

201.16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

MEDICINA PREVENTIVA Y EFECTOS SOCIALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A :

LUCIANO GARCIA GARCIA

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. RICARDO GONZALEZ REYES

MEXICO, D. F.

1987



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.

I N D I C E

MEDICINA PREVENTIVA Y EFECTOS SOCIALES

Pág.

INTRODUCCION

CAPITULO I

1.- PERSPECTIVA SOCIOLOGICA DEL BIENESTAR SOCIAL

- 1.1. El Bienestar Social en México 1
- 1.2. Bienestar Social y Medios de Comunicación Masiva 11

CAPITULO II

2.- ¿QUE ES LA MEDICINA PREVENTIVA?

- 2.1. La Medicina Preventiva Institucional 16
- 2.2. La Medicina Preventiva según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) 29
- 2.3. La Medicina Preventiva según el Plan Nacional de Salud (P.N.S.) 35
 - 2.3.1. La Medicina Preventiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) 46

CAPITULO III

3.- LA MEDICINA PREVENTIVA Y SUS EFECTOS SOCIALES

- 3.1. Limitaciones Sociales de la Medicina Preventiva 63
- 3.2. Desarrollo Socioeconómico de México y Condiciones de Salud 69
- 3.3. Medicina Preventiva y Condiciones Socioeconómicas de México 79

4.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- Notas de Pie de Páginas 90
- Bibliografía 97
- Anexos 103

I N T R O D U C C I O N

La elaboración de este trabajo fué posible por estar plenamente convencido y preocupado por la salud y el bienestar de la humanidad, me considero informado, sobre la enfermedad, el hambre y la muerte de que han sido y son víctimas millones de personas en el mundo entero y he creído pertinente abordar — este tema bajo una reflexión profunda de la sociedad de la que formo parte; — desde mi lejana niñez conocí de cerca estos problemas; ahora se me presenta la oportunidad de conjugar las vivencias personales con la experiencia laboral, — 22 años de trabajo continuo en el sector Salud (IMSS) más la riqueza profesional, obtenida en mi formación académica en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México y apoyado en la Bibliografía consultada sobre el tema, me han permitido adentrarme en algunos aspectos de la vida social contemporánea.

Este tema lo he abordado dentro de las posibilidades que plantea y permite todo sistema que se dice democrático, que cuenta con instituciones de seguridad social de aplicación nacional, considerando sus alcances, aspiraciones, acciones, esfuerzos y logros realizados, dentro de las limitaciones que se tienen en un país subdesarrollado y altamente dependiente que se encuentra en la gran encrucijada de su historia, con una gran población tanto indígena como — mestiza al margen de la vida productiva, y otro gran sector de la población — económicamente activa con sueldos de subsistencia en su mayoría, y en el mejor de los casos sólo cubren parcialmente algunos de sus satisfactores básicos; — todo ello dentro de una asfixiante deuda externa que cala hasta lo más profundo del estómago de los mexicanos.

En el primer capítulo me refiero a las necesidades básicas del hombre, y al como cubrir las con la intervención del Estado, no obstante las restricciones en materia económica que imperan en el país, así como el riesgo que corren

las instituciones democráticas al no favorecer a la sociedad y hacerla partícipe de la vida democrática en la que tiene derecho de participar y a desarrollarse integralmente, al respecto en este capítulo se hace mención del papel que juega la concentración de la vida política y económica en unas cuantas manos y las consecuencias que de éllo se derivan.

El segundo capítulo aborda la problemática del deterioro y alteración del ecosistema que el hombre en su afán de progreso a ido creando y del que ha venido siendo víctima cada vez más en forma alarmante, sobre todo con la aparición y el crecimiento de la industrialización, y el como emergen las instituciones de salud que en su "afán de atender los daños causados a la salud" adoptan una postura eminentemente biologista, curativa, dejando de lado todo el entorno social económico y psicológico que es el verdadero causante de esos daños a la salud; se cuestiona por éllo, el desarrollo del capitalismo dependiente que viene a condicionar el tipo de atención y "cura" del hombre, creando médicos curativos que tienen una visión distorsionada o nula sobre los orígenes de la enfermedad, y la lucha que por una medicina preventiva o medicina social han sostenido escuelas latinoamericanas desde 1950; toda una gama de experiencias y vivencias se ponen como ejemplo a lo largo de este capítulo a fin de ilustrar los estragos o daños a la salud que aún padece la humanidad en diferentes latitudes del mundo.

Se hace también, un análisis de como se originan las acciones de la medicina preventiva en México, desde la Organización Mundial de la Salud, pasando por el Plan Nacional de Salud hasta las Instituciones que se encargan de su aplicación.

El tercer capítulo se inicia con un análisis sobre la desconcentración a los Estados de la República, del exprograma IMSS-COPLAMAR, ahora denominado "Programa de Salud por Cooperación Comunitaria". Se hace un breve esbozo de -

las luchas internas del país por alcanzar mejores condiciones de vida desde principios de siglo hasta nuestros días, y los avances de la legislación en esta materia que cristalizan con la Ley del Seguro Social y la Ley de Salud, - así como la prevaeciente desigualdad social que la propia ley estableció en función del trabajo y a favor de las empresas, dejando desprotegida desde su implantación a la mayoría de la población. Se incluye un análisis del desarrollo económico de los pueblos y las desigualdades sociales que en ellos existen y han existido desde tiempos pasados, se hace una diferenciación del crecimiento económico, del desarrollo económico, así como la cancelación del modelo de cierta autodeterminación científico-tecnológica en México.

Finalmente en mis conclusiones destaco como el capitalismo monopolístico internacional frena el desarrollo económico de México, provoca el analfabetismo y la enfermedad a los más, con un aparato publicitario que incita al consumismo irracional, y dejando sin posibilidad aparente a las instituciones educativas de hacer uso de los medios de comunicación masiva que favorezca el despertar de las mayorías y les permitan mejorar su forma de vivir; mientras se fuggan del país las materias primas y el petróleo, riqueza que abunda todavía y - que contrasta con la gran desigualdad social, en la ya agrietada y ensanchada brecha entre ricos y pobres.

CAPITULO I

1.1. EL BIENESTAR SOCIAL EN MEXICO

Las instituciones democráticas aseguran su existencia y continuidad, en la medida de su eficacia para satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos, superar la pobreza crítica de los grupos sociales marginados e incrementar significativamente la calidad de la vida nacional.

Si ello no ocurre, el régimen comienza a ser cuestionado, sus bases institucionales erosionadas y se desarrollan estilos y valores autoritarios que pueden cambiar drásticamente el sistema político. Esta situación es tanto o más previsible en países en los cuales las tradiciones y valores democráticos no se han enraizado históricamente, la población se encuentra sometida al estrés de una profunda crisis económica y las demandas reivindicativas movilizan extensos sectores sociales. (1)

Importa señalar que si un determinado nivel de desarrollo económico no es alcanzado por los estados nacionales las instituciones democráticas o no se instalan o su desarrollo tiende a ser interrumpido.

Aunque los indicadores de desarrollo económico no siempre cubren el campo de las necesidades básicas, en casi todos los casos lo implican, en efecto, los indicadores de empleo, ingreso per cápita, nivel educativo, acceso a los servicios médicos, disponibilidad de vivienda están vinculados a la satisfacción de las necesidades básicas. Por ello se puede sostener con rigor a partir de la evidencia empírica, que un determinado grado de satisfacción de las necesidades básicas es condición necesaria, aunque no suficiente para el funcionamiento de las instituciones políticas representativas. (2)

Para entender el concepto pobreza se requiere ampliar el significado de lo que entendemos como necesidades básicas.

Generalmente el concepto de necesidades básicas, se le refiere a las necesidades biológicas de la persona y como consecuencia su satisfacción ha es

tado ligada exclusivamente al incremento de la producción y el consumo de los objetos físicos y biológicos correspondientes. Es evidente que tales necesidades constituyen un componente esencial de las necesidades básicas y que la producción y consumo de los objetos que la satisfagan es una tarea ineludible; sin embargo, esta definición que tiende a fundarse en una concepción biológica de la naturaleza humana devalúa la importancia de un conjunto de necesidades psicológicas sociales y éticas que experimentan los hombres como consecuencia de las relaciones que establecen entre ellos y los demás que le son planteadas por el ambiente sociocultural en que se desenvuelven sus actividades. En este sentido, las necesidades de autoestima personal, de una relación significativa con los otros, de experiencias de crecimiento de la propia competencia o de participación en la definición del significado de la vida personal y la de los demás entre otras, constituyen también un componente esencial de las necesidades básicas, éstas como las biológicas, impulsan también la conducta humana, y bajo ciertas condiciones son tan imperativas como las anteriores. Pero su satisfacción a diferencia de aquéllas, no se logra exclusivamente por la producción y el consumo de objetos básicos y biológicos, sino más bien por medición de un ambiente psicosocial, del logro de ciertos valores sociales y de una atmósfera simbólica y cultural, abierta, diversa y cambiante. Como se observa, estas necesidades básicas no se satisfacen en el campo convencional de la producción física y económica sino en aquél de las relaciones interpersonales y sociales de los estilos culturales y también en el de la atmósfera política.

Desde esta perspectiva, la pobreza como tal, es un concepto que en general refiere las constantes carencias que experimentan las personas en la satisfacción de sus necesidades biológicas y psicológicas. (3) Una estrategia contra la pobreza no puede centrarse exclusivamente en la rápida y masiva producción de bienes o el crecimiento del producto. Ciertamente producir y cre-

cer materialmente es necesario y en rigor, indispensable. Pero la experiencia histórica indica que cuando este objetivo se ha convertido en la finalidad excluyente de las estrategias de acción gubernamental se ha elegido entonces, métodos centralistas, autoritarios y tecnocráticos para alcanzarlo. — Ello ha originado sistemas eficaces en el corto plazo en relación con dicha finalidad pero al costo de fundamentales carencias en la delicada relación de las personas consigo mismas, los otros y el ambiente.

Con ello lo que se quiere decir es que tan o más importante que el crecimiento de la producción, y la productividad, es la modalidad de relación social con la cual se pretenda alcanzarla. Esta manera de ver la pobreza revela su importancia si se comprende que en el actual estado en que se encuentra el país y de las condiciones de la economía nacional e internacional, difícilmente se puede lograr en México un cambio inmediato y masivo del rendimiento económico. En cambio las otras dimensiones cualitativas de la pobreza si pueden ser modificadas si es que los diseñadores de la política incorporan como dimensión constitutiva de su estrategia una metodología basada en el estímulo a las iniciativas locales, la participación voluntaria, la cooperación recíproca y el refuerzo de las tradiciones del trabajo asociado. Es presumible que un éxito en este campo, que no exige necesariamente un dispendio de los escasos recursos económicos disponibles, incrementará las posibilidades de éxito en el campo del crecimiento del producto. (4)

Como es de observarse existe un alto grado de implicación entre este enfoque integrado de la pobreza y las necesidades básicas y el de la democracia. Esto es así porque en última instancia la democracia es esencialmente una calidad de la vida social que intenta dar respuesta al complejo de necesidades inherentes a la condición humana; incluso se puede considerar que lo que define a la democracia, es la calidad de los medios que emplea para el logro de los objetivos sociales. En este sentido, un régimen autoritario puede fijar-

se como objetivos económicos los mismos que un sistema democrático. Por tanto, no es en ellos en los que se puede sorprender las diferencias entre ambos sistemas de gobierno, éstas radican más bien en la naturaleza de los medios - que emplean. En este sentido, la libertad, la tolerancia por la diversidad, el respeto del punto de vista ajeno, la resolución consensual de los conflictos, que son los medios que deberían caracterizar la democracia, atienden justamente a las otras necesidades que son aquellas insatisfechas por el autoritarismo político. Pero simultáneamente estos valores se revelarán abstractos o irreales sino se aseguran los medios necesarios para su ejercicio por toda la colectividad nacional.

Lo que se da a entender con ésto, es que en su más profundo significado el sistema democrático no se define ni exclusiva ni principalmente por las - instituciones con las cuales se le asocia (sufragio, parlamento, partidos, poderes autónomos) éstas son realmente condiciones en un caso, o expresiones en otro, de una práctica asociada (individual o colectiva) de la libertad o libertades por todos los individuos o grupos sociales, ello supone si no una igualdad de posiciones o poderes, por lo menos una igualdad de oportunidades para todos.

Desde esta perspectiva, la pobreza en tanto realidad que expresa una profunda desigualdad social, una distribución injusta de las oportunidades de desarrollo y un bloqueo objetivo de las posibilidades de satisfacción de las necesidades humanas, desnaturalizan el sentido de la democracia y se convierten en su más radical negación. (5)

Visto de este modo, un gobierno sólo puede probar su naturaleza o vocación democrática en cuanto hace de la lucha contra la pobreza su más importante objetivo político y social, es decir, reduce sustancialmente y de manera objetiva e incontestable la pobreza y la marginación, característica distintiva de un país del tercer mundo como es el caso de México dentro del bloque

latinoamericano.

Los gobiernos de todos los países, cualquiera que sea su sistema económico, social e ideológico, tienen su justificación y legitiman su liderazgo, en la medida que son capaces de mejorar significativamente los niveles de bienestar de la población, pero, ¿Cuál es la definición de bienestar? BIENESTAR es la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades sociales que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal o nacional, en relación con los cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad; para la realización plena de estas actividades sociales, requieren de un conjunto de bienes, valores y servicios que constituyen la condición del logro del bienestar social. (6) Aunque es relativamente fácil cuantificar la dotación de bienes y servicios vinculados con la satisfacción de necesidades biológicas es difícil hacer lo mismo con una dimensión esencial del bienestar que es la experiencia de libertad con la cual los individuos se desenvuelven a través de su vida familiar y comunal, esto es, libertad para expresar sus ideas y comunicarlas, libertad para movilizarse, libertad para actuar y trabajar en aquella ocupación que le permita desarrollar su capacidad intelectual, emocional y física, libertad para participar en la vida comunal y nacional y poder actuar responsable y en forma creativa en la organización de la vida comunal y nacional de acuerdo a lo que él crea y perciba como lo mejor para él, su familia y la sociedad en general, todas ellas constituyen la dimensión más importante en la experiencia de bienestar social y que todo ser humano debiera tener derecho a experimentar. Ahora bien, en un sentido más amplio pero también en un nivel mayor de abstracción, la definición de bienestar social podrá abarcar casi todas las cosas que los hombres hacen para buscar lo que Aristóteles llamó "la buena vida"; todo lo que aumenta el bienestar de la sociedad humana podría quedar incluido en esta expresión; con el fin de facilitar el estudio de este tema, comenzaremos por limitar el campo reduciendo a dimensio—

nes prácticas mediante la siguiente definición: el bienestar social, en cuanto concepto, es un sistema relacionado de instituciones sociales en cualquier sociedad, un sistema unificado por valores, objetivos y principios operativos comunes, los aspectos institucionales de la vida social que expresan la preocupación colectiva de la sociedad por el bienestar de sus miembros en cuanto individuos y en los grupos familiares y comunitarios. (7)

Es evidente que las instituciones democráticas como es el caso de México, que "pugnan por un bienestar social de la población" cada día demuestran su actitud antidemocrática, impositiva y dictatorial pues termina por propiciar el incremento en la pobreza y la pauperización de una gran mayoría del pueblo como puede constatarse durante 1986, ya que "Sin ninguna contemplación el gobierno y la iniciativa privada abrumaron a la población apenas vió la luz este año, con una lluvia de aumentos de precios y ajustes de tarifas en bienes y servicios, todo ello en perjuicio de las mayorías".

Con esta política alcista-adoptada por las autoridades ante la necesidad de disponer de mayores recursos para "sanear sus finanzas", se ensancha cada vez más la brecha que Miguel De La Madrid, como precandidato a la Presidencia prometió acortar porque, admitió, en México "hay quienes tienen ya niveles de vida no sólo satisfactorios, sino excesivos, y los hay quienes están en niveles de subsistencia.

"No podemos aceptar que esa dualidad se siga produciendo y ensanchando" sostuvo De La Madrid en aquel entonces.

Los hechos demuestran que esa dualidad, lejos de acortarse, se ha extendido. Hoy quizá, es más ancha que nunca. Los niveles de vida de la población se han deteriorado. El actual salario mínimo, de 1,650 pesos diarios (1986) no alcanza para satisfacer las necesidades más elementales de subsistencia.

La actitud oficial y privada, sin embargo, da la impresión de que lo que

menos les interesa es el bienestar de la población. Prueba de ello es que la mayoría de los bienes y servicios de consumo generalizado se elevaron en un porcentaje mayor al aumento otorgado al salario mínimo que fué del 32%. (8)

El incluir la información anterior nos permite constatar la discrepancia cada día mayor entre lo que los políticos dicen y lo que hacen, tal parece que en ambos sentidos se requiere una mayor observación y una intención para que el dicho y el hecho se justifiquen y hagan emerger una sociedad mejor.

Por los indicadores económicos de inflación desmedida, devaluación creciente del peso, reducido incremento a los salarios a fines de 1986, nos presentan un panorama para principios de 1987 peor que el señalado para inicios de 1986 en cuanto a reducción de la capacidad adquisitiva de la población, tal descontrol de la economía y creciente descontento de los ciudadanos con su potencial explosivo que los gobernantes, empresarios y comerciantes se niegan a reconocer y es por ese motivo que continúan con las mismas recetas Fon domonetaristas que tantos estragos han hecho en el bienestar y aspiraciones de la población mexicana.

Retomando la segunda definición de Bienestar Social que señala a las Instituciones Sociales como las que expresan la preocupación colectiva de la sociedad, y las que permiten poder allegarles el bienestar a todos los individuos incluyendo grupos familiares y comunitarios, nos parece que tal contenido se presenta en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, donde se asienta que: "La educación y la cultura inducen al desarrollo, lo promueven y a la vez participan de él. El progreso educativo y cultural resulta así decisivo para avanzar hacia el bienestar económico y social. Por ello se plantean como propósitos fundamentales para el sector educativo; promover el desarrollo integral del individuo y de la sociedad mexicana; ampliar el acceso de todos los mexicanos a las oportunidades educativas y a los bienes culturales, deportivos y de recreación; y mejorar la presentación de los servicios relacionados con éstos". (9)

Dar pues prioridad a una serie de necesidades básicas a la población es un gran objetivo del Gobierno Federal pero los resultados se observan insuficientes y hasta desalentadores si consideramos el alto grado de marginación y desempleo existente en contraposición con lo que asentó el Ejecutivo en el Plan Nacional de Desarrollo, en donde nos señala como intenciones de gobierno "Dar prioridad a los programas de bienestar social que realiza el Estado, tales como los de alimentación, educación, salud y vivienda en las zonas más rezagadas, concentrando de manera coordinada los servicios correspondientes en localidades de cierto tamaño mínimo; se manejarán los recursos correspondientes al desarrollo rural integral en forma cada vez más descentralizada, con la participación creciente de las propias comunidades; éstas conocen sus propias carencias y están en la mejor disposición para identificar sus problemas y necesidades y jerarquizar las posibles soluciones". (10)

Insistiendo un poco más sobre los postulados gubernamentales que han pretendido dar un gran impulso al sector educativo, conscientes del retraso real que la sociedad mexicana padece y que de alguna manera ha contribuido a hacer más difícil la solución a los múltiples problemas que aún aquejan al país; — como veremos más adelante, el bajo nivel de educación de un alto número de mexicanos; así como algunos mensajes publicitarios sobre productos nocivos a la salud, que emiten algunos medios masivos de comunicación contribuyen al desaliento y retraso en el desarrollo integral del individuo. Aunque de los planteamientos recogidos durante el proceso de consulta popular y del ideario político del Gobierno se desprenden tres propósitos fundamentales que son:

- A) Promover el desarrollo integral del individuo y de la sociedad mexicana.
- B) Ampliar el acceso de todos los mexicanos a las oportunidades educativas.
- C) Mejorar la presentación de los servicios educativos, culturales, de—

portivos y de recreación. (11)

Cabe señalar que estos propósitos incluyen a todas las áreas rurales e incluso marginadas del país dado que desde 1982 la actual administración incluyó en el artículo 27 de la Constitución Política, "La responsabilidad del Estado de promover el desarrollo rural integral, con el propósito de generar empleo y garantizar a la población campesina el bienestar y su participación e incorporación al desarrollo nacional. En congruencia con lo dispuesto por la Ley de Planeación y el Programa Nacional de Desarrollo Rural Integral". (12)

Existen dos categorías de pobres o débiles: los débiles por causa de las deficiencias individuales, los individuos física y mentalmente incapacitados, y los que son débiles porque la sociedad o el ambiente social no les ofrece - la oportunidad de vivir adecuadamente, o sea, los grupos carentes de recursos políticos o económicos como ya se señalaba con anterioridad. La segunda categoría evolucionó en el sentido de una clasificación por grupos tales como los obreros, agricultores, grupos étnicos o la juventud; estos grupos carentes de recursos políticos y/o económicos a menudo organizaban programas para ayudarse, iniciando de esta manera la acción social que en una etapa superior condujo a la legislación social y a los sistemas de seguro social tal como ahora - los conocemos.

Hoy en día se sabe que los servicios sociales están orientados en principio a servir a todos los individuos y no especialmente a los grupos carentes de recursos, es decir tienen una connotación filosófica.

Sin embargo, las actividades sociales en relación al desarrollo de los países pobres como México tienen que ver con factores más de tipo sociológico, esto es, ahí donde los grupos son carentes de recursos, es por causa de la estructura de la sociedad, el estancamiento del desarrollo económico también se debe a esta estructura, por lo menos en parte. Los obstáculos estructurales definidos del desarrollo socioeconómico son: una sociedad de tipo feudal, las

lagunas entre los estratos de la sociedad, la perseverancia de las pequeñas - sociedades comunales, la concentración de casi todas las industrias o servi- cios en dos o tres ciudades, y la rivalidad constante entre los partidos polí- ticos en manos de unas cuantas familias excesivamente ricas. (13)

1.2. BIENESTAR SOCIAL Y MEDIOS DE COMUNICACION MASIVA

Ha quedado asentado como la sociedad mexicana representada por un gobierno democrático es capaz de propiciar un alto grado de bienestar social a sus miembros, en la medida en que propicie el desarrollo integral y armónico tanto en lo individual, a los grupos, como a la sociedad en su conjunto, en la inteligencia de que de no lograrse se estará dejando de legitimar ese sistema democrático que la sociedad confía a sus representantes; en este sentido se hace necesario recordar que es un compromiso que debe estarse cumpliendo acorde a las necesidades inherentes del ser humano y a los planes y programas trazados por el gobierno en un periodo determinado, sin embargo, un elemento destabilizador del bienestar social es la falta de recursos económicos suficientes para satisfacer las necesidades más elementales, como es el caso de la alimentación y la educación, la primera, de no satisfacer adecuadamente su primer gran defecto es la malnutrición y esto conlleva a la aparición de la enfermedad, signo contrario al bienestar.

La educación contribuye decididamente a la preservación de la salud en la medida que obliga a mejores hábitos a través de la disciplina y el conocimiento de lo que es benéfico y de lo que no lo es, ya que muchos malos hábitos sobre todo en los sectores bajos y marginados de la población se deben a su ignorancia y carencia de recursos.

Un elemento reforzador para el bienestar social partiendo de que el factor económico es indispensable y de que la alimentación de buena calidad y su eficiente y la educación es necesaria e indispensable para su logro a toda la sociedad, lo es la comunicación masiva: radio y televisión, principalmente ya que sus mensajes llegan a la gran mayoría de la población, más rápido, con mayor frecuencia y a distancias más grandes, desafortunadamente algunos mensajes, no han sido analizados cuidadosamente antes de emitirlos trastocando lo positivo de estos medios tan útiles y extraordinarios al producir efectos nocivos y por tanto contrarios al bienestar social, pues en algunos de los casos pro-

ducen o inducen a la enfermedad ya que rompen el régimen alimenticio establecido ya por generaciones, un ejemplo de esos mensajes son los medicamentos — que aunque recomiendan la consulta médica inducen a la automedicación, lo mismo sucede con las bebidas que contienen alcohol cuyos mensajes son tan persistentes y en algunos son tan subliminales que inconscientemente inducen al abuso y a la enfermedad, lo mismo sucede con las frituras cuyos mensajes inducen a un hábito en el consumo que caen en el abuso, además de que los nutrientes de estos productos son en la mayoría de ellos escasos y en otros inexistentes, de ahí que algunos mensajes que se transmiten diariamente por los medios señalados y por otros más deterioran o contribuyen al deterioro de la salud y por tanto del bienestar social, no se niega el esfuerzo que el sector salud hace al publicar ciertos mensajes tendientes a proteger la salud de la población; sin embargo su impacto se desvanece en razón de la frecuencia y la forma en que impactan los otros mensajes a que he hecho referencia; si bien es cierto que esto se debe a la publicidad que es necesaria para promover el mercado, — también es cierto que genera u origina distintos y en gran medida malos hábitos de consumo, especialmente en los sectores con más baja escolaridad, y en particular en los niños y en los analfabetos y marginados, aunque también se da en sectores diferentes a éstos. Respecto a éstos podemos sostener con rigor que el "prestigio social" en algunos casos, especialmente en los sectores medio y alto de la sociedad reforzado con los medios masivos de comunicación —publicidad— que también les han producido distintos hábitos de consumo a llegado a ocasionarles cierta desadaptación social y por tanto una falta de bienestar social. Por lo anterior creo que vale la pena considerar que las familias tienen hábitos de consumo muy disímiles y por lo tanto no valoran igual los bienes y servicios que ofrece el mercado. De ahí que algunas personas — por razones de prestigio social, están dispuestas a pagar mayores precios — por bienes suntuarios; la no adquisición de estos bienes les ocasiona problemas de ansiedad y desadaptación social, es decir, una experiencia negativa de

bienestar, en cambio otras familias no sometidas a dicha presión social-los estratos o sectores bajos- consideran que la adquisición de este tipo de bienes y servicios es ridícula o innecesaria y no están dispuestos a pagar precios altos y por lo tanto no adquieren esos productos o servicios; y es que el no tenerlos no les ocasiona pérdida de bienestar o un deterioro en su nivel de vida, se subraya este aspecto por la gran diversidad de hábitos de consumo que existen en las diferentes regiones del país y la gran heterogeneidad entre los estratos sociales. (14)

Indudablemente en la familia mexicana se están procreando y educando las futuras generaciones con esos hábitos nocivos, si queremos prever lo que será nuestra sociedad en el futuro, podemos saber bastante de ella observando lo que sucede en la familia ahora. Por tanto si deseamos que nuestra sociedad progrese y se hagan realidad los ideales sociales e individuales, tales como mayor justicia social, mayor libertad, mayor respeto a las personas, mejores oportunidades para todos y un bienestar generalizado, tanto de los individuos como de las comunidades, los esfuerzos deben dirigirse a hacer de cada familia una célula activa y renovada. Es cierto que en la familia tradicional existen elementos que se deben transformar y renovar como un avance normal de toda civilización.

Según el Consejo Nacional de Población: La familia renovadora es centro de educación permanente, en esa educación tienen una responsabilidad muy especial los padres-pero también el gobierno- en relación con los hijos, pero todos los miembros de la familia participan activamente en la educación de los demás y cada uno tiene un papel muy importante al promover los valores y los ideales desde un punto de vista diferente. La familia responsable planea cuidadosamente todos aquellos aspectos de la vida que contribuyen al bienestar individual y colectivo, el número y espaciamiento de los hijos, la vivienda, la educación, la alimentación, el cuidado de la salud, la capacitación profesional, el cultivo personal de cada uno, el uso y disfrute del tiempo libre ---

(cuando se le dan las condiciones y facilidades favorables e inducidas y promovidas sostenidamente por el gobierno) la familia activa interviene dinámicamente en la sociedad fomentando el espíritu cívico y la participación política de sus miembros, luchando solidariamente por los nuevos ideales y valores, propiciando el diálogo abierto y la toma de decisión sobre los problemas sociales--todo ello cuando se lo permiten-- que afectan al país o a la humanidad en general. Si cada uno de nosotros logra que su propia familia sea una célula educativa y renovadora de la sociedad, habremos contribuido responsablemente en la preparación de un futuro mejor para nuestro país. (15)

Consideramos que lo anterior es siempre y cuando se entienda que la responsabilidad y estos objetivos los propicia el Estado dedicando un presupuesto mayor al que ha asignado hasta ahora, para elevar la calidad de la vida de muchos mexicanos.

Mejorar los niveles de bienestar social de la población, con mayor interés en el área rural en materia de alimentación, salud, educación, vivienda -- con énfasis en las comunidades que presentan condiciones críticas, a fin de avanzar en la superación de los rezagos que limitan el desarrollo material de las comunidades, el aprovechamiento de las potencialidades de su población y su incorporación al desarrollo nacional, consideramos que aunque lo anterior -- son los desercos institucionales, a la fecha se siguen esperando resultados tangibles y no cifras estadísticas ni discursos políticos, no debe olvidarse -- que todos los mexicanos involucrados en problemas rurales desean garantías en la seguridad jurídica y en las diversas formas de tenencia de la tierra en las áreas rurales; además concluir el reparto de tierras legalmente afectables y apoyar la organización agraria básica a fin de propiciar la incorporación a la producción de la totalidad de los predios susceptibles de explotación, el aprovechamiento social de los recursos naturales y la transformación de los núcleos agrarios en unidades de desarrollo rural. (16) Lo que los "núcleos agrarios" requieren urgentemente es que se les apoye con créditos para --

la tecnificación de sus campos y que ya no dejen los pulmones y la vida de — ellos y la de su familia en el surco y mueran a temprana hora, sin saber lo — que es la tranquilidad económica y el bienestar social, el campesino quiere — que se le respete lo que tiene y que se le legalicen sus tierras en un tiempo — corto, ya que en ocasiones transcurren décadas, así como que se le pague lo — justo por sus productos, ya que es él quién alimenta a todas las familias de — las zonas urbanas desde pequeñas hasta grandes ciudades, por todo lo expuesto — es conveniente que sus productos se los paguen al contado y a precios conve— nientes para ellos, que se hagan realidad los mensajes que al respecto escu— chan por los medios masivos de comunicación, viéndose así favorecidos pronto — saldrán de la marginación y de la pésima calidad de vida en que se encuentran — hasta ahora, si es que se entiende lo de calidad, pues como veremos en capítu— los posteriores su: esperanza: de vida es corta y sus enfermedades múltiples.

CAPITULO II

2. ¿QUE ES LA MEDICINA PREVENTIVA?

2.1. La Medicina Preventiva Institucional

Grandes han sido los esfuerzos y también los propósitos de los gobiernos en casi todos los países del mundo por prevenir a sus habitantes del acecho - de muchos padecimientos que han menguado su salud, pero no se han esforzado - realmente por llegar a las causas profundas que deterioran su salud y sólo se han concretado a prevenirla desde el punto de vista biológico, de ahí que bajo experimentos del laboratorio se descubrieron las más eficaces vacunas que eliminan los agentes patógenos que ocasionan la enfermedad, en este sentido - desde hace varias décadas han sido controladas con relativa facilidad padeci- mientos que de otra manera no se hubieran podido evitar, curar o prevenir efi- cazmente, lo cierto es que las vacunas son sólo una parte indispensable para proteger la vida humana, sin embargo, existen otros factores que día con día se hacen presentes y están al acecho del hombre.

Otros componentes no biológicos del individuo, factores sociales y psico- lógicos que han incidido y determinado la presencia de la enfermedad y la - muerte sin que se hayan tomado las medidas preventivas para evitarlo.

Las limitaciones de la medicina preventiva se observan en su propia defi- nición: MEDICINA PREVENTIVA son las acciones médicas encaminadas a fomentar, proteger y conservar la salud, al impedir la aparición de las enfermedades, - para las que se dispone de medios y tecnología eficaz de prevención. (1)

Para fomentar la salud y evitar las enfermedades no bastan las acciones - médicas y su tecnología, en una primera instancia habría que ver como el ser humano modifica favorablemente o desfavorablemente su medio ambiente y en for- ma consciente; favorablemente cuando procura un mejoramiento sanitario del - agua y de las excretas, de las basuras y de la vivienda, cuando protege los - bosques y evita las talas; desfavorablemente cuando produce residuos tóxicos por las industrias y la fuerte contaminación del aire producida por la combustión

ción de los automotores, en una palabra, con la aparición de la industrialización, así, el hombre en su afán de progreso hacia la civilización ha podido - modificar a su favor muchos aspectos del ambiente externo, pero también, ha - producido grandes conflictos en su proceso de adaptación muy especialmente en relación a su vida social. (2) De ahí que el nivel de vida depende en mucho de la actividad económica que desarrolla, es decir, del desgaste físico y mental que sufre con motivo del tipo de trabajo al que se dedica y de su nivel - de ingreso que le permita alcanzar o no un adecuado nivel de vida caracteriza do por el logro de sus satisfactores básicos, por consiguiente el objetivo de la medicina preventiva requiere necesariamente considerar al ser humano más - en su entorno social, económico y psicológico que biológico.

Resulta claro entender porque la medicina preventiva institucional no procura una atención y prevención integral del ser humano, esto se debe en parte a que las características tradicionales de la formación universitaria del médico son: una enseñanza teórica basada en la transmisión de conocimientos, - formando profesionales divorciados de la realidad sanitaria del país, con un conocimiento superficial de la medicina preventiva, y de la problemática general de la salud pública del país, a ello se debe en gran parte la falta de - una visión integral del fenómeno salud enfermedad del hombre en el ámbito en que vive y de su comunidad, especializándose prematuramente, con particular - interés, sólo en la enfermedad y como curarla. (3)

Aunado a estas deficiencias en la enseñanza y formación de profesionales en el campo de la medicina cabe agregar otras, como la alta burocratización de las instituciones de salud, la casi desaparición del tradicional médico familiar y la masiva proliferación de especialistas, estos hechos provocan un - alejamiento de la realidad, dando paso a la medicina elitista por un lado, y a una deshumanización por el otro, tal como la concebimos en la actualidad, pues los enfermos se siguen quejando diariamente de los servicios profesionales deficientes de muchos médicos y del mal trato que reciben de ellos; (4) -

reduciéndolos a objetos, números, expedientes, etc., como componentes de un sistema hospitalario que se engrana en el desarrollo del capitalismo dependiente.

