania". Revista Mexicana de Seguridad Social. IMSS, agosto-diciembre 1979, Nos.15-16.
- WARRANT Arturo. "Andamos arando. El problema agrario y campesino". Revista Nexos. Año II, enero 1979, No.13.