Mientras el sistema de salud se oriente hacia la enfermedad concibiendo al hombre como un agregado de órganos, de mantener las actuales relaciones de poder entre los distintos integrantes del equipo o sector salud, y en tanto persistan las relaciones médico paciente en un marco dominador dominado, será muy difícil pensar que en este sistema pueda formarse el personal de salud de acuerdo al modelo que teóricamente deseamos para el país, sin embargo es aconsejable abandonar la producción de profesionales de la salud con mentalidad tradicional para que se desempeñen en el sistema de atención integral en donde el contexto se centra en una medicina eminentemente social para bien de todos los mexicanos. (5)

En general en América Latina ante la gran necesidad de mejorar la enseñanza, realizaron también desde 1950 una serie de acciones a fin de formular programas académicos para producir médicos que en la práctica se adecuaran a la compleja realidad social que los esperaba, sin embargo, al terminar la segunda guerra mundial empezaron a sentir la presencia y el incremento cada vez mayor del poderío norteamericano, esto provocó choque dentro de los campos político, social e ideológico y cambios en la organización de sus sistemas de producción, ello afectó también el área de la salud que repercutió en un cambio en la enseñanza de la medicina sobre todo a partir de los cincuenta en que la Fundación Rockefeller instaló las primeras escuelas de medicina en Cali y en Sao Paulo; luego la propuesta del Informe Flexner de adscribir las escuelas de medicina a las Universidades e incorporar los hospitales a éstas, con el fin de que sirvieran de adiestramiento clínico, situación que hoy en día sigue prevaleciendo, sin embargo, en esa misma década surgió en Cleveland, Ohio la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve quien produjo un cambio en el concepto de individualización de las ciencias básicas y se

intentó un plan de enseñanza integrada de las mismas, así, en 1952 en Colorado Springs celebraron una Conferencia sobre Enseñanza de Medicina Preventiva en la que se cuestionó fuertemente la reforma Flexer destacando la división - que provocaba entre la medicina curativa y la medicina preventiva, así como - la pérdida de la visión integral del paciente, quien debía siempre considerarse como miembro de una familia y de una comunidad. (6) Con esta Conferencia se establecieron las bases de una medicina integral, estos esfuerzos también repercutieron en América Latina y fué fuertemente promovida la medicina preventiva pero sin un real éxito, pues la medicina curativa protegida por una - alta tecnología invade a México y a todo el continente pero que evidencia sus enormes deficiencias, porque mientras que en la clínica u hospital se le enseña al alumno que será el futuro médico a diagnosticar cuando una persona está enferma o sencillamente a recetar lo que se cree "es conveniente" para curarlo, pero los médicos con toda la tecnología y una multitud y variedad de medicamentos con la sola acción de curar, no es de ninguna manera la vía correcta para que la salud de la población mejore, ni abate los índices de mortalidad, ni reduce la mala nutrición y es que no tiene el médico una concepción de salud como resultado de un proceso económico-político y social del país. (7)

Conviene desprendernos del concepto biologicista de la enfermedad para exhibir al elitismo de la medicina curativa en favor de una reducida-minoría y en detrimento de la abrumadora mayoría que estancada por la ignorancia y la falta de oportunidad de acceso a un beneficio sanitario que implica la erogación de muy bajos recursos económicos por parte del gobierno, si como ya se dijo - aprovecha a favor de la salud y la educación de las mayorías los enormes medios masivos de comunicación.

EL TEMPLO DE LA MEDICINA ELITISTA EN MEXICO, el Centro Médico Nacional recién tirado por el sismo del 19 de septiembre de 1985 y que próximamente se - erigirá, muestra el poderío de la medicina curativa, la medicina de excepción lógicamente para unos cuantos, esas enormes erogaciones que el "gobierno auto-

niza resultan por demás difíciles de justificar, por más que las estadísticas tratan de demostrarlo, ya que de ninguna manera puede justificarse lo que es injustificable a todas luces ya que "el México que todos queremos no se puede dar el lujo de tener un Centro Médico del siglo XXI para unos cuantos, mientras millones de mexicanos tienen atención del siglo XIX o no tienen atención alguna y como quien dice viven en el siglo XVI.

Antes de pensar en un Centro Médico en una zona superpoblada y peligrosa, hay que plantear, necesariamente, las prioridades de atención médica la solución de los problemas más urgentes y de mayor trascendencia para los mexicanos". -

(3) De lo anterior se deduce con absoluta claridad la realidad en México y - de sus mexicanos en materia de salud, es decir, de como se evidencia una doble marginación, una, de los marginados del desarrollo económico del país y - otra, marginados de la atención real a su salud, no los ha alcanzado el desarrollo de la medicina preventiva que es eminentemente barata según ha quedado asentado, pues menos aún los alcanzará la medicina curativa.

Esas limitaciones que el gobierno le pone a las grandes masas deben romperse para dar paso a una distribución realmente, eficazmente, palpablemente equitativa de la riqueza, ya que consideramos que con las cuotas que aportan patronos y trabajadores alcanza para dar atención integral a todos los mexicanos ya que es fácil demostrar que quienes más derecho tienen a la atención de la salud, más la necesitan y quienes no tienen derecho a ella son los que - más la necesitan, esto sería un paso hacia el logro de una sociedad más equitativa realmente, aunque éste no resulta fácil, ya que México, país dependiente económicamente de los países más desarrollados dentro del sistema capitalista, la dependencia también es en el campo de lo político, lo social y lo cultural, esto le restringe la capacidad de decidir en sus asuntos internos y externos (2) y consecuentemente ella afecta principalmente a los sectores no productivos o poco productivos de la población por lo que se acentúa la marginación.

Y es que el efecto del capitalismo no depende sólo de los recursos de los

partados de México: si concebimos que salud es la relación justa entre el microcosmos (el Hombre) y el macrocosmos (el Universo) y enfermedad es la perturbación de ese equilibrio, bien podríamos ejemplificar ese desequilibrio -- cuando en 1934 provoca el gobierno de los Estados Unidos a los indios navajos al restringirles sus áreas de pastizales, éstos ya no pudieron subsistir del ganado menor y tuvieron que complementar sus satisfactores en los centros mercantiles, es decir lo que en forma natural lo consumían porque ellos mismos producían, como carne, leche, pieles, lana, etc., dió paso al consumo de harina blanca, alimentos enlatados, bebidas gaseosas y algunos artículos de manufactura barata, ese cambio brusco en su economía trajo aparejada una serie de penalidades físicas y espirituales que dieron origen a la aparición de diversas enfermedades, esto pues, debido a que se había roto el equilibrio entre ellos y su medio ambiente natural y es en ese sentido que la industrialización abre brecha para participar y fomentar tal desequilibrio, que sólo se puede lograr una mente sana en un cuerpo sano, si se es capaz de armonizar la vida con los designios de la naturaleza ya que al alejarse de ese estado, entra al ámbito prolífico de las enfermedades. (10) Por eso se afirma y con razón que no son las ciencias exactas de laboratorio las que han proporcionado al hombre moderno el mejor sustituto para el cuidado de la salud, sino los métodos más eficaces para evitar la enfermedad se derivan de los esfuerzos por corregir con ayuda de medidas sociales, las injusticias y la fealdad determinadas por la industrialización, así mismo resolver los problemas patológicos -- no es lo mismo que crear salud y felicidad "esta área exige una sabiduría y una visión que trascienden al mero conocimiento de los remedios y los tratamientos y que captan todas las complejidades y las sutilezas inherentes a la relación entre los seres vivos y su medio. (11)

Por ello es conveniente para poder tener una visión más o menos completa de los problemas de salud que padecen los mexicanos especialmente los marginados de las zonas rurales y también de las zonas urbanas o suburbanas, conocer

y analizar e interpretar la información disponible como son estadísticas de padecimientos y mortalidad de algunos años atrás a la fecha, ya que no se puede juzgar el presente por el presente mismo, pues como lo habría dicho Heráclito de Efeso "aquel que observa crecer una cosa tiene la mejor visión de ella".

Desprovisto del velo de la ignorancia, es decir, escolarizando al mexicano a un promedio nacional de secundaria (actualmente se tiene un promedio de cuarto año de primaria, aproximadamente) y con una educación para la salud, adecuada, oportuna y constante, usando para ello necesariamente prensa, radio y televisión, las posibilidades de enfermarse serían mínimas ya que podrían vivir razonablemente, de esa manera no habría necesidad de tantos médicos como los hay actualmente en México, ya que la existencia de muchos hospitales y médicos son el rasgo típico de un país mal gobernado. (12)

En el ámbito urbano sobre todo en donde hay muchas industrias, el punto de vista de la atención a la salud es diferente, ya que se da un incremento en las enfermedades colectivas que aparecieron en las fábricas y en los alojamientos surgidos en la revolución industrial y que devastaron gran parte de la población de los países industrializados que ahora conocemos y como a México le ha tocado en las tres últimas décadas hasta nuestros días la fase inicial y de transición de la revolución industrial que aquellos países ya pasaron, es evidente que este sector de la población mexicana también ha visto menguada su salud, sobre todo aquella gente que todavía continúa emigrando del campo a la ciudad es decir a las fábricas aunque éstas ya no están necesariamente en las ciudades, a últimas fechas se han instalado en áreas estratégicas; la medicina preventiva puede y debe alertar y atender a esa población a fin de evitar que sea fácil presa de enfermedades, pero que la medicina preventiva institucional debe dar.

Antes de continuar exponiendo la deficiente salud de los marginados y también la deficiente salud y calidad de vida de los marginados de la ciudad in-

cluyendo a trabajadores de los salarios mínimos, debemos incluir una breve exposición del mundo occidental del siglo pasado que vivió una epidemia de tuberculosis considerada como tragedia social que siguió al despertar de la Revolución Industrial, ésto se originó por la necesidad de mano de obra que debió trasladarse en grandes cantidades de las zonas rurales a los industriales aquí se originaron ciudades donde los emigrantes encontraron terribles condiciones de vida y de trabajo. Se les exigían largas horas de faena agotadora en la atmósfera sofocante de las minas de carbón, en las oscuras fábricas y en las húmedas oficinas.

El trabajo de los niños era explotado inhumanamente, en particular en las fábricas textiles. En las sucias y atestadas viviendas predominaba la desnutrición, y la miseria de la vida sólo se olvidaba con la ginebra y el vicio (13), otra de las características de la industrialización fue de privar a millones de seres humanos de valores y satisfacciones emocionales que en el pasado habían hecho la vida más llevadera.

Con respecto a los trabajadores de las fábricas Engels habló de aquellos "fantasmas pálidos, encorvados, ejuntos, ojerosos, diezmados por la escrópula y el raquitismo, que polulaban por las calles de Manchester y de otros poblados industriales. Si alguna vez vivió un grupo de hombres en condiciones completamente distintas del estado natural, fue el proletariado inglés de la década de 1830. (14) A este respecto puede enunciarse la frase de quién dijo que: "no existen enfermedades específicas, existen condiciones específicas de enfermedad".

En la actualidad en Asia, Africa y América Latina mueren cada año millones de seres humanos por parasitosis intestinal, por el mal del sueño africano y por la malaria, sin embargo el descubrimiento de un medicamento efectivo contra estos males tiene poca oportunidad de publicarse a ocho columnas, en tanto que todo hecho que tenga que ver con las enfermedades de importancia para el mundo Occidental se convierte en acontecimiento sensacional". (15)

(Ejemplo el SIDA). Aunado a ello el hombre de nuestro tiempo y principalmente en áreas urbanas está siendo presa de las enfermedades vasculares que afectan al cerebro o el corazón por lo que se intenta identificar aquellos aspectos de la vida moderna que se cree son los causantes de las enfermedades propias de nuestro tiempo, paralelamente a esto envenenamos nuestra atmósfera y también ponemos en peligro a las generaciones futuras con los gases químicos de alta toxicidad, el humo de las fábricas, el caucho pulverizado de los neumáticos y el humo del escape de los automotores, así como las radiaciones mortíferas provocadas por los experimentos nucleares que seguramente incidirán en la degeneración de la especie humana, todo ello creación del hombre mismo, por eso es la insistencia que las consecuencias a un futuro cercano serán incalculables e invaluable, ésta en todo caso es una aseveración categórica indubitable e incontrovertible, y esto por el momento no se puede frenar porque nuestra actividad está basada fundamentalmente en un tipo de competencia agresiva por la consecución del éxito y el uso de tecnologías contaminantes.

Si a pesar del precio que cuesta el éxito que a veces, o muchas veces se paga con la muerte, nos seguimos desplazando a un ritmo mayor al que el cuerpo humano puede y debe funcionar, cuántos ahora padecen cardiopatías coronarias, bronquitis, obesidad, hipertensión, cáncer en distintas partes del cuerpo, artritis, diabetes, sordera y otras que caen en el campo de los desórdenes mentales. Cabe hacer resaltar que por ningún motivo puede acreditarse a los médicos la eliminación de antiguas formas de mortalidad, ni se le puede culpar tampoco la mayor expectativa de vida que transcurre sufriendo las nuevas enfermedades, es el ambiente el determinante primordial del estado general de salud de la población, por ello se afirma que un tercio de la humanidad del mundo sobrevive la desnutrición, por lo que hasta ahora, el hambre y la malnutrición en todo el mundo han aumentado con el desarrollo industrial a grado tal que "se asegura que cerca de la mitad de la población mundial va todas las noches a dormir con hambre. En la edad de piedra la proporción debió

haber sido menor, nos encontramos en la edad del hambre sin precedentes, hoy en día en la era del máximo poder técnico la inanición se ha institucionalizado". (16) Y es entonces que las instituciones de salud como es el caso que nos ocupa, para México, deben alcanzar necesariamente y de manera impostergable, a toda la población bajo una concepción integral de salud que se puede prevenir porque se cuenta con los recursos tanto técnicos, humanos y financieros -aún a pesar de la crisis del país- pues de no hacer un esfuerzo extraordinario el Gobierno (que de hecho lo puede hacer realmente y no aparentemente o parcialmente como hasta ahora) seguramente estará propiciando el rompimiento de sus instituciones como ha quedado asentado en el primer capítulo y con ello el conflicto social que pugnará por un cambio radical de la estructura vigente.

Sin apasionamiento pero sí con mucho realismo y sin querer adelantarnos al proceso de cambio de la sociedad (que sin duda alguna se tendrá que dar en México), debemos considerar los planteamientos del ilustre pensador y brillante intelectual contemporáneo preocupado por la salud y la sobrevivencia de la especie humana, Dr. Pierre Vachet, que nos señala sorprendentes conceptos que alertan a los estudiosos de la sociología médica y en la toma de decisiones a los gobiernos que desean tener una sociedad sana.

Nosotros advertimos en el ambiente cierto temor que predomina y está presente en estos momentos en la vida diaria y que lo hacemos más consciente lo que vivimos en la gran metrópoli, cierta inseguridad tanto en lo político como en lo social y lo económico, el pavor por la radioactividad y por los accidentes automovilísticos; esa inseguridad crea por tanto cierta inestabilidad cierta angustia intensa y consciente que puede traducirse en agresividad o en un alejamiento de las reglas sociales, los valores tradicionales que dan sentido a la generosidad y solidaridad entre los hombres pueden y de hecho están desapareciendo para dar paso a agresivos furiosos. "Necesitamos adaptar una higiene que sea verdaderamente un arte de vivir, que permita a cada uno adap

tarse a las nuevas condiciones de la existencia y resistir a las excitaciones del exterior y a ese nerviosismo que es el mal del siglo". (17)

Pero saber vivir quiere decir saber alimentarse, trabajar y descansar de tal suerte que podamos mantener un equilibrio tanto físico como mental: siguiendo las leyes de la vida establecidas por la ciencia y la experiencia, pues no podemos negar que el aumento de fatiga y de preocupaciones las dificultades — que tenemos que superar día con día, ese cansancio físico y mental están destruyendo constantemente nuestras reservas de energía y con ello minando la existencia de los individuos.

Es honesto reconocer que muchas enfermedades se han vencido y otras más — o menos controlado gracias a la medicina preventiva, sin embargo no es recomendable afirmar que todo está resuelto o controlado y que una edad de oro se avecina; eso no, tan sólo una enfermedad como lo es el cáncer nos alerta a mirar una cruda realidad que ha cobrado muchas víctimas, bien vale reiterar que la ciencia que ha propiciado esta vida moderna llena de sorprendentes comodidades para muchos también nos ha traído un puñado de enfermedades junto con la civilización, por tanto en época tan reciente, de 1935 a 1950 se dieron — cambios esenciales con el descubrimiento de los más efectivos antibióticos — que pararon de tajo cuadros infecciosos del cuerpo, que de no ser así habrían cobrado muchísimas muertes entre niños, jóvenes y adultos, con esto se pretende rendir tributo a la ciencia que aportó grandes descubrimientos para la medicina curativa en el mundo.

Volviendo un poco a los males de la civilización bien conviene tener el — ejemplo del automóvil que es un problema de trágica actualidad por la enorme cantidad que hay, pero más por su velocidad y por el estado en que se ubica y transforma el conductor, pero más aún aquél que se encuentra en estado de euforia por haber ingerido alcohol, ya que se arriesga fácilmente y aunque sus — maniobras son muy hábiles se mueve siempre fuera de los límites de la prudencia con los resultados alarmantes por todos conocidos, por ello no se puede —

negar que es un mal moderno, dentro de ese progreso material que la civilización ofrece.

Como efecto de la vida moderna aparecen en escena los hombres hipertensos muy propios de las grandes ciudades que se mueven en la esfera de los grandes negocios, abrumados por muchas ocupaciones y preocupaciones, industriales, gerentes, ejecutivos, administradores, los chambistas que tienen de 3 y hasta 4 trabajos etc., ello implica emociones y tensiones violentas, exceso de responsabilidad, falta de sueño, la desgracia de estos hombres como afirmaba Pascal reside en no saber permanecer en reposo. (18)

El ruido del que el gobierno capitalino ha puesto atención en fechas recientes es otro mal moderno al que estamos tan acostumbrados que cuando hay momentos de silencio nos extrañamos y sentimos que nos hace falta algo, lo nocivo del ruido radica en que aún cuando estamos dormidos, todos los sentidos podrán descansar pero el del oído no, pues registra todos los ruidos a su alcance y los comunica al sistema nervioso, así que todo ruido por encima de 80 decibeles es nocivo al hombre, para tener una idea clara de esto, se dice que una calle con un tráfico intenso genera de 78 a 102 decibeles, un coche a 80 Km./h. marca 90 decibeles y una motocicleta más de cien con lo que se ha establecido la alta nocividad de este mal que aunque no es exclusivo de esta época, hoy se encuentra más acentuado. El ruido al menos de los autos, se podría disminuir haciendo uso más racional de él pero el hombre desgraciadamente está hecho de tal manera, que no sabe usarlo prudentemente, se acostumbra tan pronto y también de lo que puede sacar del auto, que no se separa casi nunca de él, es decir, se vuelve dependiente a grado tal que lo usa frecuentemente para ir a la vuelta de la esquina, en este sentido se podrían poner mil ejemplos que no viene al caso señalar por ser del conocimiento de mucha gente, y ya no alarma el decir que en 1960 se calculaba que había mil muertos diarios en el mundo por accidentes de autos, por esas fechas tan sólo en Francia morían 10 mil al año y 25 mil quedaban inválidos (19) estas son cifras de

un país desarrollado y de 25 años atrás, por el momento no contamos con cifras para el México actual, pero bien pueden hacerse ciertas inferencias y acelerar la prevención en este aspecto. En ciertas medidas puede decirse que un gran número de todo tipo de accidentes ya sean en la casa, la industria, en carretera se deben a la falta de desequilibrio de los reflejos; bien sea un aumento o una disminución en los reflejos es muy grave, pues el alcohol los aminora y los excitantes los aumentan.

También los defectos de la alimentación moderna tienen una participación importante en las enfermedades de la civilización como en el cáncer, ciertas afecciones cardiovasculares y nerviosas.

Es preciso tener bien informada a la población a fin de dar cada día más fuerza y extensión a la medicina preventiva para bien de todos aunque esto sea molesto o parezca innecesario para muchos. (20) Porque ahora nosotros el hombre actual y aquél hombre vestido con una piel, barbudo y con un mazo somos contemporáneos, impregnados y afectados en la razón por los vapores y humos que respiramos de los hidrocarburos parecemos confundidos.

El universo que nos fabrican los tecnócratas cada vez tiene menos sitio para lo humano y lo poco de humano que existe se disuelve en la masa gigante que conforman las grandes metrópolis como la ciudad de México; pensamos que se debe luchar contra esta robotización para situar al hombre en su verdadero lugar y devolverle el sentido de su dignidad y su responsabilidad para que se apege al cuidado y fomento de la vida, que garantice un futuro sano a las generaciones venideras; tal es el quehacer que involucra la acción de una medicina preventiva atendida como el conjunto de acciones más sociales que médicas que rebasen los propios límites marcados en los programas del sector salud, que analizaremos en los capítulos siguientes.

2.2. LA MEDICINA PREVENTIVA SEGUN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.)

La pesadez o lentitud mental y hasta desinterés en la mayoría de los países latinoamericanos cuya característica es el subdesarrollo o estancamiento del desarrollo eco-social debido a la dependencia económica de los países centrales, hace que también, desde luego en el sector salud haya una dependencia tal, que está manejado por toda una industria que asfixia y enajena provocando un consumismo irracional y por ende absurdo y desmedido, que reglamenta e impone condiciones y pautas a seguir para que haya "Salud para todos en el mundo para el año 2000", que fácil se dice o sintetiza y que difícil es lograrlo, por esa pereza mental que es incapaz de tomar acciones que rebasen y no esperen que se vayan cumpliendo de acuerdo a una programación, tal es el lineamiento y mandato Internacional que sostiene y rige la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y que encarga a la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) a efecto de que se cumplan sus lineamientos en toda Latinoamérica, como es la Organización de los Servicios de Saneamiento y de Atención Médica, el mérito de la (O.M.S.) radica en contar con la información suficiente y necesaria para prevenir lo que puede suceder en un futuro mediano y de largo plazo, desde luego lo que está sucediendo actualmente, cosa que en México y muchos otros países no pueden prever por no contar con la información suficiente en sus países así, un trabajo efectuado en 1975 por la División de Población de las Naciones Unidas con respecto al proceso de Urbanización señala que la ciudad de México tendrá para el año 2000 la cifra de 31 millones de habitantes es decir, la ciudad más poblada del mundo (21) lo que debe hacer reflexionar a las autoridades sobre la magnitud de los problemas que habrá que afrontar si no se toman las medidas correctivas y preventivas desde hoy, y que en este momento los problemas de esta gran ciudad se han vuelto muy difíciles de resolver y no debe perder de vista los problemas de salud de sus habitantes incluyendo a la gran mayoría de ellos que se localizan en el inte-

rior del país.

Según las estimaciones de la O.M.S., México deberá reducir su tasa bruta de mortalidad hasta un 5.2 por cada 1000 habitantes antes de finalizar el presente siglo. También observa que ha habido una reducción en la mortalidad de los niños, es decir por abajo de 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, mucho han tenido que ver la nutrición y el mejoramiento ambiental, este hecho se inscribe en la década 1970-1980, sin embargo admite que enfermedades tanto infecciosas como respiratorias son la causa de muchas muertes aún en nuestros días, así como lo alarmante de las defunciones por enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias y aún más alarmantes son las defunciones que se han visto incrementadas recientemente teniendo como causa las enfermedades cardiovasculares, otro tipo de muertes causadas por accidentes de tránsito, suicidios, homicidios van en aumento, lo que ha hecho fallar los cálculos estimados por la O.M.S. (22)

Esta organización de ninguna manera propone soluciones de fondo a los problemas de salud y apenas si esboza las causas de origen social que las genera, en base a información que recibe, se concreta a dar recomendaciones a los países miembros pero son éstos los que tienen la responsabilidad de mejorar la salud de sus habitantes, pero se concretan sólo a palpar este delicado y loable derecho que todo ser humano debe culminar en realidad.

En todo caso el registro y control de todas las enfermedades que han existido y existen algunas que ya han desaparecido son un trabajo que la O.M.S., realiza para prevenir y mantener alerta a la humanidad, trabajo por demás importante y no podría dejarse al arbitrio de cada país dada la irresponsabilidad de sus gobernantes; también la O.M.S. da cuenta de la presencia de las llamadas enfermedades modernas que azotan a gran parte de las aglomeradas urbanas, de las cuales ya he hecho mención en capítulos anteriores, pero que tampoco plantean soluciones viables a corto o mediano plazo de ahí la presencia cada vez mayor de neuróticos, alcohólicos, farmacodependientes, etc. (23)

Así mismo hace mención la organización del Potencial de recursos naturales con que cuentan los países como México y de la alarmante situación nutricional de sus habitantes, especialmente los de bajos ingresos y los marginados debido a una deficiente distribución de los alimentos básicos, situación que en nuestro país, parece ser que no lo quieren ver así las autoridades; aunque aquí se cuenta con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) ésta apenas si reduce el problema, pues poderosos intereses privados se interponen para que no cumpla con su cometido, ante la impotencia y desinterés del gobierno en turno. En los países industriales en cambio hay una sobreingerencia de calorías de ahí los superpesados y obesos que también favorecen a los cardiópatas y a los hipertensos. Por tanto el gobierno mexicano debe orientar sus esfuerzos hacia el mejoramiento del ingreso real de la población pobre, hacia la protección integral de la salud y la elevación de sus niveles sociales y educativos. (24)

La O.M.S. contempla la necesidad y señala prioridades para los países Latinoamericanos en el sentido de que se dé preferencia de atención a los habitantes marginados de las zonas rurales, con especial interés a las madres y a los niños, de la misma manera se precisa hacer llegar los servicios de atención a la salud y educación para la salud a las poblaciones marginadas urbanas, especialmente las de las grandes ciudades, que se aprietan en cinturones de miseria, por ello estos grupos rurales y urbanos marginados, es decir los más pobres dentro de los pobres constituyen el foco prioritario (25) de atención con miras a reducir su número e incorporarlos a la vida productiva del país y puedan así tener acceso a los satisfactores básicos de bienestar a que tienen derecho.

Por otro lado la O.M.S. señala que los sistemas de salud que no están integrados en un sólo organismo sino, se encuentran fragmentados como es el caso de México, con frecuencia se observa que duplican actividades y dejan áreas o sectores de la población sin atender en el consabido dispendio de recursos

económicos que de otra forma serán mejor administrados (26) nuestro país en -- este sentido está encaminando sus esfuerzos, pero no es una tarea sencilla la de unificar el sector salud cuando su fragmentación es crónica y responde a intereses específicos de grupos privilegiados como es el caso de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Comisión Federal de Electricidad (CFE), Teléfonos de México -- (TEL-MEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), etc. Frente a estos grupos no privilegiados que son escasamente y deficientemente atendidos por la Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLA-MAR), Desarrollo Integral de la Familia (DIF), etc. Estando en medio de estos dos grupos, el grueso de los trabajadores que son atendidos por el Instituto -- Mexicano del Seguro Social y por el Instituto de Seguridad y Servicios Socia--lea de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y sobre ellos la gran medicina privada. --Elitista-- que vigila la salud en función directa del alto costo que es--tán siempre dispuestos a pagar quienes creen que es con mucho dinero, como se consigue, sostiene y fomenta la salud, así pues la perspectiva de unificación del sector salud que presenta para México es más que problemática, por lo que -- las sugerencias o recomendaciones de la O.M.S., sólo quedan en simples y bien intencionados deseos. Vale aclarar que en este sentido la O.M.S., nunca plan--tea la solución de los problemas de salud por la vía de una medicina social integral, si no que considera que para una atención de alta calidad refiriéndose a los no marginados, se requiere de una tecnología médica avanzada y moderniza--da; este es el aspecto que cabe hacer resaltar como significativo y diferenciado en que se ubican las políticas de la O.M.S.

Respecto a los gastos que generan en el sector salud los países Latinoa--mericanos y por supuesto México, como lo revelan sus informes, ni son confia--bles, ni sistemáticos, ni integrales, ésto debido a que no ven con claridad -- los gastos en salud y es así que no entienden o no tienen concebida una definición de lo que es la medicina social integral que comprende varios campos de -- atención que dan como resultado LA SALUD así, cuando se habla de saneamiento --

ambiental, introducción y disposición de agua potable, alimentación nutritiva y suficiente, higienización de la vivienda, empleo y salario que cubra los satisfactores básicos etc. Se está hablando de los campos que producen salud y que deben atenderse para realmente hacer que se transforme el ser humano en sano, saludable y fuerte.

Los informes inconsistentes y poco confiables se deben a que no se sabe con exactitud, cuales son los límites o rubros que son cubiertos como "gastos de salud" esta definición es utilizada para compilar datos con destino a las cuentas nacionales, "no comprenden los gastos en saneamiento ambiental, educación médica y otras modalidades de educación en salud o nutrición, pues dichos gastos se incluyen en distintas categorías, por ejemplo, los de nutrición en el rubro de alimentación, los de educación médica y otra educación organizada en salud en el rubro de educación" etc., (27) como se observa es una falta elemental de conocimiento sobre la salud y por tanto de la administración del gasto para este sector tan fundamental de la sociedad, vale por ello recordar que la riqueza de un país es la riqueza humana y los humanos sin salud son pobres y pobre es necesariamente su país.

Lo que sucede en Africa y en Asia también sucede en nuestro país que los habitantes rurales y de bajos ingresos que no están afiliados a los sistemas del Seguro Social destinan porcentajes significativos de sus ingresos, a la adquisición de bienes y servicios de salud, muy especialmente de productos farmacéuticos. "Dada la magnitud de los recursos financieros que se gastan en salud en el sector privado, su organización y utilización de manera más eficaz y eficiente podría tener profundas consecuencias para la realización del objetivo de salud para todos en el año 2000. Por ejemplo sería posible incrementar la cobertura y efectividad de los servicios de salud financiados públicamente, sin un aumento sustancial de su participación en los recursos nacionales, por medio de una reasignación de recursos y cambios en el flujo financiero del subsector privado al público dentro del sector de la salud. Este tipo de solución requiere necesariamente de decisiones políticas de gran

significado, que requieren información completa respecto a la naturaleza, magnitud y costo de oportunidad de todos los bienes de salud consumidos por las comunidades". (28) Un aspecto que debemos resaltar es que la O.M.S. a la vez que controla vigila la salud, reclama de los países miembros autoridad hacia ella, es claro que utiliza todas sus estrategias para manejar la salud como una arma política de gran poder para bien de los países desarrollados y los intereses de los Estadounidenses principalmente y, se esfuerza por hacer que los países cumplan responsablemente con los acuerdos comunes tomados en la O.M.S. y ésto es claro ya que, quien tiene el conocimiento, la tecnología (equipo y laboratorios químico-farmacéuticos, la materia prima y el control de los mercados etc.), tiene el poder, de ahí que la O.M.S. diga a sus países miembros que sólo la labor de ambos los ha de conducir al triunfo, pero aquí debe entenderse un triunfo de los países desarrollados capitalistas sobre los países del bloque socialista, un ejemplo es, cuando la O.M.S. dice: "Una acción sanitaria fragmentada dictada desde fuera, sólo conducirá a otro ciclo de neocolonialismo en la salud internacional". (29)

La aseveración anterior es indubitable e incontrovertible, por lo que a países como México corresponde apoyar y ayudar a los nuestros, así, se producirán mejoras muy significativas de la salud siempre y cuando los habitantes se hagan más responsables de su propia salud y las autoridades les faciliten esta tarea haciéndolos corresponsables, por ello los beneficios de los programas comunitarios de salud se pueden hacer sentir a corto plazo (30), es claro que la salud y la promoción de la salud -educación- juegan un papel importante como palancas del desarrollo económico y social de México; como se señala desde el principio del presente trabajo al hacer mención del quehacer democrático, toda acción que persiga como fin la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población, conducirá a una mayor cohesión social y éste es uno de los requisitos esenciales para el deseado desarrollo económico y social de México.

2.3. LA MEDICINA PREVENTIVA SEGUN EL PLAN NACIONAL DE SALUD

En este apartado se pretende analizar la concentración de las acciones -- que en materia de salud fueron aplicadas en el sexenio anterior (1976-1982) -- es decir en el López Portillismo reciente y lo que se dejó encaminado para -- los años siguientes, es decir, las acciones que debían de seguirse en el presente sexenio (1982-1988) del Presidente De La Madrid, veamos que se hizo y que no se hizo, así como que se debe o debería estar haciendo ahora y cual es la realidad: El Plan Nacional de Salud nace a instancias del Presidente Luis Echeverría en 1973 y tiene vigencia plena con el Lic. José López Portillo e -- incluso hasta 1983, es decir, hasta los inicios del actual sexenio; este Plan se puso en marcha con respaldo y acciones de todos los gobiernos estatales y con una flexibilidad acorde a las circunstancias a fin de enfatizar en los -- problemas prioritarios.

Un gran objetivo lo fué desde entonces mejorar las condiciones de vida de los mexicanos, aumentar su capacidad productiva, física y mental dentro del -- proceso de desarrollo global tendiente a liquidar la insalubridad, la pobreza, el deterioro del ambiente y consecuentemente la enfermedad. (31) Así mismo -- con estas acciones se estaría en posibilidad de lograr un futuro mejor dentro de la realidad concreta y objetiva en que se encuentra nuestra sociedad, ya -- que la vida, la salud y la seguridad social son derechos esenciales del hom-- bre y el gobierno debe apoyar y vigilar que se den en un marco de absoluta li-- bertad y permanencia, pues el hecho de que se cumpla garantiza el bienestar -- de la familia y de la sociedad en su conjunto. Por ello dentro del Plan Na-- cional de Salud (P.N.S.) se consideró a la desnutrición como un problema que genera enfermedades y que debería atacársele, ya que reduce la capacidad y -- rendimiento del individuo; así como los malos hábitos higiénicos y la ignorancia. Pues hacen presa fácil de él. Se hace mención de lo anterior porque sin duda algu-- na, no es que no se puede, sino que no se quiere atender el problema desde su su raíz, y así, pasarán varios gobernantes más hasta que se decidan a comba--

tir las causas que dan origen al problema, con la creación de los empleos suficientes y con una educación capaz de hacer conscientes y motive a los mexicanos hacia un cambio sustancial de actitudes y ambiciones que generen un progreso general de toda la población.

El Plan Nacional de Salud contempla la conveniencia de ubicar en las pequeñas localidades rurales, casas de salud, que funcionarán como centros, para asentar los programas de carácter higiénico de la localidad y ofrecer atención médica elemental; como veremos en el siguiente apartado, este esfuerzo cobró realidad y buenos logros con la implementación del Programa IMSS-COPLA-MAR que logró implementar en el ámbito rural en prácticamente toda la República una infraestructura que bien podría y debe ser impulsada con más fuerza en la actualidad, ya que el Plan Nacional de Salud en esencia asienta su permanencia y continuidad, aunque ahora debe ser reorientada más al campo de la educación para la salud, pero reduciendo a su mínima expresión su aparato burocrático que como ya ha quedado asentado es contradictorio a los objetivos y obstaculiza el logro cualitativo de los grupos más atrasados económicamente, social y culturalmente. También el P.N.S., contempla la utilización de los alumnos de las distintas disciplinas universitarias y extrauniversitarias a fin de hacer un servicio social que favorezca el cambio en la mente de la población y en la de él, en la inteligencia de que sólo conociendo la realidad objetiva, tangible, palpable y no desde las aulas; pero con maestros que apoyen el cambio, es como y aún más en esta época de profunda crisis económica, se podrán obtener logros muy grandes para bien de todos, se resalta el de todos, porque el privilegio de unos cuantos, tiene en la miseria, la ignorancia y la insalubridad a la enorme mayoría, aquí se incrementa la obligación y responsabilidad que el gobierno debe compartir con los dueños de los medios masivos de comunicación, porque son éstos los que tienen el real control de esos medios; de no ser así, por un lado se avanza y por otro se retrocede, esto sólo es posible con hombres que no tengan miedo al cambio, como en estos -

momentos es el Presidente Peruano Alan García, y que quieran que este país — sea grande, desarrollado, civilizado, sí, sin deuda externa que es el cáncer — propiciado por unos cuantos "compatriotas" que fueron y aún siguen cegados — por el capitalismo internacional. La grandeza que deseamos para México, la — deseamos pues para todos no para unos pocos, mediante un cambio gradual y pacífico pero ininterrumpido, y no un cambio violento y acelerado, de darse de esta última forma, se debería a la miopía y la falta de amor de los hombres — que gobiernan y ésto así, es totalmente opuesto al bienestar social que todos anhelamos, contra la paz social interna que ya estamos viendo amenazada y que las medidas drásticas y por consiguiente erróneas, no tardarán en evidenciar a los hombres que detentan en sus manos, el privilegio de decidir todo el destino de los seres humanos con que cuenta México.

La solicitud de los gobernadores de todos los Estados en el sentido de — que se extiendan los servicios del Seguro Social a otros grupos y de acuerdo con el espíritu de la nueva Ley del Seguro Social, que proteja a la población rural y suburbana, con programas de solidaridad social, situación que por otra parte ya se ha venido dando pero con poca fuerza, no obstante haberse dado ya las condiciones para su plena realización, es cuestión de que cada funcionario en este sector, bien en el Distrito Federal o en los Estados, haga — uso de sus facultades y recursos a su alcance, que los tiene, de eso estamos convencidos, ya sea a través de periódicos locales, radio local, televisión, a través de sindicatos obreros, asambleas de campesinos, comisariados ejidales, a través de escuelas tanto del medio urbano, suburbano o rural, etc. — Urge pues educar para la salud, pero siendo suficientemente serios, comprometidos y conscientes frente a nuestros compatriotas, recordemos que eran unos veinte millones a mediados de la década pasada, los que se encontraban al margen de la atención de su salud dentro del ámbito rural. (32) Es importante — considerar que el Plan Nacional de Salud es eminentemente educativo, pero sin utilizar los recursos para su plena consolidación, no alcanza más que el sem—

blante demagógico que no produce los beneficios, que por ser tan evidentes, - como puede demostrarse en los anexos, no necesitan de las palabras ni de tantas explicaciones, es así que nos damos cuenta que aún es mucho lo que falta por hacer.

Quiero referirme ahora a las metas que se proyectaron para el año de 1983 y que a continuación enuncio a fin de poder contar con elementos que permitan reflexionar a cerca de lo que se hizo y de lo que está por hacerse hoy en día.

Metas proyectadas para 1983:

a) Servicio Social Voluntario en el Desarrollo de la Comunidad.

- 1.- "Organizar comités de Salud y Servicio Social Voluntario en todas las localidades con más de cien habitantes.
- 2.- Crear Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en las escuelas de enseñanza primaria y secundaria.
- 3.- Organizar Comités de Salud y Servicio Social Voluntario en la totalidad de los ejidos y centros del trabajo del papa.

b) Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente.

- 1.- Haber construido 8,630 obras de abastecimiento de agua en poblaciones de 2,500 habitantes y un número equivalente de sistemas para la disposición de aguas servidas.
- 2.- En localidades que carezcan de agua, lograr que la totalidad de viviendas que lo requieran cuenten con sistemas de disposición de desechos humanos.
- 3.- Construir como mínimo un vivero forestal por municipio y uno en cada distrito y unidad de riego.
- 4.- Crear en cada municipio, en donde sea posible, un campamento vacacional y de protección de flora y fauna.
- 5.- Lograr que el 98% de las empresas que producen alta contaminación, el 80% media y el 60% baja, hayan instalado equipos de control, cumplido con --

los reglamentos y realizado mejoras en sus instalaciones.

- 6.- Controlar el 90% de las empresas contaminantes de gases tóxicos y el 80% de las que contaminan por humos y polvos.
- 7.- Controlar el 80% de las emisiones de fuentes móviles en poblaciones de — más de 100.000 habitantes y abatir la contaminación atmosférica por actividades domésticas en un 60%.
- 8.- Reducir la contaminación del agua en un 50% del nivel actual y lograr el control de la contaminación del mar por vertientes desde tierra y buques.
- 9.- Establecer el control de la contaminación por plaguicidas y fertilizantes.
- 10.- Determinar el nivel de ruido: abatir el producido por transportes e in—
dustrias en áreas problemáticas y reducirlo a niveles aceptables en áreas ha
bitacionales.
- 11.- Ejercer el control sanitario en el 100% de los establecimientos y fábricas dedicadas al servicio o procesamiento de alimentos.
- 12.- Controlar la disposición de desperdicios radiactivos de plantas termonu—
cleares y los contaminantes teratogénicos o carcinogénicos.
- 13.- Realizar el control de calidad del 100% de los productos alimenticios en
vasados.
- 14.- Crear el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud en colaboración
con la Organización Panamericana de la Salud.

ORGANIZACION PARA LA SALUD

- 1.- Lograr la educación para la salud forma parte de todos los programas que realicen las instituciones de salud, seguridad y bienestar social.
- 2.- Que la educación para la salud se encuentre integrada a los programas de enseñanza preescolar, escolar, normal, media y superior.
- 3.- Que exista un sistema de educación continua del personal de salud.

- 4.- Lograr que los medios de comunicación masiva se utilicen óptima y racionalmente en la educación para la salud.

NUTRICION

- 1.- Lograr una alimentación satisfactoria en el 60% de las familias.
- 2.- Reducir a la mitad la prevalencia de la anemia nutricional.
- 3.- Reducir a menos del 1% la prevalencia de la desnutrición primaria de tercer grado en los menores de 5 años.
- 4.- Propiciar la mejoría nutricional integral por lo menos al 60% de las familias mexicanas en especial a las madres y a los niños.
- 5.- Proveer las raciones alimenticias necesarias para asegurar la correcta alimentación de los niños y madres pertenecientes y familias de muy escasos recursos económicos.
- 6.- Distribuir en el año considerado 51 millones de raciones alimenticias a mujeres embarazadas y en período de lactancia; 7 millones en hospitales y 21 millones a través del Programa de Obras Rurales por Cooperación. (33)

Sin duda alguna las metas para 1983 son copia fiel del mandato de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la forma de contemplar los problemas de salud de la población por parte del Gobierno es la misma que contempla la O.M.S. por ello no se intenta romper con el molde o "modelo de atención" y así los resultados se han venido perdiendo o quedando en la medianía es decir, sólo se ha venido paliando el problema de salud para todos equitativamente, estas políticas de salud muy a la mexicana se pretenden ajustar a la realidad del país considerando la estructura y el monto de la población, el urbano creciente, las demandas públicas y el desarrollo y nivel de relación del sector salud con otros sectores en el período 1977-1983 (34) son por decirlo de alguna forma políticas acertadas pero que en el terreno de los hechos se observan tibias pues no logran un cambio sustancial en la salud y en

el bienestar general de la población.

Es pues responsabilidad del Estado ahora más que antes, aprovechar en forma óptima los recursos de que dispone y evitar como ya se ha señalado entrelazamientos y duplicaciones innecesarias entre las instituciones de salud que es frecuente observar tal como si quisieran cada una por su lado adjudicarse para sí un gran crédito por sus acciones ante el Presidente de la República, esta apreciación no deja de ser verdadera pero inevitablemente burócratica y — por tanto impropia, todo esto no hace más que dificultar la adopción de normas nacionales prácticas y funcionales en torno a un sólo y único plan general. — Así, el Estado para la etapa que se menciona pretende fortalecer las condiciones para mejorar la salud y ofrecer servicios de manera más equitativa entre los diversos sectores cubriendo así el rezago de necesidades que aún la población espera. Por eso el gobierno conocedor y convencido de los problemas y — del como solucionarlos, orienta las estrategias de salud básicamente hacia — los aspectos siguientes.

- 1.- Reforzar y perfeccionar los medios para dar mayor unidad y dirección a — los programas de salud siguiendo una política unificada, coordinando esfuerzos e iniciativas y movilizando una mayor proporción de recursos tecnológicos y financieros a las áreas rurales.
- 2.- Mejorar la organización y administración del sector salud y promover el — uso más eficiente y eficaz de los recursos en función de costos y beneficios.
- 3.- Fortalecer la infraestructura para la atención médica-sanitaria y ampliar la red de servicios mínimos en el campo y la cobertura de los programas — de seguridad y solidaridad social; dar solidez al Sistema Federal y Nacional de Hospitales y realizar estudios para encontrar nuevas formas de organización, métodos y procedimientos que mejoren la atención a la salud — de la población mexicana.

- 4.- Introducir los ajustes y medidas para la prevención, control o erradicación de enfermedades transmisibles a la luz de la magnitud y naturaleza de los problemas.
- 5.- Prestar atención a los cambios en la estructura de la población al desarrollo del país y crecimiento de centros urbanos y de producción para dedicar mayores recursos a la investigación y cuidado de enfermedades no transmisibles cuyo aumento se prevé para los próximos años.
- 6.- Incrementar los medios para la prevención de accidentes, mejorar el ambiente y reforzar las medidas para la prevención y control de la contaminación del medio humano.
- 7.- Consolidar los programas para la atención materno-infantil y proseguir las acciones educativas y de servicio a la población para fortalecer la paternidad responsable.
- 8.- Intensificar los programas de educación para la salud, nutrición e investigación, de conformidad con la naturaleza de los problemas, el desarrollo socio-económico del país y los conocimientos y recursos científicos y tecnológicos.
- 9.- Establecer las disposiciones y medidas para una mejor distribución del personal de salud, preparar los cuadros técnicos y administrativos para cubrir insuficiencias y uniformar en definitiva las percepciones de los trabajadores del sector salud en todas sus instituciones.
- 10.- Continuar las acciones para incrementar la participación y responsabilidad de las mayorías nacionales en los programas de salud, estimular y consolidar el servicio social voluntario para armonizar la acción institucional con los aportes positivos de las comunidades, y ampliar y perfeccionar los procedimientos para el servicio social de estudiantes y profesionales de la salud.

- 11.- Para encarar la responsabilidad de atender a la salud de toda la población y proporcionar con eficiencia y oportunidad los servicios que se requieren, será necesario reforzar y consolidar el Sistema Nacional de Hospitales y la infraestructura de salud de todas las instituciones.
- 12.- La Organización y desarrollo de los programas durante el período 1974-1976 basada en acciones concatenadas entre los servicios de la pequeña comunidad rural a cargo de personal voluntario, casas de salud, centros rurales y urbanos, servicios estatales y grandes instituciones centrales merecerá atención relevante para fortalecer introduciendo las modificaciones aconsejables que mejoran la organización y rendimiento.
- 13.- A la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, como órgano de coordinación central, habrá que darle el apoyo necesario para el cumplimiento de su cometido, incorporando las instituciones que surjan con el desarrollo del país y que sirvan a sus propósitos. Los Consejos de Especialidades merecerán también apoyo y atención por la importancia de sus funciones al igual que las sociedades médicas y organizaciones de trabajadores.
- 14.- Reforzar los Consejos de Salud Estatales y estimularlos para que la coordinación y formulación de planes y programas constituyan labor permanente y responsable. Aprovechar las experiencias y logros de la primera etapa y tomar las medidas para asegurar la confianza y participación de la población y de los órganos locales, municipales y estatales para dar solidez al Sistema Nacional de Salud. (35)

El Plan Nacional de Salud hizo participar activa y responsablemente a todas las instituciones que conforman el sector salud y otras que de alguna forma tienen que ver con éstas en materia de salud, de tal manera que:

Corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia*, como órgano del

*Nota.- Hoy Secretaría de Salud.

Estado, la coordinación del Plan, el establecimiento de políticas y normas nacionales y el ejercicio de las facultades que le confieren las Leyes sobre la materia.

Los organismos básicos que participarán en la ejecución de las operaciones son, además de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Secretaría de Educación Pública; la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; la Secretaría de Recursos Hidráulicos;** la Secretaría de Agricultura y Ganadería;** la Secretaría de la Defensa Nacional la Secretaría de Marina; la Institución Mexicana de la Niñez; el Instituto Nacional de Protección a la Infancia;*** Instituciones de Enseñanza Superior; - Gobiernos de los Estados y Municipios y otros organismos que en diferentes grados y formas tienen responsabilidad en la salud.

Su relación corresponde también a la totalidad de la población y a las instituciones, establecimientos educativos, industriales, comerciales y de servicios. Participarán, de acuerdo con lo que señalen los programas respectivos, las organizaciones obreras, campesinas, de estudiantes, sociedades y sindicatos médicos y otras organizaciones.

Los gobiernos estatales y municipales tendrán la responsabilidad de organizar los medios y procedimientos para formular programas y proyectos en el marco de las políticas de este Plan Nacional de Salud y de impulsar las acciones comprendidas en los mismos en las entidades, municipios y localidades para el cumplimiento de las metas correspondientes. Les corresponde también establecer los instrumentos de coordinación para que las acciones de las instituciones de salud a los planes de desarrollo estatal y local se cumplan.

Para que la coordinación resulte eficaz, se organizarán en las entidades federativas Consejos de Salud Estatales bajo la dirección del titular del eje

** Nota.- Hoy Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH)

*** Nota.- Hoy Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Estado, la coordinación del Plan, el establecimiento de políticas y normas nacionales y el ejercicio de las facultades que le confieren las Leyes sobre la materia.

Los organismos básicos que participarán en la ejecución de las operaciones son, además de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Secretaría de Educación Pública; la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; la Secretaría de Recursos Hidráulicos;** la Secretaría de Agricultura y Ganadería;** la Secretaría de la Defensa Nacional la Secretaría de Marina; la Institución Mexicana de la Niñez; el Instituto Nacional de Protección a la Infancia;*** Instituciones de Enseñanza Superior; - Gobiernos de los Estados y Municipios y otros organismos que en diferentes grados y formas tienen responsabilidad en la salud.

Su relación corresponde también a la totalidad de la población y a las instituciones, establecimientos educativos, industriales, comerciales y de servicios. Participarán, de acuerdo con lo que señalen los programas respectivos, las organizaciones obreras, campesinas, de estudiantes, sociedades y sindicatos médicos y otras organizaciones.

Los gobiernos estatales y municipales tendrán la responsabilidad de organizar los medios y procedimientos para formular programas y proyectos en el marco de las políticas de este Plan Nacional de Salud y de impulsar las acciones comprendidas en los mismos en las entidades, municipios y localidades para el cumplimiento de las metas correspondientes. Les corresponde también establecer los instrumentos de coordinación para que las acciones de las instituciones de salud a los planes de desarrollo estatal y local se cumplan.

Para que la coordinación resulte eficaz, se organizarán en las entidades federativas Consejos de Salud Estatales bajo la dirección del titular del eje

** Nota.- Hoy Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH)

*** Nota.- Hoy Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

cutivo o de la persona que reciba delegación para éllo. Los Consejos estarán integrados por el jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública y representantes del IMSS, del ISSSTE, de la SEP, SDN, SRH, SOP, SAG, CNC: organizaciones obreras, campesinas y cámaras industriales y de comercio.

Para dar mayor agilidad y eficiencia a las operaciones estatales y locales, se pondrán en práctica las medidas para mejorar los servicios y los labores de programación, administración de personal, presupuestos y suministros. Se formularán por los niveles de operación y se organizan los precedimientos para captar y procesar la información que servirá de base para la evaluación de programas y proyectos de conformidad con los esquemas que para este propósito se elaboren, transmitiendo la información oportunamente a los niveles centrales, para efectos estadísticos. (36)

Conocidas las acciones que se tomaron para la consumación del P.N.S. toca ahora ver los resultados que realmente se obtuvieron pues ya transcurridos — los años que se señalan, podemos decir que se hizo y poder enjuiciar con sensatez el pasado reciente, el presente y hacer algunas aproximaciones para predecir el futuro y prevenirlo al menos no tanto como dice la O.M.S. que tan — cerca o tan lejos estará la salud para todos para el año 2000; el incremento o decremento de la esperanza de vida del hombre, de estos resultados pues, hablaremos en el siguiente apartado.

Cabe mencionar también que según el apartado I del artículo 6o. de la Ley General de Salud dice que entre sus objetivos esté el de "proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud con especial interés en las acciones preventivas. — (37)

2.3.1. LA MEDICINA PREVENTIVA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

A manera de introducción de este apartado queremos enunciar cuales son los programas de Medicina Preventiva en el IMSS, ya que éstos forman de hecho la columna vertebral del presente trabajo y cobran alta significación por su vigencia y su aplicación en forma permanente a la población asegurada y más allá de ésta, pero ese más allá constituye sus propias limitaciones y por tanto sus efectos sociales también limitados por más que no se le quiera ver así, efectos que serán desarrollados en el siguiente capítulo.

Cuales son estos programas de Medicina Preventiva; si los viéramos con un poco de ironía ya que al describirlos y aún con el sólo hecho de enunciarlos pareciera estar entrando a un mundo fascinante, ya que el cuerpo humano en vivo, para los protagonistas (los médicos) y su escenario (los hospitales) y toda una industria "pesada" técnico-científico-farmacéutica, repito, el cuerpo humano en vivo se convierte en "la gallina de los huevos de oro", "curándole" y en su caso "previniéndole" en partes específicas del cuerpo, veámos cuáles son esos programas de medicina preventiva que aparecen en el Boletín Estadístico Anual de Medicina Preventiva del IMSS en 1980, cada uno con su justificación, objetivos y metas bien definidas. He aquí la lista de programas.

- 1.- Programa de Educación para la Salud.
- 2.- Programa de Capacitación y Adiestramiento.
- 3.- Programa de Vigilancia Nutricional.
- 4.- Programa de Brigadas de Salud.
- 5.- Programa de Prevención de Accidentes.
- 6.- Programa de Inmunización.
- 7.- Programa de Lucha contra las Enfermedades Venéreas.
- 8.- Programa de Prevención y Control de la Deshidratación Aguda en los Padecimientos Diarréicos.
- 9.- Programa de Odontología Preventiva.

- 10.- Programa de Fiebre Reumática.
- 11.- Programa de Tuberculosis.
- 12.- Programa de Diabetes.
- 13.- Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.
- 14.- Programa de Detección Oportuna del Cáncer Mamario.
- 15.- Programa de Hipertensión Arterial.

Según el Boletín de Medicina Preventiva del IMSS de 1981 contempla estos mismos programas con algunas variaciones mínimas por ejemplo incluye el Programa de Brigadas Rurales, el Programa de Brigadas en Centros Laborales Urbanos, y el Programa de Brigadas de Saneamiento y excluye el Programa de Capacitación y Adiestramiento el Programa de Prevención de Accidentes y el Programa de Inmunización, no se dispone todavía del Boletín Estadístico de Medicina Preventiva de 1982.

Resulta no tan complicado explicar en que consiste cada uno de los programas y cual ha sido su impacto y alcance en la población amparada en primera instancia y abierta en segunda instancia a la cual se ha estado llegando también pero se afirma y con mucha razón para el año que se reporta (1981) que aún queda mucho por hacer.

veamos para el caso del Programa de Tuberculosis y de acuerdo con las políticas del Instituto, la tercera parte de las inmunizaciones con BCG se aplicó a poblaciones de derechohabientes en todo el sistema y algunas Delegaciones extendieron esta acción a la comunidad en general, de tal forma que el porcentaje de vacunación no derechohabientes constituyó más de la mitad del total de aplicaciones BCG (38) esto demuestra cuan factible es alcanzar a la población no asegurada y de bajos ingresos o marginada con recursos de esta Institución.

Programas de Fiebre Reumática este programa se inició en 1960 y tiene detectados alrededor de seis mil casos pero no se tiene un control adecuado de

los pacientes por lo que sus resultados no se precisan y porcentualmente son - muy bajos.

Programa de Hipertensión Arterial, este programa exploró a las personas - con este padecimiento y estima que más de medio millón de personas nada más de la población que atiende el IMSS lo sufren, es por demás una cifra muy conser- vadora pero revela una realidad que requiere con urgencia ser atendida buscan- do y considerando las causas primeras que originan la enfermedad.

Programa de Cáncer Cervicouterino - Aplicado a derechohabientes de 25 — años y más y apunta un incremento o al menos a nivel sospecha de esta tipo de enfermedad que requiere tomarse muy en cuenta para efecto de determinar las — causas que lo generan y eliminar este tipo de padecimientos.

Programa de Cáncer Mamario - Que busca reducir esta patología pues cada - día se incrementa el número de mujeres sospechosas que requieren revisión y -- tratamiento oportuno en su caso.

Programa de Diabetes - Para 1981 se habían hecho ya 10 millones de detec- ciones de este padecimiento ya que aún hoy en día este padecimiento, es un azo - te para la población especialmente adultos y de edad avanzada.

Programa de Enfermedades Venéreas - Según la información que se reporta - manifiesta que este padecimiento no ha sido reconocido sustancialmente y per- siste de manera significativa, en este tipo de enfermedad se ejemplifica con - más claridad la necesidad de intensificar un programa que debe tener el carác- ter de permanente a fin de que se incremente la educación para preservar la sa - lud del ser humano.

Programa de Nutrición - Como antes que educar se requiere alimentar y es- te es un problema gravísimo que hoy en día se ha agravado más, transcribe los resultados alarmantes de encuestas realizadas por el Instituto Nacional de la Nutrición. Véase como se enfoca el problema:

La desnutrición es un estado patológico, potencialmente reversible, causado por la ingestión insuficiente o por el aprovechamiento deficiente de los alimentos esenciales para el funcionamiento normal del organismo. La desnutrición depende de numerosos factores de tipo económico, social y cultural. Por su magnitud y trascendencia la desnutrición es el problema de salud pública de más alta prioridad.

El Instituto Nacional de la Nutrición ha realizado más de 100 encuestas en diversas áreas y ya cuenta con la información suficiente para conocer el panorama general del país que, a grandes rasgos, es el siguiente:

De cada 100 mexicanos, 40 sufren una alimentación deficiente que en la mayor parte de los casos no satisfacen ni siquiera los requerimientos calóricos (parámetro de cantidad) y la dieta de estas personas suele ser deficiente en proteínas, sobre todo de origen animal, vitaminas y minerales (parámetro de cantidad).

Otros 40 de cada 100 mexicanos restringen su alimentación, principalmente en proteínas de buena calidad (leche y derivados, huevo, carne, pescado). Según el censo de 1970, 20% no consume carne, 23% no consume huevo, 38% no consume leche, 70% no consume pescado y el 23% no consume pan de trigo.

Trece de cada 100 mexicanos están enfermos por sobrealimentación; comen de más sobre todo carbohidratos refinados y grasas saturadas; son obesos y la obesidad es un factor predisponente, que aunado a sedentarismo, stress de la vida moderna, encaminan a los malnutridos a una serie de enfermedades del corazón (segunda causa de mortalidad), diabetes (novena causa de mortalidad), hipertensión arterial, arterioesclerosis y otras enfermedades crónicas y degenerativas (datos de 1978).

Sólo 7 de cada 100 mexicanos se alimentan correctamente y gozan de salud y capacidad de trabajo.

En las estadísticas de mortalidad la desnutrición aparece, como causa co-

adyuvante de la patología que condujo a la defunción.

Conforme ha pasado el tiempo y a medida que crece la población ha aumentado históricamente el número de nutridos y desnutridos, pero siempre ha sido mayor el número de desnutridos.

La mayoría de los mexicanos desnutridos, de bajos ingresos, se localizan en las áreas rurales, marginadas e indígenas. Existen en el país más de 83,000 localidades (86% del total con menos de 500 habitantes), que no consti- tuyen centros de producción de alimentos, ni centros de consumo por su bajo poder de compra. La dieta en tan dispersas comunidades es monótona y se basa en maíz, frijol, chile y vagatales verdes.

De los 2.5 millones de niños que nacen cada año, un millón y medio nacen de padres desnutridos, o sea que están destinados a sufrir daños físicos y cerebrales a causa de la desnutrición. Si se añade el entorno social, lleno de necesidades y carencias, uno de cada tres niños fallecerá antes de los 6 años de edad y los sobrevivientes serán individuos "vulnerables crónicos", con gran susceptibilidad ante las enfermedades, poca capacidad de aprendizaje en la escuela, apatía, productividad en el trabajo disminuida, ausentismo, frecuencia de accidentes, y reducción de los años de vida productiva. Configuran una carga social de alto costo que evoluciona y aumentará si no se toman medidas urgentes para disminuirla.

Detección del estado nutricional:

Ante una problemática tan grande, el IMSS, desde 1978 está realizando un programa de nutrición tendiente a conocer los casos de desnutrición, sobre todo en la población de menores de 5 años, que es la más vulnerable. En 1980 en más de un millón de detecciones 19% de los niños derechohabientes estudiados se encontraron con algún grado de desnutrición.

En 1981 las detecciones del estado nutricional en niños aumentaron a ---

2'662,917, que significan respecto a 1980 un incremento de 231%. Los médicos familiares contribuyen con 39% de las detecciones y medicina preventiva con el 61%.

Del volúmen de detecciones se derivan diagnósticos de desnutrición de primer grado en 225,124 niños y de desnutrición de segundo grado en 74,263 niños. Ambos grupos constituyen 11% de desnutridos en el grupo más vulnerable. Cabe aclarar que por insuficiencia de los registros se están captando en un sólo rubro detecciones de primera vez y subsecuentemente, lo que aglutina la información y le resta precisión y mayor utilidad.

Orientación Nutricional.

Se impartieron 193,978 sesiones educativas, dos de cada tres las impartió personal de medicina preventiva y la otra estuvo a cargo de dietistas, trabajadores sociales y otro personal técnico.

El promedio de asistentes a cada sesión fué de nueve personas, principalmente madres de niños desnutridos.

Las cifras alcanzadas en 1981, tanto en número de sesiones como de asistentes brindan la información y aprovechamiento inmediato que se les entrega. (39)

Es claro que la forma en que se enfoca el problema de la desnutrición y a pesar de que es evidente y muy elocuente el informe que proporciona el Instituto Nacional de Nutrición, según las cifras que proporciona; por esta vía no podrá resolverse el problema, éste debe después de conocerse y entenderse, atacarse y resolverse en forma integral, haciendo accesibles todos los alimentos básicos y en cantidades suficientes a los trabajadores de bajos salarios, para este planteamiento de ninguna manera la CONASUPO proporciona todos los alimentos y está lejos, pero muy lejos de ponerlos a precios accesibles a los trabajadores de bajos salarios, en pocas palabras, en México no hay tiendas que pongan al alcance los productos básicos de alimentación a los trabajado—

res de bajos salarios y nos referimos a la gran mayoría que gana el salario mínimo o menos que éste, y para el caso de las tiendas que varias instituciones han creado a fin de coadyuvar en la economía de sus trabajadores, dichas tiendas escazamente ofrecen productos por abajo del precio del mercado, más bien funcionan como "tiendas de raya" ya que a través de mecanismos burocráticos, crean los VALES, TICKETS que no es otra cosa que fiar la mercancía que deberá ser descontada de los pagos siguientes al trabajador.

A los marginados en tanto no incorporados al proceso productivo del país, es decir, que formen parte de la población económicamente activa deberán de proveérsales alimentos básicos suficientes gratuitos tanto en el campo como en la ciudad a través de almacenes de distribución creados expresamente para ese fin, pero bajo una adecuada supervisión pero sin burocratismos y muy buen control, este planteamiento parte de la afirmación de que los marginados no escogieron serlo sino que son un producto del propio sistema capitalista y que bajo un impuesto adicional y específico a los que se enriquecen a costa del trabajador, porque no puede ser de otra forma, sino a costa del trabajador, el gobierno obtendrá así los recursos económicos para que mediante programas permanentes hasta en tanto subsistan los marginados sean bien alimentados y de esta forma mejorarán sus condiciones de salud, porque el problema de salud de los marginados es el hambre, y hay que atenderlos y rescatarlos para que se integren a una nueva vida digna y humana y sean incorporados al proceso productivo, esta es una tarea de gobierno y no una responsabilidad ni una culpa de estos infortunados mexicanos que cada día aumentan.

Este trabajo que bien puede calificarse de crítico, también pretende ser analítico y propositivo y es así que he incluido entre los anexos cuadros de información que señalan también los logros, importantes aciertos que a menudo se dejan de lado, sin embargo, considero que requieren ser divulgados, por eso se incorporan en este trabajo y creemos firmemente que todo enfoque sociológico de la realidad concreta sobre hechos sociales que afectan a la colecti

vidad o parte de ella, debe ser con una intención y una acción positiva, esto debe ser así hasta en tanto se se den las condiciones necesarias y suficientes que propicien el cambio social radical.

La educación para la salud, tal como se contempla en medicina preventiva de otorgarla en tantas oportunidades se presenten (40), es en si misma limitada y esto no es de extrañar, pues aunque se extiende a población abierta se da prioridad a los asegurados y derechohabientes. Y es que lo que se debe cambiar son los objetivos, esto es, alcanzar a toda la población, ya que además de ser un derecho es una necesidad impostergable, visto así el problema, se tendrán que cambiar las estrategias y en lugar de atender artesanalmente la prevención de la salud, se utilizarán intensiva, permanente, persistente y hasta sutilmente los medios masivos de comunicación de cobertura nacional, de interés comercial y por tanto de interés popular principalmente. Así se estará construyendo una sociedad más rica en salud, en cultura y en dinero, es decir, una sociedad con una mayor calidad de vida y de bienestar social.

Existen vastos sectores sociales asentados en zonas rurales indígenas existiendo en ellas una gran incidencia y prevalencia de enfermedades que alcanzan valores desproporcionados, aún hoy en día (1987), las causas principales de mortalidad en las zonas rurales marginadas de México, siguen siendo los padecimientos infecciosos y parasitarios, afecciones perinatales y del aparato respiratorio, es por demás urgente consolidar las políticas de salud para esas zonas, es conveniente así mismo considerar los factores del medio ambiente y socioeconómicos, los del medio ambiente material: condiciones de la vivienda, del agua y de su forma de usarla, el tipo de alimento así como la ingestión de alimentos y bebidas nocivas para la salud.

Dentro de los factores socioeconómicos: el nivel de ingreso cuando lo tienen, el nivel de educación, grado de estudios, si es que lo tienen, todo lo anterior aunado a lo que ya antes se ha dicho, incide en enfermedades contagiosas y parasitarias, de éstos los Estados que se encuentran a la cabeza son

Chiapas y Nayarit; los esfuerzos para disminuir la mortalidad infantil deben redoblar, la esperanza de vida es corta en estos grupos marginados lo cual limita de manera importante la capacidad de producción en el campo, también - en el caso de la mortalidad fetal, esto sucede por falta de nutrición principalmente y por falta de orientación médica de tipo elemental, no sólo a los marginados sino a la mayoría de la población, es necesario por tanto reorientar e intensificar las actividades educativas que modifiquen los hábitos tradicionales, sobre todo los de origen médico-religioso en relación al embarazo y parto, recalcando en ellos los aspectos sobre planificación familiar voluntaria como un paso previo para lograr la integración y la estabilidad en la familia, debiendo hacerse demasiado énfasis sobre los beneficios que a mediano plazo obtendrán pero que se le garantice que los obtendrán: mejor salud, - mejor economía familiar, mayor esperanza de vida.

Volviendo un poco a los padecimientos transmisibles, vale la pena recordar que en casi dos millones de casos, cinco padecimientos fueron los responsables del 86% de todas las enfermedades informadas, entre ellas y en orden decreciente; las infecciones respiratorias agudas, amigdalitis aguda, infecciones intestinales, amibiasis y ascariasis.

Es significativo señalar que las infecciones respiratorias representan el 47.3% de los casos notificados y que las infecciones intestinales incluyendo amibiasis, salmonelosis, ascariasis y oxiuriasis alcanzan el 46.0%. Por tanto el panorama de la mortalidad, en cuanto a padecimientos vulnerables por vacunación, los reducibles por saneamiento ambiental los respiratorios y otros, demuestra que las enfermedades reducibles por saneamiento ambiental constituyen el 48.0% y las respiratorias el 47.3%, es así mismo importante señalar que las enfermedades vulnerables por vacunación sólo representan el 0.4%. Considero importante señalar que el 60% del grupo de enfermedades vulnerables por vacunación lo representa la tuberculosis y los Estados más afectados son: Guerrero, Chiapas y Veracruz, con predominio del sexo femenino 75.1% de los ca-

sos registrados, de éste el 59.3% cae en edades entre 15 y 44 años de edad es decir, en la edad reproductiva de la mujer, se observa aquí el estrago que hace la desnutrición o mal alimentación en la mujer.

La infección intestinal hace sus estragos en los niños de cero a cuatro años, lo que reproduce las deficientes condiciones del medio ambiente: contaminación de alimentos, insuficiente disponibilidad y uso del agua e inadecuada disposición sanitaria de excreta humana, basuras y desechos en general incluyendo el de todos los animales que les rodean y que forman parte de su hábitat.

Volviendo a las infecciones intestinales éstas adquieren relevancia en los Estados de Campeche, Durango y Zacatecas y las neumonías en Aguascalientes, Jalisco, Morelos y San Luis Potosí, ahí se deben intensificar las acciones médicas-educativas para la salud.

Cada vez que se pretende un estudio con datos confiables y de primera mano es difícil localizarlos, es por ésto que nos basamos en información de instituciones de salud. La morbilidad por demanda de consulta externa reviste especial interés, ya que lo que se informa se obtuvo de un total de 207,930 consultas proporcionadas en las unidades médicas rurales del Programa IMSS-COPLAMAR, por tanto, según este estudio, es la primera vez que se capta una muestra de tal magnitud, relativa a la atención médica de primer nivel en las zonas rurales marginadas, del país.

Una vez más debemos retomar el hecho de que en primer lugar de frecuencia por grupos de causas aparecen las enfermedades del aparato respiratorio con el 26.1% una de cada cuatro consultas, en segundo lugar las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 25.6%; como puede verse estas dos causas representan la mitad del total de consultas otorgadas. Por tanto se hace evidente que las acciones de primer nivel de atención a la salud deben ser prioritarias y dentro de ellas las de promoción y protección a la salud con un profun-

do sentido de educar. (41). La mayoría de los padecimientos detectados son evitables a través de acciones preventivas tal como ya ha quedado asentado, incluyendo las médico-preventivas, dirigidas todas ellas a la protección de la salud de la población y a los aspectos básicos del saneamiento del medio ambiente, tanto de la vivienda familiar como de la comunidad es decir, en todos los factores que convergen en la comunidad y que la destruyen.

Urge por consiguiente, consolidar e impulsar la atención a la salud poniendo al alcance de las mayorías sobre todo a la marginada pero no sólo a ella, sino también a los marginados que se encuentran en el medio suburbano y urbano principalmente a los de la gran metrópoli, las acciones básicas de saneamiento, nutrición, promoción y protección a la salud reforzando y complementando con la atención médico-preventiva.

La incorporación de los recursos tradicionales propios de las distintas regiones y comunidades para satisfacer sus necesidades de salud, así como la participación activa en el cuidado de la misma, ayudarán a elevar su nivel de vida y su actuación como sujetos para su propio desarrollo socioeconómico.

Lo anterior podría resumirse diciendo, que las enfermedades transmisibles representan, en cuanto a su frecuencia y distribución en las zonas marginadas del área rural, un elemento base para deducir las malas condiciones ambientales que predominan, así como la limitada protección a la salud que tiene la población que en ellos habita; todo ello aunado a las condiciones precarias, dentro de las cuales adquieren relevancia, la IGNORANCIA y los diferentes patrones culturales, y aquí volvemos nuevamente a la falta de una REAL EDUCACION PARA LA SALUD y no para el consumismo que también los alcanza y que en algunos casos fomenta la anti-salud.

El 60% de las localidades que cubre el programa IMSS-COPLAMAR son de tierras de temporal, si a esto agregamos que sólo el 20.8% de la población rural es económicamente activa, se explica la debilidad económica de estas áreas, -

que se traduce en la baja producción de alimentos y sus repercusiones sobre el fenómeno salud-enfermedad.

Existen otros factores que inciden sobre la morbilidad, como el bajo grado de escolaridad, educación sanitaria deficiente y en ocasiones nula en el medio rural y también en el urbano, aunque también influye el monolingüismo indígena. Así, de cada diez localidades sede de unidades médicas-rurales en que hay escuelas, sólo el 43% de la población mayor de diez años ha cursado más allá del tercer año de primaria y el 23% de la población mayor de diez años no sabe leer ni escribir existiendo Estados como Chiapas, Guerrero y Veracruz, con analfabetismo mayor al 30% resulta muy fácil entender, la rapidez con la que los padecimientos transmisibles se propagan en el seno familiar, cuando se sabe que el 32% de la población habita en viviendas de un sólo cuarto con un promedio de 5.5 ocupantes por habitación. Además, el hecho de que el 40% de las familias cocina al ras del piso favorece la presencia de padecimientos intestinales. (42)

Todo el panorama que ha quedado explicado considera que la población rural marginada que existe en el país, está inmersa y conforma el subdesarrollo en el que interviene fundamentalmente el atraso general de ciertas regiones que no han interesado al capitalismo principalmente norteamericano, también y, por tanto, la baja escolaridad y educación sanitaria en particular, las barreras culturales, e ideológicas sobre todo en zonas indígenas, la baja productividad de alimentos, como ya se dijo, la poca y en algunos lugares casi nula penetración médica, atendidos con sistema tradicional deficientes e inseguros e ineficaces por falta de conocimientos higiénicos, pero lo que si hay es penetración de todo tipo de vicios que más los hunden y aquí se da para efectos de salud, una de las grandes contradicciones del sistema capitalista que nos envuelve a todos y nos asfixia, y la carencia casi total de los servicios sanitarios y municipales que enmarcan las características socioeconómicas y culturales propias de los grupos marginados pero no exclusivas, facto

res determinantes del precario nivel de vida y salud de esta población.

Según los datos que hasta aquí se han mencionado, es de urgencia la necesidad de consolidar las acciones e infraestructura existentes incluyendo dentro de las prioridades, las actividades preventivas y de salud pública y que se disponga hasta donde sea necesario para su cabal cumplimiento, de los medios masivos de comunicación, tal como lo hemos venido mencionando insistentemente a lo largo del trabajo esto implica forzosa y obligadamente a: un cambio de actitudes de los emisores (los prestadores de los servicios) como de los receptores (beneficiarios de los servicios) e impulsar la participación comunitaria —la que casi siempre está dispuesta a colaborar— en los programas de educación para el fomento de la salud, así como precisar de todos los mecanismos en la toma de decisiones y expresión de sus necesidades, a nivel local, municipal, estatal y central, sin lo cual no será posible rescatar de la insalubridad, la ignorancia y la pobreza a este gran número de mexicanos que legitiman al país como tercermundita, ya que su presencia es innegable y el freno al desarrollo económico del país, evidente.

No se habla aquí de la necesidad de consolidar las acciones e infraestructura existentes, riesgozamente descentralizadas a los Estados, como un acto de sentimiento patriótico, sino de una responsabilidad de gobernantes e instituciones que no quisieran modificar el orden social establecido como si fuera patrimonio de ellos. La concepción de la medicina preventiva en cuanto a su alcance, rebasa desde luego los programas específicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la implementación e implantación del PROGRAMA IMSS-COPLAMAR.

Ahora, en el Plan Global de Desarrollo se establece como apartado especial, la política social que contempla con la población marginada "un compromiso ineludible: lograr su incorporación al desarrollo del país y dotarle de un nivel apropiado de atención en alimentación, salud, vivienda y educación. Para ésto se han coordinado diversos programas dirigidos a las regiones más

pauperizadas y se creó la COORDINACION GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DE PRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS (COPLAMAR) con el objetivo preciso de coordinar el gasto público ejercido a través de distintas dependencias para instrumentar programas de empleo y bienestar en las zonas marginadas.

Este compromiso ineludible determinó tomar una trascendente decisión: la atención acelerada de los servicios médicos para los marginados: para tal efecto fué necesaria la adecuación del marco jurídico a las características de esta decisión. Así, se elabora y firma el CONVENIO IMSS-COPLAMAR mediante el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social se obliga a construir y operar en término de dos años, 1,690 unidades médicas rurales y 22 hospitales rurales "S" que se suman a las 310 unidades médicas rurales y 30 hospitales rurales que el propio Instituto operaba desde 1975 para llegar a 2,000 unidades médicas rurales y 52 hospitales rurales, meta que inmediatamente fué ampliada en 106 unidades más y 5 hospitales rurales, quedando definido así, un sistema de atención media a base de 2,106 unidades médicas rurales y 57 hospitales rurales capaz de atender una población de 14'000,000 (catorce millones) de marginados o como les llama el Instituto, "solidariohabientes", cifra que, como se anota posteriormente, en estos momentos también ha sido superada; el financiamiento de este programa, tanto en su inversión como en la operación, sería aportado íntegramente por el gobierno federal, con fondos fiscales.

También se emitieron decretos presidenciales para determinar los sujetos de estos programas y adecuarles la obligación de realizar trabajos personales en beneficio de sus comunidades, quedando a cargo de COPLAMAR la promoción, organización y conducción de ésta cooperación comunitaria.

De esta forma, el convenio y los decretos de extensión se enmarcan en la Ley del Seguro Social de 1973 dando plena validez jurídica a la decisión de acelerar la extensión de los servicios médicos a zonas marginadas.

Pues bien, al finalizar 1982 el programa IMSS-COPLAMAR había instalado 3,025 unidades médicas rurales y 60 hospitales rurales con lo cual ya se po-

día atender a 18 millones de marginados. (43)

La atención primaria de la salud que otorga este programa, para efectos de una valoración de metas a cargo de la Secretaría de Programación y Presupuesto se ha dividido en tres programas: Programa de Atención Preventiva, Programa de Atención Curativa y Programa de Capacitación de la Población. Según lo expuesto, se han hecho grandes y patéticos esfuerzos por parte del gobierno federal ante una población rural en todo el ámbito nacional de aproximadamente de 27 millones de habitantes, de un total de 67'395,826 habitantes en todo el país, según censo de población de 1980.

Con el objeto de atender con mayor claridad que se entiende por población rural, se denomina así a quienes habitan en localidades con menos de 2,500 habitantes, en el país se estima un número de 97,580 poblaciones de las cuales 95,410 tienen menos de 2,500 habitantes, en ellos radica mayoritariamente la población dedicada a la agricultura, ganadería, y silvicultura. Esta marcada asociación entre la ocupación en el sector primario de la economía y el poblamiento disperso, es una de las características asociadas a la marginalidad — que al no participar en el "desarrollo económico" del país deben de ser objeto de atención inmediata para ser incorporados y es que se ha dado el desarrollo económico y social de manera marcadamente desigual. Urge por ésto, levantar y sostener permanentemente a esos millones de marginados para que formen parte de la población económica activa, elevando el nivel de producción, como el mejor camino para que México logre a mediano o largo plazo su independencia económica y devuelva a los mexicanos el bienestar social que ahora no — existe para las mayorías y mucho menos para los marginados.

La población marginada sigue siendo objeto de atención pero cada vez más con una visión política, que preventiva a su salud, como podrá verse en las acciones que a últimas fechas ha tomado el gobierno respecto a lo que queda de lo que fue el programa INSS-COPLANAR.

En marzo de 1984 fué expedido el decreto que establece las bases para transferir a los Estados, los servicios de salud a población abierta, por lo que se constituyó el Comité de Operación del Programa IMSS-COPLAMAR cuyos integrantes se reúnen mensualmente para supervisar la marcha del programa y la de las acciones de descentralización en el ámbito nacional lo que nos hace pensar que el barco correrá el riesgo de navegar a la deriva. Asimismo, en 1984 se constituyeron los Consejos Estatales de Vigilancia de Solidaridad Social —no serán para la solidaridad social con el PRI— bajo la responsabilidad de los titulares del Ejecutivo de cada entidad federativa a efecto de que orienten, vigilen y evalúen las acciones del programa en su respectiva jurisdicción, se dice por tanto, que estas instancias constituyen una garantía para llevar a cabo de manera ordenada y armónica, el proceso de transferencia a las entidades federativas que habrá de realizarse durante los próximos años, es decir entre 1985 y 1986. (44)

Hasta 1983 el programa IMSS-COPLAMAR obtuvo un importante avance gracias al apoyo de la comunidad; ahora, la descentralización del programa y la transferencia de las acciones de salud a los Estados, podrá ser una oportunidad para que cada entidad federativa, con la visión necesaria y oportuna resuelva —adecuada y sostenidamente la problemática que en materia de salud padece su población marginada básicamente, máxime que ya se cuenta con el diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México, editado por el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en este diagnóstico, que es una importante guía para reordenar las acciones del año de 1985 en adelante, elaborando en cada localidad, un diagnóstico de salud que ayude a identificar —con mayor precisión los principales problemas y a formular un Plan de Atención a la Salud, que se esté revisando y actualizando por lo menos anualmente y, en base a la evaluación de los resultados, con criterios más social-preventivos, que médicos, se podrá revolucionar las distintas comunidades si se atacan causas trascendentes, e uní la calidad de los criterios, pues para este —

fin no se pueden improvisar a las personas, ni mucho menos, "entes burocráticos", ya que se trata de educar para cambiar costumbres y hábitos muy arraigados tales como: el aseo personal, preparación y consumo de los alimentos, desparasitación y saneamiento ambiental, demostrar para estimular, que el niño continúe sus estudios, que termine la institución primaria, que prosiga a la secundaria, que se le cree una conciencia por medio de reuniones explicándole lo nocivo del alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción, la violencia, el ocio mal encausado, fomentarles los deportes, organizando torneos con premios que les sirvan de estímulo, todo ello a fin de que le surjan mayores espectativas en la vida personal, familiar y comunitaria.

Todo lo anterior debe quedar incluido en la acción de la educación para la salud, sin é^lo, sólo estaremos manejando y transmitiendo o produciendo información con resultados impregnados de oficialidad, pero sin un cambio en la vida rural marginal.

La descentralización del Programa IMSS-COPLAMAR deberá concluir para 1986, mientras que para 1985, el gobierno federal asignó a este programa un presupuesto de 24'102 millones de pesos, así pues, y de conformidad con los lineamientos que la Secretaría de Salud señale, se transferirá el conjunto de bienes y conocimientos que permitan con eficacia, que la atención de la salud sea operada directamente por los Estados de la República y para la población abierta mediante el programa de solidaridad social por cooperación comunitaria. (45)

CAPITULO III

3.- LA MEDICINA PREVENTIVA Y SUS EFECTOS SOCIALES

3.1. Limitaciones Sociales de la Medicina Preventiva.

La medicina preventiva se ve limitada, si la vemos por el lado de la Secretaría de Salud, por no contar ésta con un presupuesto suficiente y de cobertura nacional, capaz de asimilar las áreas rurales marginadas, y es que en principio, no se plantea ese objetivo dicha Secretaría, toda vez que no tiene capacidad económica para atender la demanda de las zonas urbanas; si se le observa a la medicina preventiva desde el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de sus bien elaborados programas para tal fin, nos encontramos con que su penetración en las zonas marginadas sobre todo rurales, es limitada aunque bien intencionada y con esfuerzos y resultados tangibles probados y demostrados, pero que por definición, no logra una amplia penetración, es decir, esencialmente tiene la responsabilidad de atender principalmente a los asegurados y sus beneficiarios, ésto es, a todos los trabajadores que cotizan para el Seguro Social incluidas sus familias.

Las acciones del gobierno están a la vista y se explican por si mismas ya que no desconoce las condiciones abismalmente diferenciadas en que se encuentra desde hace tiempo la sociedad mexicana, de ahí que, por lo arriba mencionado, tuvo la necesidad de instrumentar un Plan Nacional de Salud, en el que hizo participar a todas las instituciones públicas y privadas, que tuvieron relación con la salud e instrumentó para élllo mediante convenio uno de los programas que más se acercó a la población marginada rural del país, nos referimos al ya señalado en varias ocasiones, Programa IMSS-COPLAMAR como una real alternativa en materia de atención a la salud que detectara y en lo posible ayudara a esa parte de la sociedad que tanto lo necesitaba, lo necesita y lo seguirá necesitando, porque ésta no es una tarea sexenal, sino permanente y se hace aún más necesaria dado que se requiere afrontar con valor y determinación el reto del cambio o evolución al menos, de los marginados, como lograrlo? - cambiando los objetivos, para cambiar, no paliativos como hasta ahora parecen

estarse dando.

Aún hoy vive en el ánimo y la mente de muchos mexicanos, compatriotas — nuestros, el que no desaparezca IMSS-COPLAMAR aunque le cambien de nombre ya que dió y sigue dando una luz de esperanza en quienes por muchas décadas han vivido en la obscuridad, en el aislamiento, estancamiento y en muchos de los casos, todavía olvidados, por suerte para ellos, el programa no desaparece, — dado que es muy probable, que tanto las comunidades, como las autoridades gubernamentales, estatales y del sector salud, harán el esfuerzo de reforzarlo, antes que dejarlo al libre manejo en cada uno de los Estados, con el riesgo — de que desaparezca en el tiempo o simplemente se empolve, ya que es el instrumento más elaborado, con infraestructura propia ya instalada y bajo la asesoría y atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, que hoy por hoy, más experiencia tiene y que por decreto presidencial del 20 de abril de 1983 le — asignan completamente la responsabilidad del programa, fecha ésta en que desapa- parece COPLAMAR. (1)

Sin embargo, ya sin COPLAMAR, este modelo de atención integral a la Sa— lud, que pretende ser vigente a través de los Estados, que hace un esfuerzo — por lograr una atención integral a la salud, y no sólo se limita a curar el — daño que causa la enfermedad en las personas sino que también se apoya en el diagnóstico de salud comunitaria, en las localidades perfectamente identifica— das.

Se dan pautas para atenderlos, en su salud de distintas maneras y tales — pautas de atención, ya están dictadas por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), de hecho, de ellas se nutre también el programa de salud por coope— ración comunitaria mediante el modelo de atención integral de salud, lo que — lo hace por ese sólo hecho, limitativo.

Lo anterior obedece a los intereses de los países centrales o desarrolla— dos, que están atentos para hacer cada vez más dependientes de ellos a los —

países subdesarrollados, tal dependencia es prácticamente en todos los órdenes, tecnológicos, de la vida social y económica, a este grupo o modelo de países subdesarrollados corresponde México, por desfortuna para las mayorías y - por fortuna para una minoría ultra rica, que de alguna manera son éstos los - que limitan los efectos sociales de la medicina preventiva, en un modelo de - país capitalista dependiente perfectamente estratificado, que la élite del poder ha creado para su propio beneficio y en detrimento de las masas que forman la base de la pirámide social.

El lograr una salud para todos los mexicanos ha sido una bandera que ondeó siempre desde el inicio hasta la consumación del movimiento armado de 1910, sin embargo, desde la promulgación de la Ley del Seguro Social el 19 de enero de 1943 quedó establecido que la atención de la salud, sólo sería para los trabajadores y no para toda la población, asegurando así la salud para el logro de la producción de las empresas que los contrataban, así, se creó la - institución destinada a proteger al trabajador asalariado y a su familia, contra los riesgos de la existencia mediante aportaciones de los trabajadores, - los patrones y el Estado.

Es prudente señalar que desde entonces, la salud y la seguridad social en general, afrontó en nuestro país, la dificultad de extender sus beneficios a toda la población, y muy especialmente a los campesinos que, por su incapacidad económica, no pueden participar en un sistema de derechos y obligaciones como el que caracteriza al IMSS por lo que a la gran mayoría se les fué marginando y por tanto traicionando, de acuerdo a sus ideales legítimos por los -- que habían luchado y siendo sacrificados muchos de ellos.

Bajo ciertas condicionantes, en 1954, la organización económica del medio rural permitió incorporar al régimen obligatorio a muchos de los trabajadores asalariados del campo, tales como: ejidatarios y propietarios de sociedades - locales de crédito ejidal o agrícola de algunos Estados del Norte. Se amplió así, la cobertura mediante las disposiciones legales del 31 de diciembre de 1959

y del 8 de agosto de 1960, posteriormente, en diciembre de 1963, se incorporan los productores de caña y sus trabajadores y en 1972 los ejidatarios dedicados al cultivo del henequén, ésto ya nos da la pauta de que la atención a la salud continuaba pero, marcadamente regional, por lo que al iniciarse la década de los años 70, se hace más claro que, el crecimiento económico del país está generando un desarrollo desigual que es necesario regular, en base a un avance en materia de política social se aprueba la nueva ley del Seguro Social, la que establece como finalidad de la institución, obsérvese bien cual es la finalidad de la institución: "garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo". (2)

Aún cuando las limitaciones han estado bien establecidas, se han dado pasos firmes en el campo jurídico para legislar a favor de los marginados sin que se condicione la prestación de los servicios a una cuota en efectivo, en base a esta coyuntura se incorporan grupos de población que aún cuando han contribuido al desarrollo del país cuando ésto ha sido posible, permanecen al margen de sus beneficios, así, la Ley del Seguro Social de 1973 amplió la esfera de atención al sentar las bases para el sistema de solidaridad social, colectivamente organizado, que protege la salud de grupos asalariados, empobrecidos y marginados, como una consecuencia lógica de un modelo de desarrollo desigual. Por ello ahora la atención debe estar presente y en forma permanente en todos los rincones del país donde sea necesaria, pues ya ha quedado asentado legalmente, que se garantiza la salud y el bienestar social tanto en lo individual como colectivo toca ahora al sociólogo con base en estas circunstancias hacer su parte cerrando un poco los libros y aplicar sus conocimientos en bien de los que lo necesitan y que ignoran su existencia.

En base a la Ley del Seguro Social, el programa de solidaridad social por cooperación comunitaria, se sustenta hasta la fecha con aportaciones del mismo Instituto Mexicano del Seguro Social, correspondientes al 40% del costo de

operación y con un 60% aportado por el Gobierno Federal.

En la medida que los estudiosos de la sociología médica, desciendan al — campo de las necesidades inmediatas de quienes los necesitan a través de un — modelo ya existente desde donde algo se puede hacer, hasta en tanto no se — presenten instancias favorables que permitan cambios sustanciales que segura- mente vendrán, pero mientras tanto no debemos sólo teorizar pues la sociedad nos reclama, contribuyendo con nuestra actividad profesional para retribuir — el beneficio recibido con la educación universitaria que se sustenta de los — impuestos de los ciudadanos.

Es conveniente recordar que en el año de 1978 se formuló la declaración — de Alma-Ata, en la URSS, sobre atención primaria, y dos años más tarde, el — Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, concretó, un plan de acción al acuerdo de que los gobiernos del hemisferio tomaron para lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000", si ésto lo tomamos al pie de la le- tra, se ubica entre el rango del buen deseo y la utopía.

Sin embargo, en el Plan Global de Desarrollo de México 1980-1982 se esta- blece ya, con la población marginada "un compromiso ineludible, ésto es, lo— lograr su incorporación al desarrollo del país y dotarla de un nivel apropiado de atención en alimentación, salud, vivienda y educación". (3)

El 30 de mayo de 1983 se da a conocer el Plan Nacional de Desarrollo 1983 —1988; en el que se asienta como propósito, mejorar el nivel de salud de la — población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, para — lo cual la reorganización y modernización de los servicios contempla el auto- cuidado de la salud y la promoción de condiciones que mejoren el nivel de vi- da individual y comunitario a través de acciones educativas y sanitarias, de- be entenderse que para tal fin, serán usados fuertemente, los medios de comu- nicación masiva, éstos deberán de contrarrestar la comunicación del consumis- mo de productos eminentemente nocivos a la salud. A partir del 1o. de julio de 1984 entra en vigor la Ley General de Salud, base jurídica en que se sus-

tenta el modelo de atención integral, que persigue el Programa IMSS-COPLA MAR.

Como se observa, se dan grandes intentos por llegar a las masas para despertarlos y rescatarlos e incorporarlos al proceso productivo del país y así mejorar su calidad y acercarlos a un bienestar y una seguridad que no han tenido ni conocen.

Pero todo se ha quedado y se sigue quedando en grandes intentos, ya que el paso decisivo no se ha podido dar, esto se debe a que el modelo de desarrollo del país no los alcanza realmente. Guardando las proporciones del caso, actualmente se acercan las condiciones que antes de la primera guerra mundial existían, bien merece hacerse mención por ejemplo que un poco antes de que estallara dicha guerra, y no queremos decir con ello que está por surgir algo parecido, pero, toda una lucha por los mercados, el enriquecimiento de unos cuantos países el empobrecimiento de los mas, la explotación de la fuerza de trabajo, crearon un ambiente de tensión que culminó con ese gran colapso.

Actualmente el grado de empobrecimiento no sólo de la población en general sino del gobierno, plantea un mañana sombrío, sin querer ser pesimista, pero los aspectos que señalo de principios de siglo, se vuelven a repetir.

La desnutrición de la población de escasos recursos es muy fuerte, si sólo a nivel escolar y se entiende que para el ciclo 1986-1987 y a través de las instituciones de salud y asistencia social se espera repartir gratuitamente 122 millones de desayunos escolares, 146 millones de raciones de leche en polvo y 174 millones de raciones alimentarias. Asimismo quedan -cifra oficial- todavía 10.3 millones de personas que no son protegidas por ninguna institución de salud. (4) Aunque el trabajo no se centra en el presente sexenio, se dan referencias que sirvan de parámetro y pueda verse con más claridad la evolución de la atención al cuidado de la salud, y como nos encontramos en ese renglón, como país.

3.2. DESARROLLO SOCIOECONOMICO DE MEXICO Y CONDICIONES DE SALUD

Implícitamente en el contenido de presente trabajo, se dibuja y ejemplifica toda una tipología o caracterización, del grado de desarrollo socioeconómico de México; sin embargo, este apartado pretende dejar lo más explícito posible, el nivel de desarrollo socioeconómico de México, remontándose a algunos antecedentes históricos y teórico-metodológicos, que permitan comprender el presente, que dicho sea de paso, la mayoría de los países de Latinoamérica adolecen en el presente, del mismo mal.

Es hoy por hoy todavía la época del despertar de los pueblos coloniales y semicoloniales, como pueblos subdesarrollados que luchan por su emancipación, pueblos estos que para alcanzar su desarrollo requieren de cambios muy profundos tanto en sus estructuras como en sus relaciones sociales.

Al referirnos al subdesarrollo de un país, se está considerando su condición histórica, el resultado de muchos años o siglos, de determinado tipo de relaciones específicas, que estos países ha mantenido y siguen manteniendo — con los países desarrollados; se trata por tanto del colonialismo donde los países colonizadores han impuesto a los países colonizados un conjunto de relaciones de desigualdad en forma por demás creciente, estas relaciones son de dependencia tanto en lo político como en lo económico, el enriquecimiento de los países colonizadores, el agotamiento de las riquezas naturales de los países colonizados etc., baste mencionar la salida de plata mexicana o el petróleo que todavía en estos momentos vemos brotar y salir en cantidades estratosféricas de la zona de campeche, México.

"El subdesarrollo, tal como lo conocemos actualmente, es el resultado del implantamiento del capitalismo en las sociedades no industrializadas, aparece como uno de los aspectos esenciales del sistema capitalista a escala mundial. Entre los países industrializados y los países subdesarrollados se ha establecido a través de la historia, una red de relaciones económicas cuyos rasgos —

son bien conocidos, que han producido algunas de las manifestaciones más agudas del subdesarrollo la destrucción de la agricultura tradicional de autoconsumo, la Pérdida de capitales, la inestabilidad monetaria, la inflación, el bajo nivel de ahorros, etc." (5)

Cabe mencionar la forma en que otros pensadores concebían el desarrollo de los países, por ejemplo Adam Smith ya daba como una evidencia que la economía se basaba en una secuencia de fases, así, los hombres empezaban por la caza como fase primaria, después la crianza y luego la agricultura, la siguiente fase era el comercio y la última fase la industria, esta evolución digamos, correspondía a cierta orientación de tipo psicológico del hombre, además de que siempre busca hacer todo con el mínimo esfuerzo, lo que lo inclinaba por el trueque, esta visión de Smith no es sino un reflejo de la compleja división del trabajo. (6) En ese orden de ideas en 1844 Frederic List describía la evolución de las naciones como el tránsito de la esclavitud a la actividad pastoral y de esta etapa a la agricultura y luego a la manufactura dejando como etapa final el comercio; otro pensador de la época fué Carlos Marx quien dió un giro total a tales concepciones; él dijo que es la forma de apropiación de los factores de la producción la que comanda la organización del sistema económico, y dice que en la primera forma histórica no había apropiación privada de los factores, fué lo que llamó comunismo primitivo; la segunda fase tiene como característica la apropiación privada del factor humano, es decir, la esclavitud; en la tercera fase aparece el feudalismo y es la apropiación privada de la tierra que es el factor decisivo de la organización económica y, la cuarta fase consiste en el control del factor capital, así, nos encontramos en presencia del sistema capitalista. (7)

De los pensadores que he mencionado a excepción de C. Marx, la reformulación más sistemática de este tipo de concepciones del proceso de desarrollo, fué elaborada por W.W. Rostow quien señala cinco "etapas del crecimiento" y parte del concepto de sociedad tradicional, pero aclara, la sociedad tradicio-

nal no es sinónimo de estacionaria: su población puede aumentar y nuevas formas de producción, incluyéndose la manufactura, pueden desarrollarse, sin embargo lo que ocurre es que los cambios son muy lentos. la segunda etapa le llama de transición como producto de la influencia en los procesos de producción de una ciencia experimental que avanza y del previo ensanchamiento de los mercados mundiales que generan su propia competencia. La tercera es una etapa crítica ya que ocurren cambios cualitativos en las estructuras económicas por lo que deben darse tres condiciones: elevación de la inversión productiva, implantación de sectores de industrias de transformación que se expandan a ritmos acelerados, y la implantación o rápida institucionalización de un aparato político y social, base de profundización de las tendencias expansionistas. La cuarta etapa es la continuación del despegue: es una marcha hacia la madurez "el período en que la economía aplica con toda efectividad la gama de técnicas modernas disponibles sobre el conjunto de sus recursos". La quinta etapa es la era del consumo en masa. La inmensa acumulación de riqueza que se procesa abre las puertas hacia opciones fundamentales; la riqueza podrá ser utilizada como base de una política de poder e influencia en el exterior, o con ella se edificará el Estado benefactor, o servirá para financiar una rápida expansión del consumo en gran escala. (8)

El hecho simple y universal que forma la base para el proceso de desarrollo, es la acumulación de capital y se origina del hecho corriente de que cualquier colectividad aún las que están en los niveles más bajos de división del trabajo, es capaz de crear un excedente o sea, producir más allá de lo necesario para la supervivencia de sus miembros; la absorción por el consumo de los aumentos ocasionales de la producción podrá mejorar momentáneamente las condiciones de vida de la población, pero ninguna alteración experimental de la capacidad productiva. Sin embargo en cualquier sociedad se han formado grupos minoritarios que supieron apropiarse del excedente de la producción, ya sea que éste ocurriera ocasional o permanentemente. Aún cuando sabemos

cual es la base del desarrollo, se hacen reflexiones profundas de la desigualdad social, así, se pretende buscar las causas más remotas. Se asegura que la desigualdad entre los hombres es tan antigua como la especie humana, por ello puede decirse que "ninguna sociedad conocida tuvo nunca un sistema social completamente igualitario desde las comunidades primitivas de la Edad de Piedra hasta las sociedades industriales complejas, la desigualdad ha estado siempre presente, si bien sus formas y grados varían de modo considerable.

En las sociedades más simples del mundo actual, el hecho de la desigualdad se toma como natural, tal como otras características comunes de la existencia. Sin duda ésto ocurrió también en sociedades prehistóricas. La creencia de que las condiciones no tienen que ser como son, es característica de sociedades más avanzadas desde el punto de vista social y tecnológico". (9) De ahí que el mundo del sistema capitalista o modo de producción capitalista se justifica de modo fundamental al decir, que el sistema de estratificación de cualquier sociedad constituye una expresión de su sistema de valores; por lo que, las recompensas de que gozan los hombres y las posiciones se les otorgan en función del grado en que sus cualidades, desempeños y posesiones se ajustan a las normas fijadas por su sociedad, con base en que los hombres difieren necesariamente en estos aspectos, la desigualdad es inevitable. (10)

Por lo anterior puede afirmarse que es necesario para la sociedad, adoptar ciertas recompensas de naturaleza económica y desigual, capaz de controlar la entrada de las personas a ciertas posiciones y estimularlas para que cumplan bien con los deberes que se les asignen, de ahí que el monto del ingreso es el principal determinante del status social: (11) Lo que necesariamente traerá como consecuencia personas que no trabajen e incrementen la masa de marginados.

Sin embargo, la gran desigualdad que existe hasta nuestros días, se debe a las injustas relaciones internacionales, que limitan y deforman el desenvolvimiento de los países dependientes, dentro de los cuales coexiste un grupo de

minorías principalmente urbanas que han alcanzado consumos muy típicos de los países altamente desarrollados, al lado de una gama de estratos con diversos niveles de vida, de posición y también de participación social, un alto porcentaje de la población sin embargo es presa de todo tipo de carencias dentro de los cuales está la gran capa o masa de los marginados que tanto caracteriza a los países llamados tercermundistas, considerando entre ellos a México.

La demanda de artículos suntuarios y de servicios por parte de esas minorías, junto al hambre, a las necesidades de vivienda, de vestido, etc., esto significa en su conjunto que existe una gran presión sobre los recursos.

La disparidad en la participación de los beneficios del crecimiento económico ha determinado desde hace varias décadas, que se empleara el término, desarrollo social, para referirse a ciertos aspectos relacionados con el bienestar humano, con los niveles de vida de la población y con los cambios en la estratificación y movilidad; los bajos niveles de vida en países como México, la gran distancia existente en los aspectos socioeconómicos con relación a los países altamente industrializados determinó que el problema se planteara acelerando el desarrollo económico, logrando una mayor participación de la población, creando además, leyes protectoras, en la realidad, todos los esfuerzos se dedicaron a incrementar el ingreso nacional por encima de la tasa de crecimiento de la población pensando que de cualquier manera se resolverían los problemas sociales, sin embargo, no fué así, ya que se agudizó la problemática social latinoamericana, mientras que, la precaria atención específica de los llamados sectores del desarrollo social tales como los alimentarios, educativos, de vivienda, de salud pública y de seguridad social entre otros, eran incapaces para enfrentarla. (12) El acelerado proceso de urbanización que no corresponde a un correlativo proceso de industrialización, de la difusión de los medios masivos de comunicación e información tanto en la ciudad como en el campo para divulgar los patrones de consumo de las sociedades desarrolladas, pero — mientras exista una dependencia externa y dada la estructura de clases interna

que favorece la concentración del ingreso el subempleo y desempleo masivo y -- por tanto la baja capacidad adquisitiva de las masas que las hace inaccesibles a los consumos individuales y colectivos sin ello no puede existir desarrollo social.

Se han hecho grandes intentos para solucionar los problemas sustanciales ya -- señalados, pero generalmente se fracasa por no tomar en cuenta todas las características de la realidad socioeconómica y política en que se van a aplicar, -- sobre todo cuando se anuncia que serán mejoradas las condiciones de vida de -- las mayorías en algunos de sus estratos, ocasionan el descontento y el escepti-- sismo popular, visto el panorama así, se observa que la extrema concentración del ingreso ha puesto de manifiesto que las víctimas de la denominada insufi-- ciencia dinámica de la economía, no son necesariamente las élites empresaria-- les y políticas del país, sino los grupos mayoritarios de la población, pues -- ha tocado a aquéllas disfrutar un monto sustancial de los beneficios que rinde la dependencia por más que ésto implique en muchos casos ir en contra de los -- intereses de la sociedad como totalidad. (13) Estos hechos que apuntan hacia un mañana más sombrío parecen no prestar opción o alternativas alentadoras; -- así, parecen cerrarse cada vez más las posibilidades para los gobiernos que -- legítimamente se han constituido con ciertos principios democráticos, México -- entre ellos, donde se han visto ciertos brotes de violencia debidos a conflic-- tos socioeconómicos que no encuentran manera de manifestarse dentro de la lega-- lidad establecida, en este sentido, "México, al iniciarse la década de los se-- senta intenta abandonar un modelo que ha sido calificado como desarrollo esta-- bilizador que produjo un crecimiento económico sostenido, pero que ahondó la -- dependencia y que no se tradujo en mejoramientos efectivos de las condiciones de vida de la mayor parte de la población". (14)

A que se debe entonces las deficientes condiciones de salud en los países subdesarrollados, la respuesta ya se ha asentado en el presente apartado, sin embargo es conveniente ahondar un poco más, dado que cada día que pasa se ha--

ce más grande la brecha que separa a los ricos de los pobres y éste que está a punto de romperse; no es el resultado de las últimas décadas, sino ya desde hace unos tres siglos los países occidentales han vivido en un orden que se basa en la acumulación, la explotación y el despilfarro, todo ello inspirado en una actitud individualista de competencia y de lucro desmedido donde la peor parte le toca a los países no industrializados, pues aquéllos que son pocos — han creado efectos nefastos al hombre, como ya lo hemos señalado en capítulos anteriores, aparte de afectar a su medio ambiente, ha afectado negativamente — el propio desenvolvimiento como país que "aspira" a salir del subdesarrollo; — esto se debe al modelo que busca incrementar al máximo el crecimiento del producto basado en el funcionamiento de los mecanismos del mercado, y es que "el mercado tiende a concentrar la riqueza en manos de quienes se comportan de conformidad con su ética implícita; permite que los recursos sean asignados a — quienes pueden adquirirlos y no a quienes los necesitan; crea demandas artificiales y da lugar a un sistema productivo basado en el despilfarro en tanto — que en bastas áreas permite la existencia de recursos subutilizados. Todo — ello ha determinado que los países industrializados se enfrenten hoy a la amenaza de la degradación ambiental, al rápido agotamiento de los recursos naturales y a la excesiva regulación de la vida individual con su secuela de frustración y violencia generalizadas". (15) Y es que no es para menos lo que casi — por sí solas dicen las cifras que a continuación se asientan: El llamado tercer mundo que aglutina al 70% de la humanidad, subsiste con el 20% del ingreso mundial, siendo su ingreso promedio per cápita una decimoocuarta parte del de los países industrializados y aún ese mínimo ingreso está tan mal distribuido dentro de esas sociedades y cuando nos referimos a esas sociedades estoy poniendo como ejemplo a México, nuestro país donde las grandes mayorías viven en condiciones de degradante y lastimosa miseria.

Es bien sabido que el sistema capitalista en general, el desarrollo social casi siempre se rezaga dentro del proceso de desenvolvimiento económico y és—

tos aspectos son más notorios en los países subdesarrollados por lo tanto son más grandes los esfuerzos que deben realizarse para tener un mínimo de satisfacción a las necesidades más fundamentales de la población y ésto es bien — cierto, toda vez que expresiones tales como planificación social, desarrollo — económico y social equilibrado, aspectos sociales del desarrollo económico, o simplemente el concepto de desarrollo social que ya sonaban desde la década de los cincuenta, para referirse al peculiar tipo de crecimiento de los países — subdesarrollados como México donde desde entonces mostró una visible exclusión social de su beneficios para amplios grupos de la población, con ésto se reafirma que los beneficios sociales siempre se inscriben en acciones muy secundarias. (16)

No obstante, el desarrollo social en nuestro país ha tenido un especial — avance en las últimas décadas, digamos, entre 1960 y 1980 no queremos decir con ello que corresponde a las necesidades de las mayorías, pero si ha mitigado en parte a esa necesidad, pero no se podría hablar de un bienestar social que esté — gozando la población y menos ahora que la inflación la tiene en grandes carencias, más bien nos referimos a las instituciones de seguridad social y que extienden sus servicios de solidaridad social a unos mexicanos más.

porque, "el desarrollo social se define como el conjunto de elementos que concurren a lograr una distribución más igualitaria de la riqueza y del ingreso nacionales con miras a maximizar el bienestar, y por ende, a combatir la — pobreza. Figuran como elementos básicos del desarrollo social todos aquellos — aspectos que permitan avanzar hacia la mayor igualdad posible de oportunidades de toda índole, entre cuyos mecanismos inmediatos más importantes están la educación, la promoción social, la igualación de poderes de contratación y, muy — destacadamente la existencia de los niveles más altos posibles de ocupación — productiva, marco en el cual la seguridad social, interpretada como un débito sobre el producto nacional derivado de un sentido de solidaridad hacia quienes se hallan en estado de dependencia económica o de quienes son afectados por —

riesgos sociales, es considerada como el gran mecanismo de redistribución de las sociedades capitalistas modernas que debe ser apoyado por sistemas tributarios progresivos". (17) En México, país de grandes contrastes tanto en lo económico como en lo social, este hecho, influye de manera muy importante en el proceso político y a la inversa y por consiguiente en la manera como se efectúan las decisiones sobre el desarrollo económico en cuanto a sus orientaciones generales y también en cuanto al procesamiento de las demandas populares, las carencias sociales por tanto, están interrelacionadas con las carencias políticas en una dinámica difícil de vencer y si algo hay que ponga en evidencia las grandes carencias sociales existentes, es la falta de participación de las clases populares en las grandes decisiones políticas que las afectan o que interesan a toda la sociedad. Y es que existe una gran centralización del poder, originado en un esquema nacional institucionalizado, que no permite tal participación, de ahí que exista un sólo partido marcadamente dependiente y auxiliar del propio gobierno, y "que el movimiento obrero se encuentra en condiciones semejantes de dependencia, que el Congreso es controlado por el Presidente, que los Estados son controlados por la Federación, que los municipios son controlados por los Estados y la Federación ...Y que, por lo tanto, se da una concentración del poder: a) en el gobierno; b) en el gobierno del centro; c) en el ejecutivo y d) en el Presidente. Excepción hecha de las limitaciones que impone la Suprema Corte, en casos particulares y en la defensa de intereses particulares y derechos cívicos". (18)

Esta centralización del poder, cuyas características se han ido haciendo más graves, en sus consecuencias en la medida en que los monopolios nacionales y extranjeros adquieren más peso y fuerza en las decisiones económicas, constituye a la vez que un factor explicativo de los grandes desequilibrios existentes y del ahondamiento de la dependencia, un cuello de botella difícil de romper para que el desarrollo político de las masas que pudiera servir de contrapeso para moderar cuando menos un poco la tendencia hacia la extrema concentra

ción del ingreso.

Uno de los rasgos más ilustrativos sobre los problemas y limitaciones del desarrollo social de nuestro país, ha sido la falta de oportunidad de empleo - satisfactorio, fenómeno que además de sus implicaciones estrictamente económicas, incide desfavorablemente en todos los componentes del nivel de vida de las mayorías y con éllo en la estabilidad política y social y es que a través del trabajo se busca el ingreso y con éllo la satisfacción de necesidades aunado a las perspectivas de participación y movilidad social ascendente, junto con algunas posibilidades de realización personal, mediante el desempeño de actividades socialmente definidas y valoradas económicamente, aspectos que he dejado asentados en el primer capítulo.

3.3. Medicina Preventiva y Condiciones Socioeconómicas de México.

Nos hemos referido ya, en este trabajo a los alcances y las limitaciones en que se aplica la medicina preventiva y también se ha podido constatar que — por más "esfuerzos" que se han hecho no ha sido posible atender toda la demanda que la población representa en forma por demás manifiesta, este problema — obedece a que se atiende con prioridad a los sectores productivos de la población y se deja a un lado a los sectores no productivos, este es un efecto, como también ya lo hemos mencionado, del propio sistema capitalista donde los — países centrales rigen el destino de los países periféricos o tercermundistas donde gran parte de la población se debate en el hambre y la enfermedad.

En México, si bien es cierto que ha habido un crecimiento económico y también algunas manifestaciones de desarrollo económico y de desarrollo social, — éstos últimos se han dado de manera marcadamente desigual, por lo que existen zonas que han sido poco desarrolladas y otras que no han tenido ningún avance, ahí, el hambre y la enfermedad han cobrado muchas víctimas, preocupación ésta, tan grande que nos impulsó a embuimos en el escabroso y escalofriante tema de la marginación social. Es pertinente diferenciar el crecimiento económico del desarrollo económico para poder entender mejor cual es la causa de la desigualdad social en que vivimos; se entiende que hay crecimiento económico cuando todos los bienes y servicios producidos en un año, son más que los producidos en el año anterior, mientras que, hay desarrollo económico cuando el crecimiento, se distribuye entre toda la población, de tal manera que mejoran sustancialmente los niveles de vida de todos los habitantes. (19)

Por tanto, el desarrollo económico es un proceso de crecimiento del ingreso real, y se caracteriza por una mejor utilización de los factores productivos de acuerdo con las condiciones de la población y el nivel cultural de la época que incluye un mejoramiento cualitativo de la economía a través de una mejor división del trabajo, del empleo de una tecnología mejorada, una mejor utilización de los recursos naturales, humanos y financieros; esto nos indica

que el desarrollo puede promoverse únicamente dentro del marco de ciertas normas y de acuerdo con criterios basados en el conocimiento de las condiciones efectivas en que se encuentra nuestra sociedad a fin de que logre su desarrollo, para lograrlo es premisa indispensable el no endezamiento con el exterior so pena de que se inviertan los objetivos; de hecho, México ha quedado atrapado en el círculo vicioso, no obstante el pensar que la intervención del Estado podría romper con ese círculo vicioso y reorientar la economía, si un sector de la economía no crece afecta la capacidad expansiva de los demás sectores, así se explica en parte la creciente intervención del Estado en la economía del país, sin embargo, desde este planteamiento el Estado Mexicano se ha equivocado, pues ha sido presa fácil del capital monopolístico de los países industrializados, deteriorando mucho las condiciones socioeconómicas de todos sus habitantes y mucho más de las regiones no productivas, a excepción de esa minoría super-rica a la que ya he hecho mención con anterioridad.

"Al analizar la historia de la economía mexicana encontramos dos periodos claramente diferenciados: un período casi sin crecimiento económico, que abarca de 1910 a 1935 y un período de crecimiento económico constante, que principia en 1935 y continúa hasta nuestros días.

En el período de 1910 a 1925, no teníamos instituciones de fomento económico, debido a los ajustes del proceso revolucionario; es hasta 1925 cuando se comenzaron a crear los mecanismos orientados para este fin.

Así pues, el período comprendido entre las dos guerras mundiales fué una época de importantes cambios institucionales. En este período se formó la base del actual sistema político, se acabó con el predominio de los caudillos militares y se organizó en el seno de un partido a obreros y campesinos; se reformó la política de gasto público para orientarla al fomento económico y social; se establecieron los fundamentos del sistema financiero con la creación del Banco de México, S.A., y las instituciones nacionales de crédito agrícola (Banrural y Banjidal), industria (nafinsa) y de servicios públicos (Banobras);

se dió impulso a la reforma agraria; finalmente, se expropió el petróleo, se creó la Comisión Federal de Electricidad y el Instituto Politécnico Nacional".

(20) No obstante tener toda esta infraestructura se perdió de vista la independencia económica y ahora la mayoría de la población, languidece, quizá peor que como se encontraba a principios de siglo, los alimentos y los medicamentos están inalcanzables para las mayorías y así sólo queda el espejismo de la salud que asevera Dubos.

México es un país de grandes contrastes pues existe una desigualdad social tal, que queda bien delimitada a nivel regional; por ejemplo y en general, la región norte es más rica que la del sur, las áreas urbanas son más ricas que las del campo, con el agravante de que las tendencias indican que la brecha entre los ricos y los pobres se ha venido ampliando demasiado y creemos que se acerca un conflicto social que puede resultar de magnitudes impredecibles; y es que en todo tiempo, los productos agrícolas en general, les son pagados a precios de subsistencia, precios que son dictados por el gobierno en turno.

Si se tuviera la información disponible y con todo detalle, sería relativamente fácil zonificar en estos momentos, la distribución de la riqueza y la pobreza, de tal suerte que veríamos con relativa facilidad como la pobreza que daría zonificada de tal manera que coincidiría con las áreas rurales con población dedicada casi exclusivamente a la agricultura y el mapa de la riqueza coincidiría con las áreas urbanas con población dedicada a la industria, al comercio, la banca, la administración pública, la educación media y superior y otros muchos servicios.

Sin embargo, cabe aclarar que en la actualidad las grandes zonas urbanas cuentan también con una población muy significativa de subempleados desempleados y marginados, de ahí que, hoy más que nunca se tienen que implementar los mecanismos necesarios por parte del gobierno y con carácter de urgente que coadyuven en la estabilidad social, por una parte capacitando a la población y dando empleos bien remunerados y suficientes reduciendo de manera significati-

va, el pago de la deuda externa y sujetarse a la real capacidad de pago sin de trimento del bienestar social de todos los mexicanos y de las posibilidades de crecer para poder pagar.

En capítulos anteriores ha quedado de manifiesto como el industrialismo dete riora de manera irreversible la salud de los trabajadores arrastrándolos a una muerte temprana, pero cabe distinguir a los trabajadores en un país central co los de un país periférico como México, en éste a diferencia de aquél la explo tación del trabajador es mayor, los salarios son más bajos y por si fuera poco, mucho tipo de industrias son de alto riesgo para el trabajador incluyendo — aquéllas de alta toxicidad y contaminación en general, sólo así se explica su presencia en un país periférico como México insisto, aunque no exclusivo, se - da en muchos países periféricos; nuestro país tiene una creciente industria de maquila que en muchos casos es riesgosa para la salud de los trabajadores, si tuación que también se presenta en otras industrias que no son de maquila.

Para poder comprender como la enfermedad hace sus estragos de manera ine vitable en los trabajadores fabriles a diferencia de los que no trabajan en — éllas, veámos lo que Engels señala al respecto para la Europa del Siglo XIX, - "el trabajo en las fábricas detiene el desarrollo físico y el peso de los obre ros en comparación con aquellos que no laboran en las fábricas: "Centenares - de datos prueban que el desarrollo de los jóvenes es detenido por el trabajo; entre otros, Cowel da el peso de cuarenta y siete muchachos, todos ellos de -- diecisiete años, y que van a la escuela dominical; veintises ocupados en las - fábricas, pesan, término medio, 104.5 libras inglesas y veintiuno, que no tra bajan en fábricas, pero que pertenecen a la clase obrera, pesan 117.7 libras". (21) Se observa una gran diferencia de peso que está dada por el desgaste que el hombre experimenta en la fábrica, de élllo se deriva una secuela familiar re flejada en los hijos del trabajador, cuyas condiciones de salud siempre esta rán en desventaja ante los hijos de trabajadores que no se han desempeñado en una fábrica específicamente.

A manera de invitarlos a reflexionar en serio, las causas de la salud y la enfermedad deben buscarse hasta encontrarse precisamente en la forma en que se organiza la sociedad para producir y para reproducirse, en nuestro caso, es el capitalismo como modo de producción dominante y del que ya se ha hecho men-
ción con anterioridad. (22)

Resulta claro pensar que en el organismo humano actúan fuerzas internas y externas que a corto o mediano plazo, alteran sus funciones y conducen al desa-
rrollo de la enfermedad; por lo que se da una lucha contra el medio físico y -
contra el medio social, la lucha es inevitable porque se encuentra atrapado en
ese medio que influye en él y que determina la presencia de situaciones patoló-
gicas que han sido mencionadas en este trabajo. (23)

Los hombres viven y trabajan, tienen vida social y espiritual y realizan
actividades políticas e intelectuales; empero, la historia del mundo social es
la historia de procesos que se desarrollan de manera dialéctica éste es, cam-
bian constantemente y adoptan múltiples aspectos y relaciones que difieren de
una época a otra y de un lugar a otro, los hombres viven y producen en circuns-
tancias concretas, históricas: cultivan la tierra, construyen sus casas, con-
feccionan su ropa, se agrupan y emplean las fuerzas productivas en el proceso
de trabajo. Sin embargo, "lo que distingue a las épocas económicas unas de --
otras, no es lo que se hace, sino el como se hace". (24)

Este solo hecho tiene a la mayor parte de la humanidad atrapada por el --
hambre y la enfermedad, por lo que es imperioso que el hombre piense serenamen-
te, humanamente y actúe con prontitud para frenar el mundo actual pleno de pro-
fundas y delicadas desigualdades sociales y, que favorezca a todos los pueblos
del planeta, antes de que sea demasiado tarde, es hora de que los grandes inte-
lectuales y humanistas, porque los hay, como los ha habido en todas las épocas
y en todos los países, difundan sus ideas antes de que se las lleven a la tumba
o permanescan inertes en los abarrotados cancelos, rincones y sótanos de --
las casas, instituciones, bibliotecas y almacenes; en escuelas, institutos y -

universidades de nuestro país como en muchos otros países.

Es nuestra formación profesional, la experiencia vivida, la observación del entorno social y la condición latina, la que nos permite orientar de esta forma las ideas, a sabiendas de que México, que ahora más que nunca a profundizado su dependencia de los países centrales, aún más del vecino del norte y -- que las condiciones socioeconómicas no mejorarán en un futuro inmediato, algo se debe hacer para que la gran población marginada reduzca su angustia y sufrimiento y también se frene el avance galopante de toda una constelación de nuevos males de nuestro tiempo, que agobian a gran parte de la población urbana, porque los esfuerzos que se han venido haciendo, siempre orientados a crear los fundamentos para una cierta autodeterminación científico-tecnológica en los países latinoamericanos y especialmente en nuestro México, han empezado a declinar, muestra de ello es una reinstalación de una política económica altamente dependiente con el propósito inmediato de controlar la crisis económica en México, lo que ha frenado el proyecto de autodeterminación científico-tecnológica de nuestro país, así como el desarrollo económico, político y social -- sano e independiente. (25) Y con ello se ve frenado el bienestar social al -- que la sociedad en su totalidad aspira, y por el que lucha día tras día en espera de un mañana mejor, pleno de oportunidades para todos; ésto será posible cuando se legisle y se de cumplimiento en la realidad a una regulación de la riqueza que hasta ahora continúa siendo desmedida y concentrada en unos cuantos hombres que tienen en condiciones infrahumanas a millones de mexicanos, -- ésto podría lograrse aunque con mucha dificultad, si apareciera en la escena política un Estadista de cuna humilde y con el propósito de regular la riqueza que hoy no es posible redistribuir y que existe.

4.- Conclusiones y Sugerencias.

La presencia del capitalismo monopolístico que tiene atrapados y aparentemente sin salida, al menos para las siguientes dos décadas, a los países del tercer mundo y en cuya red se encuentra México, sobre todo, por el vecino del norte, quien ha determinado y en forma sustancial y muy marcada en lo que va del presente siglo, y aún más y en forma manifiesta en este último cuarto, una estragante dependencia en todos los órdenes de la vida nacional, pero con más — fuerza en la vida económica; ésto, debido a que con mil engaños y disfraces, — el capital se fuga del país, desde las abundantes materias primas, hasta los ríos de petróleo —no es exagerado hablar en estos términos de nuestras enormes riquezas naturales— dejando a su paso, unas cuantas "migajas millonarias" comparadas con las fugas, en unas cuantas manos, y una estela de empobrecimiento generalizado en los mexicanos que no se puede ocultar, pero que puede, de seguir la crisis económica como hasta ahora, desembocar en conflictos sociales — de incalculables dimensiones o proporciones, tal vez mucho antes de que termine el presente siglo, es deseable que se dejen de dar soluciones parciales y — paliativos, que en realidad no resuelven los problemas y si incrementan la incertidumbre en las mayorías, pues como ha quedado plasmado en el trabajo, será una quinta o sexta parte de la población, la que se beneficia de los bienes y servicios existentes; es conveniente que se tomen las medidas necesarias para que ésto no suceda, pero que estas medidas se tomen con prontitud y determinación, por parte de las autoridades gubernamentales en turno o por el propio — Presidente de la República, medidas éstas capaces de devolver a la población, alimentos y con éllo salud, dinero suficiente vía empleos, y con éllo se estará dando bienestar social, que tanto se añora —no nos engañemos al creer que — si lo tenemos— cuatro quintos o cinco sextos, del total de la población, no lo tiene.

El que haya desarrollo económico sí es posible, y con éllo se incrementará el nivel cultural de la población, todo lo anterior se puede y se debe dar,

porque, el sistema democrático, que es la esencia de la vida política nacional, lo prevee y la sociedad lo necesita, resta el gobernante en turno, reducir el pago de la deuda externa, en aras del BIENESTAR DEL PUEBLO, pagar sí, - pero sin encarecer la vida interna; energéticos, alimentos, vestido y todo tipo de servicios, deben ser baratos por que existen en el país y son nuestros. No olvidar que la verdadera historia de México se escribe y se vive día a día, en la mente de la mayoría de los mexicanos, con más realismo que en los libros, ésto lo sabemos los mexicanos.

El conocimiento adquirido al realizar el presente trabajo, nos ha permitido analizar la realidad, y observo que no obstante lo crítico del momento por el que atraviesa la sociedad en su conjunto, existe gran parte de la población -- que lucha por estar mejor, preparándose en las escuelas públicas, aunque una gran mayoría por falta de recursos económicos y muchos otros, por falta de capacidad de las escuelas medias y superiores, se quedan al margen, engrosando -- con más facilidad, las filas de los empleados no calificados o poco calificados o subempleados en el mejor de los casos.

El sistema educativo nacional, vía Secretaría de Educación Pública, Politécnicos y Universidades, deben dar cabida a todos los niños y jóvenes e incluso adultos. Debido a que si no se mejora la situación, estamos ganándonos el derecho de entrar al siguiente siglo, con algunos millones de analfabetas, que nos ayudan a hacer aún más pesada la labor del desarrollo.

Consideramos que los medios de comunicación masiva deberán por lo menos -- cuadruplicar el tiempo en relación al que hasta hoy dedican, apoyando así al -- sistema nacional de Educación para la Salud, de esta forma también y como consecuencia lógica, poco a poco desaparecerán o disminuirán también los índices de enfermedades que hoy existen.

El nivel educativo debe elevarse, pero para que ésto se dé, debe invertirse más dinero en escuelas y maestros bien capacitados pero con el firme objetivo de transformar a los niños y jóvenes de pasivos a activos, es decir, moti--

vándolos para que sean personas capaces y productivas, se trata de que se transforme a toda la sociedad, por eso, insisto, se requiere del apoyo de todos los medios de comunicación masiva, esto implica el que tengan que reducir el tiempo de publicidad para muchos productos que sólo invitan al consumismo y pueden provocar alguna enfermedad, lo que se pretende es que mejore la calidad de la vida, tanto en lo social como en lo material, en el campo de la salud, de la alimentación, en sus hábitos higiénicos, en su vivienda y en su forma de vivir e incluso en su entorno ecológico hasta lograr el bienestar como auténtico ser humano y no en la desigualdad en que se encuentra actualmente. Así y sólo así, la sociedad creará en sus gobernantes y a su vez éstos se sentirán orgullosos de servirles, de esta forma también se eliminará toda una atmósfera de inseguridad y de incredulidad, que cristaliza con la presencia de un enorme aparato represivo debidamente legalizado y de más fuerzas represivas bien organizadas y disfrazadas con apariencia civil; todo esto en principio niega a la DEMOCRACIA que tanta fuerza le da al sistema político mexicano.

El bajo nivel de educación por un lado, la carencia o inaccesibilidad de alimentos de calidad por el otro, los deficientes hábitos en la alimentación, algunos de ellos ocasionados por algunos mensajes emitidos por los medios de comunicación masiva y la ignorancia ancestral de algunos sectores marginados, contribuyen a que la medicina preventiva hasta hoy, tenga alcances limitados, todo ello, a más de considerar que el desarrollo económico cuando se dió con cierta intensidad fué en forma desigual.

Sin embargo, deberá de tenerse en cuenta el nuevo concepto de MEDICINA PREVENTIVA para que produzca grandes efectos sociales, pues deberá de comprender todas aquellas acciones, que rebasen el campo de las vacunas y las "campañas de a pie" o a grupos que sólo alcanzan a unos cuantos habitantes, de lo que se trata es de llegar a los aproximadamente ochenta millones de mexicanos que habitan el país, la prevención es en todos sentidos, es decir, contra todo lo que atente a la salud del hombre; esa nueva concepción de medicina preventi

va nos conduce necesariamente a que: el raquitismo y la anemia se evita y se -
prevee, sólo con alimentos, las diarreas y las parasitosis múltiples se evitan
y se prevenen, lavándose las manos antes de tomar los alimentos y después de ir
al baño, hirviendo el agua antes de tomarla, cociendo bien los alimentos, en -
general teniendo conocimiento de para que y como hacer y usar las cosas con --
respecto a la alimentación.

Las enfermedades pre y postnatales en la madre y el niño recién nacido :
evitan y se prevenen con una buena alimentación, sobre todo en la etapa repro-
ductiva, pero muy especialmente durante el embarazo. Asimismo, en el ámbito -
urbano, en las grandes ciudades, como la Ciudad de México, debido a una sobre-
población, una sobre carga de servicios, de grandes movimientos comerciales, -
concentración de industrias y todo tipo de automotores, nunada a las grandes -
distancias que hay que recorrer, más la concentración de la vida política, la -
hacen una de las ciudades más complejas del mundo, sí, en 1960 la ciudad conta
ba con 4.9 millones de habitantes y para el año 2000 éste es, dentro de 13 --
años, contará con 31.6 millones de habitantes (ver cuadro 16 en los anexos) se
gún la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.).

Es en este tipo de ciudades donde más hacen su aparición y se han incrementa
do enfermedades que antes no tenían tanta presencia ni importancia como son: -
cardiopatías, stress, sordera, angustia, úlceras, neurosis, depresiones, agota
mientos, etc., que sólo se pueden evitar y preveer, desconcentrando estos fac-
tores intervinientes que he mencionado, hacia zonas poco pobladas que en el --
país por fortuna existen. Sólo de esta manera se estará construyendo o redefi
niendo una nueva concepción de MEDICINA PREVENTIVA que mucho requiere de pre--
veer y muy poco de medicina; camino este que con más empleos y mejor pagados y,
frenando toda forma de explotación del trabajador ya sea niño o adulto de am--
bos sexos y bajo un clima de auténtica libertad, el Estado estará creando un -
auténtico BIENESTAR SOCIAL a toda la población.

NOTAS DE PIE DE PAGINA

CAPITULO I

- (1) Vid. Necesidades básicas y calidad de vida, Ed. UNICEF. Sin fecha 286 p.
- (2) Ibid. p. 11
- (3) Ibid. p. 16
- (4) Ibid. p. 17
- (5) Ibid. p. 19
- (6) Ibid. p. 23 - 24
- (7) Vid. Smith Edmund Arthur. Teoría del Bienestar Social, Editorial Humanistas, Buenos Aires 1971 p. 13
- (8) Vid. Art. Encarecimiento brutal del gobierno, para sanear sus finanzas. - Revista Proceso NO. 479 Enero 6 1986 p. 24
- (9) Vid. De La Madrid Miguel. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 Ed. SPP - México 1983 p. 209
- (10) Ibid. p. 219
- (11) Ibid. p. 225 - 226
- (12) Vid. Periódico Excelsior. III informe de Gobierno del Presidente De La Madrid. Excelsior 2 de septiembre 1985 p. 4
- (13) Vid. Ponsioen J. A. Art. Acción Social, Administración Social y Política Social en Revista del Programa Graduado de Planificación. Universidad de Puerto Rico 1969 p. 6-7
- (14) Vid. Necesidades básicas y calidad de vida....op-cit p. 32
- (15) Vid. Manual de la familia, Consejo Nacional de Población. México julio de 1985 p. 88-89
- (16) Vid. Programa Nacional de Desarrollo Rural Integral 1985-1988 Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos. México febrero de 1986 p. 19-20

C A P I T U L O I I

- (1) Vid. Bustos Castro René et. al. Medicina Preventiva. México. Ed. Francisco Méndez Oteo 1983 p. 94
- (2) Ibid. p. 60
- (3) Ibid. p. 91
- (4) Vid. Albores Saavedra Jorge. Gaceta de la Facultad de Medicina No. 112 — UNAM octubre 15 de 1979 p. 1-3
- (5) Vid. Medicina Preventiva.....op.cit. p. 93
- (6) Vid. García Villanueva Carlos y Perera Quintana Susana. Los Aspectos Sociales de la Enseñanza de la Medicina en América Latina. México: INSS — 1981 p/ 63-64
- (7) Ibid. p. 74
- (8) Vid. Periódico UNO MAS UNO Artículo. "El Centro Médico es del Pasado" — Alvarez Cordero Rafael. 5 de octubre de 1985 p. 4
- (9) Vid. Rojas Soriano Raúl "El Proceso de la Investigación Científica" Ed. - Trillas México 1981 2a. Edición p. 29
- (10) Vid. Dubos René. El Espejismo de la Salud F.C.E. 1975 p. 12-15
- (11) Ibid. p. 35
- (12) Ibid. p. 158
- (13) Ibid. p. 209
- (14) Ibid. p. 162
- (15) Ibid. p. 174
- (16) Vid. Illich Ivan. Nemesiis Médica. Barral Editores. Barcelona 1975 p. 17
- (17) Vid. Vachet Pierre. Las Enfermedades de la Vida Moderna Ed. Labor S. — A. Barcelona 3a. Edición p. 9
- (18) Ibid. p. 58
- (19) Ibid. p. 67
- (20) Ibid. p. 145
- (21) Vid. Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias. Ed. Organización Mun—

dial de la Salud 1981 p. 25

- (22) Ibid. p. 48
- (23) Ibid. p. 51
- (24) Ibid. p. 65
- (25) Ibid. p. 78
- (26) Ibid. p. 144
- (27) Ibid. p. 146
- (28) Ibid. p. 149
- (29) Vid. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ed. O.S.P. Vol. 95 No. 4 octubre 1983 p. 361-366
- (30) Vid. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ed. O.S.P. Vol. 94 No. 4 Abril de 1983 p. 322-323
- (31) Vid. Plan Nacional de Salud Vol. 1 1974-1983 Ed. S.S.A. México 1974 p. 18
- (32) Ibid. p. 52
- (33) Vid. Plan Nacional de Salud Vol. 11 1974-1983 Ed. S.S.A. México 1974 p. — 113-115
- (34) Ibid. p. 142
- (35) Ibid. p. 142 - 144
- (36) Ibid. p. 147 - 150
- (37) Vid. Ley General de Salud Ed. Libros Económicos 1984 p. 7
- (38) Vid. Boletín Estadístico de Medicina Preventiva 1981 Ed. IMSS p. 59
- (39) Ibid. p. 84 - 85
- (40) Ibid. p. 95
- (41) Vid. Diagnóstico de Salud en las Zonas Marginadas Rurales de México Ed. - IMSS 1983 p. 107-110
- (42) Ibid. p. 112
- (43) Ibid. p. 38
- (44) Vid. Informe de las Actividades Desarrolladas durante 1984 y Programa de Labores para 1985 por el Lic. Ricardo García Sainz, Director General del

IMSS enero 1985 p. 11

(45) *ibid.* p. 18

CAPITULO III

- (1) Vid. El Modelo de Atención Integral a la Salud del programa de solidaridad social por cooperación comunitaria IMSS-COPLAMAR. Bases Jurídicas, -- Conceptuales y Ambito de Acción. Ed. por la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR. Agosto de 1984 p. 6
- (2) Ibid. p. 4
- (3) Ibid. p. 5
- (4) Vid. Cuarto Informe de Gobierno de Miguel De La Madrid. Periódico UNO MAS UNO, 2 de septiembre de 1986 p. IV
- (5) Vid. Stavenhagen Rodolfo. Las Clases Sociales en las Sociedades Agrarias. México: Siglo XXI 1970 p. 10
- (6) Vid. Furtado Celso. Teoría y Política del Desarrollo Económico. México: Siglo XXI 1969 p. 115
- (7) Ibid. p. 116
- (8) Ibid. p. 118 - 119
- (9) Vid. Stern Claudio. La Desigualdad Social I. México: Sepsetentas No. 147 1974) p. 14-15
- (10) Ibid. p. 34
- (11) Ibid. p. 107
- (12) Vid. González Salazar Gloria. Aspectos Recientes del Desarrollo Social de México. México: UNAM 1978 p. 10
- (13) Ibid. p. 15
- (14) Ibid. p. 16
- (15) Ibid. p. 43
- (16) Ibid. p. 67
- (17) Ibid. p. 86
- (18) Ibid. p. 219 - 220
- (19) Vid. Anda Cutiérrez Cuauhtémoc. México y sus Problemas Socioeconómicos. México: S.E.P. 1982 p. 161

- (20) Ibid. p. 162 - 163
- (21) Vid. Rojas Soriano Raúl. Sociología Médica. México: Folios Ediciones. -
2a. Ed. 1985 p. 50-51
- (22) Vid. Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y Enfermedad. México: Folios Edicio
nes. 1982 p. 9-10
- (23) Ibid. p. 29
- (24) Ibid. p. 48
- (25) Vid. González Casanova Pablo, et.al. México Hoy. México: Siglo XXI. 2a.
Ed. 1979 p. 272

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Almada Bay Ignacio. La Mortalidad en México 1972-1975. Ed. I.M.S.S. México, 1982, 433 p.
- 2.- Aguirre Beltrán Gonzalo. Programas de Salud en la Situación Intercultural. Ed. I.M.S.S. México, 1980, 225 p.
- 3.- Administración de la Atención Médica. Diez Simposios. Ed. Armando Cordera, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. México, 1980, 111 p.
- 4.- Bustos Castro Roná, et.al. Medicina Preventiva. Ed. Méndez Oteo, México. 1983, 393 p.
- 5.- Cardoso Henrique Fernando y Enzo Faletto. Dependencia y Desarrollo en América Latina. Ed. Siglo XXI, México, 1969, 166 p.
- 6.- Dubos René. El Espejismo de la Salud. Ed. Fondo de Cultura Económica, colección popular, México, 1975, 309 p.
- 7.- Collado Ardón Rolando. Médicos y Estructura Social. Ed. Universidad Autónoma de México y Fondo de Cultura Económica, México, 1976. 124 p.
- 8.- Eibenschutz Catalina y Alejandra Bravo. Políticas de Salud, Balance del Sexenio 1976-1982. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México, material mimeográfico, s/fecha, 25 p.
- 9.- Furtado Celso, Teoría y Política del Desarrollo Económico. Ed. Siglo XXI, México, 1968, 276 p.
- 10.- Gaceta de la Facultad de Medicina No. 112, Ciudad Universitaria, D.F., -- octubre 15 de 1979.
- 11.- García Villanueva Carlos y Susana Perera Quintana, Los Aspectos Sociales de la Enseñanza de la Medicina en América Latina. Ed. I.M.S.S. México, -- 1981. 140 p.
- 12.- González Casanova Pablo. La Democracia en México. Ed. Ediciones ERA, S.A. 1965. 281 p.
- 13.- Galeano Eduardo. Las Venas Abiertas de América Latina. Ed. Siglo XXI, -- México, 14a. Ed. 1976. 426 p.

- 14.- González Casanova Pablo y Enrique Florescano. Coord. México Hoy. Ed. Siglo XXI. México, 1976. 419 p.
- 15.- Goffman Erving. Internados. Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales. Ed. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina, 1970. - 378 p.
- 16.- González Salazar Gloria. Aspectos Recientes del Desarrollo Social de México. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1978. 387 p.
- 17.- Gutiérrez Anda Cuauhtémoc. México y sus Problemas Socioeconómicos. Ed. -- Secretaría de Educación Pública. México, 1962. 192 p.
- 18.- García Cruz Miguel. Evolución Mexicana del Ideario de la Seguridad Social. Ed. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1962. 116 p.
- 19.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria Estadística 1984. Ed. IMSS. México, 1984. 120 p.
- 20.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR. El Modelo de Atención Integral a la Salud. Del Programa -- de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR. Bases Jurídicas, Conceptuales y Ambito de Acción. Ed. IMSS, México, agosto de -- 1984. 39 p.
- 21.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud en las Zonas -- Marginadas Rurales de México. Ed. IMSS, México, 1983. 115 p.
- 22.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de las Actividades Desarrolladas durante 1984 y Programa de Labores para 1985. Ed. IMSS, México, -- enero de 1985. 20 p.
- 23.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín Estadístico Anual de Medicina Preventiva. Ed. IMSS, México, 1981. 179 p.
- 24.- Ilich Ivan. Némesis Médica, la Expropiación de la Salud. Ed. Barral Editores, S.A. Barcelona, España, 1975. 218 p.
- 25.- Jaguaribe Helio. Desarrollo Económico y Desarrollo Político. Ed. UEDEBA,

- Editorial Universitaria de Buenos Aires, Argentina. Argentina, 1968.
- 26.- Ley General de Salud. Ed. Libros Económicos. México. 1984. 168 p.
- 27.- Mancisidor José. Historia de la Revolución Mexicana. Ed. Editores Mexicanos Unidos, S.A. México, 9a. Ed. 1967. 365 p.
- 28.- Manjarrez Froylán. La Jornada Institucional. Ed. Talleres Gráficos Editorial y "Diario Oficial" México, 1930. 311 p.
- 29.- Manjarrez Froylán. La Jornada Institucional. Parte Segunda. Ed. Talleres Gráficos Editorial, y "Diario Oficial" México, 1930. 199 p.
- 30.- Moreno Enrique et.al. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. Ed. IMSS, México, 1982. 98 p.
- 31.- Notiporú. Entrevista al Presidente del Perú Dr. Alan García. Ed. Acro Porú. México, 1986. 12 p.
- 32.- Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín No. 94, Abril de 1983. Ed. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América, - 1983. 125 p.
- 33.- Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín No. 94-5, Mayo de 1983. Ed. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 1983. 92 p.
- 34.- Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín No. 95-4, Octubre de 1983. Ed. Organización mundial de la Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 1983. 173 p.
- 35.- Oficina Sanitaria Panamericana. Salud para Todos en el Año 2000 ESTRATEGIAS. Ed. Organización Mundial de Salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 1980. 220 p.
- 36.- Organización Panamericana de Salud. Producción y Distribución de la Enfermedad. Ed. Instituto de Medicina Social de Brasil. Brasil, 1976. Mat. Mimeografiado. 40 p.
- 37.- Oppenheimer Martín. La Guerrilla Urbana. Ed. Editorial Extemporáneos, México, 1972. 224 p.

- 38.- Ortíz Quezada Federico. Vida y Muerte del Mexicano I. Ed. Folios Ediciones. México, 1982. 217 p.
- 39.- Ortíz Quezada Federico. Vida y Muerte del Mexicano II. Ed. Folios Ediciones, México, 1982. 332 p.
- 40.- Puente Leyva Jesús. Distribución del Ingreso en un Area Urbana el caso de Monterrey. Ed. Siglo XXI. México, 1969. 111 p.
- 41.- Periódico, Excelsior, México, D.F. Septiembre 2 de 1985.
- 42.- Periódico, UNO MAS UNO, México, D.F. Octubre 5 de 1985.
- 43.- Periódico, UNO MAS UNO, México, D.F. Septiembre 2 de 1986.
- 44.- Pozas Ricardo e Isabel Horcasitas de Pozas. Los Indios en las Clases Sociales de México. Ed. Siglo XXI. México, 1971. 181 p.
- 45.- Ponsioen J.A. Prof. Acción Social, Administración Social y Política Social. Art. Universidad de Puerto Rico, julio de 1965. Publicado en la Revista PLERUS en 1969. U. de Puerto Rico. 10 p.
- 46.- Revista Proceso, México, D.F. No. 479, 6 de enero de 1986.
- 47.- Revista No. 5 Estudios Políticos. Ed. Dirección General de Publicaciones México, 1976. 172 p.
- 48.- Rojas Soriano Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1977. 222 p.
- 49.- Revista Mexicana de Sociología. Burguesía y Clases Sociales. Ed. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. México, 1980. 414 p.
- 50.- Revista. Educación Médica y Salud. Ed. Organización Mundial de la Salud. 1983. 124 p.
- 51.- Revista Latinoamericana de Salud. La Medicina Estatal en América Latina. Ed. Nueva Imagen. México, 1981. 130 p.
- 52.- Revista Latinoamericana de Salud. Art. La Salud-Enfermedad como Proceso Social. Ed. Nueva Imagen. México, 1982. 127 p.
- 53.- Bartra Roger. Caciquismo y Poder Político en el México Rural. Ed. Siglo XXI. México, 1975. 203 p.

- 54.- Rojas Soriano Raúl. Sociología Médica. Ed. Folios Ediciones, S.A. Ed. 2a. México, 1985. 108 p.
- 55.- Rojas Soriano Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Ed. Folios Ediciones, S.A. México, 1982. 271. p.
- 56.- Rojas Soriano Raúl. El Proceso de la Investigación Científica. Ed. Tri—
llas 2a. Ed. México, 1982. 151 p.
- 57.- Stanley J. y Barbara H. Stein. La Herencia Colonial de América Latina. —
Ed. Siglo XXI Sa. Ed. México, 1975. 204 p.
- 58.- Semo Enrique. Historia del Capitalismo en México. Ed. Era. 4a. Ed. 1975.
281. p.
- 59.- Silva Michelena Héctor y Rudolf Sonntag Heinz. Universidad, Dependencia y
Revolución. Ed. Siglo XXI. México, 1970. 217 p.
- 60.- Stavenhagen Rodolfo. Las Clases Sociales en las Sociedades Agrarias. Ed.
Siglo XXI. México, 2a. Ed. 1970. 292 p.
- 61.- Stern Claudio. La Desigualdad Social I. Ed. Sepsetentas. México, 1974. —
218 p.
- 62.- Stern Claudio. La Desigualdad Social II. Ed. Sepsetentas. México, 1974. —
220 p.
- 63.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud 1974-1976
1977-1983. Ed. S.S.A. México, 1974. 151 p. Vol. 11
- 64.- Smith Arthur Edmund. Teoría del Bienestar Social. Ed. Humanitas, Buenos -
Aires, Argentina. Argentina, 1971. 541 p.
- 65.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud 1974-1976 -
1977-1983. Vol. 1 Ed. S.S.A. México, 1974. 79 p.
- 66.- Salas Rafael. Estado de la Población Mundial 1984. Ed. Oms. 1984. art. —
Población y Calidad de Vida 7 p.
- 67.- Timasheff Nicholas. La Teoría Sociológica. Ed. Fondo de Cultura Económi-
ca. México, 5a. Reimpresión, 1971. 397 p.
- 68.- Tulio Halperín Donghi. Historia Contemporánea de América Latina. Ed. —

- Alianza Editorial. Sin lugar de origen ni fecha. 548 p.
- 69.- Turner. Higiene del Individuo y de la Comunidad. Ed. Prensa Médica Mexicana. México. 2a. Ed. 1964. 439 p.
- 70.- UNICEF. Necesidades Básicas y Calidad de Vida. Biblioteca UNICEF - ONU. - 286 p. sin fecha.
- 71.- Vachet Pierre. Las Enfermedades de la Vida Moderna. Ed. Nueva Colección - Labor, S.A. Barcelona, España. 3a. Ed. 1973. 166 p.
- 72.- Wright Mills. La Imaginación Sociológica. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 3a. reimpresión 1975. 236 p.
- 73.- Wright Mills. La Elite del Poder. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 6a. reimpresión, 1975. 388 p.
- 74.- Consejo Nacional de Población. Manual de la Familia. Ed. C.N.P. México, - julio de 1985. 107 p.
- 75.- Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos. Programa Nacional de Desarrollo Rural Integral. Ed. S.A.R.H. México, febrero de 1986. 106 p.
- 76.- William H. Form y Delbert. C. Miller. Sociología Industrial. Ed. Rialp - Madrid. 1969. 941 p.

ANEXOS

CUADRO 16

LAS CINCUENTA AGLOMERACIONES URBANAS MAS GRANDES DEL MUNDO
ORDENADAS SEGUN EL TAMAÑO DE SU POBLACION EN MILLONES, 1960-2000

No.de orden	1960	1970	1980	1990	2000					
1.	New York-NE.NJ...	14.2	New York-NE.NJ...	16.3	Tokio-Yokohama...	19.7	Tekio-Yokohama...	23.5	México, Ciudad de...	31.6
2.	Londres...	10.8	Tokio-Yokohama...	14.3	New York-NE.NJ...	17.9	México, Cd. de...	21.6	Tokio-Yokohama...	26.1
3.	Tokio-Yokohama...	10.7	Londres...	10.5	México, Cd. de...	13.9	New York-NE.NJ...	20.1	Sao Paulo...	26.0
4.	Rhein-Ruhr...	8.7	Shanghai...	10.0	Sao Paulo...	12.5	Sao Paulo...	18.7	New York-NE.NJ...	22.2
5.	Shanghai...	7.4	Rhein-Ruhr...	9.3	Shanghai...	12.0	Shanghai...	14.9	Calcuta...	19.7
6.	Paris...	7.4	México, Cd. de...	8.6	Londres...	11.0	Seoul...	14.3	Río de Janeiro...	19.4
7.	Buenos Aires...	6.7	Paris...	8.4	Los Angeles L.B...	10.7	Peking...	14.2	Shanghai...	18.2
8.	Los Angeles L.B...	6.5	México, Cd. de...	8.4	Buenos Aires...	10.4	Río de Janeiro...	14.1	Gran Bombay...	18.1
9.	Moscú...	6.3	Buenos Aires...	8.4	Keking...	10.2	Calcuta...	13.7	Peking...	19.1
10.	Chicago, NW. Indiana	6.0	Sao Paulo...	7.8	Río de Janeiro...	10.0	Gran Bombay...	13.1	Seoul...	18.7
11.	Osaka-Kobe...	5.7	Osaka-Kobe...	7.6	Rhein-Ruhr...	9.9	Los Angeles L.B...	13.0	Jakarta...	16.9
12.	Calcuta...	5.5	Moscú...	7.1	Paris...	9.9	Buenos Aires...	12.3	Cairo-Giza-Imbaba...	14.4
13.	México, Cd. de...	4.9	Peking...	7.0	Ossaka-Kobe...	9.7	Cairo-Giza-Imbaba...	12.0	Karachi...	15.8
14.	Milán...	4.5	Calcuta...	6.9	Calcuta...	9.6	Londres...	11.7	Los Angeles L.B...	14.8
15.	Pekín...	4.5	Río de Janeiro...	6.9	Seoul...	9.4	Jakarta...	11.5	Buenos Aires...	14.0
16.	Río de Janeiro...	4.4	Chicago, NW. Indiana	6.7	Gran Bombay...	8.7	Osaka-Kobe...	11.4	Teherán...	13.8
17.	Sao Paulo...	4.4	Gran Bombay...	5.8	Cairo-Giza-Imbaba...	8.4	Paris...	11.2	Delhi...	12.7
18.	Gran Bombay...	4.1	Cairo-Giza-Imbaba...	5.7	Moscú...	8.2	Rhein-Ruhr...	10.6	Londres...	12.7
19.	Cairo-Giza-Imbaba...	3.7	Milán...	5.5	Chicago, NW. Indiana	7.5	Karachi...	10.2	Manila...	12.7
20.	Filadelfia-N.J.	3.6	Seoul...	5.4	Jakarta...	7.2	Teherán...	9.4	Osaka-Kobe...	12.6
21.	Detroit...	3.5	Jakarta...	4.3	Milán...	6.5	Moscú...	9.4	Paris...	12.3
22.	Leningrado...	3.5	Filadelfia-N.J.	4.0	Karachi...	6.0	Manila...	9.0	Lima-Callao...	12.3
23.	Tientsin...	3.4	Tientsin...	4.0	Teherán...	5.8	Manila...	8.6	Rhein-Ruhr...	11.3
24.	Nápoles...	3.2	Detroit...	4.0	Delhi...	5.7	Chicago, NW. Indiana	8.4	Bangkok-Thomburi...	10.0
25.	Hong Kong...	2.7	Hong Kong...	4.7	Manila...	4.6	Lima-Callao...	8.3	Bagdad...	10.9
26.	Jakarta...	2.7	Hong Kong...	3.7	Lima-Callao...	5.2	Bagdad...	7.5	Moscú...	10.6
27.	Birmingham...	2.7	Nápoles...	3.6	Tientsin...	4.7	Milán...	7.4	Madrés...	10.4
28.	Manchester...	2.6	Manila...	3.6	Madrés...	4.7	Bogotá...	7.3	Bogotá...	10.4
29.	Shenyang...	2.5	Manila...	3.6	Leningrado...	4.6	Bagkok-Thomburi...	7.0	Lagos...	9.4
30.	San Fco.-Oakland...	2.4	Teherán...	3.4	Bagdad...	4.5	Bogotá...	6.8	Chicago, NW. Indiana...	9.3
31.	Katowise...	2.4	Karachi...	3.3	Detroit...	4.5	Estambul...	6.0	Kinshava...	9.1
32.	Boston...	2.4	Madrés...	3.1	Filadelfia N.J...	4.5	Tientsin...	5.8	Estambul...	8.3
33.	Seoul...	2.4	Madrés...	3.0	Bogotá...	4.4	Kinshava...	5.6	Milán...	6.9
34.	Delhi...	2.3	San Fco.-Oakland...	2.9	Hong Kong...	4.4	Lagos...	3.4	Lahore...	7.7
35.	Madrés...	2.3	Roma...	2.8	Bangkok-Thomburi...	4.4	Leningrado...	3.3	Tientsin...	7.5
36.	Roma...	2.3	Lima-Callao...	2.9	Madrés...	4.1	Detroit...	5.1	Rangún...	7.4
37.	Manila...	2.2	Shenyang...	2.8	Nápoles...	4.0	Filadelfia N.J...	5.1	Guadalajara...	4.2
38.	Wuhan...	2.2	Birmingham...	2.8	Estambul...	4.0	Lahore...	5.2	Lyalpur...	6.2
39.	Serlián...	2.2	Katowise...	2.8	Roma...	3.8	Madrés...	5.0	Leningrado...	6.2
40.	Chungking...	2.2	Montreal...	2.7	Santiago de Chile...	3.5	Hong Kong...	5.0	Caracas...	6.0
41.	Sydney...	2.1	Santiago de Chile...	2.7	San Fco.-Oakland...	3.4	Rangún...	4.9	Dacca...	5.9
42.	Hamburgo...	2.1	Sydney...	2.7	Montreal...	3.4	Caracas...	4.6	Madrés...	5.9
43.	Montreal...	2.0	Wuhan...	2.7	Buenos Aires...	3.4	Buenos Aires...	4.6	Hong Kong...	5.8
44.	Cantón...	2.0	Estambul...	2.6	Sydney...	3.2	Wuhan...	4.4	Delo Horizonte...	5.7
45.	Glasgow...	1.9	Bogotá...	2.6	Katowise...	3.3	Santiago de Chile...	4.3	Detroit...	5.7
46.	Leeds-Bradford...	1.9	Wuhan...	2.6	Caracas...	3.2	Caracas...	3.2	Filadelfia-N.J...	5.6
47.	Santiago de Chile...	1.9	Toronto...	2.5	Toronto...	3.2	Montreal...	4.2	Alejanoría...	5.6
48.	Teherán...	1.9	Bagdad...	2.5	Lagos...	3.2	Shenyang...	4.1	Algeria...	5.1
49.	Karachi...	1.8	Manchester...	2.5	Rangún...	3.1	Roma...	4.1	Ahmedabad...	5.5
50.	M. Zbourne...	1.9	Bangkok-Thomburi...	2.5	Washington, P.C.MD, VA	3.1	Delo Horizonte...	4.0	Banglore...	5.4

CUADRO No. 32

OSIS DE VACUNA BCG APLICADAS A DERECHOHABIENTES, SEGUN EDADES, Y NO DERECHOHABIENTES, POR DELEGACIONES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 1981

DELEGACIONES	D E R E C H O H A B I E N T E S										NO DERECHOHABIENTES
	TOTAL	D E R E C H O H A B I E N T E S									
		SUB TOTAL	SUMA	EDADES			DETERMINACION			SUB TOTAL	
T O T A L	1 626 943	1 070 046	1 048 942	364 140	291 749	236 414	1 0 631	33 104	11 241	21 063	540 097
VALLE DE MEXICO	326 042	238 608	227 824	117 735	45 057	42 207	22 745	10 064	3 109	7 675	87 354
1	56 550	35 494	29 062	2 636	7 231	10 057	9 138	6 432	1 011	5 421	21 056
2	44 209	35 192	34 597	15 305	0 657	0 011	2 544	595	245	350	9 097
3	64 010	53 554	52 900	24 343	0 067	6 960	2 010	566	32	534	10 264
4	57 299	23 453	29 900	963	7 010	7 692	4 507	2 471	1 274	1 197	33 040
5	66 352	50 623	50 202	42 304	0 010	5 574	2 314	391	207	104	7 679
6	37 734	32 324	31 915	22 024	4 474	3 221	1 424	409	340	69	5 430
SUB-TOTAL DELEGAC.	1 322 201	879 358	817 110	246 413	246 692	196 127	127 006	22 240	0 052	14 100	461 543
Aguascalientes	1 547	10 303	10 303	6 235	2 218	1 265	585	0	0	0	7 244
Baja California N	30 431	24 869	21 707	11 590	5 051	3 266	1 000	3 002	1 675	1 407	11 562
Baja California S	5 464	3 907	3 942	994	1 350	1 062	536	45	19	26	1 477
Camacho	6 539	4 099	3 023	1 630	1 009	002	262	276	90	170	2 440
Coahuila	49 034	40 625	40 513	11 760	13 905	9 945	4 023	112	29	03	0 400
Colima	12 634	9 512	9 512	3 100	2 076	2 100	1 420	0	0	0	3 122
Chiapas	29 594	11 401	11 074	1 560	2 790	3 034	2 002	407	172	235	10 113
Chihuahua	61 346	44 355	43 005	14 610	11 761	9 739	7 555	670	292	370	16 991
Durango	20 036	20 150	20 009	4 304	6 026	5 241	3 616	71	0	71	7 070
Guanajuato	03 537	45 731	45 139	16 453	14 430	9 547	4 709	592	03	509	37 006
Guerrero	19 273	13 766	13 370	3 201	4 450	3 506	2 133	336	114	232	6 267
Hidalgo	34 137	19 236	14 419	3 040	5 725	2 252	1 050	370	170	141	10 901
Jalisco	99 537	51 346	46 610	15 474	20 208	7 004	3 044	4 516	670	3 046	39 271
Mexico	53 765	49 829	46 061	4 167	9 460	13 064	16 552	977	392	505	6 749
Michoacán	74 974	35 004	35 516	0 160	12 166	9 854	5 305	2 014	5	0	5 934
Morales	27 911	22 007	22 007	0 714	5 094	5 066	3 504	500	200	300	17 305
Nayarit	35 053	16 544	17 700	2 620	6 602	5 066	3 504	1 942	1 411	531	7 901
Nuevo León	07 072	79 691	77 749	27 701	24 676	19 007	5 005	164	146	10	5 661
Oaxaca	13 723	0 062	7 099	1 605	2 201	2 032	1 600	0	0	0	25 160
Puebla	63 424	38 256	38 001	12 066	0 104	6 257	7 754	175	01	04	3 003
Quintana Roo	26 420	22 537	22 405	7 079	5 839	5 255	4 912	52	43	9	2 525
Quintana Roo	3 130	4 053	4 301	1 219	1 272	1 200	509	472	434	30	3 201
San Luis Potosí	56 202	19 001	18 059	4 047	4 722	3 705	3 705	651	194	453	23 415
Sinaloa	63 342	59 534	58 076	17 209	16 912	14 429	10 247	1 050	0	1 050	23 023
Sonora	76 034	50 074	50 223	16 574	15 632	14 396	3 621	2 651	620	2 023	19 215
Tlaxcala	12 090	0 200	2 630	1 175	1 000	1 200	1 175	552	202	350	3 060
Tamaulipas	43 911	29 915	29 913	14 641	7 470	4 005	2 000	2	0	0	13 906
Tlaxcala	10 741	4 951	4 796	996	1 969	1 206	537	153	60	05	5 700
Veracruz Norte	23 102	13 009	13 500	1 472	5 997	1 921	2 130	50	31	17	9 914
Veracruz Sur	63 540	11 002	11 415	4 611	7 009	0 000	5 000	554	157	397	29 537
Yucatán	33 000	26 116	25 105	5 605	10 311	5 260	4 121	1 411	612	794	7 164
Zacatecas	28 052	12 091	12 070	2 500	2 703	1 026	1 200	0	0	0	15 961

CUADRO No. 33

DOSIS APLICADAS Y COBERTURAS DE VACUNA BCG A DERECHAHABIENTES Y NO DERECHAHABIENTES, SEGUN EDADES, POR DELEGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1981

DELEGACIONES	D O S I S A P L I C A D A S								C O B E R T U R A S					
	META	REALIZADO	%	DERECHAHABIENTE		NO DERECHAHABIENTE		EN MENORES DE 1 AÑO		DE 1 a 4 AÑOS		DE 5-14 AÑOS		
				Número	%	Número	%	Inf.	%	Inf.	%	Inf.	%	
	T O T A L	2 793 951	1 626 943	58.2	1 078 046	66.1	548 897	33.7	655 097	101.1	238 414	8.1	350 631	2.0
VALLE DE MEXICO	618 578	326 042	52.7	238 688	73.2	87 354	26.8	162 792	81.6	42 287	4.7	22 745	1.0	
1	103 272	56 550	54.0	35 494	62.0	21 056	37.2	9 867	27.9	10 057	6.3	9 138	2.2	
2	105 406	44 289	42.0	35 192	79.5	9 097	20.5	24 042	61.7	8 011	4.6	2 344	0.6	
3	143 693	63 811	44.4	53 554	83.9	10 264	16.1	43 210	140.4	6 960	5.0	2 818	0.8	
4	126 723	57 299	45.2	23 451	40.9	33 848	59.1	8 781	30.6	7 692	5.9	4 507	1.4	
5	09 760	66 352	74.0	58 673	86.4	7 675	11.6	50 394	160.4	5 574	3.9	2 314	0.6	
6	49 784	37 734	75.8	37 324	85.7	5 410	14.3	26 498	77.6	3 993	2.6	1 474	0.4	
SUM-TOTAL DELEG.	2 175 322	1 300 401	59.8	839 358	64.5	461 543	35.5	493 105	109.0	196 127	9.7	127 884	2.4	
Aguascalientes	28 159	17 547	62.3	10 303	50.7	7 244	41.3	8 434	144.3	1 265	4.8	585	0.9	
Baja California N	63 033	38 431	61.0	24 869	64.7	13 562	35.3	16 641	93.9	3 266	4.1	1 890	0.7	
Baja California S	9 182	5 464	59.5	3 907	73.0	1 477	27.0	3 344	98.5	1 082	9.9	436	1.9	
Campeche	10 802	6 539	60.5	4 099	62.7	2 440	37.3	2 679	81.7	892	6.0	262	0.7	
Coahuila	83 507	49 034	58.7	40 625	82.0	8 409	17.2	25 745	97.6	9 945	4.4	4 823	1.6	
Colima	16 616	12 634	76.0	9 512	75.3	3 122	24.7	5 984	168.5	2 100	13.1	1 428	3.5	
Chiapas	122 612	29 594	24.1	11 481	38.0	18 113	61.2	4 358	76.6	3 834	14.9	2 882	4.4	
Chihuahua	77 223	61 346	79.4	44 355	72.3	16 991	27.7	26 391	117.7	9 739	9.6	7 555	2.9	
Durango	31 243	28 036	89.7	20 158	71.9	7 878	28.1	11 130	115.3	5 241	12.3	3 616	3.2	
Guerrero	97 850	83 537	85.4	45 711	54.7	37 806	45.3	30 883	146.9	9 547	10.1	4 709	1.9	
Hidalgo	76 239	25 272	33.1	13 706	60.6	6 267	31.4	7 651	104.9	3 586	10.9	2 133	2.5	
Jalisco	285 565	90 537	48.0	51 146	56.5	39 391	43.5	35 782	79.5	7 004	3.4	1 950	2.1	
México	74 229	53 769	72.4	47 020	87.4	6 749	12.6	15 627	148.0	13 864	29.4	16 552	13.4	
Michoacán	163 694	74 974	45.8	35 884	47.9	39 090	52.1	20 326	148.0	7 654	15.7	5 556	3.3	
Morales	20 714	27 911	134.7	22 007	78.9	5 904	21.1	14 608	178.1	5 385	14.5	2 014	2.1	
Nayarit	20 069	25 853	129.5	18 548	51.7	17 305	48.3	9 310	148.8	5 066	17.9	3 984	4.9	
Nuevo León	111 020	87 672	78.0	79 641	90.9	7 983	9.1	52 137	110.7	19 887	9.4	5 605	1.0	
Oaxaca	128 238	13 723	10.7	8 062	58.8	5 664	41.2	4 185	64.7	2 022	6.9	1 690	2.2	
Puebla y Tlaxcala	74 021	74 165	100.2	43 207	58.3	30 958	41.7	23 935	115.5	10 643	11.0	8 301	3.3	
Querétaro	54 133	28 420	77.4	22 537	85.3	3 893	14.7	12 718	143.5	5 255	13.1	4 512	4.4	
Quintana Roo	12 500	7 378	59.0	4 822	55.8	3 225	34.2	2 491	80.6	1 301	9.3	989	1.6	
San Luis Potosí	121 249	56 202	46.4	19 001	33.8	37 201	66.2	11 042	96.5	2 425	7.6	3 703	2.8	
Sinaloa	107 016	83 352	77.9	59 934	71.9	23 418	28.1	14 200	163.1	14 429	15.3	10 247	4.2	
Sonora	110 971	78 089	70.4	58 874	75.4	19 225	24.6	32 206	133.2	14 396	13.2	9 621	3.4	
Tlaseco	16 704	12 090	72.4	8 230	60.1	3 860	31.9	3 779	40.7	2 690	6.4	1 209	1.1	
Tlaxcala	104 593	43 911	42.0	29 915	60.1	13 996	31.9	22 319	110.7	4 895	5.4	2 699	1.2	
Veracruz Norte	44 548	23 102	51.9	13 588	59.8	9 514	41.2	7 469	39.3	3 921	4.6	2 148	1.0	
Veracruz Sur	74 488	63 549	85.3	33 992	53.5	29 557	46.5	18 660	84.1	9 085	9.1	5 693	2.3	
Yucatán	65 542	33 880	51.7	26 716	78.8	7 164	21.2	15 916	112.3	5 268	8.2	4 121	2.5	
Zacatecas	25 603	20 052	109.6	11 091	42.1	15 961	36.2	5 293	139.5	3 026	17.7	3 759	8.5	

* Includo en Puebla.

CUADRO No. 34

LOGROS DE LAS METAS Y COBERTURAS ALCANZADAS EN TUBERCULOSIS PULMONAR, SEGUN DELEGACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1991

DELEGACIONES	POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS	META	PORCENTO	D E P N A O A S				TOTAL	%	TOTAL	PORCENTO		COBERTURA **
				Medicina Preventiva	Medicina Familiar	Meta	Ordenadas						
T O T A L	14 033 180	417 062	2.0	152 916	202 085	355 001	85.1	217 591	52.2	61.3	1.5		
VALLE DE MEXICO	4 560 591	147 306	3.2	28 552	36 828	65 380	44.4	43 800	29.8	67.1	1.0		
1	809 961	9 343	1.2	2 603	9 490	12 093	129.4	10 303	111.1	85.9	1.3		
2	890 684	9 271	1.1	1 250	3 692	4 942	49.6	3 433	34.4	69.5	0.4		
3	703 699	11 431	1.6	4 702	6 976	11 758	102.9	8 867	77.6	75.4	1.3		
4	656 725	61 693	9.4	2 264	4 684	6 940	11.3	4 798	7.0	69.1	0.7		
5	718 293	11 400	1.6	6 017	7 909	13 926	121.5	5 508	40.1	39.6	0.8		
6	721 220	41 460	5.6	11 626	4 077	15 713	26.2	10 021	72.1	62.3	1.4		
SUB-TOTAL DELEGAC.	10 272 509	269 756	2.6	124 364	165 257	289 621	107.4	173 711	64.4	60.0	1.7		
Aguascalientes	133 936	2 945	2.2	405	2 907	3 312	117.5	1 109	37.7	33.5	0.0		
Baja California N	405 323	5 971	1.5	3 436	3 192	6 620	111.0	4 501	75.4	67.9	1.1		
Baja California S	54 410	1 244	2.3	143	363	506	40.7	362	29.1	71.5	0.7		
Baja Verapaz	75 032	1 468	2.0	405	474	879	59.9	420	20.6	47.8	0.6		
Bahia de Liguanea	603 018	11 976	1.6	10 675	15 746	26 421	221.5	15 731	131.9	59.5	2.6		
Bahia de Sagua	130 196	16 025	12.2	5 138	3 081	8 219	215.0	2 233	167.1	77.8	2.7		
Bahia de Sancti Spiritus	512 735	10 124	2.0	7 190	4 785	11 975	110.3	6 469	63.9	62.0	4.0		
Bahia de Santiago	220 702	5 399	2.4	790	2 977	4 121	92.5	2 737	51.6	55.7	1.2		
Bahia de Turkey	166 821	7 015	4.2	4 250	2 108	6 085	87.7	3 476	50.1	57.1	0.7		
Bahia de Yaguajay	106 821	11 745	9.4	1 019	3 188	4 207	35.2	2 559	21.4	30.2	1.8		
Bahia de Yaguajay	1 029 262	10 022	2.0	15 999	8 237	24 236	80.0	3 072	21.4	55.2	1.4		
Bahia de Yaguajay	339 502	3 641	1.1	618	2 619	3 237	88.4	2 829	77.3	87.4	1.2		
Bahia de Yaguajay	107 590	4 941	2.6	4 165	3 279	7 444	78.9	3 379	68.4	67.9	1.6		
Bahia de Yaguajay	133 117	11 146	7.8	1 059	10 828	12 607	113.8	5 052	36.3	86.7	1.8		
Bahia de Yaguajay	1 017 512	12 513	1.2	10 782	11 237	22 019	174.6	6 552	58.0	51.6	4.6		
Bahia de Yaguajay	148 020	5 429	3.7	4 277	2 444	6 671	122.9	3 426	63.1	75.8	1.5		
Bahia de Yaguajay	420 863	13 008	2.6	3 180	8 345	11 523	88.7	9 195	70.7	51.4	2.3		
Bahia de Yaguajay	202 527	2 235	0.6	204	1 726	2 010	162.6	1 455	117.7	79.7	1.9		
Bahia de Yaguajay	70 686	1 752	2.5	1 105	459	1 564	82.3	711	40.6	72.4	0.7		
Bahia de Yaguajay	261 757	7 925	3.0	11 475	14 971	26 440	233.7	4 325	34.6	16.4	1.0		
Bahia de Yaguajay	470 404	21 426	4.5	3 719	12 187	15 906	126.7	2 927	50.7	45.5	1.7		
Bahia de Yaguajay	552 717	10 647	1.9	5 266	3 898	9 164	70.2	10 365	48.4	75.0	2.2		
Bahia de Yaguajay	212 911	4 707	2.4	1 517	2 301	3 808	70.2	8 393	70.0	57.7	1.5		
Bahia de Yaguajay	461 082	9 940	2.2	1 721	7 098	12 819	129.0	10 721	107.9	75.1	1.4		
Bahia de Yaguajay	68 575	—	—	302	868	1 170	—	974	—	85.0	—		
Bahia de Yaguajay	424 414	12 501	2.9	7 923	3 400	11 313	91.1	14 282	114.2	125.2	3.3		
Bahia de Yaguajay	509 139	12 776	2.5	7 173	4 014	11 187	120.5	9 128	73.0	60.6	1.8		
Bahia de Yaguajay	324 157	6 322	2.0	4 119	4 914	9 033	124.6	6 923	109.5	85.1	2.1		
Bahia de Yaguajay	86 763	2 509	2.9	421	1 211	1 652	66.1	1 137	53.5	80.9	1.5		

* En relación con la meta.
** Población derechohabiente de 15 años y más.
*** Incluido en Puebla.

CUADRO No. 36

LOGROS DE LAS METAS Y COBERTURAS ALCANZADAS
EN FIEBRE REUMÁTICA, SEGUN DELEGACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1981

DELEGACIONES	D E T E C C I O N E S			
	META	REALIZADO	PORCIENTO	COBERTURA*
T O T A L	1 410 011	1 079 043	133.3	22.7
VALLE DE MEXICO	222 253	290 324	130.6	11.4
1	37 085	43 141	116.3	9.5
2	59 222	47 285	119.9	9.5
3	45 726	82 453	180.3	22.0
4	48 806	74 299	152.2	20.3
5	32 428	28 945	89.3	7.2
6	18 774	14 201	75.6	3.3
SUB-TOTAL DELEG.	1 187 758	1 588 719	133.8	27.7
Aguascalientes	17 660	35 224	199.5	43.1
Baja California N	47 804	102 500	214.4	45.3
Baja California S	4 941	3 154	63.8	10.4
Coahuila	6 192	8 426	136.1	20.1
Colima	50 831	82 212	161.7	24.4
Colima	5 470	2 212	178.5	21.7
Chiapas	63 006	23 820	37.8	32.8
Chihuahua	67 887	78 106	115.1	27.3
Durango	26 380	46 478	176.2	37.8
Guanajuato	36 549	84 014	229.9	31.3
Guanajuato	67 770	25 884	38.2	27.8
Hidalgo	14 451	24 812	171.7	23.8
Jalisco	132 800	130 553	98.5	22.8
México	23 179	40 474	174.6	30.3
Michoacán	74 418	77 057	103.5	44.2
Morales	20 072	44 531	221.9	42.6
Nayarit	55 218	55 477	100.5	69.5
Nuevo León	60 982	102 744	168.5	17.1
Oaxaca	29 232	29 527	101.0	35.8
Puebla y Tlaxcala	48 884	84 159	172.0	30.7
Queretaro	16 480	29 007	176.0	25.7
Quintana Roo	7 620	3 437	45.1	8.7
San Luis Potosí	43 378	85 234	196.5	58.4
Sinaloa	53 314	67 998	127.5	25.4
Sonora	43 011	71 205	165.6	23.1
Tlaxcala	13 579	14 003	103.1	11.8
Tamaulipas	45 529	59 627	131.0	23.2
Tlaxcala **	-	8 704	-	32.8
Veracruz Norte	32 847	35 915	109.3	14.8
Veracruz Sur	40 146	47 548	118.4	16.8
Yucatán	26 216	46 798	178.5	25.9
Zacatecas	11 920	38 657	324.0	72.2

* Niños derechohabientes de 4 a 14 años.

** Includido en Puebla.

CUADRO No. 38

LOGROS DE LAS METAS Y COBERTURAS ALCANZADAS EN CANCER CERVICOUTERINO, SEGUN DELEGACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUO SOCIAL
1981

DELEGACIONES	D E T E C C I O N E S				MUJERES SOSPECHOSAS		ENFERMAS	EDUCACION A GRUPOS		
	META	REALIZADAS	PORCIENTO	COBERTURA *	NUMERO	%		SESIONES		
								Por Personal de Med. Prev.	Por otro Personal	ASISTENTES
T O T A L	1 044 122	906 543	86.8	18.6	15 759	1.7	1 848	65 135	21 100	958 785
VALLE DE MEXICO	309 343	234 046	75.7	15.6	1 438	0.6	419	9 437	3 656	211 068
1	46 265	34 945	75.5	13.1	120	0.3	67	2 644	1 649	62 247
2	22 752	22 252	97.8	16.5	290	0.3	48	1 388	230	28 430
3	47 808	41 940	87.7	10.1	86	0.2	49	940	56	18 506
4	50 900	37 774	74.2	17.5	179	0.5	52	1 990	55	23 886
5	57 274	40 510	70.7	17.1	176	0.4	135	1 468	1 430	27 021
6	47 356	24 575	51.9	9.6	587	2.6	60	539	235	10 280
SUB-TOTAL DELEGO.	734 779	672 497	91.5	19.9	14 321	2.1	1 429	55 698	17 444	747 697
Agua Calientes	10 244	8 146	79.5	18.3	74	0.9	14	561	751	24 909
Baja California N	54 610	42 297	77.5	31.7	703	1.8	80	1 414	214	29 741
Baja California S	2 600	2 826	108.7	21.4	33	0.9	9	632	52	4 316
Campeche	3 076	3 112	131.9	20.7	26	0.8	4	303	36	5 318
Coahuila	34 482	32 265	93.6	16.3	110	0.3	103	2 494	1 377	70 502
Colima	4 310	4 806	205.3	18.2	119	2.4	45	719	47	6 552
Chihuahua	12 366	9 135	73.9	21.3	658	7.2	49	1 378	273	18 519
Chihuahua	41 562	34 656	83.1	20.7	376	1.0	75	2 212	1 265	32 533
Durango	10 484	10 757	102.6	14.8	240	2.2	33	1 883	529	19 636
Guanajuato	24 067	32 038	133.4	20.8	669	2.0	54	2 520	1 304	31 145
Guerrero	30 600	25 854	77.0	28.9	236	1.5	74	780	179	9 786
Hidalgo	10 377	11 997	115.6	19.5	170	1.8	8	931	352	10 222
Jalisco	75 000	60 425	80.6	17.8	1 452	2.4	94	4 622	1 697	45 054
México	13 766	11 844	86.0	15.0	69	0.6	3	612	722	14 702
Michoacán	37 136	23 098	62.2	22.5	267	1.2	35	2 483	490	27 966
Morelos	22 563	16 168	71.5	24.4	20	0.2	11	626	311	11 328
Nayarit	10 270	11 855	115.4	25.2	530	4.5	58	3 901	955	22 373
Nuevo León	56 000	61 320	109.5	17.3	743	1.2	100	1 443	1 443	43 024
Oaxaca	9 404	11 827	125.8	24.3	356	3.0	41	2 263	269	17 969
Puebla y Tlaxcala	42 700	35 043	82.1	21.2	1 704	4.8	217	2 421	1 731	41 480
Quartaro	12 072	9 317	77.2	14.0	40	0.4	19	831	158	16 870
Quintana Roo	2 510	2 239	89.0	9.6	232	10.4	20	316	17	1 742
San Luis Potosí	24 788	22 769	91.9	26.4	1 222	5.4	67	1 399	217	15 634
Sinaloa	30 749	40 073	130.4	25.9	447	1.1	41	3 137	260	23 523
Sonora	39 104	28 610	73.2	15.7	509	2.1	41	1 568	526	22 484
Tamaulipas	5 321	4 633	87.1	6.6	13	0.3	2	490	97	5 173
Tamaulipas	30 288	23 391	61.1	15.4	391	1.7	47	2 847	546	51 524
Tlaxcala **	-	4 988	-	23.2	110	2.2	97	689	245	10 550
Veracruz Norte	15 113	14 842	230.5	24.4	2 400	4.9	30	5 308	220	28 158
Veracruz Sur	18 610	10 047	161.5	10.0	62	0.2	11	3 210	575	50 212
Yucatán	25 558	23 298	91.2	21.8	183	0.8	8	2 103	206	25 736
Zacatecas	7 440	7 288	107.3	28.0	92	1.2	16	521	644	10 476

* Mujeres de 15 años y más.

** Incluido en Puebla

prevención 1981

CUADRO No. 40

LOGROS DE LAS METAS Y COBERTURAS ALCANZADAS EN DIABETES, SEGUN DELEGACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1981

DELEGACIONES	DEFECCIONES				COBERTURA	PERSONAS EMBITORAS DE SEGUROS		EDUCACION EN GRUPOS ESPECIFICOS		ASISTENTES
	META	REALIZADAS	PORCIENTO	PORTA-ION D. y años		NUMERO	%	Por grupos de Med. Prev.	Por otro Personal	
TOTAL	2 103 607	2 104 023	100.0	9 490 953	22.2	66 322	3.2	60 496	25 554	1 076 313
VALLE DE MEXICO	635 665	640 134	80.1	2 918 077	19.2	9 618	1.7	13 402	2 940	239 433
1	127 952	95 213	74.1	518 251	10.4	1 662	1.7	1 094	260	51 461
2	94 580	124 677	131.0	569 900	21.5	2 550	2.1	1 434	420	27 091
3	95 618	112 438	117.6	450 259	25.0	1 043	0.9	1 522	350	32 052
4	109 685	144 477	86.1	420 203	22.5	1 522	1.6	2 492	589	50 156
5	87 600	70 656	80.7	459 597	15.4	1 901	1.4	3 269	879	36 074
6	120 222	62 671	52.1	499 967	12.5	1 922	1.1	703	424	41 753
SUR-TOTAL DELEG.	1 467 942	1 543 009	105.2	6 572 876	23.5	58 614	3.8	67 094	22 614	836 860
Aguascalientes	21 264	21 256	128.2	85 695	31.0	1 192	4.4	530	909	26 298
Baja California N.	76 702	74 682	97.4	259 344	28.0	1 678	2.2	1 228	312	28 862
Baja California S.	5 200	7 674	146.8	34 814	21.9	300	3.9	654	15	3 975
Baja Verapaz	2 200	12 530	177.1	48 009	26.1	274	2.2	405	46	5 891
Bahia	70 120	73 841	105.2	344 830	19.1	3 127	4.2	2 819	1 554	65 859
Baja Verapaz	5 808	9 294	160.0	51 957	17.9	555	5.0	754	131	6 514
Baja Verapaz	31 736	17 720	62.1	83 305	23.7	1 413	7.2	1 044	714	23 856
Chiapas	50 142	50 361	124.4	325 071	19.0	2 705	4.1	3 032	1 249	40 511
Chihuahua	20 023	22 511	112.4	141 216	15.9	1 102	4.0	1 531	380	22 511
Coahuila	56 942	100 093	175.0	307 649	32.5	3 740	3.7	2 594	2 522	37 424
Colima	42 717	22 350	79.5	106 740	30.3	1 096	3.4	881	582	10 269
Durango	20 755	21 374	103.0	119 527	17.9	977	4.6	1 283	472	19 166
Guanajuato	220 000	140 637	63.9	650 570	21.4	5 517	3.5	7 104	1 806	47 130
Hidalgo	27 294	30 331	111.1	153 244	19.0	920	3.0	691	673	19 318
Jalisco	70 200	69 499	77.0	199 844	34.0	2 365	3.4	4 299	990	43 662
Michoacán	43 946	63 110	143.6	122 029	22.6	563	0.9	1 069	257	14 869
Moravia	49 332	47 575	96.4	51 573	52.0	1 221	7.0	4 418	1 095	39 517
Nuevo León	119 248	137 710	115.5	889 459	30.0	3 555	2.6	1 568	1 222	44 120
Oaxaca	18 904	13 652	98.0	94 710	23.2	990	4.5	2 117	397	10 388
Puebla y Tlaxcala	66 300	63 552	95.0	314 056	20.3	4 410	6.9	3 563	2 194	40 702
Querétaro	22 640	23 596	104.2	129 656	18.2	579	1.5	895	203	20 033
Quintana Roo	5 040	3 268	64.8	45 228	7.2	302	9.2	261	15	1 519
San Luis Potosí	65 911	71 731	110.2	167 404	44.0	1 305	2.0	3 257	266	33 622
Sinaloa	65 530	69 096	106.7	306 745	22.8	2 777	5.1	1 926	283	28 060
Sonora	68 768	70 042	113.5	353 654	22.1	2 804	3.7	1 937	787	30 990
Tamaulipas	13 952	6 922	49.6	136 019	5.1	841	12.1	679	89	6 112
Tlaxcala	30 004	7 602	25.3	95 021	26.5	3 035	3.9	3 343	729	51 505
Veracruz Norte	30 076	40 339	130.6	277 971	14.5	3 147	7.8	4 976	181	11 784
Veracruz Sur	46 831	55 275	118.1	324 491	17.0	2 183	3.9	3 094	1 161	94 136
Yucatán	40 315	37 032	116.0	207 411	27.5	1 470	2.6	2 382	545	50 547
Zacatecas	18 140	12 329	105.0	55 313	14.9	743	3.8	1 178	714	29 042

* Incluido en Puebla.

Comentarios: Se realizó el estudio de la diabetes en la población preventiva 1981

CUADRO No. 41

LOGROS DE LAS METAS Y COBERTURAS ALCANZADAS EN SIFILIS, SEGUN DELEGACIONES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 1981

DELEGACIONES	P E R F O R M A N C I A					
	META	REALIZADO	PORCIENTO	MEDICINA PREVENTIVA	MEDICINA FAMILIAR	COBERTURA *
T O T A L	1 633 902	1 103 261	67.4	509 214	674 047	8.0
VALLE DE MEXICO	451 622	379 798	84.0	120 941	250 457	8.3
1	91 325	78 579	86.0	34 393	44 185	9.7
2	40 052	72 199	150.3	19 817	52 382	8.1
3	72 000	61 507	85.4	30 637	40 870	6.7
4	97 612	55 961	57.3	23 269	32 692	6.5
5	63 500	71 346	112.4	17 886	53 460	9.9
6	79 113	39 806	50.2	12 939	26 867	5.1
SUB-TOTAL DELEGAC.	1 182 280	803 863	68.0	380 273	423 590	7.8
Aguascalientes	11 448	11 972	104.6	3 974	7 998	8.9
Baja California N	43 023	30 930	90.5	10 261	19 969	9.6
Baja California S	4 981	4 476	89.9	2 315	1 561	8.2
Campeche	6 722	5 504	81.9	2 907	2 597	7.3
Coahuila	45 621	42 438	93.0	16 039	25 599	7.0
Colima	5 796	9 726	167.8	3 227	6 499	12.0
Chiapas	25 149	7 491	29.8	5 349	3 812	7.0
Chihuahua	52 653	26 924	51.1	13 527	13 397	5.3
Durango	24 026	15 197	63.3	4 882	10 315	6.9
Guanajuato	29 785	29 559	99.2	19 103	10 456	6.1
Guerrero	57 796	25 135	43.5	10 502	6 633	15.1
Hidalgo	33 260	14 266	42.8	4 957	9 309	7.6
Jalisco	100 000	65 884	65.9	18 746	47 138	6.4
México	28 240	22 875	79.6	12 867	10 008	9.4
Michoacán	76 400	21 924	28.7	11 595	10 339	7.0
Moravia	39 495	10 266	26.2	5 847	12 419	9.7
Nayarit	19 914	15 286	76.8	10 064	5 222	10.7
Nuevo León	78 500	83 342	106.0	25 954	57 388	7.7
Oaxaca	17 432	11 849	68.0	8 102	2 947	7.5
Puebla y Tlaxcala	40 000	44 370	110.9	24 247	20 123	8.0
Quintana Roo	12 220	10 860	89.3	7 900	10 960	9.3
Quintana Roo	7 000	5 029	71.0	2 782	2 247	7.1
San Luis Potosí	39 147	29 727	76.0	10 211	11 476	11.4
Sinaloa	53 311	32 641	61.2	15 079	17 562	6.8
Sonora	43 011	42 352	98.5	14 626	27 726	7.7
Tahasco	19 293	5 024	26.2	2 622	3 802	2.7
Tamaulipas	73 776	47 101	63.9	10 755	23 346	9.2
Tlaxcala	-	4 958	-	2 333	2 475	7.2
Veracruz Norte	43 400	39 130	90.2	31 170	8 148	9.1
Veracruz Sur	40 146	36 959	92.1	22 408	14 611	7.3
Yucatán	82 651	23 079	28.0	8 108	15 591	7.4
Zacatecas	6 828	10 651	156.0	6 088	4 562	12.3

* Población de coberturas de 15 años y más
 ** Incluido en Puebla

CUADRO No. 42

PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES VENEREAS, SIFILIS, SEGUN DELEGACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1961

DELEGACIONES	CASOS NUEVOS DESCUBIERTOS		TRATAMIENTOS COMPLETOS	ESTUDIOS EPIDEMIO- LOGICOS	CONTACTOS						EDUCACION A GRUPOS		
	Numero	%			Docia radar	ESTUDIANTES		TRATADOS		S.E.S.T.O.N.E.S			
						Numero	%	Numero	%	Por personal de Md Prev.	Por otro personal	Asisten- tes	
TOTAL	12 294	1.0	0 090	7 574	6 032	5 170	15.0	4 052	76.2	25 010	0 473	351 334	
VALLÉ DE MEXICO	3 608	1.0	2 330	2 292	1 672	1 503	89.9	1 115	71.0	3 161	741	70 546	
1	596	0.8	457	331	229	224	97.0	172	76.8	045	322	22 432	
2	401	0.6	332	377	282	222	79.7	194	87.4	401	190	0 481	
3	341	0.7	262	311	195	190	101.5	167	84.3	336	42	5 171	
4	712	1.3	606	616	431	336	78.4	236	69.0	1 050	29	16 337	
5	851	1.2	483	473	396	379	95.7	250	60.1	224	9	3 334	
5	607	1.5	210	100	139	142	102.2	86	60.6	305	149	22 560	
SUB-TOTAL DELEGAC	0 686	1.1	6 560	5 292	4 360	3 675	84.3	2 939	80.0	22 669	7 732	272 780	
Aguascalientes	77	0.6	56	40	43	45	102.3	24	53.3	225	452	12 600	
Baja California N	47	0.6	41	41	248	149	73.4	129	85.9	523	47	11 946	
Baja California S	17	0.4	10	15	11	7	63.6	3	42.8	101	0	2 074	
Campeche	70	1.4	86	74	75	53	70.7	40	75.5	141	6	1 362	
Coahuila	139	0.3	98	106	71	171	240.8	82	40.0	1 116	216	21 411	
Colima	114	1.2	96	69	43	42	97.7	43	102.4	271	25	2 114	
Chiapas	301	0.1	314	229	233	141	60.5	161	114.2	899	651	9 104	
Chihuahua	335	1.2	280	216	299	232	77.6	76	67.8	910	439	13 111	
Durango	175	1.2	111	124	131	112	85.5	123	53.0	468	67	6 637	
Guamajuato	319	1.1	219	224	152	147	96.7	166	112.9	784	364	6 585	
Guerrero	3 021	3.3	799	289	296	201	67.9	195	97.0	454	68	6 305	
Hidalgo	56	0.4	42	22	18	13	72.2	11	84.6	559	287	6 063	
Jalisco	1 167	1.8	938	683	564	571	101.2	301	66.7	1 535	1 024	10 724	
México	113	0.5	82	82	99	106	107.1	31	29.2	305	248	6 195	
Michoacán	189	0.9	174	179	179	179	100.0	179	100.0	305	136	10 044	
Morélos	107	1.0	176	84	54	56	94.9	55	98.2	952	136	10 044	
Nayarit	213	1.4	157	83	87	62	35.5	76	41.9	431	73	5 441	
Nuevo León	603	1.1	529	596	487	314	77.1	276	67.6	2 077	692	15 173	
Oaxaca	275	2.5	167	167	20	55	82.5	71	129.1	510	294	2 246	
Puebla y Tlaxcala	343	0.6	253	197	231	210	90.9	190	90.5	1 506	1 177	19 411	
Querétaro	166	0.9	97	60	40	20	70.0	25	89.3	331	61	4 355	
Quintana Roo	40	0.2	23	22	22	21	90.9	25	125.0	46	54.1	39	
San Luis Potosí	234	0.4	77	77	49	85	173.5	46	54.1	510	94	9 021	
Sinaloa	170	0.8	110	135	52	52	90.2	32	106.7	427	33	7 415	
Sonora	704	1.7	47	93	80	57	64.8	75	131.6	536	104	10 432	
Tabasco	194	3.3	176	330	192	161	83.8	187	116.1	536	230	2 842	
Tamaulipas	243	0.6	242	161	102	93	80.2	52	259.0	602	90	6 069	
Tlaxcala	99	2.0	59	29	34	30	80.2	32	106.7	331	101	4 036	
Veracruz Norte	648	1.6	411	353	281	227	80.8	185	81.5	1 868	107	8 500	
Veracruz Sur	273	0.7	230	197	117	96	82.0	60	70.8	1 671	423	22 839	
Yucatán	123	0.5	100	100	56	54	89.4	47	79.7	1 080	126	12 089	
Zacatecas	65	0.6	73	37	22	17	73.9	21	123.5	814	243	5 533	

* Incluido el Puebla.

El presente cuadro fue elaborado por el Servicio de Estadística y Censos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el mes de febrero de 1962.

CUADRO No. 43

PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES VENEREAS, GONORREA, SEGUN DELEGACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1981

DELEGACIONES	CASOS DE GONORREA (#4-31-1/80)	TRATAMIENTOS COMPLETOS	ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS	CONTACTOS						EDUCACION A GRUPOS		
				Declarador	ESTUDIADOS	TRATADOS		S.E.R.L.O.N.E.S.		Asistentes		
						Numero	%	Por personal de salud	Por otro personal			
TOTAL	16 313	14 124	12 505	7 257	5 414	74.6	3 456	100.0	17 632	6 591	240 221	
VALLE DE MEXICO	2 511	2 660	2 522	1 374	1 173	85.4	1 093	93.2	2 416	247	60 969	
1	577	437	441	303	306	101.0	210	60.6	544	21	32 886	
2	323	411	400	149	128	85.9	151	118.0	200	72	4 394	
3	413	342	371	179	166	92.7	147	88.6	104	2	1 523	
4	440	628	573	325	275	84.6	276	100.4	990	29	15 934	
5	435	536	451	250	214	86.0	220	106.5	369	4	1 966	
6	315	306	295	158	84	50.0	81	95.4	709	112	14 266	
SUB-TOTAL DUELEGAC.	13 802	11 464	9 983	5 083	4 241	72.1	4 363	102.9	15 216	6 344	179 252	
Aguascalientes	214	178	164	151	56	37.1	38	67.0	76	282	4 178	
Baja California N	446	392	410	245	170	69.4	177	104.4	12	2	349	
Baja California S	150	140	115	56	35	62.5	34	97.1	337	0	2 325	
Campeche	157	177	121	34	24	70.6	38	150.3	140	3	801	
Coahuila	972	470	321	227	166	73.1	259	156.0	768	156	15 137	
Colima	420	500	301	109	97	89.0	93	95.9	388	77	2 599	
Chiapas	002	500	286	198	136	68.7	247	181.6	926	349	13 671	
Chihuahua	549	406	428	360	234	65.0	220	94.0	692	281	9 687	
Durango	255	109	109	109	133	70.4	113	85.0	228	90	4 107	
Guanajuato	399	346	320	237	201	84.8	266	132.3	328	302	3 959	
Guerrero*	576	521	321	276	223	80.8	201	90.1	423	81	5 404	
Hidalgo	111	86	47	29	21	72.4	14	65.7	87	307	1 708	
Jalisco	984	100	1 272	573	462	80.6	441	95.4	983	567	10 800	
México	130	117	95	41	40	97.6	38	95.0	137	211	3 521	
Michoacán	372	528	368	210	181	86.2	183	101.1	1 460	115	10 255	
Morelos	399	348	308	361	126	34.9	115	37.3	389	51	6 853	
Nayarit	396	249	214	93	70	75.3	30	42.8	690	31	2 879	
Nuevo León	865	958	950	350	278	77.6	299	107.6	406	821	8 493	
Oaxaca	395	289	211	98	62	62.9	76	122.6	816	175	9 716	
Puebla y Tlaxcala	423	720	510	335	243	64.1	347	101.2	2 412	662	11 072	
Queretaro	252	192	195	70	60	85.7	54	90.0	145	60	2 198	
Quintana Roo	112	42	57	57	46	80.7	43	93.5	107	23	787	
San Luis Potosí	141	109	160	61	82	134.4	45	54.9	146	106	2 776	
Sinaloa	569	738	387	262	128	47.3	165	132.1	110	51	5 479	
Tamaulipas	774	610	493	174	165	94.8	156	94.5	360	148	7 672	
Tabasco	417	431	236	111	98	88.3	89	90.8	305	55	3 188	
Tehuacan	534	523	364	188	153	85.0	153	100.0	262	386	5 015	
Tlaxcala *	61	86	19	53	22	41.5	29	131.0	266	95	3 074	
Veracruz Norte	654	606	444	208	203	72.5	194	95.6	494	266	4 093	
Veracruz Sur	751	501	523	207	159	76.8	150	94.3	625	384	12 277	
Yucatán	216	213	185	73	62	84.9	59	95.2	422	53	5 573	
Zacatecas	125	90	62	36	31	86.1	31	100.0	154	179	2 228	

* Incluido en Puebla.

CUADRO No. 44

DETECCION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE CINCO AÑOS, POR DELEGACIONES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1981

DELEGACIONES	META	NIÑOS INVESTIGADOS	PORCIEN TO	SOSPECHOSOS	PORCIEN TO	GRADO DE DESNUTRICION		EDUCACION A GRUPOS		
						LEVE D-1	MODERADA D-2	H R A C I O N E S		ASISTENTES
								Por Personal de Med. Prev.	Por Otro Personal	
TOTAL	2'536 254	2'662 917	105.0	337 292	14.2	225 124	74 263	121 039	72 939	1 707 184
VALLE DE MEXICO	433 422	382 801	88.3	40 539	10.6	21 203	5 144	7 929	7 045	197 420
1	154 402	92 240	59.8	14 085	8.4	9 067	1 699	1 355	2 356	40 836
2	35 540	69 152	194.5	5 846	8.4	2 624	561	4 799	684	31 393
3	24 150	76 820	318.1	4 450	5.7	2 309	713	1 152	597	25 033
4	88 100	94 093	106.7	11 770	12.5	4 463	1 441	2 205	651	44 518
5	67 600	40 704	60.5	2 503	6.3	1 553	640	1 915	2 371	26 038
6	63 242	2 222	14.9	905	29.5	307	30	502	386	29 697
SUB-TOTAL DELEG.	2 102 032	2 200 116	108.4	336 753	14.8	203 911	65 119	113 110	65 894	1 509 764
Aguascalientes	27 040	30 831	114.0	7 036	22.0	5 578	1 897	544	1 931	32 516
Baja California N	41 402	104 373	252.1	1 348	1.3	710	123	1 395	226	52 482
Baja California S	9 200	6 431	69.9	430	9.8	537	60	701	31	4 812
Campeche	16 897	14 882	88.1	2 712	18.2	1 578	520	919	165	10 433
Coahuila	115 062	141 692	123.1	8 690	6.1	5 496	1 715	3 296	2 054	73 830
Colima	8 735	21 006	240.5	4 184	19.9	1 951	502	968	171	6 343
Chiapas	34 028	28 293	83.1	6 395	22.6	3 116	1 357	4 062	1 020	44 591
Chihuahua	83 295	92 261	110.0	4 303	4.7	2 038	524	1 517	2 196	47 584
Chihuahua	36 519	40 784	111.7	7 504	18.4	5 756	1 740	1 703	2 543	32 504
Coahuila	18 646	22 477	206.6	15 488	9.5	9 463	3 022	4 031	8 300	68 294
Guerrero	84 794	41 550	49.9	7 810	22.2	4 143	1 799	1 642	385	15 996
Guadalupe	30 526	40 637	126.2	12 134	24.9	8 553	3 501	1 622	7 046	33 153
Jalisco	240 339	159 702	66.4	28 352	17.8	5 774	1 723	8 256	4 051	91 061
Jalisco	118 042	74 144	63.0	19 765	28.7	14 455	5 049	1 536	3 031	43 993
Michoacán	139 784	113 801	81.4	19 859	17.5	8 703	2 748	14 395	2 646	72 876
Moravia	5 444	44 465	816.0	4 679	10.5	3 626	1 053	1 993	545	26 549
Nayarit	39 017	57 774	148.0	9 050	15.7	6 729	1 759	5 735	1 163	55 780
Nuevo León	210 000	174 374	83.2	11 162	5.4	6 224	870	2 654	3 310	81 837
Oaxaca	90 517	54 232	59.0	12 127	27.4	5 577	1 292	5 577	1 292	47 255
Puebla y Tlaxcala	51 214	104 966	205.0	34 675	33.0	27 015	10 825	9 387	8 774	118 877
Queretaro	9 457	20 937	222.3	8 653	14.2	1 173	2 530	2 000	850	34 224
Quintana Roo	9 240	10 224	110.6	1 140	12.2	6 451	98	707	35	5 261
San Luis Potosí	104 983	101 049	96.6	24 370	24.2	16 342	4 988	3 242	4 988	43 462
Sinaloa	64 799	97 104	150.0	7 758	8.0	5 567	864	3 688	1 673	61 299
Sonora	128 940	99 731	77.3	3 640	3.6	3 024	541	2 242	1 653	45 763
Tahuacan	19 260	25 935	132.6	7 269	20.0	5 001	2 014	1 451	1 120	54 218
Tehuacan	107 086	101 467	94.6	10 616	10.5	5 010	1 435	2 477	2 169	28 821
Tlaxcala *	-	16 340	-	5 582	34.2	4 616	2 104	3 209	-	091
Veracruz Norte	16 960	56 237	331.4	23 167	41.2	11 655	4 712	10 038	5 272	71 631
Veracruz Sur	69 790	81 122	116.2	14 808	18.1	10 396	4 166	6 603	2 970	105 134
Yucatán	70 853	75 052	107.1	10 974	14.5	5 876	2 010	2 965	834	39 217
Zacatecas	25 093	45 577	181.6	9 308	20.4	6 562	1 895	3 128	4 150	51 927

* Includido en Puebla. Por pertenecer a la zona de desarrollo económico de la zona preventiva 1981

CUADRO No. 45

DETECCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA REALIZADAS EN LOS PROGRAMAS DE IMSS-COPLAMAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1981

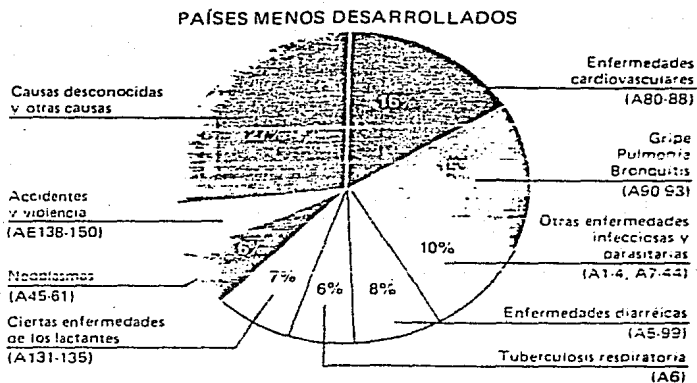
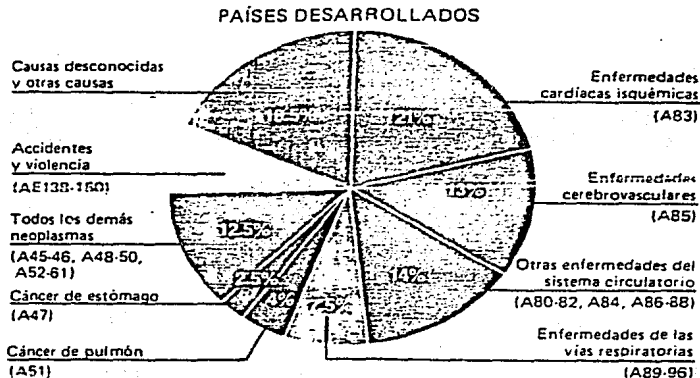
DELEGACIONES	TOTAL	TUBERCU LOSIS	FIEMRA RUMATICA	CANCER CER VICCITERINO	DIABETES	SIFILIS	NUTRICION
T O T A L	903 960	10 829	300 370	20 599	117 024	20 990	426 140
VALLE DE MEXICO	366	0	159	1	3	8	195
1	366	0	159	1	3	8	195
3	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL DELEGAC.	903 594	10 829	300 211	20 598	117 021	20 982	425 953
Aguascalientes	11 988	434	11 063	1 800	6 995	1 047	11 841
Baja California N	7 415	33	2 686	195	1 302	190	3 099
Baja California S	249	0	50	9	10	0	169
Campeche	5 661	62	2 336	44	343	401	2 475
Coahuila	17 582	75	6 727	5	2 833	24	7 064
Colima	5 339	3	1 400	25	1 059	236	2 615
Chiapas	10 906	755	5 912	353	1 909	410	9 567
Chihuahua	28 515	90	13 809	560	1 976	192	11 804
Durango	12 860	12	6 064	10	172	53	6 562
Guanajuato	42 140	159	14 063	755	6 129	408	19 994
Guerrero	15 550	295	4 604	1 316	1 055	426	7 933
Hidalgo	57 155	830	11 643	1 240	4 453	930	18 062
Jalisco	47 022	96	21 162	2 156	8 086	1 325	26 509
México	42 914	401	20 607	961	1 030	266	42 210
Michoacán	90 106	963	25 206	1 210	12 270	1 393	10 761
Morales	22 484	773	5 737	2 141	1 162	1 910	5 273
Nayarit	11 307	2	5 039	118	707	160	3 785
Nuevo León	6 236	48	1 456	125	603	19	25 926
Oaxaca	47 135	721	13 111	1 979	3 374	1 024	36 862
Puebla	85 145	1 154	29 433	3 378	12 293	2 025	14 480
Querétaro	31 475	449	11 066	956	2 952	672	11 337
Quintana Roo	3 727	27	1 608	43	794	18	43 950
San Luis Potosí	105 647	1 356	27 832	5 341	22 773	4 303	793
Sinaloa	31 657	310	10 104	1 240	4 163	535	7 693
Sonora	17 795	60	5 383	031	3 093	99	7 274
Tabasco	11 400	220	1 651	15	226	15	5 249
Tamaulipas	8 546	323	1 342	145	866	15	7 324
Tlaxcala	13 987	134	3 675	373	1 074	507	17 724
Veracruz Norte	23 008	794	4 512	244	791	23	12 985
Veracruz Sur	22 061	277	6 131	11	2 467	0	4 881
Yucatán	4 506	7	1 060	4	1 554	0	17 103
Zacatecas	32 625	53	12 564	105	740	102	

ASISTENTES DE EDUCACION A GRUPOS, SEGUN TEMAS IMPARTIDOS, POR DELEGACIONES, EN IMSS-COPLAMAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1981

DELEGACIONES	TOTAL	TUBERCULOSIS	FIEBRE DIFTERIA	CANCER CER- VICOLAR	DIABETES	SIFILIS	GONORRREA	NUTRICION	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	IMUNIZA- CIONES	DIARREAS	INFE. RESP. AGUDAS	BAÑE- MIENTO	ACCIDENTES	OTROS
T O T A L	2 493 197	146 493	209 735	55 521	126 274	44 709	42 185	501 368	195 529	294 075	242 825	141 238	267 546	90 376	85 821
VALLE DE MEXICO	2 077	10	44	22	10	0	0	382	150	95	198	164	636	358	0
1	2 077	10	44	22	10	0	0	382	150	95	198	164	636	358	0
SUB-TOTAL DELEGAC.	2 491 420	146 475	209 691	95 603	136 369	44 202	42 185	500 986	195 379	293 980	242 627	141 074	266 910	90 018	85 821
Agascalientes	84 034	6 394	8 033	7 322	10 669	4 367	2 036	12 089	4 438	5 147	8 057	4 196	5 210	2 187	1 409
Baja California Nte.	3 008	182	461	245	324	68	0	603	38	154	313	61	318	192	49
Baja California Sur	139	0	15	0	0	0	0	22	7	4	30	0	38	3	0
Campeche	20 593	701	1 425	1 072	1 492	81	115	3 191	777	4 210	2 153	1 667	3 239	7 383	1 06
Coahuila	51 724	4 590	6 893	7 67	3 956	635	601	7 000	8 075	4 510	4 006	3 242	5 056	1 667	558
Colima	9 072	400	984	239	1 089	455	115	1 631	136	837	1 221	754	818	283	27
Chiapas	144 433	12 032	8 884	4 730	4 435	1 677	2 908	21 427	5 079	24 405	17 238	9 794	23 778	6 535	1 703
Chihuahua	52 358	2 754	5 626	2 086	1 747	715	1 135	8 945	3 895	5 225	5 526	5 436	5 500	1 735	2 536
Durango	22 600	1 711	2 977	406	610	202	807	4 678	180	2 819	3 206	1 726	3 445	599	224
Guerrero	123 619	6 711	9 962	4 493	6 503	2 199	1 965	29 045	6 477	14 248	11 184	8 021	13 627	5 201	3 103
Guatemala	54 945	4 501	5 312	3 393	3 535	2 920	1 187	7 455	3 831	7 211	4 438	2 740	5 309	1 879	1 234
Hidalgo	87 012	5 192	6 549	2 319	3 158	1 574	876	20 526	10 223	7 585	6 169	2 763	8 589	3 654	6 635
Jalisco	79 303	3 416	6 707	5 205	4 953	925	1 373	15 680	1 909	10 487	4 764	5 287	10 759	4 134	2 04
México	170 147	7 908	16 090	4 758	9 296	2 163	2 049	25 645	23 348	19 506	17 887	9 179	16 297	8 901	7 320
Michoacán	262 314	17 115	30 477	8 890	22 065	3 272	5 171	52 488	20 938	25 446	21 113	15 620	19 995	6 692	13 032
Morales	50 290	2 828	4 795	2 879	1 805	1 058	2 057	8 115	6 833	7 162	4 069	3 068	3 574	1 167	0
Nayarit	15 831	932	1 803	1 261	1 209	1 372	559	11 385	180	7 305	10 460	5 013	9 231	1 121	0
Nuevo León	22 717	1 384	1 605	1 197	1 242	627	593	5 024	901	1 782	1 812	1 028	3 031	856	1 662
Oaxaca	103 268	13 428	12 559	5 781	5 610	1 789	4 087	52 122	25 227	25 450	18 734	11 695	22 455	7 430	4 263
Puebla	252 615	12 787	10 121	10 791	12 931	5 256	3 420	40 220	24 308	29 272	24 127	15 668	22 873	13 453	10 380
Quintana Roo	96 427	6 775	8 032	1 022	5 299	2 228	981	13 701	6 431	12 772	10 607	4 598	9 921	4 204	6 909
Quintana Roo	15 331	420	797	235	616	115	211	2 600	440	4 044	1 750	2 171	2 926	4 556	3 38
San Luis Potosí	131 290	9 200	11 414	4 895	9 852	3 079	897	21 903	11 638	18 266	12 460	5 748	14 868	3 445	3 555
Sinaloa	83 268	3 985	4 803	5 015	3 596	1 152	812	15 025	10 201	14 569	9 331	2 685	9 544	1 468	921
Sonora	57 160	2 125	5 005	1 647	3 723	1 268	673	9 065	4 892	4 980	5 060	2 427	7 196	1 616	6 483
Tlaxcala	41 520	2 102	2 536	1 277	640	327	746	4 160	1 738	2 351	2 236	1 204	1 973	540	125
Tehuacan	24 019	4 238	3 770	3 285	3 216	417	1 175	11 202	140	3 789	3 726	2 820	3 739	1 720	772
Tlaxcala	36 769	2 447	3 290	1 733	1 264	919	7 256	6 993	2 547	2 704	514	2 360	522	1 680	
Veracruz	79 444	4 017	4 350	1 522	3 045	517	1 191	18 490	4 388	4 164	3 440	2 124	10 398	4 521	1 348
Veracruz Sur	73 004	3 806	3 291	2 470	2 797	1 246	1 316	23 321	4 046	6 543	5 477	3 352	5 723	1 462	6 98
Yucatán	13 806	41	2 390	73	1 619	15	0	3 401	15	1 822	1 315	640	1 337	791	327
Zacatecas	113 167	2 254	9 839	2 688	2 751	734	720	31 021	6 518	13 725	13 746	7 735	14 337	5 268	1 829

GRÁFICO 2

Estimación de la distribución de las causas de muerte alrededor de 1980*

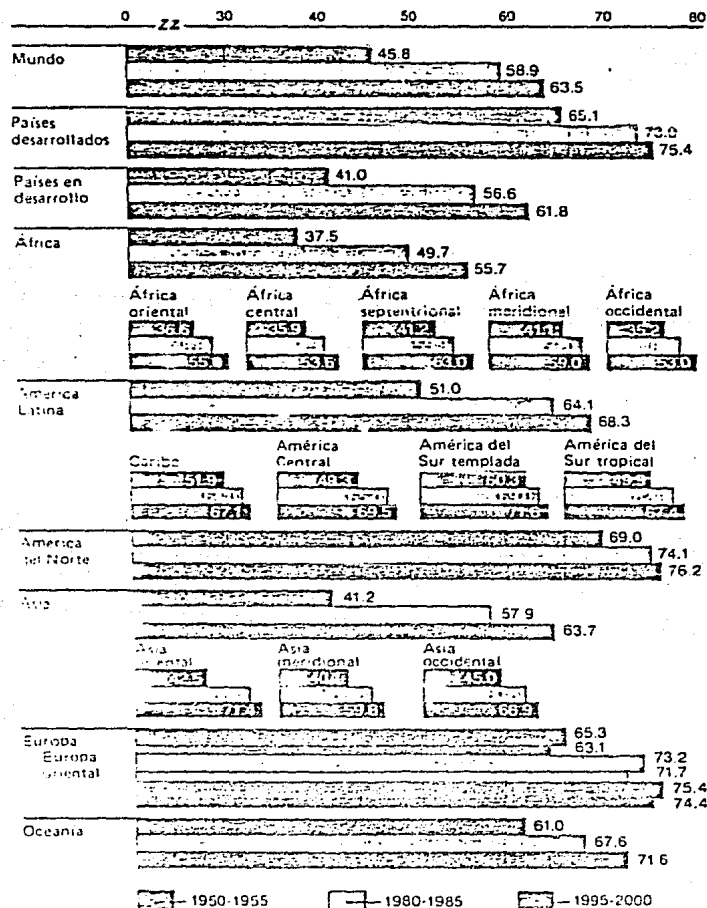


* Categorías basadas en la octava revisión del ICD.

Fuente: Estimaciones de la OMS, estudio de la población mundial 1964

GRÁFICO 1

Esperanza de vida al nacer estimada y proyectada para las principales regiones



Fuente: Naciones Unidas: Estado de la población mundial 1984.

Estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas de la tasa de natalidad bruta y la tasa de fecundidad total para las principales regiones y subregiones (1970-1975, 1975-1980, 1980-1985).

Principales regiones y subregiones	Tasa de natalidad bruta				Tasa de fecundidad total			
	1970-75	1975-80	1980-85	Cambio porcentual	1970-75	1975-80	1980-85	Cambio porcentual
Mundo	32,7	28,9	27,3	-16,5	4,53	3,90	3,55	-21,6
Países más desarrollados a/	17,0	15,8	15,5	-8,8	2,17	2,07	1,98	-8,8
Países menos desarrollados b/	38,7	33,5	31,2	-19,4	5,53	4,63	4,09	-26,0
África	47,0	46,9	46,4	-1,3	6,49	6,46	6,43	-0,5
África oriental	49,5	49,4	49,1	-0,8	6,75	6,80	6,79	0,6
África central	45,8	45,3	44,9	-1,5	6,00	6,01	6,03	0,5
África septentrional	43,3	43,8	41,9	-3,2	6,29	6,16	6,01	-4,4
África meridional	40,3	39,1	39,6	-1,7	5,43	5,20	5,21	-4,0
África occidental	49,7	49,4	49,3	-0,8	6,84	6,85	6,86	0,3
América								
América Latina	35,4	33,3	31,8	-10,2	5,02	4,51	4,12	-17,9
Caribe	32,3	27,4	27,1	-16,1	4,54	3,64	3,36	-26,0
América Central	42,7	38,4	35,1	-17,8	6,33	5,47	4,76	-24,8
América del Sur templada	23,9	24,7	24,3	1,7	3,18	3,26	3,21	0,9
América del Sur tropical	35,2	33,7	32,4	-8,0	4,98	4,51	4,13	-17,1
América del Norte	16,5	16,3	16,0	-3,0	1,95	1,90	1,85	-5,1
Asia								
Asia oriental	32,4	21,6	18,2	-43,8	4,66	2,96	2,30	-50,6
China	34,1	22,0	18,5	-45,8	5,09	3,07	2,33	-54,7
Japón	19,2	15,1	12,4	-35,4	2,08	1,82	1,71	-17,8
Otros países	30,3	27,1	23,8	-21,4	4,29	3,62	2,91	-32,2
Asia meridional	40,6	37,7	34,9	-14,0	5,74	5,22	4,65	-19,0
Asia sudoriental	38,8	35,7	31,7	-18,3	5,37	4,84	4,11	-23,5
Asia sudcentral	41,3	38,3	35,8	-13,3	5,87	5,32	4,78	-18,6
Asia sudoccidental	40,7	39,6	37,6	-7,1	5,94	5,73	5,46	-8,1
Europa	16,1	14,4	14,0	-13,0	2,16	1,95	1,90	-12,3
Europa oriental	16,6	17,5	16,4	-1,2	2,20	2,22	2,17	-1,4
Europa septentrional	15,9	12,5	12,8	-19,5	2,05	1,76	1,78	-13,7
Europa meridional	17,7	16,1	15,4	-13,0	2,47	2,22	2,12	-14,2
Europa occidental	14,6	11,8	11,7	-19,9	1,89	1,61	1,58	-16,4
Oceanía	24,8	21,9	21,1	-14,9	3,15	2,82	2,71	-14,0
Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas URSS	17,8	18,3	16,8	5,6	2,42	2,37	2,38	-2,6

a/ Los países más desarrollados son los de Europa y América del Norte, y Australia, el Japón, Nueva Zelanda y la URSS.
b/ Los países en desarrollo son los de África, Asia, América Latina y Oceanía, con excepción de Australia, el Japón y Nueva Zelanda.

Fuente: Estado de la población mundial 1984 C.N.U.

POBLACION DERECHO HABIENTE
1983 - 1984

Concepto	Años		Variación	
	1983	1984 (1)	Absoluta	Relativa
TOTAL	26 977 383	29 332 101	2 354 718	8.73
a) Asegurados	7 059 122	7 615 135	556 013	7.88
Permanentes	5 934 622	6 428 685	494 063	8.33
Urbano	5 506 628	5 996 413	489 785	8.89
Campo	427 994	432 272	4 278	1.00
Eventuales y temporales	1 124 500	1 186 450	61 950	5.51
Industria de la construcción	657 142	691 398	34 256	5.21
Ajenos a la industria de la construcción	267 000	291 605	24 605	9.22
Estacionales campo	200 358	203 447	3 089	1.54
b) Familiares de asegurados	18 437 004	20 443 135	1 506 131	7.95
Permanentes	16 045 407	17 391 155	1 345 748	8.39
Urbano	14 742 673	16 075 259	1 332 586	9.04
Campo	1 302 734	1 315 896	13 162	1.01
Eventuales y temporales	2 891 597	3 051 980	160 383	5.55
Urbano	2 631 666	2 790 589	158 943	6.04
Campo	259 931	261 391	1 440	0.55
c) Pensionados y familiares	491 257	1 273 831	292 574	29.82
d) Pensionados	631 096	756 943	125 847	19.94

(1) Datos definitivos al 31 de diciembre de 1984.

FUENTE: Subdirección General de Finanzas, Jefatura de Planeación Financiera y Programación

ASEGURADOS PERMANENTES POR MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO
1983 - 1984

Concepto	Años		Variación	
	1983	1984 (1)	Absoluta	Relativa
TOTAL	5 934 022	6 428 085	494 063	8.33
URBANO	5 506 026	5 996 413	489 785	8.89
Ordinario urbano y reversión de cuotas	5 142 366	5 564 997	422 631	8.22
Continuación voluntaria	100 858	114 816	13 958	13.84
Trab. gobiernos estatales y municipales	60 843	94 928	34 084	56.10
Otras modalidades	203 360	221 672	18 312	9.00
CAMPO	427 994	432 272	4 278	1.00
Sociedad de Crédito Agrícola y Ejidal	145 350	141 423	-3 927	-2.70
Asalariados del campo	36 617	39 037	2 420	6.61
Pequeños propietarios	17 166	19 543	2 377	13.71
Productores de caña	121 482	128 001	6 519	5.37
Esquemas modificados	107 359	104 268	-3 091	-2.88

(1) Datos definitivos al 31 de diciembre de 1984

FUENTE: Subdirección General de Finanzas, Relatoria de Planeación Financiera y Programación

ASEGURADOS PERMANENTES POR DIVISION DE ACTIVIDAD ECONOMICA
1983 - 1984

Actividad economica	Años				Variación	
	1983	Estructura %	1984 (1)	Estructura %	Absoluta	Relativa
TOTAL	5 934 622	100.0	6 428 685	100.0	494 063	8.33
Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca	532 339	8.97	536 823	8.35	4 484	0.84
Industria extractiva	80 647	1.36	85 716	1.34	5 069	6.28
Industria de transformación	2 088 633	35.19	2 262 960	35.20	174 327	8.34
Construcción	104 552	1.76	115 783	1.80	11 231	10.70
Industria eléctrica y captación y suministro de agua potable	81 815	1.38	84 904	1.32	3 089	3.77
Comercio	1 126 580	18.98	1 189 458	18.50	62 878	5.58
Transportes y comunicaciones	365 238	6.16	372 320	5.79	7 082	1.94
Servicios para empresas, personas, hogar, escuelas y comunales	1 256 000	21.17	1 450 376	22.56	194 376	15.47
Otros grupos (2)	298 768	5.03	330 345	5.14	31 577	10.57

(1) Datos definitivos al 31 de diciembre de 1984.

(2) Incluye la cotización voluntaria, el seguro facultativo y los trabajadores independientes.

FUENTE: Subdirección General de Finanzas, Señalera de Planificación Financiera y Programación.

ASEGURADOS PERMANENTES POR DELEGACION
1983 - 1984

Delegaciones	Años		Variación	
	1983	1984 ⁽¹⁾	Absoluta	Relativa
TOTAL	5 934 622	6 428 685	494 063	8.33
VALLE DE MEXICO	1 921 167 ⁽¹⁾	2 038 258	117 091	6.09
Delegación No. 1	337 425	373 623	35 578	10.55
Delegación No. 2	324 682	333 186	8 504	2.62
Delegación No. 3	300 636	306 090	5 454	1.81
Delegación No. 4	291 034	302 201	11 167	3.84
Delegación No. 5	363 780	394 335	30 555	8.40
Delegación No. 6	303 601	329 423	25 822	8.50
REGIONALES Y ESTATALES	4 013 455	4 390 427	376 972	9.39
Aguascalientes	64 239	69 576	5 337	8.31
Baja California Norte	165 884	193 449	27 565	16.62
Baja California Sur	22 574	24 439	1 865	8.26
Campeche	35 125	38 230	3 105	8.84
Coahuila	232 193	250 002	17 609	7.67
Colima	31 037	34 352	3 315	10.68
Chiapas	54 111	60 155	6 044	11.17
Chihuahua	233 076	264 674	31 598	13.56
Durango	84 691	92 862	8 171	9.65
Guerrero	200 071	214 936	14 865	7.43
Hidalgo	91 032	92 798	1 766	1.94
Jalisco	70 667	79 252	8 585	12.15
Jalisco	410 353	478 888	68 535	16.70
México-Toluca	86 595	96 823	10 228	11.81
Michoacán	110 946	117 132	6 186	5.57
Morelos	76 499	85 995	9 496	12.41
Nayarit	64 032	66 981	2 949	4.60
Nuevo León	406 079	439 494	33 415	8.23
Oaxaca	58 102	61 719	3 617	6.22
Puebla	170 100	187 211	16 911	9.93
Querétaro	74 512	82 224	7 712	10.35
Quintana Roo	35 484	40 233	4 749	13.38
San Luis Potosí	128 147	134 827	6 680	5.21

(Continúa)

ASEGURADOS PERMANENTES POR DELEGACION
1983 - 1984

(Continuación)

Delegaciones	Años		Variación	
	1983	1984 ⁽¹⁾	Absoluta	Relativa
Sinaloa	163 028	177 999	14 971	9.18
Sonora	194 674	211 964	17 290	8.88
Tlaxcala	49 316	55 183	5 867	11.90
Tlaxcala	129 471	190 814	11 343	6.32
Tlaxcala	31 277	35 368	4 091	13.08
Veracruz Norte	172 600	183 805	10 115	5.86
Veracruz Sur	137 009	140 926	3 917	2.86
Yucatán	142 402	147 591	5 189	3.64
Zacatecas	37 839	40 795	2 956	7.81

(1) Incluye en 1983 a 9 asegurados con suscripción no definitiva.
(2) Datos definitivos al 31 de diciembre de 1984.

FUENTE: Subdirección General de Finanzas, Jefatura de Planeación Financiera y Programación.

EXTENSION DEL REGIMEN
1983 - 1984

Concepto	Años		Variación	
	1983	1984 (2)	Absoluto	Relativo
Municipios incorporados	1 465			
Número de asegurados permanentes	5 934 622	6 428 085	494 063	8.33
Regimen obligatorio (Urbano y campo)	5 663 708	6 143 883	480 175	8.48
Regimen voluntario (Seguro facultativo)	163 555	180 534	16 979	10.38
Esquemas modificados (Campo) (1)	107 359	104 268	3 091	- 2.88

(1) Incluye Ejidatarios, comuneros, colonos y poseedores propietarios de la Comarca Lagunera, Banco de Crédito Rural "Centro", Ejidatarios Pto. Vallarta, Jal., Tabacalera Mexicana, Sociedad Cooperativa "Lázaro Cárdenas", Ejidatarios "Bahía de Bandera", Plan Chontalpa, Benemeritos, Cardalero, Catequilotes, Soc. Ejidal del Sur de Yucatán, Ejidatarios "Cuernavaca", Ejidatarios "Cumbres de Llano Largo", Ejidatarios Miguel Hidalgo, Ahome, Sra. y FIDEPAI.

(2) Datos terminados al 31 de diciembre de 1984.

FUENTE: Subdirección General Técnica, Oficina de Asesoría y Vigencia de Derechos.

CAPACIDAD MÉDICA INSTALADA
1984 (1)

CONCEPTO	Unidades Médicas directas en servicio	Camas censables	Consultorios (2)	Quirófanos (3)	Salas de expulsión	Laboratorios clínicos	Gabinetes radiológicos	Farmacias (4)
TOTAL	1 500	29 496	10 198	739	479	339	617	1 135
Primer nivel	1 301	1 646	5 170	32	188	156	128	978
Unidad de Medicina Familiar	716		3 764	1	13	100	81	715
Unidad de Medicina Familiar con hospitalización	189	1 646	963	31	169	54	45	196
Unidad Médica Rural "Esquema Modificado"	67		154		6	2	2	67
Unidad auxiliar de medicina familiar	321		289					
Segundo nivel	162	20 146	4 255	502	254	157	338	154
Hospital General de Zona	33	7 127	1 051	165	69	31	107	26
Hospital General de Zona con medicina familiar	103	12 446	3 032	320	163	103	208	103
Hospital Rural "Esquema Modificado"	22	364	143	17	22	22	21	22
Otros (5)	4	259	29			1	2	1
Tercer nivel	35	7 654	773	205	37	26	151	3
Hospital de Especialidad	17	4 515	354	150	37	15	71	2
Hospital de Especialidades	6	2 737	263	75		8	77	1
Otros (5)	12	402	156			3	3	

(1) Datos estimados. Incluyen ajustes de disminuciones por el traslado de unidades médicas del Regimen Ordinario al de Solidaridad Social, así como aumentos por la incorporación de nuevos recursos.

(2) Incluye consultorios de medicina familiar, especialidad y otros servicios.

(3) Incluye salas de cirugía quirúrgica, salas de toxicología y salas mixtas.

(4) Incluye locales exclusivos de farmacia y fusión de farmacia y archivo clínico en un local.

(5) Incluye otras unidades que proporcionan servicios.

FUENTE: Subdirección General Médica, Departamento de Captación y Proceso de la Información.

CAPACIDAD INSTALADA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES SOCIALES
1984

Delegaciones	Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar (1)	Centros de Capacitación Técnica	Centros de Extensión de Conocimientos (2)	Instalaciones deportivas	Teatros (3)	Centros vacacionales y albergues	Velatorios	Guarderías (4)
TOTAL	136	10	407	100	73	3	9	117
VALLE DE MEXICO	41	8	57	23	10	—	2	53
Delegación No. 1	9	2	4	5	1	—	—	4
Delegación No. 2	12	3	13	6	3	—	—	15
Delegación No. 3	3	—	12	1	1	—	1	2
Delegación No. 4	7	1	8	5	—	—	—	4
Delegación No. 5	2	—	10	2	2	—	1	10
Delegación No. 6	8	2	10	4	3	—	—	9
REGIONALES Y ESTATALES	95	2	350	77	63	3	7	64
Aguascalientes	1	—	5	1	1	—	—	1
Baja California Norte	3	—	13	2	2	—	—	3
Baja California Sur	1	—	—	—	2	—	—	1
Campeche	2	—	7	2	2	—	—	—
Coahuila	3	—	7	2	3	—	1	4
Colima	4	—	17	3	2	—	—	1
Chapas	1	—	8	1	—	—	—	—
Chihuahua	4	—	17	2	1	—	1	7
Durango	2	—	8	2	1	—	—	2
Guanajuato	2	1	10	1	1	—	—	4
Guerrero	6	—	14	6	4	—	—	4
Hidalgo	2	—	4	2	1	—	—	2
Jalisco	4	—	59	3	3	—	1	4
México-Teluca	1	—	3	1	1	—	1	2
Michoacán	3	—	22	3	1	—	—	2
Moreles	11	—	3	10	9	1	—	2
Nayarit	2	—	4	2	1	—	—	2
Nuevo León	8	1	11	5	5	—	1	4
Oaxaca	1	—	5	1	—	—	—	1
Puebla	3	—	17	1	1	—	1	2
Querétaro	1	—	4	1	1	—	—	1

(Continúa)

CAPACIDAD INSTALADA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES SOCIALES

1984

Delegaciones	Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar (1)	Centros de Capacitación Técnica	Centros de Extensión de Conocimientos (2)	Instalaciones deportivas	Teatros (3)	Centros vacacionales y albergues	Velatorios	Guarderías (4)
Quintana Roo	1	—	4	1	1	—	—	1
San Luis Potosí	2	—	8	2	1	—	—	1
Sinaloa	8	—	19	8	2	—	—	2
Sonora	6	—	15	2	2	—	—	4
Tlaxiaco	1	—	3	1	1	—	—	—
Tehuacan	2	—	8	2	2	—	—	3
Tlaxcala	1	—	5	1	1	2	—	1
Veracruz Norte	3	—	12	3	2	—	—	3
Veracruz Sur	4	—	13	4	2	—	—	—
Yucatán	1	—	3	1	1	—	1	—
Zacatecas	1	—	2	1	1	—	—	—

(1) Incluye el conjunto de unidades en operación afines a los Centros de Seguridad.

(2) Organizados por el IMSS, como extensión de los Centros de Seguridad Social, con la participación de socialalumnos voluntarios para proporcionar a la comunidad actividades de bienestar familiar, culturales, de capacitación y deportivas.

(3) Incluye teatros cubiertos y al aire libre.

(4) Corresponde al Seguro de guarderías del régimen obligatorio.

**PROGRAMA DE OBRAS
1984**

Tipo de unidad	Programa	Terminadas	En proceso	Canceladas	Diferidas	
					Inicio 1985	Inicio 1986
TOTAL	383	86	209	--	86	--
MEDICAS						
Nuevas	52	4	34	--	14	--
Ampliación y remodelación	168	27	102	--	39	--
SOCIALES						
Guarderías	65	34	23	--	8	--
Velatorias	20	7	5	--	8	--
Otras	53	7	29	--	17	--
ADMINISTRATIVAS	25	7	16	--	2	--

FUENTE: Subdirección General de Obras y Patrimonio Inmobiliario.

INGRESOS Y GASTOS 1983-1984
(millones de pesos)

Concepto	Años		Variación	
	1983	1984 ⁽²⁾	Absoluta	Relativa
TOTAL INGRESOS⁽¹⁾	345 193	535 421	190 228	55.11
Cuotas obrero-patronales	283 593	455 456	171 863	60.60
Contribución estatal	37 539	59 983	22 444	59.79
Intereses y productos de inversiones	24 061	19 982	- 4 079	-16.95
TOTAL DE GASTOS⁽¹⁾	341 455	526 903	185 448	54.31
Servicios de personal	195 359	291 235	95 876	49.08
Consumos	40 705	74 724	34 019	83.57
Mantenimiento	8 363	10 098	1 735	20.75
Servicios Generales	7 211	13 416	6 205	86.05
Prestaciones en dinero	58 979	94 014	35 035	59.40
Intereses financeros	117	2 049	1 932	—
Depreciaciones	2 044	2 140	96	4.70
Incobrabilidades	5 904	7 622	1 718	29.10
Reversión de cuotas obrero-patronales	7 378	11 383	4 005	54.28
EXCEDENTES DE INGRESOS SOBRE GASTOS	19 133	28 740	9 607	50.21
Provisión para reservas actuariales	15 266	21 817	6 551	42.92
Ajuste de resultados de ejercicios anteriores	129	- 1 595	(1 724)	—
REMATE DE OPERACION	3 738	8 518	4 780	127.67

(1) No se incluye: Intereses actuariales

(2) Datos estimados

FUENTE: Subsecretaría General de Finanzas

IMSS-COPLAMAR: UNIDADES RURALES EN SERVICIO Y POBLACION AMPARADA
1984

Delegación	Unidades			Población	
	Total	Hospitales Rurales "S"	Unidades Médicas Rurales	Potencialmente amparada	Cobertura real
TOTAL	3 284	63 ⁽¹⁾	3 221	18 743 493	12 792 245
VALLE DE MEXICO	18	1	17	394 790	192 791
Delegación No. 1	8	—	8	82 449	52 334
Delegación No. 2	—	—	—	—	—
Delegación No. 3	3	—	3	14 184	6 660
Delegación No. 4	7	1	6	298 157	133 797
Delegación No. 5	—	—	—	—	—
Delegación No. 6	—	—	—	—	—
REGIONALES Y ESTATALES	3 266	62	3 204	18 348 703	12 519 154
Aguascalientes	38	1	37	241 268	192 464
Baja California Norte	9	—	9	34 932	33 884
Baja California Sur	3	—	3	6 240	3 138
Campeche	25	1	24	119 122	131 427
Coahuila	49	2	47	298 113	154 030
Colima	13	1	12	104 850	29 584
Chiapas	408	3	405	1 679 254	1 017 939
Chihuahua	102	3	99	498 947	321 100
Durango	89	2	87	416 548	283 188
Guamajuato	83	1	82	500 766	463 547
Guanajuato	187	3	184	1 112 242	765 102
Hidalgo	167	4	163	1 120 068	804 908
Jalisco	124	3	121	772 298	416 857
Estado de México	118	2	116	837 793	615 083
Michoacán	154	4	150	979 184	753 291
Morales	24	1	23	356 572	164 461
Nayarit	75	1	74	305 342	133 211
Nuevo León	43	2	41	229 461	150 539
Oaxaca	310	4	326	1 936 420	1 172 295
Puebla	216	3	213	1 349 683	896 328
Queretaro	76	2	74	423 913	295 717
Quintana Roo	35	1	34	89 182	57 824
San Luis Potosí	156	4	152	879 418	618 674
Sinaloa	77	2	75	494 968	321 729

(Continúa)

IMSS-COPLAMAR: UNIDADES RURALES EN SERVICIO Y POBLACION AMPARADA

Delegación	1984			Población	
	Unidades			Potencialmente amparada	Cobertura real
	Total	Hospitales Rurales "S"	Unidades Médicas Rurales		
Sonora	43	2	41	227 847	229 118
Tabasco	124	1	123	605 925	372 290
Tamaulipas	86	3	83	335 702	307 336
Tlaxcala	30	1	29	224 120	184 099
Veracruz Norte	140	1	139	830 912	730 991
Veracruz Sur	87	1	86	544 598	371 206
Yucatán	41	1	40	254 951	122 432
Zacatecas	114	2	112	548 003	435 622

(1) Incluye la terminación de siete hospitales.

FUENTE: Coordinación General de Estadística IMSS-COPLAMAR

IMSS-COPLAMAR: SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS
1984

Concepto	Meta	Logros (1)	
		Absoluto	Relativo
Consultas en medicina familiar	8 185 009	7 806 922	96.1
Consultas en especialidades	297 426	491 617	165.2
Acciones de odontología preventiva	1 130 210	995 991	88.1
Intervenciones quirúrgicas	38 907	51 265	131.8
Partos atendidos	75 000	74 722	99.6
Dosis aplicadas de productos biológicos	10 163 193	10 666 110	105.0
Personas detectadas en los programas crónico-degenerativos	3 977 896	3 412 263	85.8
Personas detectadas en el Programa de Padecimientos Venéreos	171 366	70 465	41.5
Personas detectadas en el Programa de Tuberculosis	31 894	34 707	108.8
Personas que reciben acciones en odontología preventiva	314 211	546 480	173.9
Personas asistentes a sesiones de educación para la salud	7 451 201	8 630 936	115.8
Egresos hospitalarios	101 806	124 873	122.6

(1) Datos estimados

FUENTE: Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR