



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

“POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA,
DEL ESTADO BENEFICENTE AL ESTADO NEOLIBERAL:
EL CASO MEXICANO 1970 - 1980”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
P R E S E N T A :
DESIREE CUESTAS FLORES

FACULTAD DE FILOSOFÍA
Y LETRAS



COORDINACIÓN DE ESTUDIOS
LATINOAMERICANOS

DIRECTOR: DR. IGNACIO SOSA ANAIBZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F.

INVIERNO DE 2004



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 esta 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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



En el espacio fundamental de la enfermedad,
los médicos y los enfermos
no están implicados de pleno derecho;
son tolerados como tantas otras perturbaciones
difícilmente evitables:
el papel paradójico de la medicina consiste,
sobre todo en neutralizarlos,
en mantener entre ellos el máximo de distancia
para que la configuración ideal de la enfermedad
entre sus dos silencios,
y el vacío que se abre del uno al otro,
se haga forma concreta, libre,
sin espesor ni secreto
donde el reconocimiento se abre por sí mismo,
sobre el orden de las esencias.

El enfermo, indudablemente no es capaz de trabajar,
pero si se coloca en el hospital,
se convierte en una carga doble para la sociedad:
la asistencia dejada en el abandono,
se encuentra expuesta a su vez en la miseria
y a la enfermedad.

El hospital, creador de la enfermedad
por el dominio cerrado y pestilente que diseña,
lo es una segunda vez en el espacio social
donde está colocado.

Esta división destinada a proteger,
comunica la enfermedad y la multiplica
hasta el infinito.

El nacimiento de la Clínica, Michel Foucault

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Desirée Custas Flores

FECHA: 13/enero/2004

FIRMA: ds

Reconocimientos

Agradezco a las personas que me han ayudado de manera directa e indirecta a la conclusión favorable de esta meta, son quienes me han brindado su apoyo y comprensión absoluta, además de su cariño y amistad.

Agradezco a Guillermina Flores y Raúl Cuestas, quienes me dan su apoyo y cariño incondicionales (mucho más de lo que esperaba).

A Corina Sonia Cuestas, Celso Gómez, Raúl Cuestas, Miriam Cuestas, Samantha Ivonne Cuestas, Octavio Enriquez, Nayelli Cuestas, Joel Márquez y a Pelusa; mis herman@s y sus respectivos detalles que me echaron la mano en muchas ocasiones.

De la misma manera a Guadalupe Flores, Pancho Reyes, Luis Alberto Flores, María del Carmen Flores y a Paco Hernández; l@s tí@s que han estado siempre con nosotros.

A Arturo y Ale; quiénes nos dan mucha alegría.

A Hernando y Armando Hernández, Álvaro, Griselda y Nadia Reyes con quienes compartimos algo más que un fin de año.

A la familia de Jorge, Doña Candelaria Colín, Domi, Malena, Rosa y Bárbara León, quiénes nos han ayudado mucho brindándonos un espacio.

A mis entrañables amigas de la facultad: Maestra Susana Aguirre, Alejandra, Gabi Nava, Frida Aragón, Ana Luz Chávez, Marla Escobedo y a sus muchachos.

A l@s amig@s del CCH: Iván Serrato, Diana Godínez, Alejandro Muñoz, Antulio Ontiveros, María del Pilar, Miguel López y a Rosario Campos.

A la amistad sincera de Rosa Elisa Trujillo y a Eréndira, al legendario profesor del CCH Vicente Muñoz y a Memo Mondragón.

De manera especial agradezco la solidaridad, el cariño y el amor ilimitado que me proporcionan Jorge y Mariana León, mis compañer@s de vida.

ÍNDICE

Prólogo.....	III
Introducción.....	V

Capítulo 1. La política social y la salud en América Latina

1.1 Características de la política social en el Estado benefactor y en el neoliberalismo.....	1
1.1.1. La política social del Estado benefactor en América Latina.....	10
1.1.2. Crisis de la política social del Estado de bienestar latinoamericano.....	21
1.1.3. La “política social” del Estado neoliberal Latinoamericano.....	25
1.2 La atención a la salud pública como política social.....	31
1.2.1. La salud pública en el Estado de bienestar.....	34
1.2.2. La salud pública en los ochenta.....	37

Capítulo 2. La influencia internacional en la salud pública de América Latina 1970-1980

2.1 La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina.....	40
2.2 La OPS y los problemas del modelo de bienestar Latinoamericano.....	44
2.2.1. La expansión de las ciudades y su repercusión en la salud.....	49
2.2.2. La industrialización latinoamericana y su impacto en la salud.....	53
2.2.3. La marginación social: problema de salud pública.....	55
2.3 El modelo de bienestar y los planes de salud.....	58
2.3.1. los ministros de salud y la planeación.....	62
2.3.2. El proceso de elaboración de planes nacionales de salud.....	65
2.4 Planificación y administración de los planes nacionales de salud.....	68
2.4.1. De la universalidad a la intersectorialidad de la salud.....	70
2.4.2. La declaración de Alma-Ata, el inicio del modelo neoliberal.....	74
2.4.3. Salud para todos en el año 2000, la estrategia del modelo neoliberal.....	77
2.4.4. Los programas focalizados de la OPS.....	83

Capítulo 3. La salud pública en México: 1970-1980

3.1 El Estado de bienestar mexicano.....	86
3.1.1 La función de la OPS en México.....	91
3.1.2 La política de bienestar social en México entre 1970-1980.....	93
3.1.3 La OPS y la salud: 1974-1976.....	98
3.1.4 La demagogia y las metas no logradas en salud 1977-1983.....	101
3.1.5 Crítica a la planeación decenal en salud 1974-1976 y 1977-1983..	104
3.1.6 El declive del sistema nacional de salud.....	109
3.2 Adiós al Estado de bienestar	119
3.3 Delineando el nuevo concepto de salud pública	121
3.3.1 El marco legal y el <i>Programa Nacional de Salud 1984-1988</i>	124
3.3.2 La modernización administrativa a través del <i>Programa Nacional de Salud 1984-1988</i>	126
3.3.3 Los resultados de la modernización administrativa.....	131
Conclusiones.....	134
Anexo.....	141
Fuentes consultadas.....	144

Prólogo

La presente tesis, aporta elementos que permiten comprender la realidad latinoamericana desde el punto de vista de las políticas de salud pública en la etapa de transición del Estado benefactor al Estado neoliberal. En este proceso, sostengo que hubo incidencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el diseño de políticas y estrategias sanitarias para la población latinoamericana.

La elaboración de la investigación, me llevó por lo menos año y medio de búsqueda de información en diferentes archivos. Para obtener información sobre la salud en México, tuve que enfrentar reticencias administrativas para acceder a los documentos oficiales; con respecto a la información de la OPS, me fue muy útil la disponibilidad de información por medio del Internet. Estos archivos disponibles, en la vía electrónica, fueron muy extensos, además de que las *Resoluciones* de los cuerpos directivos de la OPS, se localizaron divididas y repartidas por todo el archivo, es decir, para comprender el acuerdo de una resolución de un año en específico, fue necesario revisar los temas de todas las resoluciones para saber en qué empezaba y en qué concluía, por tal razón, hubo la necesidad de ordenar y depurar durante casi seis meses la información de más de 3000 cuartillas ya impresas.

Otro de los obstáculos a vencer, fue la dificultad del tema, por un lado, fue complicado situar la periodización y el espacio a estudiar, puesto que la etapa de cambio de modelo económico inició en años diferentes (como el caso de Chile). Por otro lado, resultó complejo definir las categorías de Estado de bienestar, política social y Estado neoliberal que aplicó medidas de ajuste monetarista, ello porque se adaptaron de distintas maneras en los países latinoamericanos.

Con referencia a la salud pública, fue laborioso aclarar los conceptos y principios en torno de cada uno de los modelos económicos y aplicarlos a la interpretación de la realidad de cada país latinoamericano, que los adaptó de diferentes formas. De acuerdo con estas razones, considero importante que, en nuestra carrera de Estudios Latinoamericanos, iniciemos el camino hacia cursos que aborden la salud, como una realidad histórica de trascendencia, ya que generalmente los dejamos a otras disciplinas, como medicina o sociología, mientras que en países como Brasil, hoy día tienen importantes investigaciones en esta materia. Es fundamental involucrarnos en temas de actualidad, porque nuestros cursos en la licenciatura abordan temas muy interesantes, pero la mayoría llegan hasta la Segunda Guerra Mundial.

A pesar de todo, logré resolver las dificultades que me presentó la investigación, gracias a personas que me brindaron el soporte necesario para terminar esta tesis. En tal sentido, quiero agradecer al Doctor Ignacio Sosa Álvarez, por haber aceptado dirigir el estudio y por ayudarme a esclarecer los conocimientos para concluir el trabajo con buenos resultados.

Agradezco al Maestro Jorge León Colín, por todo el apoyo financiero, técnico y de corrección de materiales que me proporcionó.

De la misma manera agradezco a mi querida amiga Marla Escobedo, porque me dio su apoyo incondicional. Lo mismo que a la Maestra María Teresa Gutiérrez Haces, por ser la académica de la facultad que me convocó a terminar la carrera.

Doy mi profundo reconocimiento a los Maestr@s Ricardo Gamboa Ramírez, Teresa Aguirre Covarrubias, René Aguilar Piña y Rafael Guevara Feffer por haberme orientado con sus valiosas observaciones.

Introducción

La presente tesis aborda algunos de los principales elementos que influyeron en las políticas de salud pública de América Latina, durante la etapa de transición del Estado benefactor a una economía de ajuste monetarista que caracterizó al Estado neoliberal. Este proceso, lo ubico entre las décadas de los años setenta y ochenta del pasado siglo XX, período en el que se aplicaron las políticas de salud diseñadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y fueron asumidas por los gobiernos latinoamericanos sin tomar en cuenta sus propias condiciones de infraestructura sanitaria, sus presupuestos financieros y la idiosincrasia con la que tropezarian.

De igual manera, abordo, *grosso modo*, las políticas sociales y de salud aplicadas por los gobiernos de Argentina, Brasil y Chile, considerados como los países latinoamericanos más representativos del prototipo benefactor y del neoliberal, además de que éstos registraron los mayores beneficios en salud de toda la región. Finalmente, para ejemplificar lo anterior, abundo en las políticas de salud pública de México, como un cuarto país representativo de las políticas de beneficio social y del proceso de cambio.

En el Capítulo I, caracterizo la transición entre el modelo económico de corte benefactor a uno de nuevo mercado. En tal sentido, el periodo representó un momento histórico en el que se entremezclaron los conceptos y las prácticas de ambos modelos.

Para poder diferenciar los conceptos aplicados bajo la tutela de cada uno de los prototipos económicos, fue necesario definir a qué se llamó Estado benefactor en América Latina, y qué conceptos de política social y política de salud pública promovió a lo largo de su periodo. Una vez determinados, estudié a su vez, los nuevos conceptos en estos

rubros diseñados por el Estado neoliberal y la forma en que se fueron fusionando hasta sustituir a los viejos conceptos del modelo benefactor.

El Capítulo, analiza la manera en que el Estado benefactor latinoamericano de los años setenta, intentó dar solución a los problemas de salud generados por la aplicación del modelo, en esos años los conceptos de seguro social y seguridad se mantuvieron bajo los principios de universalidad, por lo que la salud pública fue interpretada dentro del proceso salud-enfermedad, es decir, como la influencia de las condiciones materiales de vida sobre los padecimientos de la salud y de la enfermedad.

En contraste, ilustro cómo a mediados de los setenta, se fueron integrando los nuevos conceptos de salud pública correspondientes a las políticas de ajuste monetario, donde los conceptos como calidad, responsabilidad individual y sectorización se forjaron en la década de los ochenta. Con ello inició del proceso de reforma al sector salud que se encaminó a la descentralización, a la sectorización y a la desconcentración de los servicios estatales, abriendo así al capital privado una mayor participación convirtiéndolo en el motor capacitado para crear los mecanismos que dinamizaron y ofrecieron los servicios con “calidad” que no pudo lograr el viejo modelo.

De esta manera, “la política social” del nuevo mercado, depositó en manos de la iniciativa privada, en la sociedad civil y en la responsabilidad individual, la solución de los problemas de la sociedad concernientes al Estado. Los servicios sociales que fueron otorgados a la población, como un acto de derecho y de justicia social, se redujeron al concepto de filantropía, en tal sentido, el concepto salud implicó la responsabilidad individual sin tomar en cuenta el proceso social que implica la dinámica salud-enfermedad. De manera que, la salud pública ya no fue un factor importante para el desarrollo económico y social, y su crecimiento dependió del fortalecimiento del sector privado.

Una vez establecidos estos elementos, que condicionaron la realidad de la salud pública latinoamericana durante las décadas de 1970 y 1980, la OPS aparece como un elemento que contribuyó al proceso de transición de la salud pública del modelo de Estado benefactor a la salud del modelo neoliberal.

En tal sentido, el Capítulo II de esta tesis, señala la participación de la OPS como el organismo más experimentado en la salud de la población latinoamericana, que bajo esta premisa estableció acuerdos y dictó políticas encaminadas a “mejorar la salud” de las naciones.

Para desarrollar este capítulo, contemplo los retos en salud que tuvo que enfrenar la OPS en 1970, década caracterizada por los resultados de la práctica del modelo benefactor. Reconozco los óptimos beneficios que redundaron en el efectivo aumento de la misma; la mejora de las condiciones de salud con los programas dedicados al control y a la erradicación de las enfermedades de tipo infecto-contagioso, además de la creación de importantes instituciones encargadas de asegurar la atención de la salud bajo los principios de universalidad y accesibilidad, donde el Estado tuvo el mérito de mejorar la salud como meta principal de sus acciones, y cuyos beneficios asumió como sinónimos de desarrollo y de progreso.

En contraste, indico los resultados del mismo modelo que impactó a la salud de la década del setenta, que por un lado, logró generar las condiciones para salir de la pobreza y el atraso, y por el otro, facilitó el impacto de la industrialización sobre el empobrecimiento del campo y la consecuente migración a las grandes ciudades, ello contribuyó al acelerado proceso de urbanización sin control que dio origen al hacinamiento y a la marginación social. Estos fenómenos redundaron en el aumento de enfermedades y muertes causadas por las carencias de infraestructura suficiente para sobrevivir en un medio semi-urbano y de

enfermedades “propias de las ciudades” (contaminación ambiental, cáncer, infartos, enfermedades cerebro vasculares y violencia) que se convirtieron en los principales problemas de salud de la población de ese momento.

Una vez establecidos los retos de la OPS en el periodo de transición, determino las medidas que fueron tomadas durante los últimos años del Estado benefactor, las cuales tuvieron antecedente hacia la mitad de la década del sesenta, cuando la OPS mostró interés por implementar en las naciones latinoamericanas *Planes Nacionales de Salud*, auspiciados por la *Carta del Punta del Este (1961)*. A partir de entonces, se establecieron acuerdos y resoluciones encaminados a la creación de la planeación.

Empero, las iniciativas tomaron consistencia hasta ya entrada la década siguiente, con la creación del primer *Plan Decenal de Salud en 1972*, en él se acordó crear *Planes Nacionales de Salud* en cada una de las naciones; con la intención de establecer un *Plan Regional de Salud*, que la garantizara en todo el continente. Los acuerdos tomados por el organismo internacional, estuvieron en consonancia con los principios establecidos por el modelo de bienestar todavía vigente, por lo que se buscó hacer extensivos los servicios de salud de manera universal, garantizando la accesibilidad a la población, a través de la creación de planes nacionales y regionales en salud.

En tal sentido, analizo la participación de la OPS, dentro del proceso de cambio de las políticas de salud de la región, y cómo dichas medidas fueron cambiando a partir de 1977, con los nuevos conceptos del modelo neoliberal. Con la crisis económica, las propuestas del *Plan Decenal* se frenaron y fueron tomando matices diferentes. Los acuerdos obtenidos por los cuerpos resolutivos del organismo, comenzaron a girar hacia un esquema nuevo, al comenzar a hablarse de los programas de *Atención Primaria para la*

Salud pertenecientes a la *Declaración de Alma-Ata* (1978), se invitó a los países miembros a incluir la participación de la sociedad en los procesos de salud.

Las iniciativas giraron en torno de los problemas de financiamiento, del aumento de la población, de los graves rezagos de salud que habían en el continente causados por “el pasado” y por supuesto, sobre los problemas agravados por la crisis. Por ésta razón, los cuerpos directivos de OPS, en 1980 exhortaron, a todos los gobiernos miembros, a encaminar sus políticas de salud, hacia el objetivo *Salud para Todos en el Año 2000*, con programas canalizados a regiones conflictivas donde las enfermedades ocupaban un lugar preponderante. Con esto, se abandonó la iniciativa de hacer extensivos los servicios de salud de manera universal y se buscó atacar los asuntos más conflictivos, el cambio de conceptos y de prácticas fue claro, y con estas medidas quedó determinado el nuevo rumbo de las políticas de salud del continente.

Así, surgieron los programas regionalizados que seleccionaron los lugares donde había los mayores conflictos de pobreza e inestabilidad social. Con el carácter de urgencia, se dio origen al programa de *Atención a Necesidades Prioritarias de Salud a Centroamérica y Panamá* (1984). También los programas se dirigieron a los lugares del continente que pudieran tomarse en probables zonas de conflicto. Ejemplo de estos programas, fueron el *Programa de Cooperación para el Caribe* (1984), programa que se elaboró para enfrentar la “amenaza comunista” proveniente de Cuba y *El Plan de Acción Conjunto* (1986) para el área Andina, ambos realizados con un carácter de menor urgencia.

En el Capítulo III, analizo el caso mexicano y la manera en que incidieron éstos elementos de transición en las políticas de la salud pública. México, que además de ser miembro activo de la OPS, fue considerado otro de los países latinoamericanos más representativos del modelo benefactor, y de la aplicación del modelo de ajuste monetarista.

El país tenía su economía basada en el petróleo y el proceso tuvo lugar entre las décadas de los setenta y ochenta. El modelo de Estado de bienestar mexicano, impregnó a la salud pública rasgos peculiares con respecto de los demás países de la región.

Para México, el estudio va de los años 1970 hasta 1988, como el periodo de transición de un modelo económico a otro, el cual se reflejó claramente en las políticas de salud aplicadas por los gobiernos que detentaron el poder en esos años.

En 1970, el gobierno mexicano elaboró el primer *Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983* con la participación de la OPS, de los sectores universitarios, trabajadores, organizaciones médicas, etc. La finalidad de este plan, fue atender los graves problemas de salud que afectaban a la población.

La promoción de la salud pública en México, fue utilizada como un botín político. Bajo un discurso revolucionario y de *justicia social*, fue parte de los discursos presidenciales, por ello, hubo la creación de infraestructura y la incorporación de grandes cantidades de población a los servicios asegurados por las tres instituciones de salud más grandes del país, el IMSS, el ISSSTE y la SSA. El Plan Nacional de Salud se vinculó con los proyectos de mejora de las condiciones de vivienda, creación de obras públicas, de agua y saneamiento, y con los numerosos programas contra el combate de enfermedades infecto-contagiosas, enfermedades no contagiosas, programas de riesgos de accidentes y violencia. En fin, fue una iniciativa que planteó metas y objetivos apegados a los principios del modelo de Estado benefactor mexicano, que se propuso alcanzar la cobertura del 90% de la población total de ese momento. Aunque los conceptos de seguridad, seguro social y salud pública, se mantuvieron bajo los principios enarbolados por el modelo benefactor, la creación de infraestructura no fue tan basta como en la década del sesenta.

El cambio del modelo económico, no permitió que el primer *Plan Nacional de Salud (1974-1976)- (1977-1983)* cumpliera sus metas, de manera que el gobierno de López Portillo implementó otras iniciativas que se reflejaron en el *Plan Global de Desarrollo 1980-1982*, dando inicio a los programas de *Atención Primaria*, promovidos por la OPS, con ello se inició el cambio hacia la modernización de los servicios sanitarios.

A partir de entonces, los conceptos de seguridad, seguro social y de salud pública se fueron matizando, lo que constituyó un tránsito del viejo discurso revolucionario hacia la modernización del sector salud.

Sin embargo, la reforma de mayor profundidad del sector salud, se llevó a cabo con el gobierno de Miguel de la Madrid, tiempo en el que fueron palpables las nuevas formas de concebir las políticas sociales y la salud impartida por el Estado. Esto dio pie para reducir la importancia de la salud que había mantenido durante el modelo del Estado benefactor.

En este Capítulo sustento que la influencia de la OPS, estuvo presente en los programas de salud del país, en la descentralización, desconcentración y sectorización de la salud pública, todo ello con el sentido de racionalizar recursos y lograr la “calidad” deseada.

Capítulo 1. La política social y la salud en América Latina

1.1 Características de la política social en el Estado benefactor y en el neoliberalismo.

Han sido muchos los debates acerca de la intervención del Estado en la economía, sobre todo a partir del surgimiento del esquema de libre mercado mejor conocido como neoliberalismo. Después de, aproximadamente unos veinte años de existencia de las políticas del libre mercado, me parece importante abordar las características del Estado de bienestar y el cambio hacia el nuevo liberalismo.

Hoy día, hay un intenso debate¹ que trata de reconocer los beneficios que generó el viejo Estado de bienestar,² en esa medida se acepta que hubo funciones en el sector público que permitieron la generación de infraestructura orientada a acelerar el desarrollo económico de las naciones y que fue éste el único capaz de realizarla.

El Estado benefactor, producto de la crisis de 1929 y de la amenaza de expansión del comunismo de la ex - URSS, se caracterizó por ser la unidad político-económica que condensó y centralizó el poder, sobre todo en lo concerniente a políticas económicas.³ Lo anterior, le permitió al Estado regular las actividades económicas, además de tener una influencia sustancial en lo político y en lo social. Con tal concentración de poder, el Estado

¹ Ayala Espino nos refiere que el debate sobre la intervención o no intervención del Estado en la economía se ha centrado en reconocer los beneficios que generó el Welfare State. Cfr. Ayala Espino, José, *Economía del sector público mexicano*, ed. UNAM- Esfinge, México, 2001, p. 29.

² Estado de bienestar o Welfare State, fue una expresión tomada del inglés, la cual se empezó a utilizar en Inglaterra en los años cuarenta, momento en que el gobierno extendió su papel asistencial a la población. Borja, Rodrigo, *Enciclopedia de la política*, ed. FCE, México, 1997, p. 386.

³ El tipo de políticas económicas al que me refiero es a la construcción de hospitales, acceso a la educación, construcción de vivienda para trabajadores, baja inflación, creación de fuentes de empleo. Véase Calva, José Luis "Introducción", en Calva, José Luis (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos Editor S.A., México, 1996, p. 13.

tomó las riendas del desarrollo utilizando los recursos públicos para propiciar la activación de los factores productivos, laborales y de gasto público, todo ello para posibilitar un proceso de crecimiento y de acumulación de capital.⁴

En cuanto a política social se refiere, el Welfare State, se caracterizó por la centralización del poder legitimado a través de la articulación de las demandas sociales y económicas de la población afectada por la crisis del 29, la que fue corporativizada a través de organismos públicos.⁵ La protección estatal tomó diferentes formas que respondieron por un lado, a las características de desarrollo de las estructuras económicas de cada país, y por otro, a las etapas que dependieron de las diferentes necesidades históricas de las naciones que adoptaron tales políticas. En tal sentido, Gregorio Rodríguez Cabrero, sostiene que el Estado benefactor se caracterizó por un constante cambio, influido por cada realidad sociopolítica.⁶

Para entender mejor esta afirmación, señala que en los países industrializados existieron tres etapas de transición y de cambio de la política social del modelo benefactor. La primera transición del Estado, consistió en la política social practicada en los años

⁴ A partir de 1933, en los Estados Unidos se puso en práctica, por iniciativa del presidente Franklin D. Roosevelt, la política del New Deal. Este "nuevo acuerdo" consistió en la aplicación de programas de ayuda, por parte del gobierno, a los afectados por la crisis. Como es sabido, con este tipo de políticas regeneró el círculo virtuoso producción→distribución→intercambio→consumo→producción. La ayuda gubernamental propició el consumo, lo que permitió destrabar la sobreproducción, cuyo origen fue la falsa premisa de que toda oferta genera su propia demanda. La promoción del consumo con "demanda efectiva" inició un nuevo proceso de acumulación donde los recursos del Estado jugaron el motor de la economía en función de la inversión pública. Pronto, esta política, iniciada en Estados Unidos y en Inglaterra, se generalizó a otros países después de la segunda guerra mundial. Borja, Rodrigo, *Enciclopedia de la...*, op. cit., p. 386.

⁵ Sánchez Andrade, Eduardo, *Intervención del Estado en la economía*, Folleto, ed. UNAM, México, 1986, pp. 5-6.

⁶ El desarrollo del Estado de bienestar que se practicó en los países europeos y en Estados Unidos, fue diferente del practicado en los países latinoamericanos. Lo que caracterizó al Estado de bienestar latinoamericano lo abordó en el siguiente subinciso.

treinta, ello “significó un conjunto de instituciones cuya finalidad fue paliar los efectos críticos de las guerras mundiales”.⁷

La segunda transición, que nos refiere este autor, tiene que ver con la segunda crisis económica, la maduración demográfica e institucional de los sistemas de protección social, en la década de los años setenta. En estos años, las instituciones y la población de las naciones desarrolladas alcanzaron cierta madurez, pero la crisis fiscal del Estado generó la caída del presupuesto social, lo que propició que el Estado se limitara al mantenimiento de la cobertura sin cubrir satisfactoriamente sus compromisos.

Con lo anterior, se dio paso a la tercera etapa de transición caracterizada por una confrontación teórica-ideológica frente al neoliberalismo, ante la emergencia de nuevas necesidades sociales, soportando un cambio en los conceptos para la asunción del bienestar social.

Esta reestructuración de la política social del Estado de bienestar, respondió, de acuerdo a Rodríguez Cabrero, a diferentes factores socioeconómicos, como la intensidad de la crisis, el cambio de la tecnología, la organización de la sociedad, y la madurez de las instituciones, entre los factores más importantes.⁸

Partiendo de estas ideas, la política social mantenida entre una etapa y otra, mostró características muy peculiares; si se compara la política social de los años treinta con la de los años setenta, en la primera, hubo el interés en otorgar un “pago” a la población que participó en la guerra mundial de 1939-1945, y en la segunda, había el interés por hacer frente a nuevos problemas surgidos con el desarrollo del Estado benefactor.

⁷ Rodríguez Cabrero, Gregorio, “Estado de bienestar y sociedad de bienestar. Realidad e ideología”, en Rodríguez Cabrero, Gregorio (comp.), *Estado, privatización y bienestar. Un debate de la Europa Actual*, ed. ICARIA, España, 1991, pp. 11-16.

⁸ *Ibidem*.

En cuanto al debate de los beneficios en política social, Gloria Regonini, sustenta que casi toda la política social practicada por el modelo benefactor hasta antes de su segunda crisis, en 1980, fue una política que se planteó como objetivo garantizar los estándares mínimos de ingreso, alimentación, salud, habitación y educación a todo ciudadano como derecho político y no como beneficencia. El significado de esta asistencia estatal, fue para los ciudadanos un derecho social, a la vez que fueron producto de diversas luchas de movimientos sociales, mientras que para el Estado permitió garantizarle su estabilidad.⁹

A la luz de esta interpretación, es preciso anotar que el Estado de bienestar no fue un simple “Estado de servicios sociales”, como en un momento fue interpretado por la ideología neoliberal, sino que más bien, fue para los países de alta industrialización una “gran uniformidad estructural de la sociedad”¹⁰ en la que el poder político fue empleado para modificar, en términos legislativos y administrativos, el juego de las fuerzas del mercado con la intención de garantizar a los individuos y a las familias una renta mínima independiente del valor de su trabajo en el mercado y de su patrimonio. El objetivo de estas políticas, fue reducir la inseguridad social capacitando a todos los ciudadanos para hacer frente a difíciles coyunturas (enfermedad, vejez, paro, muerte y desempleo, entre otras.) y con ello garantizar a todos, sin distinción de clase, ni renta, las mejores prestaciones posibles en relación a un conjunto de determinados servicios.

⁹ Regonini, Gloria, “Estado de bienestar”, en Bobbio, Norberto, *Diccionario de política*, ed. Siglo XXI, México, 1991, p. 552.

¹⁰ Con “Gran uniformidad estructural de la sociedad” me refiero a que las políticas de bienestar lograron una repartición más o menos uniforme de los ingresos a través de organismos de asistencia social. Cfr. Picó, Joseph, *Teoría sobre el Estado de bienestar*, ed. Siglo XXI-España S.A., España, 1987, p. 156.

Para ello, el Estado de bienestar funcionó en dos sentidos, por un lado en la distribución del ingreso, a través de asignaciones monetarias directas (que fueron destinadas a pensiones, subsidios, prestaciones compensatorias, asignaciones familiares, seguros de desempleo, etc.) y por otro lado, a través de programas de complementación (que cubrieron necesidades de alimentación, prestación de servicios de salud, educación, salubridad, regulaciones ambientalistas, de trabajo, y demás.).¹¹

La política social del Estado de bienestar, se caracterizó por la prestación de servicios como un acto de derecho, el cual respondió a un principio de “justicia social”¹² con lo que se buscó la seguridad económica en la sociedad. De esta forma, como sostiene Joseph Picó, el objetivo primordial del Estado de bienestar, fue intervenir públicamente en la distribución y la estabilización de las oportunidades de vida sobre la base de los derechos humanos. Lo que llevó a la creación de un “sistema complementario de rentas” que se encargó de la provisión de algunos servicios esenciales en salud, educación, vivienda y empleo”.¹³

No obstante los beneficios que las políticas de bienestar acarrearón al grueso de la población, el Estado de bienestar implicó la creación de mecanismos de mercado con mayor o menor regulación estatal. Esto se confrontó, de alguna manera, con la creación de amplias redes públicas de instituciones¹⁴ que se encargaron de garantizar los derechos sociales de la población.

¹¹ Borja, Rodrigo, *Enciclopedia de la...*, op. cit., p. 387.

¹² Entiéndase como “justicia social” la acción del poder del Estado concentrada en retribuir a la sociedad el “privilegio” de los bienes y servicios producidos, como un acto de distribución, equidad y derecho. Cfr. *Ibidem.*, p. 561.

¹³ Con “sistema complementario de rentas” me refiero al sistema creado por el Estado, para dar los servicios de salud, alimentación, educación y vivienda a la población. Picó, Joseph, *Teoría sobre...*, op. cit., p. 134.

¹⁴ Amplias redes institucionales como la creación de instituciones de salud, educación, vivienda, empleo y alimentación entre otras, encargadas de satisfacer las necesidades básicas de la población.

La política social enarbolada por el modelo económico de bienestar, encontró hacia la mitad de los años setenta, la oposición radical de las teorías monetaristas, las cuales, por un lado, fueron defensoras del capitalismo sin ataduras y de libertad económica, y por el otro, una firme oposición a la acción del Estado en la economía.

A principio de los ochenta, hizo su aparición la ideología neoliberal, ello significó un cambio de paradigma producido por el inicio de la nueva realidad socioeconómica presentada por la segunda gran crisis mundial, ésta puso fin a tres décadas y media de crecimiento sostenido, surgido a partir del periodo de la segunda posguerra.¹⁵

Esta segunda crisis global, encontró en la doctrina monetarista, su posible explicación y solución. Se admitió la reducción de las actividades del Estado, haciendo hincapié en la economía. Sus funciones serían la “defensa de la nación frente a los enemigos exteriores” y en la “protección de los ciudadanos frente a los abusos de sus propios ciudadanos”.¹⁶

Fernando Sacen Contreras, afirma que la nueva ideología liberal se caracterizó por reducir la intervención del Estado en la vida económica, para con ello permitir que el “mecanismo impersonal” del mercado y de los precios se hicieran cargo de la distribución de los recursos y el flujo económico.¹⁷

¹⁵ Esta crisis ha tenido diversas interpretaciones (como el agotamiento del modelo de bienestar, el fracaso del modelo de bienestar social, el incremento del crédito internacional que se convirtió en deuda exterior, entre muchas otras), pero se ha caracterizado por ser la más profunda y prolongada, por tener un desequilibrio macroeconómico y de productividad. Cfr. Vuskovic, Pedro, *La crisis de América Latina. Un desafío continental*, ed. Siglo XXI- Editorial de las Naciones Unidas, México, 1990, p. 32.

¹⁶ El Estado abandonó su papel de rector de la economía, limitándose a la vigilancia del cumplimiento de las leyes, sin intervenir en procesos de producción, ni regulación de la economía Friedman, Milton y Friedman, Rose, *Libertad de elegir*, ed. Orbis S.A., Barcelona, 1983, pp. 48-55.

¹⁷ Fernando Sacen Contreras, señala a Milton Friedman de ser el principal abanderado de la oposición ideológica a las teorías keynesianas, defensor del capitalismo y de la libertad económica, radical opositor a la intervención del Estado en la economía. Sacen, Contreras, Fernando, “Estado moderno y economía: una relación dinámica de mutua dependencia que tiende a la entidad”, en Jeannot, Fernando, *et. al., Estudios sobre economía y Estado*, ed. MIP-UAM-FM-FCE, México, 1988, p. 45.

El cambio de modelo implicó que la intervención estatal debía disminuir su intervención en la realidad económica para dar paso a un liberalización de la economía, así el libre mercado, la libre empresa y el libre comercio internacional se convirtieron en los “prerrequisitos” para el “óptimo funcionamiento del sistema capitalista”.¹⁸ En consecuencia, el sector público tendría que descubrir la prosperidad gracias al sistema de libre mercado.¹⁹

La vertiente neoliberal, vio en el Estado benefactor la causa principal de todos los males, un obstáculo que ahogó las libertades de enriquecerse, de crecimiento y de emprendimiento. Por esta razón, su ideólogo principal afirmó, que lo que necesitaba la sociedad no era un Estado “más grande”, sino un “nuevo Estado” que fuera cada vez más “socializado”, es decir, que fuera representativo de los intereses de la mayoría y dejara de ser un simple “producto de burocracias”.²⁰

Para la visión de los liberales, la política fue separada de la economía, por lo que consideraron incoherente que el gasto social influyera en la regulación económica, afirmando por el contrario, que éste era “una pesada carga” para sostener a todos aquellos que no aportaban impuestos. Para Gloria Regonini, la característica de este tipo de sistema económico, es una actitud de la ética protestante hacia las caritas puesto que en el marco de la sociedad que se funda en la libre competencia, la asistencia es concebida como una desviación inmoral del principio de cada uno según sus méritos. Es importante señalar, que

¹⁸ Entiéndase como “sistema capitalista”, el sistema político y económico que considera sustancial el valor del dinero, los recursos bursátiles, los recursos naturales, los factores de producción (trabajo, capital y tecnología), los bienes de producción (maquinaria) que sirven para producir los bienes de consumo, entre otros elementos. Cfr. Borja, Rodrigo, *Enciclopedia de la...*, op. cit., p. 88.

¹⁹ La teoría del ajuste de la moneda adoptada por el neoliberalismo consistió en controlar la inflación a través de disminuir el exceso de circulación de moneda, para ello se redujeron los salarios, la inversión financiera de los servicios sociales y el aparato burocrático del Estado. Villarreal, René, *La contrarrevolución monetarista. Teoría, política e ideología del neoliberalismo*, ed. Océano-FCE, México, 1986, p. 102.

²⁰ Friedman, Milton y Friedman, Rose, *Libertad de...*, op. cit., p. 17.

esto generó un proceso de separación entre sociedad y Estado, lo que se interpretó como un elemento de crisis que llevó paulatinamente a la disminución de la intervención asistencial.²¹

La política social, fue por tanto considerada una actividad que implicó un gasto excesivo para el Estado, por lo que hubo una oposición radical a la acción del mismo en este rubro, en tal sentido, uno de los primeros pasos dados por la ideología neoliberal, fue reducir el presupuesto a los programas de asistencia social, reducir las prestaciones y recortar el financiamiento a los organismos creados para asistir a la sociedad.²² Todo ello, con la finalidad de lograr reactivar la economía fortaleciendo al sector privado, a través de la inyección del gasto público antes destinado a la asistencia social. Se consideró que una vez fortalecido el sector privado, éste se encargaría de la generación de la distribución de los recursos necesarios para el fortalecimiento de una sociedad más equitativa.

Bajo la anterior lógica, el Estado neoliberal desarticuló las políticas sociales del Estado benefactor, de tal manera que implicaran un minúsculo costo público, ello significó que para el “gozo” de los bienes sociales había que devolver la prestación por medio de algún mérito, o el desempeño de un trabajo. El modelo del nuevo mercado, rompió por tanto, con la concepción de garantizar los “derechos sociales”, tomando como acto

²¹ La ideología neoliberal se opuso a la acción asistencial del Estado, pues consideró que para tener derecho a una prestación, ayuda o caridad, era necesario realizar un trabajo o acción para ser acreedor a un beneficio proveniente del Estado. Regonini, Gloria, “Estado de bienestar”, en Bobbio, Norberto, *Diccionario..., op. cit.*, p. 554.

²² Las prestaciones y derechos otorgados durante el modelo benefactor se redujeron, como los seguros de desempleo, el acceso a la educación y a la salud. Laurell Asa, Cristina, “Regímenes de política social y satisfacción de necesidades”, en Calva, José Luis (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos Editor S.A., México, 1996, p. 106.

legítimo, garantizar un “piso mínimo” social, sectorizando la asistencia a los comprobadamente indigentes.²³

Efectivamente, en materia social, el Estado neoliberal, se caracterizó porque disminuyó la inversión en la prestación de los servicios sociales (educación, salud y vivienda, entre otras), y en algunos casos retiró el financiamiento a algunas prestaciones.

La ideología neoliberal, condenó fuertemente los derechos sociales y el principio de universalidad de la acción del Estado, condenó los beneficios y la prestación laboral, en términos generales criticó la administración pública productora de servicios.²⁴

El Estado, dio paso al mercado para convertirse en el criterio de medida en la igualación de oportunidades. El nuevo Estado, estableció una política para una sociedad descentralizada,²⁵ favoreció la participación de grupos no gubernamentales, como las organizaciones civiles, la iglesia, grupos de autoayuda, asociaciones y los servicios del sector privado, quienes enfocaron sus proyectos hacia las demandas de la sociedad. Esto significó la separación de lo público y lo privado, derivando en políticas sociales que generaron efectos muy importantes como la confrontación entre desarrollo y crecimiento económico y social, donde el Estado dejó de preocuparse por buscar el desarrollo tanto económico y social a través de la procuración del “bienestar de la sociedad”, y centró su atención en el crecimiento económico, pasando a ser la “mejora social” un derivado del mismo.

²³ El Estado redujo el financiamiento de los servicios sociales canalizándolos a la población en condición de pobreza - extrema, con ello, garantizaría una mínima inversión en la asistencia de esos sectores.

²⁴ Laurell Asa, Cristina, “Regímenes de política social y satisfacción de necesidades sociales”, en Calva, José Luis (coord.), *Funciones del Estado...*, *op. cit.*, pp. 94-101.

²⁵ Con “descentralizada” me refiero a que el Estado dejó de conducir, promover y producir los servicios sociales y que parte de su financiamiento lo transfirió al sector privado. *Ibidem.*, p. 105.

1.1.1. La política social del Estado benefactor en América Latina

A partir de la premisa de que el desarrollo del Estado benefactor, dependió de las condiciones socioeconómicas de cada país en que se adoptó, hablaré de los rasgos en política social que lo caracterizaron en Argentina, Brasil, Chile²⁶ y México, los países más representativos de América Latina. La caracterización de los tres primeros países será sucinta, anotando lo elemental de lo que se entendió como Estado de bienestar, la manera en que se dio la crisis y el paso al neoliberalismo. Posteriormente abundaré en las políticas sociales aplicadas en México, las cuales dieron cuenta de lo que se caracterizó como Estado benefactor.

El tratamiento de las políticas de bienestar, específicamente de salud, serán tratados a partir del subinciso 1.2 en adelante. A partir del presente subinciso, trataré lo referente a una caracterización general sobre las políticas sociales aplicadas, *grosso modo*, en el continente.

En América Latina, el Estado de bienestar se convirtió en la unidad rectora, planificadora y promotora activa del desarrollo económico, del mercado de bienes, servicios y fuerza laboral.²⁷

Juan Alberto Huayalupo, sostiene que “la política social” fue la principal características del Estado de bienestar latinoamericano y en torno de ésta se determinaron acciones en los países del sub-continente. Fundamentalmente, las políticas de bienestar, en

²⁶ Aunque Chile fue considerado como de los países más representativos del sub-continente, donde se aplicó el Estado de bienestar, tuvo sus peculiaridades como nación. Como la existencia de un sistema de seguridad social financiamiento por instituciones semipúblicas (capital privado y capital estatal). Arellano, José Pablo, “El efecto de la seguridad en ahorro y en el desarrollo”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, ed. FCE, México, 1986, p. 269.

²⁷ Calva, José Luis, “Introducción”, en Calva, José Luis (coord.), *Funciones del ...*, op. cit., p. 9

América Latina, se orientaron a paliar la pobreza y subsanar las carencias de los excluidos del sistema económico. De ahí, que se le tipificó como “Estado paternalista”, “proteccionista” e “interventor” entre los adjetivos más conocidos. Los términos implicaron una crítica a la marcada intervención estatal en los procesos de producción económica y social.²⁸

La manera de intervenir del Estado en la vida económica y social de los países latinoamericanos, tuvo que ver, según Pedro Vuskovic, con los factores heredados de etapas pasadas, que dieron como resultado el asentamiento de un Estado benefactor sobre una industrialización incipiente determinada por el nivel de la concentración del ingreso, lo que implicó baja productividad y altos costos, en comparación con las naciones con un alto nivel de industrialización. De esta manera, la economía, a falta de una base industrial propia, pues los mercados latinoamericanos estaban inundados de importaciones provenientes de EE.UU., únicamente pudo desarrollarse con una amplia intervención estatal, lo que originó el llamado Estado social en el continente.

Con la incorporación de algunos principios del Estado benefactor, los países latinoamericanos lograron transitar de una economía caracterizada por el esquema primario-exportador a la industrialización sustitutiva.²⁹ Ello implicó una reorientación del desarrollo “hacia adentro”, que se reforzó con la política de sustitución de importaciones, la cual, tuvo una apariencia autónoma, nacionalista y funcional para los cambios promovidos. Uno de los factores que influyeron en el “desarrollo hacia adentro”, fue la

²⁸ Huayalupo Alcázar, Juan Alberto, “Políticas públicas en un contexto de privatización social del Estado”, en *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 4, año LXI, oct.-dic., ed. FCPYS-UNAM, 1999, p.55.

²⁹ Esto es, que el proceso de exportación de estos países estaba dedicada a la producción de bienes agrícolas y de materias primas, el proceso de industrialización recién había adquirido importancia con la Segunda Guerra Mundial, logrando incorporar tecnología moderna a sus procesos de producción.

pérdida de mercados generado en la Segunda Guerra Mundial lo que no les dejó otra opción que circunscribirse como mercados de “bienes de consumo corriente”.³⁰ A la vez, se facilitó el “recambio tecnológico”, agudizando con esto su “dependencia” con respecto de los países de mayor industrialización.³¹

La industrialización sustitutiva consistió en reemplazar los bienes industriales de consumo manufacturados en EE.UU., por los nativos de cada país. Este modelo económico, indujo cambios en la estructura social de las naciones de la región se volvieron complejas y en algunos casos se agudizaron más las diferencias en la composición social y en los intereses económicos de las clases dominantes. El control y el desarrollo del Estado, se fue constituyendo como un instrumento activo, necesario para la transformación económica y como instancia de negociación y armonización de las presiones sociales.³²

El Estado tuvo que readecuar la infraestructura económica a las nuevas condiciones de crecimiento “hacia adentro,” en esa medida, fue necesario crear las condiciones que permitieran la modernización de la industria, que por consecuencia, surgieron algunos beneficios hacia las capas sociales que se encontraron en condiciones de pobreza. Para instrumentar los beneficios sociales, hubo de sustentar políticamente los nuevos esquemas de crecimiento a través de la extensión de servicios sociales y de protección provenientes de los sistemas de seguridad social.³³

³⁰ Entiéndase como bienes de consumo corriente, aquellos que fueron consumidos, básicamente, por sectores acomodados, radios, estufas, refrigeradores entre otros. Cordera, Rolando y Orive B., Adolfo, “México: industrialización subordinada”, en Cordera, Rolando, *Desarrollo y crisis de la economía mexicana*, ed. FCE, México, 1985, p. 165.

³¹ Con “recambio tecnológico” me refiero, a que las naciones latinoamericanas lograron cambiar sus maquinarias y equipos por otros más modernos (sin llegar a la tecnología de punta). Esto constituyó una doble subordinación para las naciones: por el acceso a esta tecnología y por la necesidad de la capacitación para operar dicha maquinaria. *Ibidem*.

³² Los países latinoamericanos que practicaron el modelo de “sustitución de importaciones” fueron México, Chile y Brasil, Argentina no alcanzó a aplicarlo.

³³ Vuskovic Bravo, Pedro, *La crisis de América Latina...*, op. cit., pp. 23-25.

La seguridad social se convirtió, entonces, en un aspecto importante en la política fiscal, por lo que el modelo económico de bienestar se caracterizó por una presión financiera en función de la corporativización de los asalariados y por la administración estatal de los sistemas de asistencia.

La forma en que el Estado de bienestar latinoamericano concibió y actuó ante las necesidades de la población, fue en la búsqueda de una mayor integración social utilizando medidas distributivas, intentó llevar a la mayoría de la población posible los medios necesarios para vivir. De esta manera, se comenzó una cobertura de servicios (salud, educación, vivienda, etc.) por medio de programas propiciados por el Estado, ello respondió al principio de universalidad, sin tomar en cuenta ningún tipo de aportación fiscal o nivel social por parte de los beneficiados, con el sólo hecho de ser ciudadano; de manera homogénea, sin tomar en cuenta grados de desarrollo o pobreza, pero siguiendo el principio de garantizar la justicia social.

El empleo fue considerado como una manera de acceder a todos esos beneficios de manera más rápida, por ello, la intención de la mayoría de los programas, fue la ampliación de las clases medias urbanas y grupos organizados como sindicatos y confederaciones. Esto propició que en la mayoría de los países latinoamericanos, la seguridad social se desarrollara con base en la fusión de los numerosos programas que se crearon (programas de pensiones, de seguros de vida, de salud, entre muchos otros), cuya intención fue extender la cobertura a los diversos grupos de asalariados (obreros, burócratas, profesionistas, y demás trabajadores).³⁴

³⁴ Borzutzky, Silvia, "Política y reforma de la seguridad social", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, ed. FCE, México, 1986, p. 342.

Por consiguiente, el Estado apareció en la toma de decisiones de la política social como el actor principal y respondió a la ejecución de servicios y programas, a la planificación y financiamiento de los mismos, con capital predominantemente público, realizando el llamado “gasto social.”

Emanado de lo anterior, surgió una relación entre Estado y sociedad, donde el Estado fue el principal modelo de intermediación de intereses y demandas, mediante la corporación, la acción colectiva organizada y centralizada, abanderando la “justicia social” bajo un ideario sustentado por la solidaridad, la responsabilidad colectiva, la justicia distributiva y la igualdad social.³⁵

Con el surgimiento de este modelo de desarrollo, las naciones latinoamericanas, pronto asumieron las necesidades sociales; los regímenes latinoamericanos retomaron en la etapa del populismo (década de los años treinta) algunos elementos de las propuestas de las teorías keynesianas, mediante un Estado que se propuso estimular el crecimiento industrial, el desarrollo de la infraestructura, la responsabilidad de los servicios públicos, promoviendo los mecanismos de redistribución del ingreso y asegurando el crecimiento del mercado interno.

Tales políticas, se fueron mezclando con la era de los Estados latinoamericanos fuertes, de tal manera que, marcó a grupos sociales, políticos y corporativos de la sociedad, lo que llevó hacia una forma burocrática-autoritaria del corporativismo. En esa medida, Howard J. Wiarda, sostiene que el corporativismo latinoamericano, se conformó con influencias de otros corporativismos mundiales, como el de España con Franco o el

³⁵ Sattolio, Susana, “La política social de América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia” en, *Revista Mexicana de Sociología*, Núm. 4, año LXII, oct.-dic., ed. FCPyS-UNAM, 2000, pp. 60-65.

Portugal de Salazar, así como con tintes de integralismo, fascismo y solidarismo. Todas estas influencias se mezclaron y fusionaron en diferentes formas en cada nación latinoamericana dando como resultado la formación de los regímenes populistas y militares.³⁶ Así fue que todos los poderes gobernantes a partir de la década de los años treinta, fueron gobiernos influidos fuertemente por ideas corporativistas.

Con el populismo como una de las formas más comunes en cuanto a régimen se refiere, llevó a cabo la integración de las clases sociales a la estructura estatal, incorporándolas a la participación de los procesos políticos que dieron legitimación a estos regímenes. El dominio de los mismos, estuvo en manos de las clases media y alta urbanas, e importantes agrupaciones de trabajadores.³⁷

Así que, la manera en que la seguridad social se llevó a cabo en cada uno de los países más representativos del Estado de bienestar, respondió a circunstancias particulares. De esta manera, Chile, tuvo una inversión en seguridad social que osciló entre el 17% y el 19% del Producto Interno Bruto (PIB) en 1970, este incremento en el gasto social otorgó, al Estado, la capacidad de redistribuir el ingreso, por esta razón, hubo un aumento en los salarios y fondos de seguridad.³⁸ Entre los años de 1970-1975, llegó a cubrir a las tres cuartas partes de la población trabajadora total, contra casi todos los riesgos sociales (incluidos los trabajadores agrícolas y sólo una parte de los trabajadores por su cuenta).³⁹

³⁶ Howard J., Wiarda, "Determinantes históricas del Estado latinoamericano: la tradición burocrático-patrimonialista, el corporativismo, el centralismo y el autoritarismo", en Vellinga, Menno (coord.), *El cambio del papel del Estado en América Latina*, ed. Siglo XXI, México, 1997, pp. 64-65.

³⁷ Los casos más destacados de este tipo de régimen se articularon en países como Argentina, con el gobierno de Perón; Brasil, con Getulio Vargas; Chile con Eduardo Frei y México con Lázaro Cárdenas. En términos económicos, estos gobiernos se caracterizaron por llevar a cabo una política del engrosamiento del sector público, la promoción de elevados salarios y la práctica de algunos rasgos de corporativismo en sus políticas públicas y sociales. *Ibidem*.

³⁸ Arellano, José Pablo, "El efecto de la seguridad en ahorro y en el desarrollo", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, op. cit., p. 269.

³⁹ En Chile, se aplicó el modelo de bienestar desde 1924, en 1925 aparecieron los primeros programas de seguridad social, esto generó todo un sistema de cobertura a la sociedad. Mesa-Lago, Carmelo, "Diversas

El Estado creó un grupo especializado para administrar la seguridad social, “los técnicos de seguridad social” quienes se encargaron de la administración de la misma durante varias décadas, durante la aplicación del modelo de bienestar se llevaron a cabo reformas sociales conforme a los principios de universalidad.⁴⁰

No obstante, el sistema de seguridad social se administró por instituciones semipúblicas,⁴¹ las cuales recaudaron las contribuciones obligatorias de los empleados y las de los empleadores para financiar vejez, incapacidad, antigüedad y supervivencia. Asimismo, se financiaron las indemnizaciones por despidos, desempleos, compensaciones, incapacidades, subsidios, asignaciones familiares, medicina preventiva y curativa.⁴² Además del seguro de desempleo, otro de los beneficios del sistema chileno, fue que las asignaciones familiares y la medicina preventiva no fueron gravables.⁴³

El sistema social comprendió más de 35 fondos que cubrieron a 75% de la fuerza de trabajo del país. Operó con tres instituciones: el Servicio de Seguridad Social (SSS), que cubrió al 45% de la población económicamente activa (PEA), mayoritariamente obreros; la Caja de Empleados Particulares (EMPART) que cubrió al 11% de la PEA; la Caja de Empleados Públicos que atendió al 7%; y otras Cajas que se hicieron cargo del 12% sobrante.⁴⁴

estrategias de la crisis frente a la crisis: enfoques socialista, de mercado y mixto”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, ed. FCE, México, 1986, p. 269.

⁴⁰ Los técnicos de la seguridad social fueron un grupo especializado creado con el gobierno populista de Eduardo Frei Malva (1964). Borzutzky, Silvia, “Política y reforma de la seguridad social”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, op. cit., p. 355.

⁴¹ La manera en que funcionó el sistema de seguridad social, con instituciones semipúblicas (financiado con capital público y privado) fue una característica particular del Estado benefactor chileno. *Ibidem*.

⁴² Chile fue el único país latinoamericano que estableció el seguro de desempleo, fue retirado en los años ochenta por la Dictadura pinochetista. *Ibidem*.

⁴³ Arellano, José Pablo, “El efecto de la seguridad en ahorro y en el desarrollo”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, op. cit., p. 269.

⁴⁴ Arellano, José Pablo, *Ibidem*.

Todo este sistema se vio truncado con el golpe militar de 1973, a partir de entonces, el gobierno comenzó a estudiar la posibilidad de reformar el sistema social, pero no se logró hasta el año de 1979 cuando se retiraron las pensiones por desempleo y otras prestaciones.

En el caso de Brasil, el Estado intervino en el control de la actividad económica a través de la inversión pública social,⁴⁵ lo que dio origen a estructuras corporativas que ligaron al Estado con la sociedad, con esto se logró controlar la tasa salarial.⁴⁶

A finales de los sesenta, el general Castello Branco, reorganizó al Estado bajo la tradición patrimonialista y el corporativismo. Con la ayuda de los “técnicos de seguridad social”⁴⁷ en 1967, los programas sociales fueron unificados en el Instituto de Nacional de Seguridad Social, cuyos fondos pasaron a ser administrados directamente por el Estado en contribuciones para los trabajadores. Por un lado, se buscó universalizar los servicios, y por el otro lado, la intención fue eliminar el poder de los obreros organizados en los sindicatos. De esta manera, se financiaron pensiones de vejez, incapacidad, antigüedad, supervivencia compensaciones y servicios de salud. Con esto, se expandió la cobertura social a los trabajadores por cuenta propia, a los empleados públicos, a los empleadores, a los ciudadanos en general y a toda aquella población que careciera de empleo o modo de afiliarse a la seguridad social como los indigentes.⁴⁸

⁴⁵ En Brasil aparecieron los primeros programas de seguridad social entre los años de 1931-1938. Borzutzky, Silvia, “Política y reforma de la seguridad social”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, op. cit., p. 340.

⁴⁶ Maddison, Augus, *Dos crisis: América y Asia 1929-1938 y 1973-1983*, ed. FCE, México, 1988, pp. 66-70.

⁴⁷ Los “técnicos de la seguridad social” fueron el grupo especializado, creado durante el gobierno populista de Getulio Vargas para encargarse de la misma. Borzutzky, Silvia, “Política y reforma de la seguridad social”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, op. cit., p. 355.

⁴⁸ Isuani, A., Ernesto, “La seguridad social y la asistencia pública”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, ed. FCE, México, 1986, p. 125.

Con el sistema de seguridad social, se consideró que se había logrado una cobertura universal en el área urbana, por lo que en 1969, el gobierno amplió gradualmente la seguridad social hacia las áreas rurales. Con esta iniciativa, se logró que en 1971, se establecieran dos programas: el *Fondo de Asistencia del Trabajador Rural* (FUNRURAL) que se responsabilizó de los servicios sociales de salud para la población rural; y el *Programa de Asistencia del Trabajador Rural* (PRO-RURAL), encargado de otorgar prestaciones monetarias (pensiones de vejez, invalidez, riesgos profesionales y sobrevivientes) proporcionales a los niveles de salario mínimo, estos programas estuvieron financiados con impuestos a los productos agrícolas e impuestos sobre nóminas de empresas urbanas.⁴⁹

El régimen brasileño consideró necesario asegurar el funcionamiento de la salud junto con la seguridad social, para ello, decidió impulsar el Sistema de Nacional de Salud en 1975, con la intención de que se logaran conjuntar los programas unificados por el Instituto Nacional de Seguridad Social junto con el Ministerio de Previsión y Asistencia Social (dedicado básicamente a la salud) y las dependencias estatales del Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo.

Pese a estos esfuerzos por universalizar los beneficios a la sociedad, el sistema social brasileño fue alcanzado por la crisis en 1982 y reformulado bajo los criterios del nuevo mercado.

⁴⁹ El sistema social argentino fue considerado el sistema más atrasado y antiguo del continente. Tamburi, Giovanni, "La seguridad social en la América Latina: tendencias y perspectivas", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, ed. FCE, México, 1986, p. 89.

Con respecto a Argentina,⁵⁰ a mediados de los años sesenta, con el mandato de Juan Carlos Onganía, se reorganizaron las relaciones entre el Estado y la sociedad. En 1967, se disolvió el Instituto Nacional de la Seguridad Social, organismo autónomo encargado de administrar los programas dirigidos a la población. En su lugar, se creó el Ministerio de Seguridad Social, subordinado al Estado, éste se encargó de administrar los fondos de la seguridad social. Con esta medida, se controló y excluyó al movimiento obrero y a las confederaciones (obreras y de empleados) de la administración de la seguridad social.⁵¹

Hasta antes de los años setenta, el sistema de seguridad social argentino se caracterizó porque los servicios de maternidad y enfermedad obligatorios, fueron reconocidos por las obras sociales, y fueron organizados sobre la base de las sociedades mutuales, sindicales y para beneficio de los diferentes grupos de trabajadores (tanto públicos como privados), no obstante de carecer de una estructura establecida.⁵²

Fue hasta el año de 1972, que se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), con el que se buscó establecer una estructura coordinada de los diferentes servicios sociales. Éste, fue el organismo estatal encargado de administrar todo lo relacionado a la seguridad social.

Con el INOS, se dio paso a la extensión de los servicios de seguridad, que abarcó no sólo a los trabajadores, sino también a la población con derecho a servicios médicos y pensionada, estos servicios procuraron pensiones por vejez, incapacidad, muerte y accidentes de trabajo entre otros. Se establecieron numerosos fondos o cajas de pensiones,

⁵⁰ En Argentina aparecieron los primeros programas de seguridad social en 1925. Borzutzky, Silvia, "Política y reforma de la seguridad social", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, op. cit., p. 340.

⁵¹ Borzutzky, Silvia, *Ibidem.*, p. 354.

⁵² Tamburi, Giovanni, "La seguridad social en la América Latina: tendencias y perspectivas", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, op. cit., p. 87.

que fueron unificadas en tres grandes programas: una para los obreros, otra para empleados del sector privado y otra para empleados por cuenta propia.⁵³ Al finalizar la década de los setenta, los resultados de INOS no fueron los esperados, por tal motivo, en 1980, el gobierno promulgó una reforma del organismo compatible con la ideología neoliberal.

⁵³ Borzutzky, Silvia, "Política y reforma de la seguridad social", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis...*, *op. cit.*, p. 354.

1.1.2 Crisis de la política social del Estado de bienestar latinoamericano

Hacia finales de la década de los sesenta y principios de los setenta, surgió una crisis estructural global en las economías mundiales, ella puso fin a la época de prosperidad que aparentemente proporcionó el Estado de bienestar. El momento histórico concordó con la crisis del mundo socialista y la crisis del viejo orden mundial de confrontación este-oeste.

Fue durante la década de los setenta, que se observó en las naciones industrializadas como Francia, Inglaterra y Estados Unidos, una paralización severa en el crecimiento de la productividad del trabajo, al mismo tiempo que lograron financiar sus importaciones creando una importante masa de créditos, apoyados en el dólar norteamericano. Los cambios de los niveles de vida entraron en conflicto con las necesidades tecnológicas y administrativas que buscaron implantar las formas de acumulación intensivas basadas en la robotización, en el desarrollo de la tecno-química y las telecomunicaciones.⁵⁴

La crisis estructural del mundo capitalista puso en entredicho al Estado benefactor, que se vio fuertemente criticado y culpado por los males que engendró. Interpretada como la “más larga de la historia”, su rasgo característico fue la estanflación: estancamiento con inflación. Debido a estas particularidades, el capitalismo tuvo que vivir las condiciones de la elevación de los precios, el estancamiento de los salarios y el desempleo masivo, todo ello, sumado a la crisis fiscal del Estado, determinó la disminución del gasto en inversión

⁵⁴ Conde H., Raúl, “Integración latinoamericana: especializaciones productivas y empresas”, en Jeannot, Fernando, *et. al., Estudios sobre economía y Estado*, ed. MIP-UAM-FM-FCE, México, 1988, p. 112.

social.⁵⁵ En este momento, comenzó a ganar espacio la idea de “crisis del Estado de bienestar”.

Para resolver los males producidos por el “Welfare”, se echó mano de la doctrina monetarista, redefiniendo las políticas públicas y sociales, así como el aparato productivo y la reproducción del nivel de vida social.⁵⁶ Con la reorientación del modelo productivo, inició una serie de inestabilidades económicas, sociales y financieras, produciéndose la caída de los acuerdos de Bretton Woods (1944) y la sustitución del patrón oro por el dólar (1973).⁵⁷ Además de estallar el problema de la deuda de los países latinoamericanos, declarándose en bancarrota varios de ellos.⁵⁸

Para las naciones de América Latina, las consecuencias fueron muy graves tanto económica como socialmente, pues se conjuntaron las secuelas del deterioro de los términos de intercambio, el sobreendeudamiento externo y, para las no petroleras, la necesidad de pagar más importaciones de hidrocarburos a precios muy altos. Para países petroleros, como México y Venezuela, los estragos derivaron de no liberarse a tiempo del

⁵⁵ Fue interpretada como la “crisis más larga de la historia” porque las naciones de alta industrialización que habían logrado un ritmo sostenido de crecimiento económico durante la posguerra, vieron estancada su economía entre 1973-1983. Soria, Víctor M., “Estado y política social en México 1982-1993”, en Calva, José Luis (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos Editor S.A., México, 1996, p. 68.

⁵⁶ La doctrina monetarista fue la solución para la crisis de ese momento, los recursos financieros destinados con el Estado benefactor a la cobertura de la sociedad, fueron canalizados para fortalecer al sector privado. Éste ocuparía el lugar rector y proporcionador de los servicios sociales (salud, educación). Conde H., Raúl, “Integración latinoamericana: especializaciones productivas y empresas”, en Jeannot, Fernando, *et. al., Estudios..., op. cit.*, p. 112.

⁵⁷ Con los acuerdos de Bretton Woods (1944-1960), se buscó el equilibrio internacional. Se estableció que las relaciones económicas internacionales se mantuvieran entre sistemas económicos centrados en sus mercados internos respectivos, lo que permitió que los gobiernos ejercieran una efectiva regulación macroeconómica, y fijó una paridad de monedas de los países miembros en relación a la reserva de oro. Furtado, Celso, “Crisis y transformación de la economía mundial: desafíos y opciones”, en Wionczek, Miguel S., *La crisis de la deuda externa en la América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp. 48-49.

⁵⁸ A los países deudores como Argentina, Brasil, Chile y México ya no les concedieron más préstamos, porque su deuda había alcanzado elevadas tasas de interés al grado de duplicarse entre 1981 y 1985. Con este adeudo, las naciones fueron incapaces de abonar el pago de sus deudas. Avramovic, Dragoslav, “El endeudamiento de los países en desarrollo a mediados de los años ochenta: teoría y política económicas”, en Wionczek, Miguel S., *La crisis de la deuda externa en la América Latina*, ed. FCE, México, 1987, p. 88-89.

endeudamiento, el subsidio improductivo y el parasitismo burocrático, lo que les impidió una restauración productiva interna que les permitiera reinsertarse al nuevo sistema económico con menos problemas.⁵⁹

Aunque la crisis se hizo patente desde mediados de los sesenta, hubo la oportunidad de dar paliativos para que no estallara en esos momentos. Los préstamos recibidos en la época, fueron sustanciales como para poder suavizar la dificultad, que en ese periodo se veía como pasajera. Sin embargo, la crisis estalló en las naciones de la región abiertamente alrededor de los albores de la década de los ochenta, como resultado del drástico endeudamiento hacia los mercados financieros internacionales, que impusieron elevadas tasas de interés y el cierre del financiamiento bancario, sobre todo a los países más endeudados como México.⁶⁰

Con el “fracaso” del modelo de Estado de bienestar, la política social se tradujo en una reducción acelerada de su presupuesto, en la venta y descentralización de las empresas paraestatales, lo que significó que el Estado abandonara su carga social, para poder hacer frente a la carga de la crisis. Ello implicó que la estructura institucional, modificara sus relaciones con la sociedad, con una tendencia a la privatización de los servicios asistenciales.⁶¹

La doctrina monetarista, hizo posible el triunfo del neoliberalismo sobre el Estado de bienestar, con ello se fracturó el concepto de “desarrollo social” que tuvo como principio

⁵⁹ *Ibidem.*

⁶⁰ Dabat, Alejandro y Rivera, Miguel A., “Las transformaciones de la economía mundial”, en Dabat, Alejandro (coord.), *México y la globalización*, ed. UNAM-CRIM, Morelos, 1994, pp. 18-19.

⁶¹ El “fracaso” del Estado benefactor, se sustentó en que no terminó con la pobreza, sobre todo en las naciones semi-industrializadas, donde la pobreza aumentó alarmantemente en la década de los ochenta. *Ibidem.*

la expansión de beneficios materiales, sociales, políticos y culturales hacia el grueso de la población.⁶²

Con el desmantelamiento del Estado de bienestar, las políticas del neoliberalismo se concentraron en el combate sectorizado de la pobreza extrema.

⁶² De la Peña, Sergio, "La alternativa pasa por la democratización del Estado", en Calva, José Luis (coord.), *Funciones del Estado Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos Editor S.A., México, 1996, p.38.

1.1.3 La “política social” del Estado neoliberal latinoamericano

El fin de las políticas del Estado de bienestar, devino de un replanteamiento de la intervención estatal que inició con el recorte del presupuesto a los programas de asistencia social. En América Latina, este trasvase ocurrió en un momento de crisis económica muy profunda.⁶³ Para resolver la inestabilidad, el Estado se dio a la tarea de privatizar bienes y servicios transfiriéndolos a manos del sector privado, con ello, se finiquitaron los programas que, hasta la década del setenta, fueron de carácter prioritario por constituir la base del desarrollo económico.⁶⁴

Autores como Olivia López Arellano, arguyeron que en este tránsito de política de bienestar hacia la política de neo- beneficencia, hubo un proceso de redefinición de las características del sistema de protección social pero no se dismanteló del todo el bienestar.⁶⁵ Sin embargo, para los países de la región, el estancamiento económico y la caída del gasto social, a la par del crecimiento de la deuda externa, fue de consecuencias graves. Por ende, hubo una regresividad dramática en los sistemas de protección social y la disminución de la calidad y cantidad de los beneficios y servicios, lo que se tradujo en el deterioro de los niveles de vida de la población del sub-continente.

⁶³ López Arellano, Olivia, “Desmantelamiento o modernización de la política social”, en Fleury Teixeira, Sônia, *Estado y políticas sociales en América Latina*, ed. UAM-X., México, 1988, p. 335.

⁶⁴ En América Latina, comenzaron a aplicarse las políticas de ajuste monetarista alrededor del año 1982, momento en que hubo una drástica caída en las importaciones y en las medidas de reducción del gasto interno, esto a la vez afectó los niveles de producción y de consumo lo que ocasionó el aumento de la inflación, el desempleo, el subempleo, la caída de los salarios reales y los servicios públicos como la salud. Vuskovic Bravo, Pedro, *La crisis en América ...*, op. cit., p. 55.

⁶⁵ López Arellano, Olivia, “Desmantelamiento o modernización de la política social”, en Fleury Teixeira, Sônia, *Estado y políticas...*, op. cit. p., 335.

La crisis, que tuvo sus momentos más difíciles en la primera mitad de los años ochenta, estuvo signada por derrumbes financieros que fueron considerados por los gobiernos como desajustes temporales, posterior a ello inició el intento de construir el “neoliberalismo social”⁶⁶ que consistió en la reducción del presupuesto público, el deterioro de salarios reales e indirectos, así como la transferencia de estos servicios que prestaba el Estado al sector privado. Con las políticas neoliberales, desaparecieron los programas de creación de infraestructura y con ello se liquidó a un importante número de trabajadores de las instituciones de gobierno; además se fusionaron y absorbieron, en el sector privado, parte de las unidades de servicios estatales. De esta manera, la política social se interpretó como un problema de escasez de recursos y no como un proyecto de las acciones de los gobiernos.⁶⁷

La política social en la etapa de transición del bienestar al neoliberalismo, constituyó el fin de la seguridad y la protección del conjunto de la sociedad, en contraste se encaminó hacia una política de asistencia a sectores denominados marginados o de “extrema pobreza”. En suma, la disminución del gasto en materia social, fue vista como una reducción en la carga económica del Estado, donde los programas de salud se vieron en una crisis muy severa.⁶⁸

⁶⁶ En 1984, las naciones Latinoamericanas abandonaron el régimen social del Estado de bienestar, con la intención de instaurar en 1985, el “neoliberalismo para atender los asuntos públicos sociales”. Para lograrlo, fue necesario destruir el “viejo pacto social” y redefinir la intervención estatal social (una de las medidas fue que se buscó resolver los desequilibrios mediante la degradación salarial y el retiro de los subsidios estatales a instituciones de prestación social como la salud. De la Peña, Sergio “La alternativa pasa por la democratización del Estado”, en Calva, José Luis, *Funciones del Estado...*, op. cit., p. 33.

⁶⁷ En el caso de la salud, los fondos de pensiones fueron absorbidos por el sector privado, y la mayoría de las instituciones, unidades clínicas y hospitalarias con el recorte de los presupuestos, ya no pudieron proveer de medicamentos, equipo médico básico, unidades de atención y personal suficiente para atender a la sociedad. Soria, Víctor M., “Estado y política social en México 1982-1993”, en Calva, José Luis, *Funciones del...*, op. cit., p. 81.

⁶⁸ *Ibidem*.

El cambio de política social, se dio bajo circunstancias particulares en cada uno de los países considerados como los más representativos del Estado de bienestar. En Chile, a principios de la década de los años setenta, el proyecto de la política social del Estado de bienestar quedó paralizado con el nuevo régimen militar.⁶⁹

Después de 1973, el grupo especializado, “los técnicos de la seguridad social”, continuó su función como responsable de la seguridad social. Sin embargo, el nuevo régimen reorientó sus funciones.⁷⁰

En 1977, el sistema social comenzó a tener desvío de recursos. El Estado financiaba al 57% de los beneficiarios insertados en el sistema laboral, la mayoría de éstos, eran empleados públicos y de las fuerzas armadas. En este año, el Estado se vio en dificultades para poder pagar las contribuciones a los trabajadores dependientes de su administración, por lo que les otorgó pagos menores a las del sector privado. Ante esta crisis, los empleados públicos tuvieron que ser subvencionados con el apoyo directo del Estado, con el pretexto de este financiamiento adicional, se duplicaron pensiones militares, hubo jubilaciones tempranas, y se dieron múltiples préstamos y subsidios para vivienda.⁷¹

Dos años más tarde, en 1979, con la ayuda del grupo especializado en seguridad social, se inició la reforma neoliberal, el régimen tuvo el principio de reducir su intervención en la economía para permitir la libre cooperación del mercado. El “equipo económico” llevó a cabo la reforma de la seguridad social, respaldó la privatización de la administración de los programas de pensiones. Se eliminaron las contribuciones pagadas

⁶⁹ Chile fue uno de los primeros países latinoamericanos que comenzaron a practicar la política social del nuevo mercado, las medidas que se implementaron fueron estudiadas por el gobierno golpista, concretándose hasta el año de 1979. Borzutzky, Silvia, “Política y reforma de la seguridad social”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la ...*, op. cit., p. 369.

⁷⁰ *Ibidem.*, p. 355.

⁷¹ Arellano, José Pablo, “El efecto de la seguridad en ahorro y en el desarrollo”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la ...*, op. cit., p. 274.

por los empleadores como forma de reducir el empleo. Transfirió los fondos de pensiones a sociedades anónimas privadas con fines de lucro (AFP), reemplazó el sistema de reparto por un sistema de capitalización individual (especie de sistema de ahorro durante la vida laboral del empleado para generar un fondo que le será regresado como pensión al final de su vida laboral) y eliminó las contribuciones pagadas por los empleadores.⁷²

Por medio de reformas laborales y leyes profesionales se destruyeron sindicatos, partidos y colegios profesionales, el gobierno eliminó por decreto todas las pensiones por años de servicio y todas las pensiones perseguidoras. Aumentó la edad mínima de retiro común de 60 a 65 años para todos, menos para los militares, uniformó las contribuciones y derogó el reajuste de pensiones, creó el Sistema de Reajuste de Pensiones ligado al índice de precios al consumidor.⁷³

En 1980, el gobierno militar eliminó por decreto las indemnizaciones de desempleo, despido, préstamo y otras. Dejó la obligatoriedad y los comunes (vejez, maternidad y orfandad) por que eran financiadas con aportaciones obligatorias.⁷⁴ Para 1981, autorizó la transformación de las instituciones privadas de salud para ser administradas por contribuciones (los trabajadores activos se inscribieron al nuevo régimen y sus contribuciones fueron tomadas como abono de reconocimiento). Las AFP (instituciones privadas de cajas de pensiones) se encargaron de administrar los fondos para las jubilaciones, los recursos se invirtieron en los mercados de capital y en cualquier

⁷² Borzutzky, Silvia, "Política y reforma de la seguridad social", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la...*, op. cit., p. 357.

⁷³ El gobierno decretó que el empleado aportaría el 10% del salario gravable para el fondo de retiro que se acumularía durante la vida laboral. Los jubilados de 60 ó 65 años, podían comprar un seguro o distribuir su saldo a cuentas personales en pagos mensuales durante la vida pasiva. *Ibidem.*, p. 355.

⁷⁴ Arellano, José Pablo, "El efecto de la seguridad en ahorro y en el desarrollo", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la...*, op. cit., p. 276.

instrumento marcado por la ley, lo cual significó que los rendimientos de los fondos podrían aumentar o disminuir la cuenta del asegurado.⁷⁵

En el caso de Brasil, con la participación de “los técnicos de seguridad social” se iniciaron las reformas neoliberales en 1980. El gobierno aprobó una ley que eliminó los beneficios de algunas prestaciones sociales y aumentó las contribuciones con un impuesto del 20% a los bienes de consumo considerados “superfluos” (cigarros y alcohol). Trató de financiar la seguridad social con impuestos directos a la población, pero optó por el aumento a la contribución de los empleados (8 al 10%), de los empleadores (2%) y de los pensionados (3 al 5%).⁷⁶

El gobierno redujo el presupuesto a las instituciones de educación y de la salud, con ello se buscó reducir la población beneficiada y se redujo el abastecimiento de medicamentos, mobiliario para la prestación de servicios, se frenó la construcción de unidades de atención salud y educación. Se retiraron los programas destinados a la población carente de seguridad, el gobierno tuvo una baja inversión en seguridad social del 0.93% del PIB en la década de los años ochenta.⁷⁷

En el caso de Argentina, la reforma de la seguridad social se dio cuando las expectativas del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) no cumplieron con el objetivo de coordinar e integrar a los diferentes programas sociales. El sistema social argentino no pudo alcanzar una política que abarcara a todo el territorio, no fue capaz de generar las condiciones necesarias para adaptar las operaciones sociales con los servicios y con las

⁷⁵ Arellano, José Pablo, *Ibidem.*, p. 277.

⁷⁶ Borzutzky, Silvia, “Política y reforma de la seguridad social”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la...*, *op. cit.*, p. 356

⁷⁷ Isuani, Ernesto, A., “La seguridad social y la asistencia pública”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la...*, *op. cit.*, p. 125.

inversiones públicas. Por ello, en 1980, el gobierno decretó los dispositivos para reformar el INOS, con ello tuvo la intención de promover el suministro económico de servicios con eficacia. Promulgó las iniciativas para promover la racionalización de los servicios a través de la coordinación de los mismos. En tal sentido, instituyó al INOS como el organismo encargado de dirigir y coordinar todo el sistema social dentro del marco neoliberal.⁷⁸

La política neoliberal que se practicó dentro de estos países, tuvo características generales que buscaron paliar la crisis. En salud cesó la construcción de instalaciones nuevas, compra de equipo, se prohibió el pago de horas extras (en muchos países), y de personal sustituto, se redujeron beneficios personales (los empleados pagan ahora sus contribuciones), además disminuyó la dotación de medicinas a los asegurados y se redujeron gastos a alimentos y energéticos, se deterioraron los salarios entre otros recortes.⁷⁹

⁷⁸ Tamburi, Giovanni, "La seguridad social en la América Latina: tendencias y perspectivas", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la...*, op. cit., p. 88.

⁷⁹ Mesa-Lago, Carmelo, "Diversas estrategias frente a la crisis: enfoques socialista, de mercado y mixto", en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la...*, op. cit., p. 406.

1.2 La atención a la salud pública como política social

La seguridad social apareció con la necesidad de la población de protegerse ante riesgos laborales que generaron la industrialización y las circunstancias de la Segunda Guerra Mundial. Las modalidades de la seguridad social variaron de un país a otro, conforme a sus condiciones económicas, demográficas, sociales y políticas, las cuales incidieron en las formas de proteger a la sociedad. Su creación en las sociedades de América Latina, encontró muchas dificultades, entre ellas, el escaso desarrollo industrial. En tal circunstancia, la seguridad social se convirtió en una forma de salir de la pobreza y no como una manera de garantizar la satisfacción de derechos y la eficacia de los trabajadores calificados.⁸⁰

Para identificar la seguridad social, es importante tener clara la diferencia con lo que es el seguro social. La primera, mantiene el principio de dar atención a la población en general, mientras que el segundo implica la atención sólo a los trabajadores, ya sean del sector privado o del público.⁸¹

El interés de este estudio es la seguridad social, sobretodo lo que se refiere a la salud. Para que el Estado pueda asumir la seguridad social, es importante que haya una legislación, a través de ella, el Estado puede crear servicios públicos, que serán definidos como las prestaciones de la administración central o descentralizada, del propio Estado, para atender las necesidades fundamentales de la población en forma continua. Estas prestaciones estatales, buscarán proveer a la población de servicios de saneamiento como

⁸⁰ Netter, F., *La seguridad social y sus principios*, ed. IMSS, México, 1982, pp. 9, 14 y 51.

⁸¹ Borja, Rodrigo, *Enciclopedia...*, *op. cit.*, p. 866.

drenaje, agua potable, servicios médicos con hospitales y medicina preventiva, además de todos los demás servicios necesarios para que viva una población (electrificación, aseo de calles, y alcantarillado).

Por lo anterior, la salud pública está relacionada con el sector público, en el sentido de que está guiada por el concepto de servicio a toda la población de manera universal. Para las condiciones de pobreza de las naciones latinoamericanas, se ha tenido que evocar a la salud como un concepto que incluya las condiciones de un proceso entre salud y enfermedad, donde están implícitas las condiciones materiales de vida de la población, el grado del dominio de la naturaleza, el grado de la igualdad y la equidad en la distribución de los beneficios que de ello se derivan, como la vivienda, la alimentación o la educación.⁸² En su evolución, el concepto de salud pública, tuvo relevancia gracias al principio universal que adquirió, de ahí que fue asumida por el Estado en su fase de bienestar, como parte de la seguridad social para toda la población. No obstante, hubo un periodo de transición en el proceso de la reforma en salud, en el que ganó terreno el concepto de salud con afanes de “lucro individual” consecuencia del desplazamiento del sector público por el sector privado. El concepto se ha seguido transformando de lo público-estatal, hacia la privatización de actividades como la prestación de servicios de fondos de retiro, de seguros y servicios médicos. Las condiciones de pobreza de las naciones latinoamericanas han tenido que evocar a la salud como un concepto que incluya las condiciones de un proceso entre salud y enfermedad, donde están implícitas las cuestiones materiales de vida de la población, el grado del dominio de la naturaleza, el grado de la igualdad y la equidad en la

⁸² Fernández Ovalle, Ignacio, *Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas para el año 2000*, Tomo IV, ed. COPLAMAR- Siglo XXI, México, 1985, pp. 19-27.

distribución de los que beneficios que de ello derivan como la vivienda, la alimentación, la educación.⁸³

⁸³ Borja, Rodrigo, Enciclopedia..., *op. cit.*, p. 870.

1.2.1 La salud pública en el Estado de bienestar

La salud pública para el Estado de bienestar, fue una de las principales metas a alcanzar, ésta consistió en lograr una cobertura universal, como forma de equidad a toda la población bajo los términos de derecho y eficacia.

Dicha meta se propuso satisfacer las necesidades de salud de la sociedad, proporcionando los bienes y servicios adecuados y suficientes para toda la población. Antepuso el interés de asegurar a *todos* la protección médica que consideró característica de una población sana, sin importar la condición económica o la aportación de los individuos.⁸⁴

Para lograr el anterior fin, el Estado asumió la dirección, tanto financiera como administrativa de la salud, ello implicó la canalización de recursos a programas, con ambición y perspectivas puestas a futuro, que fueron ejecutados a través de las instituciones públicas.⁸⁵

Este objetivo de asegurar la salud para *todos*, fue reconsiderado en la década de los setenta, momento en que el modelo económico que le dio el mayor impulso comenzó a entrar en crisis, al modelo que me refiero es al Estado de bienestar. Fue en la década citada, en que se acumularon una serie de problemas, como el crecimiento acelerado de la

⁸⁴ La meta se tenía que lograr en el año 2000. Cfr. Bhem Rosas, Hugo, "Crecimiento rápido de la población y satisfacción de necesidades de salud en los países de América Latina" en, L. Urquidí, Víctor y B. Morelos, José (comps.), *Población y desarrollo en América Latina*, ed. COLMEX, México, 1979, p. 127.

⁸⁵ González-Block, Miguel Ángel, "Investigación y políticas de salud: los matices de la interacción", en Bronfman, N., Mario y Castro, Roberto (coords.), *Propuestas internacionales. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, ed. EDAMEX-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1999, p. 209.

población, sobre todo la más pobre, que se empezó a vislumbrar con un futuro de inestabilidad social y política.

El crecimiento acelerado de la población latinoamericana puso en la mira los límites de las políticas sociales. El Estado ya no pudo asegurar adecuados niveles de vida, esto se puso de manifiesto, cuando los índices de mortalidad general disminuyeron, más aún, cuando los índices de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer decrecieron drásticamente.

La causa de lo anterior tuvo que ver con el grado de equidad en la distribución del ingreso, con la ausencia de una correlación de la economía al unísono de la salud que no dio el abasto necesario para mejorar las condiciones de salubridad en sociedades con problemas severos de desigualdad social y económica.⁸⁶

El margen de los altos índices de mortalidad, así como de enfermedades infecciosas y agudas, tuvo una relación directa con la pertenencia a determinada clase social. La alimentación, se convirtió en la base de la explicación ante los riesgos de morir por enfermedades infecto-contagiosas. Por ello, la desnutrición se convirtió en un diagnóstico de enfermedad.

No sólo fue la relación ingreso-salud la que se puso de manifiesto en los setentas, sino también el de equilibrio entre los medios sociales y ambientales. La contaminación ambiental fue otro elemento de las causas que provocaron enfermedades, en esa medida los índices de mortalidad también dependieron de los grados de contaminación ambiental de las grandes ciudades.

⁸⁶ Fernández Ovalle, Ignacio, *Necesidades esenciales...*, op. cit., p. 32.

Con respecto a lo anterior, cabe hacer mención para efectos de nuestro estudio, que el proceso de crecimiento de las ciudades latinoamericanas y el empobrecimiento de los campos estuvo ligado a las condiciones de nutrición y padecimientos de enfermedades de las poblaciones. Es así que, para explicar social e históricamente la distribución de los daños de la salud entre la población, se buscó establecer las condiciones de los niveles de vida y la satisfacción de las necesidades esenciales humanas.⁸⁷

⁸⁷ *Ibidem.*, p. 29.

1.2.2 La salud pública en los ochenta

La crisis económica que se venía arrastrando desde los setenta, se convirtió en un colapso económico sin control para la década de los ochenta. Los estragos de la crisis se sintieron de manera profunda tanto en las grandes ciudades como en los empobrecidos campos.

Sobrevino entonces la era de la reducción, tanto de presupuestos gubernamentales como de gastos estatales. La subvención social fue el rubro más afectado, sintiéndose el efecto más abrumador en el sector salud. La meta, propuesta en décadas anteriores, de cobertura nacional quedó inconclusa.

El propósito principal fue fijar los objetivos de los grandes indicadores macroeconómicos, como el incremento del Producto Interno Bruto (PIB), la baja inflación y la promoción de las exportaciones con esto vino la iniciativa de ajuste a los presupuestos gubernamentales y la reforma al sector salud⁸⁸. De este modo, la salud pública dejó de ser un factor importante para el Estado, después de haberla organizado y reglamentado.

La década del ochenta vino acompañada de una crisis profunda, y con ella un cambio en la definición del financiamiento a los servicios de la salud pública. Las modificaciones a los servicios de salud y los tiempos de su aplicación variaron de una nación a otra, pero en todas se tomaron iniciativas para que la población pudiera seleccionar a su prestadores de servicios médicos, ya fueran del sector público o privado

⁸⁸ Díaz Polanco, Jorge y Maingon, Thais, "¿A dónde nos llevan las políticas de salud?", La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?, en Bronfman, N., Mario y Castro, Roberto (coords.), *Propuestas internacionales. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, ed. EDAMEX-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1999, p. 226.

anteponiendo a lo público el énfasis de que lo privado tenía mayor calidad.⁸⁹ Este giro, le dio al carácter público de la salud, matices de competitividad y variación de los servicios.

La reforma de las políticas públicas de salud, inició con la descentralización y privatización de los servicios.⁹⁰ La descentralización de éstos significó, según los organismos internacionales como la OPS y la OMS, romper con la burocracia del viejo sistema de bienestar para dar paso a la administración eficiente de los recursos financieros y alcanzar una mejor cobertura para la población.⁹¹ Con esta reforma se eliminó la atención universal de servicios de salud, es decir, ya no se buscaría incorporar a toda la población a estos servicios, sino que, se canalizarían a poblaciones consideradas en calidad de marginados.⁹² De esta manera, el nuevo sistema prometió ser efectivo en el combate a la pobreza, lo que no se logró con el sistema de bienestar, que fue incapaz de terminar con dicha miseria.⁹³

Los cambios referidos arriba, constituyeron la reforma neoliberal de los años ochenta, ésta fue rubricada bajo la concepción del Banco Mundial. De acuerdo con las orientaciones del organismo mundial, fue necesario garantizar el derecho “real” a la salud, unificar los subsistemas distributivo y asistencial, privatizar la organización del sistema de seguro y seguridad social, particularmente el financiamiento y la prestación de los

⁸⁹ González-Block y Miguel Ángel, “Investigación y políticas de salud: los matices de la interacción”, en Bronfman, N., Mario y Castro, Roberto (coords.), *Propuestas internacionales...*, op. cit., p. 209.

⁹⁰ El proceso de privatización consistió en que las políticas públicas invadieron el terreno de lo privado, en el sentido de que se utilizó el criterio de las empresas privadas para gestionar al sector público, entre ellos los servicios de salud, ello significó traspasar los servicios públicos a manos privadas. Cfr. Díaz Polanco, Jorge y Maingon, Thais, “¿A dónde nos llevan las políticas de salud?”, La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?, en Bronfman, N., Mario y Castro, Roberto (coord.), *Propuestas internacionales...*, op. cit., p. 226.

⁹¹ *Ibidem*.

⁹² Se entiende entonces que, para garantizar que lleguen los servicios a los sectores realmente pobres que los requieren, reciban servicios de alta calidad y eficiencia, esto a su vez asegurará la utilización de la adecuada tecnología para poder obtener resultados. *Ibidem*

⁹³ Fueron uno de los principales reproches que hicieron los neoliberales al Estado benefactor.

servicios, así como promover la maduración del sistema privado de aseguramiento y prestaciones de servicios.⁹⁴

Todas estas modificaciones a las políticas de salud significaron, por un lado, la afectación de los derechos de amplios sectores de la población y por el otro lado, el ascenso de grupos privados que se insertaron en la prestación de seguros o en grandes empresas médicas.⁹⁵

⁹⁴ Laurell Asa, Cristina, "Salud, cambio social y política: perspectiva desde América Latina", en Brofman, N., Mario y Castro, Roberto (coords.), *Propuestas internacionales. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, ed. EDAMEX-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1999, p. 244.

⁹⁵ *Ibidem.*, p. 245.

Capítulo 2. La influencia internacional en la salud pública de América Latina: 1970-980.

2.1 La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), es un organismo especializado en salud dedicado exclusivamente a la atención del sistema sanitario interamericano. Este organismo se ha encargado de mejorar la salud y las condiciones de vida en las naciones de todo el continente.⁹⁶ La OPS, es parte del sistema internacional de la Organización de las Naciones Unidas, en el organigrama de la ONU, aparece como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.⁹⁷

En la conformación de la OPS es importante hablar de su antecedente más remoto: La Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas,⁹⁸ cuya primera misión fue atacar la propagación de la fiebre amarilla.⁹⁹ Esta enfermedad se transmitió de Europa hacia América (1848) a través de los buques marítimos que viajaban del viejo mundo a los Estados Unidos.¹⁰⁰ Respecto a esta actividad sanitaria hubo una extensa cooperación de las naciones latinoamericanas. Este fue el primer paso que se dio en

⁹⁶ Pertenecen a la OPS, 35 países del continente, incluyendo a Canadá y Estados Unidos. Francia, Inglaterra e Irlanda son Estados coadyuvantes y como observadores, España y Portugal, OMS/OPS, *Estados Miembros*, en <http://www.fille.//codigo>.

⁹⁷ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud en Honduras, Sobre la OPS, en <http://www.fille/.usach.cl/imalinks.htm>.

⁹⁸ Celebrada el 2 de diciembre de 1902, en la ciudad de Washington. La reunión fue promovida por el gobierno de los Estados Unidos. *Ibidem*.

⁹⁹ La fiebre amarilla de las ciudades y de las selvas fue una enfermedad infecciosa que asolaba a las poblaciones del continente, ella ocasionó terribles pérdidas humanas en las aldeas y poblados de las naciones latinoamericanas y junto con ellas las costas mexicanas. Para los Estados Unidos implicó una amenaza, pues a través de los puertos marítimos se transmitía este mal. Bustamante E. Miguel, *et. al. La salud pública en México 1952-1982*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, pp. 11-12.

¹⁰⁰ Noticias de información del centenario: información de prensa, *Breve historia de la OPS*, buscar en <http://www.paho.org/spanish/OPI/100/100pr004.htm>. DPI/100

América para enfrentar, a través de la cooperación interamericana, un problema que ponía en riesgo la salud en el continente.¹⁰¹

Derivado de lo anterior, los gobiernos de Estados Unidos y México, establecieron acuerdos para permitir la entrada de ayuda médica a la República Mexicana. De esos acuerdos surgió la fundación Rockefeller, la fundación de Médicos de la División de Salud Internacional, que junto con el Ministerio de Salud mexicano hicieron frente a esta enfermedad. La fiebre amarilla, logró ser controlada y erradicada de la ciudad mexicana en 1923, sin embargo, en las zonas costeras y en el interior del país se erradicó hasta la década de los ochenta.¹⁰²

A partir de la lucha contra la fiebre amarilla, comenzó a funcionar la Oficina Sanitaria Panamericana, que clasificó los diferentes tipos de enfermedades en los puertos latinoamericanos, y hacia el año 1924, posterior a la firma del Código Sanitario Panamericano, durante la 7ª Conferencia Panamericana en la Habana, Cuba, amplió sus funciones y responsabilidades. En el año 1949, la Oficina Panamericana de la Salud cambió su nombre por Oficina Regional de Salud de la OMS y a la vez se integró a la OEA. Fue así, que inició sus funciones como oficina especializada en salud en el sistema interamericano.¹⁰³

Ya en 1958, dejó de ser Oficina para convertirse en Organización Panamericana de la Salud. Un aspecto que es importante resaltar, es que no sólo fue la agencia de salud internacional más antigua del mundo, sino la primera organización internacional interesada

¹⁰¹ *Ibidem.*

¹⁰² *Ibidem.*

¹⁰³ *Ibidem.*

en crear un frente contra las enfermedades y epidemias, y en favorecer la cooperación técnica directa entre las naciones del continente.¹⁰⁴

La OPS, ha operado en las naciones latinoamericanas con el compromiso de servir a sus Estados miembros, su propósito es el de alcanzar la meta de “Salud para Todos”.¹⁰⁵ Con arreglo a tal determinación, la OPS asumió el valor de la equidad, lo que significó que su actuación sería imparcial y justa, buscando la eliminación de las diferencias entre las naciones. Aunado a la equidad, estarían los valores de la excelencia en los servicios; de solidaridad en la promoción de responsabilidades e intereses compartidos, lo que facilitó los esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes de respeto, aceptando la dignidad y la diversidad de los individuos, así como de grupos sociales y países; y de integridad, lo que garantizó su transparencia, su ética y su responsabilidad en el desempeño de la misión que se le otorgó.¹⁰⁶

La visión que se le ha dado a la OPS, es la de catalizador para asegurar que toda la población del continente goce de una óptima salud, además de contribuir al bienestar de sus familias y comunidades. La organización, encabezó los esfuerzos de colaboración estratégicos entre los Estado miembros, en la promoción de la equidad en salud, el combate a la enfermedad, y mejorar la calidad como la prolongación de la vida de sus habitantes.¹⁰⁷

La OPS en la actualidad, cuenta con el apoyo de 35 países latinoamericanos, tiene 27 Oficinas distribuidas a lo largo del continente y 9 centros científicos que dan apoyo a

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ Este objetivo fue propuesto en el año de 1977, durante la Asamblea Mundial de Salud, en la que se decidió que el papel social de la OMS y de los gobiernos debía ser el alcanzar la “Salud para Todos” en el año 2000. Ello significó tener las condiciones sanitarias que permitiera llevar una vida productiva, social y económica. Cfr. *Organización Mundial de la Salud*, <http://www.semfyce.es/publica/oms.htm>.

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ Valores, visión y misión de la Oficina Panamericana de la Salud, *Institutional Memory, Virtual Health Library*, en <http://www.incap.byssan.org.gt/>

América Latina y el Caribe. Uno de los logros significativos de esta organización internacional ha sido la maduración de responsabilidad moral y política en la mejora de la salud de los habitantes de los países miembros,¹⁰⁸ además de reducir la brecha entre privilegiados y desfavorecidos en salud.¹⁰⁹

Es de suma importancia suscribir que los frutos de la OPS, se debieron al Estado de bienestar cuya principal meta fue la promoción de la salud, a través de mejorar las condiciones sanitarias de los pueblos latinoamericanos. En este ambiente, los intelectuales latinoamericanos contribuyeron al cambio de la perspectiva de la salud pública en la medida que sus análisis de la política sanitaria rebasaran las limitaciones del análisis del sector en sí, sin observar la política del Estado para el efecto. Con el cambio de perspectiva, en la década del sesenta, en la que los intelectuales tuvieron su parte, surgió la “Medicina Social”.¹¹⁰

En la década del sesenta, con el apoyo de la OPS, un grupo de intelectuales de la salud, encabezados por Juan César García, sostuvieron que la medicina social significó un compromiso social y político con las necesidades de la población. La medicina social, se apoyó en las políticas de bienestar para alcanzar una sociedad más justa, y como medio para lograr el cambio de las estructuras sanitarias.¹¹¹

¹⁰⁸ En América Latina, con el ascenso de los gobiernos populistas, las oligarquías-militares e industrial y las clases medias en los años 30 y 40, se comienzan a incorporar las demandas de salud en los proyectos de gobierno. Cfr. De Paula Faleiros, Vicente, “Estado, sociedad y políticas sociales”, en Fleury Teixeira, Sônia (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, ed. UAM-Xochimilco, México, 1988, p. 96.

¹⁰⁹ A la OPS, se le adjudicó la lucha por mitigar el sufrimiento de los que padecían enfermedades crónicas y en fomentar la educación para mejorar la vida, especialmente de los pobres. Valores, visión y misión de la Oficina Panamericana de la Salud, *Institutional Memory, Virtual Health Library*, en www.incap... direccion_electrónica_citada (dir. e. cit.).

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ Eibenschultz H. Catalina, “Estado y política sanitaria. Aproximación teórico-metodológica”, en Fleury Teixeira, Sonia (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, ed. UAM-Xochimilco, México, 1988, op. cit., pp. 51-52.

2.2 La OPS y los problemas del modelo de bienestar latinoamericano

Fue en la década del setenta, cuando se abrió la posibilidad de que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como organismos continentales como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y el Núcleo de Estudios Políticos y Sociales (NUPES) entre otros, tomaran iniciativas encaminadas a la investigación en políticas y sistemas de salud.¹¹²

Aunque la OMS y la OPS, habían promovido desde 1965 la salud bajo los mínimos de bienestar, es decir a partir de servicios médicos primarios de prevención y orientación de nutrición básica, saneamiento ambiental y provisión de agua potable, para evitar las enfermedades infecto contagiosas, no fue sino hasta poco antes de la década del setenta, que esas iniciativas se encaminaron a la erradicación de enfermedades como la tuberculosis, el cólera y el sarampión.¹¹³

En esa medida, la OPS, anunció como uno de sus propósitos la promoción de la salud y la coordinación de los esfuerzos de los países del hemisferio occidental para combatir las enfermedades y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes.¹¹⁴

Al mismo tiempo, advirtió que el control natal, la salud de la mujer (en términos

¹¹² González-Block, Miguel Ángel, "Investigación y políticas de salud: los matices de la interacción", en Bronfman, N., Mario y Castro, Roberto (coord.), *Propuestas internacionales. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, ed. EDAMEX-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1999, p. 211.

¹¹³ *Control y prevención de enfermedades infecto-contagiosas y no contagiosas*. Resolución de los cuerpos directivos de la OPS (1942-1990) en <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/html>.

¹¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Constitución de la OPS*, Capítulo I "La Organización", Artículo I "Propósitos", en <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/constitución.htm#cap.1>.

reproductivos) y la salud del niño, tenían que instrumentarse como iniciativas de atención a sectores más específicos.¹¹⁵

Para lograr los propósitos enunciados, se promovieron Planes de Salud en cada país, con la finalidad de alcanzar la cobertura total de la población en servicios de salud. El fundamento para lograr las estrategias propuestas, fue el cálculo del esfuerzo en términos de infraestructura, recursos humanos y costos reales. Se anotó que el mínimo de salud a alcanzar, para el futuro 2000, dependía de las medidas médico-asistenciales y de la satisfacción de necesidades que proveyeran las condiciones mínimas de salubridad, de hacinamiento y de nutrición.¹¹⁶

Esas propuestas, se estructuraron en respuesta al beneficio de las políticas sociales del Estado benefactor, que se reflejaron, particularmente, en el aumento de la población latinoamericana. La OPS, asumió los adelantos tecnológicos que hubo en medicina,¹¹⁷ para sustentar diseños de políticas de salud, a su vez de recomendar a los gobiernos la práctica de políticas de erradicación de enfermedades, como la tuberculosis, mediante campañas masivas de vacunación. En la década de los sesenta, la inmunización logró que la población mundial comenzara a tener una mayor esperanza de vida. Sin embargo, ésta conllevó un problema de escasez de recursos y fue un obstáculo al desarrollo económico.

El Estado de bienestar, hizo posible el aumento de la población,¹¹⁸ gracias a los programas sociales que generaron mejoras en las condiciones de nutrición, aumento de

¹¹⁵ *Control y prevención de enfermedades infecto-contagiosas y no contagiosas*. Resolución de los cuerpos directivos de la OPS (1942-1990) en <http://www.paho.org/spanish...>, dirección electrónica citada (*dir. e. cit.*).

¹¹⁶ Fernández Ovalle, Ignacio, *Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas para el año 2000*, tomo IV, ed. COPLAMAR-IMSS-Siglo XXI, México, 1985, pp. 16-18.

¹¹⁷ La Segunda Guerra Mundial, dejó adelantos tecnológicos importantes producto de la investigación y experimentación para curar enfermedades y heridos durante la guerra.

¹¹⁸ En la década del setenta, se estimó una población mundial de 3 652 millones de habitantes, de los cuales pertenecían a América Latina unos 300 millones aproximadamente, para la década del ochenta, América

ingresos familiares (salarios y prestaciones laborales), creación de infraestructura educativa, de salud, vivienda y de saneamiento. Las políticas de salud aplicadas bajo este modelo económico, favorecieron las condiciones de expansión de la población del continente, en tal sentido el Banco Mundial, sostuvo que la esperanza de vida alcanzada en 1970, en todo el mundo, hubiera sido ocho años menor sin las mejoras que proporcionó la salud pública.¹¹⁹

Respecto a la población latinoamericana, inició un crecimiento anual del 2.4%, se redujo la tasa de mortalidad y creció la tasa de natalidad al 2.8%. Así, entre los años de 1945 y 1960, hubo un incremento de población potencialmente activa de 22 millones de personas de las cuales, aproximadamente $\frac{1}{4}$ de ellas, se ocupó en actividades agropecuarias, en servicios básicos y el resto en actividades de servicios privados y estatales o el comercio.¹²⁰ Este potencial poblacional fue interpretado por las naciones dominantes, especialmente por Estados Unidos, como una amenaza a largo plazo en función de la carencia de alimentos y recursos para garantizar buenos niveles de vida.¹²¹

De esta manera, el tema del crecimiento de la población tomó auge en la década de los setenta, momento en que América Latina mostró los índices de mayor crecimiento mundial. Por tal motivo, W. Brand, presentó, en la Conferencia Regional de Población, una

Latina comprendía un total de 360 millones de habitantes. Naciones Unidas, *El desarrollo económico de América Latina en la postguerra*, ed. ONU, parte I, N. Y., 1963, p. 52

¹¹⁹ Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1984*, ed. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, Washington, D.C. EE.UU., 1984, p. 80.

¹²⁰ Naciones Unidas, *El desarrollo económico de...*, *op cit.*, p. 52.

¹²¹ En 1940, cuando el gobierno de Estados Unidos inició los programas de ayuda externa, el problema de la población era casi nulo, pero hacia 1961, con el gobierno de Kennedy, se concibió la explosión demográfica como un problema. A partir de entonces, se alertó a los organismos internacionales del "peligro". En 1970, el gobierno de Nixon sugirió que la ONU y sus agencias especializadas y otros organismos internacionales, debían de asumir el compromiso de dar respuesta al crecimiento de la población. Claxon Jr., Philander P., "La política de los Estados Unidos respecto de los asuntos de población y planificación familiar, en *Políticas de desarrollo de la población. Dentro de los Estados Unidos y hacia los países en desarrollo*", ed. Conferencia Regional de la Población, Sesión 6, p. 8.

tabla de crecimiento de la población de 1960 a 1970; haciendo una comparación entre: América Latina, con el 2.9% de crecimiento anual, el continente europeo, con el 1.1% de crecimiento anual y los Estados Unidos, con el 1.4% anual. Estas estadísticas, presentadas de manera alarmante, generaron la idea de que la “peste de la hambruna” pronto permearía al mundo.¹²²

Para reforzar lo anterior, Kingsley Davis, en la misma Conferencia Regional, presentó el crecimiento en porcentajes de población, donde los países “subdesarrollados” constituían el 22.9%, en los años 1969-1970, mientras que los países “desarrollados” conformaron el 12.6%. Elaboró también, cifras por continentes, América Latina ocupó el primer lugar con el 34.4% de la población mundial, África en segundo, con 30.0% y Asia en tercer sitio, con el 20.9%. Esto significó que los países pobres crecían sin control amenazando con crear, en el futuro, un desequilibrio en el abastecimiento de recursos.

Pero no sólo el aumento de la población y la escasez de alimentos fue lo que asustó a las naciones con mayor desarrollo industrial, también fueron las esperanzas de vida que habían alcanzado los latinoamericanos, superando a países como Estados Unidos, Suecia, Inglaterra y Gales. Los porcentajes de estos últimos fueron 5.9% de aumento en su esperanza de vida, frente a 20.2% para países como México, Brasil, Costa Rica, Venezuela, Nicaragua y Chile entre 1969-1970.¹²³

Los objetivos de reducir la mortalidad y aumentar la esperanza de vida para la población latinoamericana, se vieron paralizados con la crisis fiscal de los Estados

¹²² W., Brand, “Política de población para América Latina”, en *Políticas de desarrollo de la población. Dentro de los Estados Unidos y hacia los países en desarrollo*”, ed. Conferencia Regional de la Población, Sesión 6, p. 3.

¹²³ Kingsley, Davis, “International population and urban research and departments of demography and sociology”, en *Políticas de desarrollo de la población. Dentro de los Estados Unidos y hacia los países en desarrollo*”, ed. Conferencia Regional de la Población, Sesión 6, p. 4.

latinoamericanos de los años ochenta. El presupuesto asignado para la salud, por el modelo de bienestar, se vio amenazado por la demanda de servicios e infraestructura para la población en aumento, que se concentró aceleradamente en los centros urbanos. El grado de concentración de habitantes en las grandes ciudades latinoamericanas, fue de 360 millones de habitantes en 29 naciones.¹²⁴ Ello se convirtió en una carga para los presupuestos y la satisfacción de servicios en salud y saneamiento.

Hacia 1980, las naciones de la región latinoamericana comenzaron a padecer los estragos de la crisis mundial, lo que propició que todos esos favorables resultados del modelo de bienestar, se convirtieran en una pesada carga para las propias naciones.

¹²⁴ De los 360 millones de habitantes en las principales ciudades latinoamericanas a finales de 1970, el área atlántica contaba con 140 millones 858 mil habitantes, con una tasa de crecimiento de 45%; México y el Caribe, tenían 79 millones 691 mil habitantes, con tasa del 60% de crecimiento; el área andina tenía 76 millones 545 mil habitantes, con una tasa del 52%; el istmo centro americano 19 millones 262 mil habitantes con tasa del 55%; y otros territorios (Bahamas, Barbados y Antillas Neerlandesas) 242 mil habitantes, con tasa del 2% de crecimiento. Estos datos fueron interpretados como una alarma al mundo, pues los países centroamericanos, contaron con una población mayor con respecto al tamaño de la región, además de ser la zona con más conflictos y más pobreza que amenazaba con aumentar su tamaño. *Ibidem*.

2.2.1 La expansión de las ciudades y su repercusión en la salud

La OPS, hubo de tomar en cuenta el rápido aumento de la población en las ciudades, fue un fenómeno que ocasionó un fuerte impacto en la salud de la población latinoamericana, debido al brusco cambio entre una sociedad rural a una urbana. A fin de enfrentar el problema, se emprendieron políticas de salud en el combate de enfermedades infecto-contagiosas, que afectaron a la población por las condiciones de insalubridad del hacinamiento de las periferias urbanas. La creación de obras como alcantarillado, drenaje y agua potable permitieron mejores condiciones de salubridad.

El proceso acelerado de urbanización se reflejó de una década a otra, en 1961 el área latinoamericana, tenía un total de población de 212 millones, de los cuales, 69 millones vivían en áreas urbanas (32.0%) y 143 millones vivían en áreas rurales (68.0%).¹²⁵

Estas cifras cambiaron considerablemente para 1970, la población total aumentó a 283 millones, de los cuales, 91 millones (43%), se asentaron en los centros urbanos, mientras que el asentamiento en zonas rurales fue de 161 millones (57%). Las cifras reflejaron un crecimiento de la población total, en el sub-continente, del 2.9%, con la diferencia de que en la zona urbana fue de 5.8% y en la rural de 1.2%.¹²⁶

Con el acelerado crecimiento de las ciudades latinoamericanas, que fue considerado excesivo, pronto se presentaron problemas de escasez de servicios, de alimentos y desastres ecológicos, problemas que repercutieron en el aumento de padecimientos y enfermedades.

¹²⁵ Entiéndase áreas urbanas como una constitución de formas específicas de las sociedades humanas caracterizadas por la significativa concentración de las actividades y de la población en un espacio restringido, así como la existencia y la difusión de un peculiar sistema cultural. Castells, Manuel, *La cuestión urbana*, ed. Siglo XXI, México, 1977, p. 26.

¹²⁶ W., Brand, "Política de población para América Latina", en *Políticas de...* op. cit., p. 3.

El problema de concentración, además, fue visto como un impedimento del desarrollo de la capacidad productiva.

El crecimiento urbano sin control, dio como resultado la desarticulación de la vieja red urbana; debido a la repentina aglomeración, no hubo tiempo de planear y jerarquizar los asentamientos de acuerdo a las necesidades, tanto de la población, como las requeridas por la ciudad. La construcción de la “ciudad moderna” en países como México, Argentina y Chile, surgida después de la Segunda Guerra Mundial, emergió como una urbe desarticulada, respecto a la visión de las “ciudades contemporáneas”, a juzgar por su desproporcionada aglomeración y concentración. Un aspecto relevante del crecimiento urbano, fue la alta concentración en las capitales latinoamericanas, conforme a ello, se constituyó una gran región metropolitana, que concentró la dirección económica y política de cada nación.¹²⁷

A este rápido proceso de urbanización,¹²⁸ se le sumaron rasgos distintivos como el tipo de urbes que caracterizaron a las economías de enclave, ejemplos de ello fueron el Perú, Venezuela y Centroamérica. Bajo el modelo de enclave, el crecimiento urbano se dio alrededor de la alta concentración de la principal, y casi única, actividad económica.

Otro tipo de urbe, fue la que se estableció a partir del proceso de industrialización de finales del siglo XIX, en éstas, el crecimiento urbano giró en torno a los centros de comercio. A esta característica, se sumó la migración interna y externa, la entrada del

¹²⁷ Castells, Manuel, “La urbanización dependiente en América Latina”, en Scheingart, Martha, *Urbanización y dependencia en América Latina*, Ediciones Siap, Buenos Aires, 1973, pp. 76-78.

¹²⁸ El proceso de urbanización referido es al surgido después de la Segunda Guerra Mundial, ya que la ciudad existe en la naciones latinoamericanas desde las culturas mesoamericanas y ha sufrido diversos procesos de modificación.

capital monopolístico y el crecimiento de la red de transporte que facilitó la migración interna en naciones como Argentina, Brasil y México.¹²⁹

Estos fenómenos, repercutieron en la baja prestación de servicios sanitarios y de saneamiento, que aparejadas con la pobreza y la marginación, afectaron en su salud a importantes grupos sociales,¹³⁰ de tal manera que a partir de la urbanización acelerada, hubo un aumento significativo en los padecimientos sanitarios de la población, como las enfermedades parasitarias y bacterianas que se expandieron rápidamente entre los sectores de menores recursos económicos, carentes de una mínima infraestructura sanitaria. En contraste, las enfermedades de tipo infecto-contagioso, como la viruela, el cólera y la lepra, habían logrado ser controladas por los servicios de salud creados durante el Estado benefactor.¹³¹

Sin embargo, hacia la década del ochenta, con las políticas neoliberales, se provocó una carencia en los servicios necesarios para la sobrevivencia, de manera que la salud de la población se afectó a tal grado que enfermedades infecto-contagiosas que se habían controlado, y algunas erradicado, iniciaron un aumento progresivo (como el cólera). Si le sumamos a ello los problemas de una ciudad con altos índices de población, y crecimiento, junto a la incapacidad de la misma para albergar a una cantidad de población no contemplada, entonces estaremos frente a un problema mayúsculo de salud.

¹²⁹ García, Rigoberto, et. al., *Economía y geografía del desarrollo en América Latina*, ed. FCE, México, 1987, p. 107.

¹³⁰ Ejemplos significativos del fenómeno, fueron la Ciudad de México, la Ciudad de Brasilia y la Ciudad de Buenos Aires.

¹³¹ *Control y prevención de enfermedades infecto-contagiosas y no contagiosas*. Resolución de los cuerpos directivos de la OPS (1942-1990) en <http://www.paho.org/spanish...>, (dir. e. cit.)

Las enfermedades de los años ochenta, variaron desde las causadas por contaminación ambiental y accidentes, hasta las causadas por la carencia de infraestructura necesaria como agua potable, viviendas y carencia de servicios de salud.

Es importante apuntar, que los problemas de salud en los ochenta, tuvieron como antecedente el crecimiento de la población latinoamericana, una economía que se declaró incapacitada para absorber la fuerza de trabajo a fin de generar adecuados niveles de productividad y conforme a ello, un buen nivel de ingreso por habitante. Esto tuvo repercusión en la capacidad de las instituciones nacionales de salud que también se vieron en grandes problemas para dar atención a tanta población, siendo declaradas en banca rota las posibilidades de aumentar la infraestructura de atención a la salud.¹³²

De acuerdo al desarrollo desigual de los países latinoamericanos, en que las áreas urbanas se vieron beneficiadas por encima de las rurales, fue en las rurales en que hubo una mayor marginación en los servicios de salud, razón por la cual, hubo una exposición a elevados riesgos de enfermedades y a la consecuente carencia de atención médica.¹³³ Las estadísticas elaboradas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) muestran datos en que un elevado porcentaje de probabilidad de riesgo de muerte que recayó en los grupos humanos de zonas rurales. Los más afectados en el campo, fueron los hijos de mujeres campesinas, mujeres que carentes de educación, fueron los seres, junto con sus críos, que tenían los mayores riesgos de morir, debido a la falta de instrucción médica.¹³⁴

¹³² Naciones Unidas, *El desarrollo económico...*, op. cit., 1965, p. 3.

¹³³ Bhem Rosas, Hugo, "Crecimiento rápido de la población y satisfacción de necesidades de salud en los países de América Latina", en L. Urquidí, Víctor y B. Morelos, José (comp.), *Población y desarrollo en América Latina*, ed. COLMEX, México, 1979, p. 132.

¹³⁴ *Ibidem.*, p.135.

2.2.2 La industrialización latinoamericana y su impacto en la salud

La industrialización latinoamericana fue uno de los logros alcanzados por la intervención estatal en la economía. El crecimiento industrial en la década del setenta, prometía grandes expectativas económicas. En esos momentos los países de alta industrialización crecieron, entre 1970 a 1983, a una tasa promedio de 3.7%, mientras que América Latina tuvo un crecimiento económico acelerado del 1.7%, derivado del crecimiento industrial. Ello se vislumbró de manera importante en los países petroleros como México y Venezuela, sin embargo, la expectativa se derrumbó por la crisis de 1982.¹³⁵

La industrialización latinoamericana fue por lo tanto, un proceso generado por el Estado, el cual se estableció sobre una base de industrialización débil y un mercado interno restringido. Dicho proceso de industrialización se orientó al crecimiento de la productividad fabril y a suplir la demanda de productos manufacturados provenientes del extranjero. A pesar de que se incrementó la contratación de mano de obra, el desarrollo del potencial productivo no alcanzó a absorber al aumento acelerado de la misma, conforme a ello, las ciudades crecieron de manera acelerada y sin ofrecer los puestos de trabajo que la población migrante buscaba. No obstante, el Estado trató de paliar la pobreza con programas de asistencia social (como la incorporación de la mayor población a los servicios de salud y a los programas de alimentación).¹³⁶

¹³⁵ Sebastián, Luis, *La crisis de América y la deuda externa*. ed. Alianza, España, 1988, p. 23.

¹³⁶ Castells, Manuel, "La urbanización dependiente de América Latina", en Scheingart, Martha, *op. cit.*, p. 72.

Si bien la industrialización tuvo sus bondades, también se convirtió en otro de los problemas a resolver por la OPS, debido a que generó condiciones que ocasionaron deterioro en la calidad de vida de las personas. Con un crecimiento demográfico acelerado, sumado a condiciones de pobreza y hacinamiento, la población, sometida a estas adversidades, se vio agobiada por diversas enfermedades. De acuerdo con Castells, es posible sostener que la industrialización tuvo que ver con la concentración y consecuente quebranto en la salud de quienes buscaron mejores condiciones de vida en las ciudades.¹³⁷

El proceso de industrialización, repercutió de manera negativa en el campo, además del problema de la migración campo-ciudad, se generó una descapitalización y empobrecimiento del mismo.¹³⁸ Lo anterior se explica de la siguiente manera: la población, que en un momento determinado fue propietaria de una porción de suelo, cuyo valor se basó en la cantidad de tierras acumulada, perdió su forma de vida por una tierra inútil a falta de inversión productiva. De ello, el gobierno se desatendió y centró su interés en la inyección de recursos hacia los centros industriales establecidos en las zonas urbanas, marginando con esto al campo.

Es importante hacer notar que los grandes centros manufactureros latinoamericanos, se concentraron en Sao Paulo, Brasil, en Buenos Aires y Córdoba, Argentina, en Monterrey, Guadalajara y en el D.F., México, en Valparaíso y en Santiago de Chile, en Chile.

¹³⁷ *Ibidem.*, pp. 74-75.

¹³⁸ *Ibidem.*, p. 75.

2.2.3 La marginación social: problema de salud pública

Los problemas en salud descritos líneas atrás, se conjuntaron en uno de los problemas más severos a resolver por la OPS en términos de salud, la pobreza y la marginación, fruto de la insuficiencia de la economía para absorber a la población migrante del campo a las zonas urbanas, permitió una salida de sobrevivencia para miles de desempleados: la “economía informal”. El crecimiento de los “informales”, se aceleró con la crisis de la década de los ochenta, así, quienes se dedicaron a esta actividad provinieron de los sectores marginados del sistema.¹³⁹

Marginados, son aquellos que no tienen acceso a las condiciones mínimas de la estructura económica, esto es, son los que no están insertos en el mercado de trabajo. Perlman, sostiene que la marginación contiene diversas connotaciones, la más destacada es la marginación residencial, conforme a esta clasificación, los individuos se asientan en zonas, caracterizadas por el Estado, como “ilegales”. Las características de esta marginación son las carencias en servicios e infraestructura sanitaria y el aislamiento físico con respecto a las clases acomodadas.¹⁴⁰

El fenómeno de la marginación apareció con el proceso de industrialización, cuyos centros urbanos se vieron rodeados por vastas migraciones provenientes del campo. Las ciudades crecieron con asentamientos humanos, sin ninguna condición de vivienda digna y servicios públicos. De acuerdo a lo anterior, los asentamientos fueron conocidos como centros “suburbanos,” en los que no sólo había marginación de espacio, sino también

¹³⁹ Monreal, Pilar, *Antropología y pobreza urbana*, ed. Libros de la Atarata, Madrid, España, 1996, p. 87.

¹⁴⁰ Cfr. *Ibidem.*, p. 89.

cultural y social con respecto a los asentamientos “urbanos”, propios de la población de mayores recursos económicos.

La preocupación por la pobreza y la marginación data de 1970. En este año, se celebró el Seminario Interregional sobre Mejoramiento de Tugurios y Asentamientos no Controlados, acontecido en Colombia. Con él, se inició la definición de estos conceptos y surgió el interés mundial sobre la magnitud de la pobreza y la marginación, los gobiernos se alertaron con respecto a la crisis de la vivienda y el desarrollo urbano, no sin dejar de advertir sobre el deterioro del medio ambiente.

Los países que sufrieron en mayor medida la marginación fueron los de menor industrialización, en éstos, el número creciente de “tugurios” y “asentamientos no controlados” implicó síntomas de la profunda crisis económica que padecieron. El proceso de marginación, significó la etapa final de una larga frustración social que inició con el éxodo de población proveniente de zonas rurales. La creciente urbanización, producto en buena medida por la migración rural, se transformó en un travesía irreversible para las naciones de América Latina.¹⁴¹

Para las naciones de mayor industrialización, la pobreza y la marginación fueron sólo factores de inestabilidad social que alimentaron constantes movimientos sociales de corte subversivo, como los movimientos en contra de las dictaduras latinoamericanas a lo largo de la década de los sesenta, en Chile, Argentina, y Centroamérica (Nicaragua).¹⁴²

¹⁴¹ Tugurios y asentamientos no controlados le llamaron a los suburbios pobres, carentes de todo servicio (drenaje, agua potable, pavimentación) que se alojaron en casas muchas veces de cartón o de madera, en cañadas y barrancas, cfr., Departamento de Asuntos Económico Sociales. *Mejoramiento de tugurios y asentamientos no controlados, Informes sobre mejoramiento de tugurios y asentamientos no controlados*, ed. Naciones Unidas, N. Y., 1972, p. 5.

¹⁴² Faletto, Enzo, “Dependencia, democracia y movimiento popular en América Latina”, en *Movimientos populares y alternativa de poder en Latinoamérica*, ed. Universidad Autónoma de Puebla, México, 1980, p. 33.

En América Latina, los marginados nutrieron a los movimientos sociales en los años setenta. Los efectos de la crisis económica en esta década, golpearon fuertemente a las clases empobrecidas y en esa medida los movimientos urbanos no se hicieron esperar. Conforme a tales circunstancias, las protestas contra las condiciones de pobreza y marginación brotaron a lo largo del continente.

La respuesta a las movilizaciones populares fueron disímboles, algunos gobiernos reaccionaron con la violencia policiaco-militar, como en los casos de Chile, Argentina, Guatemala y el Salvador. Otros, activaron políticas reformadoras para evitar situaciones radicales, como en Panamá, Perú y Honduras, unos más promovieron consensos con el régimen político, en estos casos tenemos a México, Venezuela y Costa Rica. De acuerdo a dicha estrategia, en estos últimos, los movimientos populares se convirtieron en los interlocutores frente al gobierno en la satisfacción de sus demandas.¹⁴³

Una consecuencia de la pobreza y la marginación, profundizadas por la políticas neoliberales de los años ochenta, fue la maduración de muchos movimientos sociales, a juzgar por la conformación de organizaciones sociales, que junto con varios movimientos protagonizaron protestas masivas contra las políticas de ajuste en los presupuestos de prestaciones sociales, el desempleo y el deterioro de los salarios. Las movilizaciones tuvieron como eje aglutinador, la intervención de organismos internacionales en el diseño de las políticas de ajuste neoliberal. Tal es el caso del Fondo Monetario Internacional (FMI), principal artífice de la reestructuración de la mayoría de las economías del mundo.¹⁴⁴

¹⁴³ Menjivar, Rafael (coord.), *Los movimientos populares en América Latina*, ed. Siglo XXI- Universidad de la Naciones Unidas, 1989, pp. 30-32.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

2.3 El modelo de bienestar y los planes de salud

Con el modelo de bienestar se produjo un desequilibrio entre el campo y la ciudad, de manera que se ocasionó una situación de pobreza y carencia de servicios de salud. Ello se manifestó con mayor intensidad en la década del sesenta. En la realidad latinoamericana entonces, se vivió un empobrecimiento en la población migrante que se ubicó en cinturones de miseria de las ciudades; los que se quedaron en el campo no tuvieron mejor suerte, en tanto que, el Estado desatendió su desarrollo a fin de privilegiar el de los centros industriales.

El hacinamiento en las ciudades y la pobreza que se padecía en las zonas rurales, sin condiciones sanitarias mínimas, fueron el caldo de cultivo para el aumento de las enfermedades. Este cuadro se repitió en buena parte de las naciones latinoamericanas. Conforme a esas condiciones, se instrumentaron programas sanitarios para resolver los problemas de salud y pobreza.¹⁴⁵

Sin embargo, el aumento en la propagación de las enfermedades requirió de un esfuerzo más organizado por parte de los gobiernos. De acuerdo con ello, la OPS promovió iniciativas de elaboración de programas específicos para enfrentar posibles epidemias. Con arreglo a lo anterior, surgieron iniciativas provenientes de la reunión en Punta del Este, Uruguay (1961), a fin de fijar objetivos precisos para atacar las enfermedades. De esta manera, surgieron disposiciones como el Programa de Mejoramiento de la Salud para América. El contenido básico de éste, fue adaptar medidas técnicas, administrativas y

¹⁴⁵ Cfr. *Control y prevención de enfermedades infecto-contagiosas y no contagiosas*. Resolución de los cuerpos directivos de la OPS (1942-1990) en <http://www.paho.org/spanish...>, (dir. e. cit.).

financieras para apoyar a los gobiernos en la preparación de programas para mejorar la salud, en un plazo de diez años (1961-1970).¹⁴⁶

De la reunión en Uruguay, surgió una declaración: *La Carta de Punta del Este*. En ella, se diseñaron iniciativas para el desarrollo del sector salud de los años siguientes, de acuerdo con esta declaración, se dio origen a un “*Plan Decenal*” (1972), en él, se propusieron nuevas metas, acordes con el desarrollo económico y social del continente.¹⁴⁷

La elaboración y ejecución de los “programas” fueron posibles gracias a los principios de universalidad, integridad, accesibilidad, efectividad, continuidad y equidad contenidos en la política social del Estado de bienestar.¹⁴⁸

Con arreglo a lo anterior, la *Carta de Punta del Este*, abanderó las demandas de mejora de salud de los pueblos y naciones latinoamericanas, éste fue el principio de la planeación en salud en cada una de las naciones que componen al continente.

Transcurridos los diez años del *Plan Decenal*, se hizo una evaluación de los éxitos obtenidos con las *Resoluciones* a las que se había llegado, a fin de integrar nuevos temas con el *Proyecto de Programa por Temas*, y conforme a ellos, elaborar nuevos programas de manera que permitieran una integración del sector salud con el desarrollo socioeconómico. Por ello, el Comité Ejecutivo de la OPS, resolvió considerar necesario examinar los trabajos a través de grupos, con la intención de que se obtuvieran resultados conjuntos y no aislados.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Carta de Punta del Este (1961), *Ibidem*.

¹⁴⁷ Decisiones principales en política, III Reunión de Ministros de Salud de las Américas-Plan Decenal de Salud (octubre 1972), *Resolución del Comité Ejecutivo CE66.R21*, julio 1971, Documento 110,31, en <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/html>.

¹⁴⁸ La OPS influenciada por el modelo de beneficio social, se evocó a resolver los problemas generados por el propio modelo, de ahí que naciera el Plan Decenal, cuya finalidad fue dar salud a toda la población. *Ibidem*.

¹⁴⁹ Decisiones principales en política, *Resolución del Comité Ejecutivo CE68.R23*, julio de 1972, Documento 117,36, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

El Plan Decenal, tuvo como antecedente el *Quinto Programa General de Trabajo* de la OMS para 1973-1977.¹⁵⁰ En el Plan de la OPS, se destacó la orientación de colaborar con los países en el logro del objetivo: “salud a la mayoría de la población” en un plazo de diez años.¹⁵¹ Conforme al proyecto propuesto se elaboró una “política nacional” para cada país, del mismo modo que se confeccionó una política continental fijada para el periodo (1971-1980).

A juzgar por los severos problemas de salud, que en esos momentos se presentaban, el Consejo Directivo de la OPS, reconoció que era necesario extender las políticas de salud hasta los primeros años de la siguiente década. Una consecuencia de las políticas de la OPS, suscritas en el *Plan Decenal* fue la planeación de la salud, que por vez primera fue más allá de las necesidades emergentes, como la erradicación de enfermedades, además se fijaron metas para crear las condiciones adecuadas en el mejoramiento de la salud.¹⁵²

La decisión de establecer planes nacionales, fue parte de la concepción de universalidad del Estado benefactor. Por consecuencia, el *Plan Decenal*, se tuvo que elaborar conforme a una política de bienestar que, por primera vez, se vinculó a la necesidad de definir una política de salud que tuviera estrecha relación con el desarrollo socioeconómico, además de ello, conservaría íntima vinculación con los problemas creados por la expansión económica.¹⁵³

¹⁵⁰ “Quinto Programa General de Trabajo de la OMS para 1973-1977”, *Resolución WHA23.59* de la 23ª Asamblea Mundial de la Salud, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁵¹ “Programa General de Trabajo para un Periodo Determinado (1973-1974)”, *Resolución de La XLIX Conferencia Sanitaria Panamericana CSP19.R11*, septiembre-octubre, 1974, Documento 133,14, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁵² Por lo que en ese momento se pensó en crear otro *Plan Decenal* para los años 1980-1990, sin embargo, esta idea no fructificó debido a la crisis que estalló al iniciar la década. “Decisiones principales en política”, en *Resolución de El Consejo Directivo CD23.R18*, septiembre-octubre, 1975, Documento 139,20, <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁵³ *Ibidem*.

Respecto a la planeación, la OPS consideró necesario establecer metas, prioridades y propósitos en salud, a condición de concretar una estrategia continental para el decenio 1971-1980. Además, previó la necesidad de tomar en cuenta un análisis financiero para cumplir con dichas resoluciones.

Es de hacer notar que esta tendencia no sólo se vislumbró en la OPS, sino que era mundial según y cómo se elaboró la *Resolución WHA24.49 1* de la 24ª Asamblea Mundial de la Salud (Estrategia de la acción sanitaria en el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo), así como el *Programa de Trabajo* de la OPS/OMS para el período 1973-1977. En estos programas se estableció la necesidad de elaborar los programas de la salud, con la intención de generar no sólo una planeación de los sistemas de salud en cada uno de los países pertenecientes a la OPS, sino que además, estos programas debían de tener la intención de generar una planeación que englobara a todo el continente, es decir, uniformara los procedimientos para impartir la salud en todo el hemisferio, de manera integradora.¹⁵⁴

¹⁵⁴ Decisiones principales en política, III Reunión de Ministros de Salud de las Américas-Plan Decenal de Salud (octubre, 1972), *Resolución del Consejo Directivo CD20.R27*, septiembre-octubre 1971, Documento111,28, en <http://www.paho.org...>, *dir e. cit.*

2.3.1 Los ministros de salud y la planeación

En la elaboración del *Plan Decenal*, fue muy importante la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas, que tuvo lugar en Santiago de Chile del 2 al 9 de octubre de 1972, puesto que con ella, se inició el Proceso la Planificación del Sector Salud.¹⁵⁵ Esta reunión fue significativa para los países de la región, pues a través de la misma, se propuso la identificación de sus propios problemas de salud y de los problemas prioritarios, de igual manera, les sirvió para fijar sus objetivos en la acometida a cada problema, y poder dar así, una solución compatible con los recursos humanos y físicos disponibles, sin perder de vista las metas planteadas para el continente.¹⁵⁶

La Reunión de Ministros de Salud, se rigió bajo el principio de universalidad, propio de la política social del Estado benefactor, en esa medida, se propuso extender la cobertura de los servicios de salud al 40% de la población continental que carecía de ellos. La prioridad en este proceso, fue el control de las enfermedades transmisibles, la salud materno-infantil, la nutrición y el mejoramiento del medio, destacando para ello, la necesidad de planificar y consolidar los sistemas de salud y desarrollar los recursos humanos, físicos y financieros necesarios.¹⁵⁷

Por iniciativa de esta Reunión de Ministros, la OPS convocó a un grupo de trabajo, conformado por los funcionarios responsables de planificación e información al igual que

¹⁵⁵ En estos momentos, Planificar para la política social del Estado benefactor significó, planear para hacer extender los servicios a toda la población.

¹⁵⁶ Decisiones principales en políticas, *Resolución del Consejo Directivo, CD22.R6*, octubre, 1973, Documento 127,8, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁵⁷ Programa General de Trabajo para un Periodo Determinado 1973-1977, *Resolución de El Consejo Directivo, CD23.R18*, septiembre-octubre, 1975, Documento 139,20, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

por economistas especialistas en el estudio de la salud, a fin de diseñar un sistema de evaluación que pudiera adaptarse a las condiciones propias de los países y que tuviera la flexibilidad suficiente para proporcionar resultados comparables que permitieran hacer una evaluación continental de los logros alcanzados durante la década.

Como uno de los frutos obtenidos de lo arriba mencionado, la OPS en conjunción con expertos de diferentes países, elaboró normas generales para determinar el financiamiento de las inversiones en salud, a condición de promover los cambios necesarios para ejecutar los planes y programas previstos en el *Plan Decenal de Salud (1972)*.

Durante el proceso de planificación, se prefiguró una crisis económica, de manera que la OPS sugirió a las autoridades de salud de cada uno de países miembros que iniciaran los estudios de costos de sus servicios de salud y los estudios de costo-beneficio, particularmente en aquellas áreas con mayor volumen de inversión.¹⁵⁸

El organismo panamericano decidió tomar, a partir de entonces, el papel de asesor en todos los aspectos relacionados con el financiamiento del sector salud, tales como: análisis financiero del sector, análisis del gasto en salud, programación de inversiones, manejo y financiamiento de proyectos específicos y de los créditos externos, con el fin de que los países conocieran en forma progresiva los recursos monetarios destinados a salud y su relación con los beneficios logrados.¹⁵⁹ A juzgar por lo anterior, el *Plan Decenal* no sólo se enfrentó con los múltiples problemas que generó el modelo de desarrollo de bienestar,

¹⁵⁸ Con la III Reunión de Ministros, hubo una preocupación por la presencia de la crisis, en esos momentos no se alcanzaba a vislumbrar la magnitud de ésta, en tal sentido, se sugirió revisar los presupuestos y los costos de los beneficios en salud, cuidando de garantizar el financiamiento a los programas de mayor costo y dar continuidad a la expansión de la cobertura sanitaria. *Ibidem*.

¹⁵⁹ Decisiones principales en política, *Resolución El Consejo Directivo, CD21.R13*, octubre, 1972, Documento 119,15, en www.paho.org/direc.

además, se topó con la crisis económica de la década del ochenta, ocasionándole dificultades financieras para poder cumplir con los objetivos y las metas propuestas.

La crisis económica no se hizo esperar, y a principios de la década del ochenta los gobiernos americanos fueron invitados a revisar sus políticas de salud y ajustarlas a las metas del *Plan Decenal*, llamándolos también, a no descuidar la situación nacional de salud de cada país, los recursos disponibles y los requerimientos del desarrollo económico y social.¹⁶⁰ Conforme a ello, el Consejo Directivo, se vio en la necesidad de colaborar con los países en cuanto a la definición de sus políticas y a los objetivos en el establecimiento de un sistema permanente, con una metodología apropiada, para evaluar resultados con miras a la disponibilidad de recursos financieros. Al mismo tiempo, en la realización de estudios requeridos para la ejecución del *Plan Decenal*, estimando ingresos, costos y sistemas de financiamiento de los servicios de salud.¹⁶¹

¹⁶⁰ Esta doble convocatoria de cuidar el financiamiento por un lado, y cuidar la cobertura por el otro, fue en el sentido de seguir manteniendo la cobertura de la salud como principal meta. Empero, más tarde, la crisis pasaría a ser una preocupación preponderante que terminaría por dejar de lado la cobertura de manera universal. *Ibidem*.

¹⁶¹ *Ibidem*.

2.3.2 El proceso de elaboración de planes nacionales de salud

Fue en la década del sesenta, cuando surgió la idea de elaborar planes nacionales, debido a que los países latinoamericanos comenzaron a ser integrados a los programas de ayuda provenientes del sistema internacional. El primer programa de ayuda internacional para América Latina, fue la *Alianza para el Progreso* (1961).¹⁶² Junto con los acuerdos de la *Carta de Punta del Este* (1961) se sentaron las bases para el surgimiento de los *Planes Nacionales de Salud*.

A partir de entonces, se estructuró el *Primer Plan Decenal* (1972), así como la proyección de programas generales que orientaran las políticas de salud durante un periodo establecido en cuatrienios, de esta manera, se elaboró el *Programa General de Trabajo* para un Periodo Determinado: 1973-1977, de la OPS.¹⁶³ El *Programa* fue elaborado en conjunción con la OMS, a partir de la *Resolución WHA23.59* de la 23ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS.

Durante la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1970), se hizo hincapié en que el *Plan Decenal*, había sido preparado teniendo en cuenta las modificaciones de los programas de salud tanto nacionales como regionales.

Para la elaboración de los programas, la OPS, aconsejó ceñirse a los lineamientos que dieran cumplimiento a las recomendaciones de la OMS. Un lineamiento básico, fue la

¹⁶² Programa multilateral (unión de varios órganos de cooperación mundial y Estados soberanos) la *Alianza para el Progreso* (1961), organizada por el gobierno de Kenedy, consistió en canalizar financiamiento externo para acelerar el desarrollo económico en los países latinoamericanos.

¹⁶³ Planificación y Administración de la Salud, Cfr. *XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana CSP18.R28*, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

Planificación a Largo Plazo,¹⁶⁴ iniciativa que constituyó una política de mayor duración en la preparación de programas y sus proyecciones. Habría que considerar también, un análisis y evaluación de los datos sobre el estado de salud de la población del continente. Las características del estudio, debía comprender las condiciones de higiene del medio; los métodos de planificación de los sistemas nacionales de salud; la pertinencia del fomento de convenios multinacionales para el desarrollo de programas regionales y la adopción de disposiciones adecuadas para que los países tuvieran mayor participación en las actividades de la OPS/OMS.

Para consolidar la infraestructura del sector salud, la Conferencia Sanitaria Panamericana, invitó a los países a que continuaran e incrementaran sus esfuerzos tendientes a mejorar el conocimiento del estado de salud de su población y de su desarrollo. Propuso además, que esta infraestructura, incluyera los sistemas de información, investigación, planificación, y mejoramiento administrativo, así como la coordinación de los sistemas nacionales de salud.¹⁶⁵

Recomendó asimismo, que los gobiernos consolidaran sus programas de saneamiento básico y que prestaran la atención necesaria a los problemas emergentes de la industrialización y urbanización, incluyendo la definición de nuevos indicadores en este campo.¹⁶⁶

A fin de reforzar la tendencia de las políticas sanitarias, el Consejo Directivo de la OPS, decidió aprobar el *Documento CD23/14* (Contribución de la Región de las Américas

¹⁶⁴ Planificación a Largo Plazo, significó que la planificación sería a por lo menos diez años, de ahí la periodización del *Plan Decenal* de 1972 que consideró sus alcances durante toda la década.

¹⁶⁵ Planificación y Administración de la Salud, Cfr. *XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana CSP18.R28*, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁶⁶ Programa General de Trabajo para un Periodo Determinado (1973-1977), *Resolución de El Consejo Directivo CD13.R2*, septiembre-octubre 1970, Documento 104,16, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

al *Sexto Programa General de Trabajo* de la OMS para 1978-1983) coincidente con los objetivos de desarrollo de las áreas prioritarias del *Plan Decenal de Salud*.

La confección de los programas, tanto de la OMS como de la OPS, fueron una manera de paliar los problemas generados por la práctica del modelo de bienestar. Así, universalizar la cobertura de la salud proporcionaría un equilibrio social al contribuir a la erradicación de enfermedades que significaron pérdidas de recursos y vidas humanas.¹⁶⁷

¹⁶⁷ *Ibidem.*

2.4 Planificación y administración de los planes nacionales de salud

En la formulación de los planes nacionales de salud, fue indispensable establecer unidades de planificación debidamente coordinadas y representadas ante la administración central de cada nación. La preocupación por la buena administración en la ejecución de los planes nacionales, se vislumbró en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, producto de esta conferencia surgió una metodología de planificación y adiestramiento de planificadores en salud¹⁶⁸ con el fin de poder satisfacer las necesidades de los gobiernos en materia de asesoramiento, de tal manera que se asegurara la integración de los planes y programas de salud en el desarrollo social y económico de los países en este campo.¹⁶⁹

De acuerdo con esta *Resolución*, los gobiernos organizaron cursillos de adiestramiento sobre planificación para personal técnico-administrativo de todos los niveles, dedicando especial atención a los que trabajaban en los diferentes organismos locales de salud y en instituciones semiautónomas y privadas que participaran en programas concernientes al sector. El resultado, fue el aumento del número de expertos adiestrados en planificación cuya finalidad fue conseguir la eficiente elaboración de planes nacionales e internacionales.

En el mismo sentido, se recomendó preparar y distribuir ampliamente una serie de publicaciones sobre planificación de salud, manuales, informes sobre experiencias

¹⁶⁸ Planificación y Administración de la Salud, *Resolución de La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, CSP16.R29*, agosto-septiembre, 1962, Documento 48,27, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁶⁹ "Desarrollo de los Sistemas de Salud y su Contexto, Planificación y administración de la salud", *Resolución de El Comité Ejecutivo, CE46.R8*, abril, 1962, Documento 46,52, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

obtenidas, fundamentos teóricos, entre otros, a fin de fomentar rápidamente un conocimiento más generalizado en esta materia.¹⁷⁰

La necesidad de estructurar una buena administración fue asegurar un buen destino a la asignación de los recursos con que probablemente se contaría para las actividades de salud durante el próximo decenio, teniendo en cuenta el aumento previsto en el número de personas que habían de ser atendidas, especialmente en las zonas rurales que carecían de servicios básicos de salud, tanto personales como de saneamiento ambiental. Esto permitiría perfeccionar la metodología de la planificación nacional de salud y de los aspectos administrativos de estas actividades.¹⁷¹

La coordinación en la administración fue cardinal, puesto que a partir de la creación del Centro Panamericano de Planificación de Salud,¹⁷² se hizo indispensable una estrecha relación con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. A fin de lograr un trabajo conjunto, se gestionó la vinculación con otros organismos del sistema interamericano como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Comité Interamericano de la *Alianza para el Progreso* (1961). Con esto, se buscó desarrollar el concepto de salud integrada para darle prioridad al proceso de planificación del desarrollo económico y social.¹⁷³

¹⁷⁰ Planificación y Administración de la Salud, *Resolución de El Consejo Directivo CD14.R8*, septiembre, 1963, Documento 54, 10, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁷¹ Planificación y Administración de la Salud, *Resolución de El Consejo Directivo CD15.R24*, agosto-septiembre, 1964, Documento 58,28, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁷² Planificación y Administración de la Salud, *Resolución de El Consejo Directivo CD16.R20*, septiembre-octubre, 1965, Documento 66, 26, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁷³ Planificación y Administración de la Salud *Resolución de La Conferencia Sanitaria Panamericana*, septiembre-octubre, 1966, Documento 74,28, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

2.4.1 De la universalidad a la intersectorialidad de la salud

Como afirmé en páginas anteriores, la característica sustancial de los planes elaborados en el periodo del Estado de bienestar, fue el principio de universalidad cuyo objetivo fue promover la salud para toda la población. Este distintivo, empezó a cambiar por una concepción del fortalecimiento en la colaboración intra e intersectorial,¹⁷⁴ a fin de asegurar la coordinación de las acciones en salud, de manera que se mejorara la eficiencia y la eficacia en la prestación del servicio.

Durante la Primera Reunión Intersectorial para la Salud del Hombre Americano (*Documento CD23/24*), se ratificó la necesidad de que los gobiernos hicieran todos los esfuerzos posibles para fortalecer la coordinación intrasectorial y desarrollar la cooperación intersectorial en la consecución de las políticas nacionales de salud, relacionadas con la extensión de la cobertura de la sanidad. El objetivo de esta reunión, coincidió con lo resuelto en la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, (*Resolución XLII*), celebrada en Quito, Ecuador, en agosto de 1975.

Un aspecto que incidió en la puesta en marcha de las políticas intersectoriales, fue la crítica situación por la que atravesaron las economías latinoamericanas, en consecuencia la Coordinación de Instituciones de Seguridad Pública, entre 1984-1987, propuso la transformación de los planes nacionales de salud, así como la redefinición del financiamiento de los programas de salud y de la seguridad social, como solución para alcanzar la cobertura de servicios de salud en el mayor número de países de la región.

¹⁷⁴ La coordinación intrasectorial se refiere a adecuar los programas de salud entre sus diferentes unidades públicas (uniformar criterios de administración e impartición de servicios entre hospitales, clínicas, unidades de emergencia, de todas las instituciones dependientes del Estado). La coordinación intersectorial se refiere a que los programas unificados de salud del sector público, tendrán relación con el resto de las instituciones

Con arreglo a lo anterior, se llevaron a cabo estudios de cobertura de atención de salud, orientados a establecer la utilización efectiva de los servicios y las posibilidades de complementación de las instituciones del sector. Para lograr los objetivos planteados, fue menester realizar un análisis de los sistemas financieros de la seguridad social y del sector salud como un todo, a fin de adoptar políticas y programas que promovieran una adecuada interacción entre ministerios de salud e instituciones de seguridad social.¹⁷⁵

Con este programa, la OPS, manifestó su interés en el proceso de coordinación de las instituciones del sector salud, particularmente la importancia en la configuración de los sistemas nacionales de salud en los países de América Latina.¹⁷⁶

Ante una realidad de “desorganización funcional” y desarticulación operativa en las instituciones del sector salud, lo que había repercutido negativamente en la salud y la seguridad social, puesto que impidió la atención eficiente a la población y la utilización eficaz y equitativa de los recursos de salud, se buscó mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos mediante la adopción de planes conjuntos de inversiones, en el uso de tecnología médica y en promover integraciones funcionales entre los ministerios de salud, a condición de aprovechar racionalmente el financiamiento del sector, al igual que promover la coordinación en la utilización de los recursos provenientes del sector público, así como ajustar los costos de producción y una reformulación de los gastos.¹⁷⁷

estatales para mejorar su desempeño (los programas de salud tendrán que apoyarse en los programas educativos públicos y en programas de alimentación).

¹⁷⁵ Coordinación de las Instituciones de Seguridad Pública 1984-1987, *Resolución de El Consejo Directivo CD30.R15*, septiembre-octubre, 1984, Documento 197,19, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁷⁶ Coordinación de las Instituciones de Seguridad Pública 1984-1987, *Resolución de El Comité Ejecutivo CE99.R15*, junio, 1987, Documento 219,29, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁷⁷ Coordinación de las Instituciones de Seguridad Pública 1984-1987, *Resolución de El Consejo Directivo, CD32.R11*, septiembre, 1987, Documento 219,49, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

Con lo antepuesto, se creó el *Programa de Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud* (1988),¹⁷⁸ con el que la OPS, reconoció la necesidad urgente de acelerar los procesos de transformación de los sistemas nacionales de salud, con el fin de favorecer la aplicación de la estrategia de Atención Primaria y de hacer realidad la meta de “Salud para Todos” en el Año 2000. Con arreglo a ello, los países de la región comenzaron a experimentar la modificación de los sistemas nacionales de salud, con base en el desarrollo de los sistemas locales, como un proceso de descentralización y desconcentración a nivel nacional.

De esta manera, se aceptó que el ámbito local era donde podía concretarse la puesta en ejecución de las políticas y estrategias de desarrollo social y de atención a la salud, conforme a la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras y la integración de los programas específicos para la atención de los problemas prioritarios de salud,¹⁷⁹ insistiendo en que debía haber una estrecha coordinación intersectorial para poder alcanzar la prioridad regional máxima de las metas de expansión de cobertura de servicios a las poblaciones rurales y periurbanas desprotegidas, y este propósito solo podía ser alcanzado por una acción sistemática que involucrara el compromiso solidario de todos los sectores que intervenían en el desarrollo de los países, de manera que se propuso la elaboración de un *Plan Decenal de Salud* para las Américas para el período 1981–1990.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Transformación de los sistemas de nacionales de salud, *Resolución de El Comité Ejecutivo, CE101.R10*, junio, 1988, Documento 225,26, en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

¹⁷⁹ Coordinación de las Instituciones de Seguridad Pública 1984-1987, *Resolución de El Consejo Directivo CD33.R15*, septiembre 1988, Documento 225,60, en www.paho.org..., dir.e.cit.

¹⁸⁰ Primera Reunión Intersectorial para la Salud del Hombre Americano, *Resolución de El Comité Ejecutivo, CE76.R23*, junio, 1976, Documento 144,62, <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

Este programa, tenía como estrategia buscar nuevos enfoques de financiación para asegurar una adecuada asignación de recursos y oportunidades para la sociedad. Para ello, la OPS, debía instar a los gobiernos a que realizaran los estudios pertinentes que contribuyeran a definir el marco sectorial y las relaciones interinstitucionales para que efectivamente se desarrollara la prestación de servicios de salud. Este nuevo plan decenal, se venía sugiriendo desde la mitad de la década del setenta, desde entonces, la OPS, hablaba ya de este plan como un tercer *Plan Decenal*, que debía tener un carácter intersectorial, lo que significaba que ya había la concepción de continuar por el mismo camino de los planes elaborados a diez años.¹⁸¹

El *Tercer Plan Decenal* 1981-1990, se quedó en mera proyección puesto que nunca se llevó a cabo.

¹⁸¹ Coordinación de las Instituciones de Seguridad Pública 1984-1987, *Resolución de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, CSP19.R42*, septiembre-octubre, 1974, Documento 133,39, <http://www.paho.org...> dir. e. cit.

2.4.2 La *Declaración de Alma-Ata*, el inicio del modelo neoliberal

Hacia finales de la década del setenta, las condiciones de vida en América Latina se habían complicado, la población aumentó significativamente y con ella, el desempleo, la demanda de servicios y la pobreza, consecuencia de una crisis económica que se agravó en los ochenta. Para esos años, el modelo económico neoliberal, impregnó la política social de tal manera que la OPS promovió iniciativas con estos rasgos, iniciándose, con ello, una reforma en el sector salud.

El nuevo enfoque de mercado, rompió con los principios de universalidad, equidad, integridad y accesibilidad concebidos por la política social del Estado benefactor. Conforme a la nueva política, la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas-Extensión de la Cobertura, realizada el 26 y 27 de septiembre de 1977, en Washington, asumió la necesidad de reorientar la extensión de la cobertura de los servicios de salud en la región, de tal forma que las políticas de la OPS priorizaron garantizar la eficacia y la eficiencia de la prestación de servicios, a fin de reorientar el desarrollo del proceso administrativo en los aspectos de planificación y programación de inversiones y servicios, logística, evaluación y control de las operaciones.¹⁸²

Además de integrar estos nuevos conceptos, en las metas de la prestación de servicios de salud, se vio la necesidad de reestructurar los sistemas, con base en el establecimiento de niveles funcionales de atención, a través de esquemas de referencia definidos y de mecanismos efectivos de coordinación intrasectorial e intersectorial.

¹⁸² Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud- Declaración de Alma –Ata, *Resolución de La XX Conferencia Sanitaria Panamericana CSP20.R30*, septiembre-octubre, 1978, Documento 162,36 en <http://www.paho.org...>, dir. e. cit.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, *Declaración de Alma-Ata* (septiembre de 1978), se observó que durante la existencia del Estado de bienestar, la política social ocasionaba desastres en salud, lo que fue considerado como “inaceptable”. Conforme a este enfoque, se concluyó que la Atención Primaria de Salud requería de un compromiso político firme y continuo a todos los niveles, basado en una comprensión y apoyo pleno a la población. Se juzgó fundamental, reorientar la política social para garantizar la cobertura de servicios de salud y así subsanar lo que el esquema del Estado de bienestar no pudo cumplir: elevar los niveles de salud y bienestar.

La nueva estrategia, sustentada en la *Declaración de Alma-Ata*, consistió en una parte, que cada país tenía que ajustar y aplicar sus políticas de acuerdo con sus características demográficas, culturales, sociales y económicas en áreas urbanas y rurales, e incluir el desarrollo de tecnologías apropiadas que las hicieran factibles.¹⁸³

Para lograr estos objetivos, se invitó a los gobiernos a que aceleraran y completaran sus planes con el fin de extender los servicios de salud a la totalidad de su población, a que evaluaran sistemáticamente los progresos que se realizaran y revisaran en consecuencia sus políticas y sus planes, además, se les llamó a que prestaran la debida atención a la necesidad de dar un enfoque multisectorial en la promoción y prevención de la prestación de servicios de salud.

De acuerdo con los principios de la *Declaración de Alma-Ata*, la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (1978), emitió una resolución, exhortando al Director de la OPS, a que intercediera, a nombre de los gobiernos, ante los organismos internacionales de financiación, para que revisaran sus políticas y las adaptaran a las prioridades de cada

¹⁸³ *Ibidem.*

nación, prestando especial cuidado a la extensión de la salud.¹⁸⁴ La *Resolución* fue complemento de la similar del Consejo Directivo de la OPS, emitida en 1977, que contempló el intercambio programado de personal especializado y experiencias sobre las estrategias y métodos empleados en los países para la extensión de la cobertura sanitaria, además de promover un análisis sistematizado de los requerimientos nacionales de cooperación y financiamiento externos y de la capacidad de cada país para utilizarlos convenientemente como suma de los recursos nacionales.¹⁸⁵

¹⁸⁴ *Ibidem.*

¹⁸⁵ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud- Declaración de Alma –Ata, *Resolución de El Consejo Directivo CD25.R14*, septiembre-octubre, 1977, Documento 152,16, en www.paho.org, *dir. e. cit.*

2.4.3 Salud para todos en el año 2000, la estrategia del modelo neoliberal

En la década del ochenta, en plena crisis económica, los programas en salud se vieron permeados por la *Resolución WHA32.30,3* de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, que estableció el objetivo de alcanzar la “Salud para Todos en el Año 2000”.¹⁸⁶ El Plan Decenal de 1972 quedó en el olvido, y con esta nueva estrategia cristalizó el camino hacia la focalización de las iniciativas de la salud en el continente. Por esta razón, el Comité de la OPS, en su 82ª Reunión (1980), aprobó el plan de trabajo para articular la Evaluación del Plan Decenal de Salud y la formulación de estrategias nacionales y regionales, para con ello, incorporar la estrategia estipulada por la OMS.¹⁸⁷

Así, la OPS, sostuvo que había demandas, entre los países, que tenían que resolverse de manera individual, la clave para satisfacerlas era la evaluación en cada país de su capacidad de proporcionar, utilizar ayuda y analizar la programación nacional de la cooperación externa.¹⁸⁸

A partir de la estrategia, “Salud para Todos en el año 2000”, se evaluaron los resultados arrojados por el *Plan Decenal* de 1972, concluyendo que los objetivos trazados no fueron cumplidos. Por ello, la OPS, propuso otra estrategia para ser alcanzada, no en la

¹⁸⁶ El Plan Decenal fue abandonado y se antepuso El Programa de “Salud para Todos en el Año 2000”, donde se prometió lograr la salud para toda la población del continente ya no en diez años, sino que más bien fuese buscó la atención de los sectores que no alcanzaron a ser cubiertos por los servicios de salud, como los sectores marginados. En Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, *Resolución de El Consejo Directivo CD26.R25*, sep.-oct., 1979, Documento 167,27, en <http://www.paho.org...> dir. e. cit.

¹⁸⁷ La evaluación del Plan Decenal arrojó la conclusión de que no había logrado la mayor cobertura de la población, y que por eso era necesario establecer una nueva estrategia para llegar a la total cobertura, en tal sentido fue propuesta la “Salud para Todos en el Año 2000”, cuya promesa de extender los servicios de salud a toda la población ya no tenía que ser a cumplir en un periodo de diez años, sino que ahora los resultados serían a un plazo más largo. En Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, *Resolución de El Consejo Directivo...*, dir. e. cit.

¹⁸⁸ Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, *Resolución de El Consejo Directivo CD27.R20*, septiembre-octubre, 1980, Documento 174,28, en <http://www.paho.org...> dir. e. cit.

década siguiente, sino en el año 2000. En realidad, lo que esta estrategia encubrió fue la suspensión de los principios de la política social del Estado benefactor, e irlos transformando a los de la política neoliberal.¹⁸⁹

Después de la experiencia del *Plan Decenal* (1971-80), la OPS, propuso que cada gobierno tenía que definir, de manera individual, su meta nacional de salud con miras al año 2000, y formular su propia estrategia para alcanzarla, de manera que, debería constituirse la base para la formulación de las estrategias regionales. También, sugirió a los gobiernos que en este proceso deberían promoverse y desarrollarse actividades multisectoriales, a fin de que otros elementos que componen el nivel de bienestar de la comunidad concurrieran a asegurar el cumplimiento de las metas de salud de los países.¹⁹⁰

Para comprobar que se había trabajado sobre las recomendaciones de la OPS, ésta sugirió a los gobiernos latinoamericanos que expusieran sus iniciativas en materia de salud, para lograr la meta “Salud para Todos en el año 2000”, la exposición sería en la XXXIV Asamblea General de las Naciones Unidas, a fin de sostener que la salud era un componente del desarrollo y que el mismo se regiría a partir de las estrategias internacionales.¹⁹¹ La participación latinoamericana, sería considerada como la contribución, del sub-continente, en las estrategias globales de la OMS y como parte de las estrategias nacionales y regionales definidas por las políticas y prioridades del *Programa de Cooperación Técnica* de la OPS.¹⁹²

¹⁸⁹ Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, *Resolución de El Comité Ejecutivo CE84.R7*, junio, 1980, Documento 172,61, en *www.paho...*, *dir. e. cit.*

¹⁹⁰ Con esta estrategia se abrió la posibilidad de la participación del sector privado en la solución de los problemas de salud.

¹⁹¹ Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, *Resolución del Consejo Directivo CD26.R25*, septiembre-octubre, 1979, Documento 167,27, en *www.paho...*, *dir. e. cit.*

¹⁹² Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, *Resolución de El Comité Ejecutivo CE84.R7*, junio, 1980, Documento 172,61, *www.paho...*, *dir. e. cit.*

La estrategia de "Salud para Todos en el año 2000", se dividió en tres categorías, a saber: las comunes a los países de la región; las que se requerían para el desarrollo individual y aquellas de apoyo al esfuerzo nacional y regional a través *del Programa de Cooperación Técnica*. Para abrirle camino a estas iniciativas, el Consejo Directivo de la OPS, aprobó el *Documento CD27/34.A: "Evolución del Sector Salud en los Años Setenta"* y "Estrategias para Alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000".

A su vez confirmó, que la Atención Primaria y sus componentes: la extensión de la cobertura con servicios de salud y el mejoramiento del ambiente; la organización y participación de la comunidad; el perfeccionamiento de los mecanismos de la articulación intersectorial; el desarrollo de la investigación y de las tecnologías apropiadas y de los recursos humanos; la disponibilidad y producción de insumos críticos; el establecimiento de sistemas nacionales de financiamiento del sector salud y la reorientación de la cooperación internacional, pasarán a ser parte de las estrategias básicas para alcanzar la meta de "Salud para Todos en el Año 2000".¹⁹³

Todos los esfuerzos de la OPS, se canalizaron a la meta del 2000, al exhortar a los países que ajustaran sus políticas y planes de salud con las políticas y estrategias internacionales de desarrollo, tomando en cuenta sus implicaciones, además se les invitó a que reorganizaran el sector salud, incluyendo la participación de la comunidad, y perfeccionaran la articulación de sus componentes y su vinculación con los otros sectores del desarrollo. Es importante hacer notar que esta estrategia, exaltó la participación de la comunidad, del sector privado y de los organismos no gubernamentales, de la atención,

¹⁹³ *Ibidem*.

promoción y extensión de la salud, esto redujo la participación del Estado en la atención de la salud.¹⁹⁴

De acuerdo a estos lineamientos, se hizo presente el principio de racionalización de recursos para hacer más eficientes los servicios, por lo que también, se recomendó desarrollar la capacidad operativa de cada uno de los niveles de atención del sector para maximizar su eficiencia y el impacto de sus actividades. Por ende, se exhortó a que se revisaran y redefinieran los sistemas de financiamiento, analizando y programando los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para cumplir con los programas nacionales, con la intención de asegurar su utilización con el máximo de eficiencia y calidad para la sociedad.¹⁹⁵

Al reorientar los recursos y los programas hacia una mayor eficiencia y calidad, se buscó, asimismo, la reorientación del desarrollo de la investigación y de las tecnologías para cada contexto nacional, esto, necesariamente, tuvo que ver con la programación y la coordinación de la cooperación internacional, porque la tecnología era y sigue siendo importada de otros países, para ello, fue importante definir los planes de cooperación externa y las áreas en las que pueden ser atendidas mediante la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD).¹⁹⁶

Para cumplir con los objetivos de eficiencia y calidad, el Consejo Directivo de la OPS, invitó a los países a que identificaran aquellos problemas cuya solución facilitaría una acción conjunta de los Estados, evitando duplicaciones de funciones y desperdicio de

¹⁹⁴ *Ibidem.*

¹⁹⁵ *Ibidem.*

¹⁹⁶ *Ibidem.*

recursos humanos y financieros.¹⁹⁷ También, aconsejó a los países miembros, a que desarrollaran sus sistemas nacionales de planificación,¹⁹⁸ programación, información, control y evaluación para la revisión y evaluación periódica de las estrategias nacionales.

Para poder ejecutar las meta, fue imperioso que realizaran ajustes a su proceso de desarrollo, además de asegurar la continuidad de todas las actividades durante las celebraciones promovidas en el Sistema de las Naciones Unidas en materia de salud.¹⁹⁹

A condición de reforzar el programa “Salud para Todos en el año 2000”, se aprobó el *Plan de Acción Regional* (1980), cuya estrategia se ejecutaría regionalmente, articulando los ciclos de programación y presupuesto para que fueran evaluados por la OPS y la OMS, todo para que en 1984 estuviera en pleno desarrollo.

Al juzgar que la crisis se profundizaba, la Conferencia Sanitaria Panamericana, decidió exhortar a los gobiernos para que realizaran estudios sobre los medios de financiación en sus países y que adecuaran sus necesidades de salud a los recursos financieros nacionales e internacionales, que implementaran una política de racionalización del gasto en salud, austeridad en el gasto de personal y optimización de las funciones gerenciales de salud. Además, recomendó que concedieran especial atención a la asignación de recursos y a la prestación de asistencia técnica a aquellos países que más lo necesitaran.²⁰⁰

¹⁹⁷ Ello implicó el principio de focalización de los servicios a los sectores más pobres de la población y a los que representaron una seria amenaza contra la estabilidad social.

¹⁹⁸ La Planeación adquirió nuevo significado para el Estado neoliberal, significó planear para racionalizar los recursos y los servicios, en pocas palabras fue el recorte del presupuesto destinado al beneficio social.

¹⁹⁹ Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, *Resolución del Consejo Directivo*, CD2.R20, septiembre-octubre, 1980, Documento 174,28 en *www.paho...*, dir. e. cit.

²⁰⁰ La ayuda técnica fue racionalizada y canalizada a los países con mayor necesidad para ajustar sus necesidades de salud con sus recursos. Estrategias de salud para todos en el año 2000, *Resolución de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana*, CSP21.R20, septiembre, 1982, Documento 185,23, en *www.paho...*, dir. e. cit.

En consecuencia, la OPS decidió darle continuidad al *Plan de Acción Regional* (1983), para ello, el Comité Ejecutivo de la OPS, consideró obligatorio tomar en cuenta los objetivos y las metas aprobados por los gobiernos latinoamericanos en 1980, y ratificados en 1981, destacando la necesidad de llevar a cabo una evaluación y vigilancia de la meta “Salud para Todos”, con arreglo a ello, se efectuarían cuatro evaluaciones regionales, una en 1983; la segunda en 1989; la tercera en 1995 y la última en 2001. Las evaluaciones se harían en coordinación con la Organización Mundial de la Salud.²⁰¹ Como refuerzo a esta *Resolución*, la OPS, aprobó llamar a los gobiernos a que con urgencia continuaran ajustando sus procesos nacionales de evaluación y monitoreo, como parte de sus procesos de planificación y administración para alcanzar la meta con la mayor calidad y eficiencia.²⁰²

Bajo tales circunstancias, surgió el *Documento CD33/22*, que constituyó el capítulo correspondiente a la Región de las Américas del documento titulado *Vigilancia de las Estrategias de Salud para Todos en el año 2000*, éste fue un apoyo más a la estrategia “Salud para Todos en el año 2000”.²⁰³

²⁰¹ Estrategias de salud para todos en el año 2000, Plan de Acción, *Resolución del Comité Ejecutivo, CE90.R11*, junio, 1983, Documento 190,69, *www.paho...*, *dir. e. cit.*

²⁰² Plan de Acción, *Resolución del Consejo Directivo CD29.R13*, septiembre-octubre, 1983, Documento 192,16, *www.paho...*, *dir. e. cit.*

²⁰³ Plan de acción, *Resolución de El Consejo Directivo CD 33.R17*, septiembre, 1988, Documento 225,63, en *www.paho...*, *dir. e. Cit.*

2.4.4 Los programas focalizados de la OPS

En cumplimiento con lo dispuesto en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, los programas continentales fueron tomando el camino de focalizar los puntos de la región que se consideraron prioritarios o de mayor emergencia.²⁰⁴

Hacia la mitad de la década del 1980, surgió el *Programa de Atención de Necesidades Prioritarias de la Salud en Centroamérica y Panamá (Documento CD30.R19)*. Éste, estuvo marcado por los principios de racionalización de presupuestos y de la iniciativa de focalizar los sectores realmente pobres dentro de cada realidad nacional.

La iniciativa, además de identificar las regiones con mayores carencias sanitarias, trató de diferenciar las necesidades que requerían de una solución urgente, de las que no parecían ser tan urgentes. Los padecimientos con una “solución urgente”, fueron enfermedades como la fiebre amarilla, que repercutió en pérdida de mano de obra, altos costos en atención médica y medicamentos, además de los conflictos político-sociales que amenazaron con desestabilizar el sistema político-económico de la región.²⁰⁵

El primer programa focalizado (1984), fue *Estrategias de Salud Regional*, con éste se intentó dar solución a las condiciones de salud más difíciles de América Latina. A fin de darle fortaleza, el *Programa* recibió el apoyo de la Declaración de los Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá, celebrado en San José, Costa Rica el 16 de marzo de 1984, cuyo compromiso fue organizar y mantener mecanismos de integración y coordinación de los recursos institucionales en beneficio de la salud y el bienestar de la familia

²⁰⁴ *Ibidem.*

²⁰⁵ *Ibidem.*

centroamericana. En el mismo sentido, los Cancilleres del Grupo Contadora y de los países centroamericanos, reunidos en Panamá el 30 de abril de 1984, resolvieron sumarse a la iniciativa.²⁰⁶

En reconocimiento de los programas focalizados, la 37ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, (9 de mayo de 1984), sostuvo la importancia de tales iniciativas como solución a los graves problemas de salud, de manera que permitiera fomentar el desarrollo social. Además de promover un lazo de unión, entendimiento, solidaridad y paz entre los pueblos de Centroamérica y Panamá, en una coyuntura particularmente difícil de su historia.²⁰⁷

Por su eficacia, el *Programa de Necesidades Prioritarias para Centroamérica*, fue retomado hacia la década de 1990, momento en que se le consideró como "puente para la paz". Con la premisa de promover el mejoramiento de la salud, fue instrumentado a condición de propiciar el desarme y la paz en países como El Salvador.²⁰⁸

Otro programa focalizado, fue el *Programa de Cooperación para la Zona del Caribe (CARICOM)*, formulado conjuntamente por la OPS y la Comunidad del Caribe. El *CARICOM*, fue el resultado de la Novena Conferencia de Ministros Encargados de Asuntos de Salud en el Caribe, celebrada en Roseau, Dominica, en 1984. La iniciativa estuvo respaldada por los Ministros de la Zona del Caribe, asistentes a la Décima Conferencia de Ministros Encargados de Asuntos de Salud en el Caribe (CMH), celebrada en Georgetown, Guyana en 1986.²⁰⁹

²⁰⁶ *Ibidem.*

²⁰⁷ *Ibidem.*

²⁰⁸ *Ibidem.*

²⁰⁹ Programa de Cooperación para la Zona del Caribe, *Resolución de la Conferencia Sanitaria Panamericana CSP22.R11*, septiembre, 1986, Documento 211, 16, en *www.paho ...*, dir. e. cit.

La zona del Caribe, fue considerada prioritaria para la OPS, por el peligro de expansión del socialismo cubano, país que encabezó iniciativas para la creación de instituciones y programas a condición de mejorar la salud en la subregión. En tal sentido, Cuba, asumió un papel muy activo en la búsqueda de mejorar la salud en el Caribe.

Por tal causa, la OPS, respondió positivamente a las iniciativas hechas por los países del Caribe, de manera que se crearon instituciones como la Oficina del Coordinador del Programa del Caribe, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Centro de Epidemiología del Caribe.²¹⁰

Otro ejemplo de programas focalizados, fue el que se aplicó en la subregión andina, *Plan de Acción Conjunto*, convenido en función de las condiciones de salud tan alarmantes, sobre todo en países como Perú y Bolivia, cuya población, en buena parte, vivía en condiciones deplorables de salud. Los gobiernos de esta área, suscribieron el *Acuerdo de Cartagena*, a fin de procurar mejoramiento en el nivel de vida de sus habitantes, le siguió el *Convenio Hipólito Unanue*, cuyo objetivo, fue contribuir a mejorar el nivel de salud, mediante acciones coordinadas de carácter subregional o interpaíses.²¹¹

Si bien este programa no era tan prioritario, las condiciones de precaria sanidad en esta subregión le significaron a la OPS una fuerte preocupación.

²¹⁰ Programa de Cooperación para la Zona del Caribe, *Resolución de la Conferencia Sanitaria Panamericana CSP22.R11*, septiembre, 1986, Documento 211, 16, en *www.paho ...*, dir. e. cit.

²¹¹ Subregión Andina, Plan de Acción Conjunto, *Resolución de La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, CSP22.R22*, septiembre, 1986, Documento 211,72, en *www.paho ...*, dir. e. cit.

Capítulo 3. La salud pública en México: 1970 y 1980

3.1 El Estado de bienestar mexicano

Algunos de elementos del Estado de bienestar en América Latina, se desarrollaron con mayor énfasis en Argentina, Brasil, Chile y México. En este capítulo, daré cuenta de las políticas de salud en México, mediante una revisión conjunta de las políticas de la OMS y la OPS.

Para el presente subinciso, haré una breve alusión de los antecedentes del Estado de bienestar, sin embargo, el objetivo central será un tratamiento de las políticas de salud en México, en las décadas de los setenta y ochenta. La importancia de este periodo histórico, radica en que el cambio de la orientación de las políticas de salud, en el terreno del bienestar a las de ajuste en eficiencia y eficacia, que caracterizan al neoliberalismo, se da entre estos veinte años. Esto último, será materia de los apartados ulteriores.

La promoción de la salud, en nuestro país, se asocia de forma directa con el “Estado benefactor”. Este modelo de desarrollo que surgió en la década del treinta, cuando se incorporaron las políticas públicas que fueron impulsadas por el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940).²¹²

²¹² La práctica del modelo de Estado de bienestar, se manifestó en el *Plan Sexenal*, en éste se sustentó que la política económica se basaría en un intervencionismo del Estado en las relaciones económicas entre los diferentes factores de la producción. A partir de entonces, el Estado inauguró una política social de mejoramiento en las condiciones de vida de la clase obrera, campesina y de la sociedad en general, instrumentando la educación socialista, así como programas de obras públicas y de saneamiento. Cfr. Medin, Tzvi, *Ideología y praxis política de Lázaro Cárdenas*, ed. Siglo XXI, México, 1982, pp. 47-127.

El modelo, quedó formalmente instituido en la década del cuarenta. A partir de entonces, el desarrollo económico y social del país, comenzó a ser determinado por un proceso de industrialización acelerada. Con este motivo, se impulsó la etapa del “crecimiento sostenido” y el país incursionó en una industrialización estable y sólida, con ello, se generó una “acumulación industrial” mediante un cambio drástico en la distribución del ingreso y la reasignación del excedente social. Fue así, que con el desarrollo de la economía se reflejaron cambios importantes en las relaciones político-sociales, donde el gasto público fue el factor decisivo para consolidar un nuevo patrón de desarrollo: el Estado de bienestar.²¹³

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, el gobierno alemanista, promovió el crecimiento interno, lo que condujo al desarrollo del sector paraestatal heredado del gobierno cardenista.²¹⁴ La industria eléctrica y el petróleo, recibieron considerables inversiones del exterior, convirtiéndose así, en los sectores básicos del impulso del crecimiento de la producción interna, esto hizo posible que parte del gasto público fuera canalizado, con mayor vigor, a la creación de una amplia gama de servicios sociales.

²¹³ El gasto público, durante la década del 40, se orientó al impulso del crecimiento industrial, sobre todo a la “acumulación de capital industrial” que consistió en separar la inversión en gasto corriente (administración, transferencias al consumo y a la inversión y pago de intereses a la deuda pública), del gasto de capital (inversión física directa, administración de inmuebles y financiamiento a empresas del sector público). Fue así, que el Estado estableció políticas de financiamiento a la producción de bienes estratégicos para el crecimiento industrial y obras de infraestructura, enfatizando su acción en el crecimiento de la producción interna, donde el “sector paraestatal” se encargó de financiar industrias consideradas “fundamentales para el desarrollo del país” (papel, siderurgia, acero, azúcar, textil) y los que requerían de sustituir importaciones (Altos Hornos, 1943, Ayotla textil, 1946 e industria Petroquímica Nacional, 1949 entre otras. Cfr. Cabral, Roberto, “Industrialización y política económica”, en Cordera, Rolando, *Desarrollo y crisis de la economía mexicana*, ed. FCE, México, 1981, pp. 67-78.

²¹⁴ En los primeros años del gobierno alemanista, se fomentaron obras de irrigación, sobre todo se apoyó la agricultura de exportación en el norte y noreste del país y en la creación de algunos servicios como escuelas, clínicas y dispensarios. *Ibidem.*, pp. 77-81.

Con una economía cimentada en el petróleo, el Estado generó un crecimiento acelerado de empresas y organismos estatales, ello permitió una política social que redundó en un sistema de garantías sociales como educación, salud, vivienda y fomentó al empleo.

El sustento económico de los beneficios sociales fue, como ya se dijo, el desarrollo industrial, cuyo auge se dio en las décadas de los cincuenta y sesenta, manteniendo un desarrollo sostenido de la economía mexicana hasta por lo menos la década de los setenta, al periodo se le conoció como el “milagro mexicano” (1958-1970).²¹⁵

El país comenzó a experimentar cambios políticos, económicos y sociales, hacia finales de la década de los años 60, momento en que el crecimiento sostenido de la economía y la estabilidad social, se vieron frenados. Con el movimiento estudiantil de 1968, México, entró en un periodo de doble ajuste, por un lado los cambios políticos y por otro lado, los cambios económicos, que como afirma Miguel Basáñez, con ellos, se manifestó el agotamiento del proceso de “industrialización sustitutiva” de importaciones.²¹⁶

El movimiento estudiantil, significó, no sólo una de las expresiones más puras del reformismo y la modernización del sistema social y político,²¹⁷ sino que además fue el acontecimiento que puso a la luz la realidad que vivía el país: un partido enquistado en el poder, la corrupción y el autoritarismo

Expuesta a flor de piel esta realidad, problemas como el empobrecimiento del campo, empezó a ser una preocupación nacional. La crisis del campo, llevó a la concentración de la población en las grandes ciudades, así, el Distrito Federal, tenía en 1960, 4 870 870 habitantes, para 1970 aumentó a 6 874 165, y para 1980, la población ya

²¹⁵ *Ibidem.*

²¹⁶ Basáñez, Miguel, *Lucha por la hegemonía en México 1968-1980*, ed. Siglo XXI, México, 1988, p. 9.

²¹⁷ Zermeño, Sergio, “México: el deseo de una democracia”, en *Nexos*, Número 9, México, 1978, p. 13.

sumaba 8 831 079. Ello significó un aumento estratosférico para la capacidad de una ciudad que no contempló tal magnitud de población. La ciudad de México,²¹⁸ se caracterizó por tener una población abundante desde la época precolombina, sin embargo, su aumento desmesurado rebasó los límites de su capacidad a partir de la década del cincuenta; fue el inicio de un crecimiento sin control.²¹⁹

El crecimiento de la población, encarnó un severo problema, sobre todo para países como México. Que de 48 225 238 habitantes en 1970, la población aumentó a 66 846 079 en 1980, lo que quiso decir que había un aumento del 38.6% de habitantes en tan sólo diez años, y se pronosticó que para el año 2000, la población llegaría a 97 483 412, ello significó 102% más habitantes.²²⁰

La explosión demográfica de los años setenta y los ochenta, fue interpretada por la ideología neoliberal, como uno de los principales impedimentos por los que la política social no cumplió con su objetivo, pues la población creció a un ritmo más acelerado que la capacidad de los servicios.²²¹

El crecimiento de la población, su concentración en las ciudades, la descapitalización del campo²²² y la pobreza, junto con la excesiva burocratización del aparato estatal y su ineficiencia fueron problemas que se generaron con el Estado de

²¹⁸ Únicamente tomo como ejemplo la ciudad de México, porque considero que es un claro ejemplo de crecimiento y aglomeración entre las décadas de 1970 y 1980.

²¹⁹ INEGI, *Aumento y evolución de la demografía en México*, en <http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html>

²²⁰ Datos del INEGI. La población del Distrito Federal, en el 2000 fue de 8 605 239 sin tomar en cuenta la zona conurbada. *Ibidem*.

²²¹ Mier y Terán, Martha, Rabell Romero, Cecilia, "Fecundidad y grupos sociales en México 1971-1977" en, Jiménez Ornelas René y Minujin Zmud, Alberto, *Los factores del cambio demográfico en México*, ed. Siglo XXI, México, 1984, p. 221.

²²² Por falta de recursos para hacer producir sus tierras, los ejidatarios se vieron en la necesidad de rentarlas a las empresas capitalistas, a la vez que trabajan para las mismas. Leal, Juan Felipe y Huacuja, Mario, "Los problemas del campo mexicano" en, *Revista del Centro de Estudios Políticos*, vol. II, ed. FCP y S- UNAM, enero-marzo de 1976, número 5, pp. 17-25.

bienestar, según los ideólogos de una nueva política económica identificada como neoliberalismo.

La ideología neoliberal interpretó que las políticas de bienestar social no redituaron en un crecimiento a largo plazo, por lo que fue necesario recurrir a un “Estado neoliberal” para lograrlo.²²³ En México, se identificó al gobierno de Miguel de la Madrid (1982), como el inicio de las nuevas políticas. A partir de entonces, la política social mexicana adquirió nuevos matices: el adelgazamiento del Estado, que implicó el recorte al presupuesto público y la descentralización de los servicios sociales, que dieron sustento al bienestar de la sociedad.

Este proceso de cambio de modelo, del “Estado benefactor” al “neoliberal”, en México, fue un proceso muy difícil, porque los problemas de pobreza de la población fueron vistos como amenaza, sobre todo al acentuarse la crisis económica. Puesto que el aumento y la concentración de la población del país, demandaron del Estado, cobertura de sus necesidades básicas. En México, el tránsito de las políticas de asistencia sanitaria a las de ajuste monetarista, se observaron entre las décadas de los setenta y ochenta.

²²³ En México, como en América Latina, se instauró el modelo económico Estado neoliberal, a partir de la década del ochenta y se prolongó hasta la siguiente década. Sin embargo, los cambios que iniciaron este proceso venían manifestándose desde por lo menos la década del setenta. En nuestro país, las políticas neoliberales se aplicaron con el gobierno de José López Portillo, sobre todo en materia de salud, como se mostrará más adelante. Cabe hacer notar que los cambios no tienen dimensiones tan profundas de manera inmediata, sino que, entre las políticas de bienestar y las neoliberales, han sido cambios paulatinos, lentos, donde las prácticas y los conceptos de “todo lo viejo” se van entremezclando con “todo lo nuevo.”

3.1.1 La función de la OPS en México

La participación de México en el contexto internacional, se ha caracterizado por el principio de la “libre determinación de los pueblos”. El mantenimiento de una política exterior pacífica que ha sido coherente con las políticas de los organismos multilaterales.²²⁴

La vinculación de México con la OPS, data desde su nacimiento, hoy día, nuestro país, es uno de sus 35 miembros.²²⁵ La cooperación técnica con estos organismos especializados en salud, ha estado presente en la vida nacional a través de las políticas y criterios que el gobierno mexicano ha aplicado en la protección a la salud. De acuerdo con las políticas dictadas por ambos organismos, el gobierno de Luis Echeverría Álvarez, elaboró el *Primer Plan Nacional de Salud* (1974).²²⁶

A partir de entonces, el despliegue de la cooperación técnica internacional fue de gran importancia porque logró la implantación y la consolidación de programas nacionales de salud. Con la ejecución de estos programas, se derivaron agentes catalizadores y movilizados de recursos humanos, técnicos y financieros proyectados para todo el país.

La OPS y México, han sostenido un contacto estrecho y activo desde 1902,²²⁷ desde entonces, el organismo, centró su función en uniformar los criterios regionales para combatir las epidemias de manera más rápida, ello implicó, que los países comprendieran

²²⁴ Soberón, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna José (comps.), *La salud en México: testimonios de 1988*, Tomo I, ed. FCE- SSA-Instituto Nacional de Salud Pública- Colegio Nacional, México, 1988, p.260.

²²⁵ OPS/OMS, *Estados miembros*, en <http://www.fille.//codigo>

²²⁶ Fue considerado el primer Plan Nacional de Salud, por que fue elaborado bajo el contexto de la época contemporánea, esto es que hubo la participación de instituciones formalmente constituidas, que fueron desde los organismos internacionales como la OMS y OPS, así como la serie de instituciones que se crearon para asistir la salud como la SSA, el ISSSTE, el MSS entre otros.

²²⁷ Ver la historia de la OPS, en el Capítulo 2, subinciso 2.1.

que la lucha contra las enfermedades tendría que ser una responsabilidad compartida por todos los países, tanto de los que la padecían, como de los que no.

La cooperación técnica de la OPS con nuestro país, ha consistido en brindar asesoría técnica de consultoría permanente en las áreas de administración y planificación de salud pública nacional; en medidas de control de enfermedades epidemiológicas e infecciosas; en ingeniería sanitaria (laboratorio, estadística e investigación); en promoción de salud a grupos específicos, además de planificación familiar; en obras de saneamiento de recursos vitales y regulación sanitaria; en asesoría técnica de consultoría a corto plazo en las áreas de planificación y arquitectura hospitalaria; en becas para capacitación de recursos humanos dentro y fuera del país; en apoyo financiero, técnico y administrativo para la compra de suministros y material vinculado a la salud, para realizar seminarios y cursos para la capacitación de personal nacional.²²⁸

Sin embargo, esta cooperación técnica, no se limitó únicamente a la asesoría en la ejecución de políticas de salud, financiamiento y creación de infraestructura, sino que fue más allá, a fin de hacer eficiente la realización de los planes, se promovió un proceso de descentralización de los servicios de salud a través del *Programa Impacto* (1986). Programa extraordinario que se orientó al fortalecimiento del proceso de descentralización de los servicios de salud creados por el Estado.²²⁹

De esta manera, el apoyo de los organismos multilaterales, no sólo radicó en ayudar a diseñar políticas coherentes con los modelos económicos, sino que también, participaron en el diseño de políticas de salud readaptando sus principios y conceptos a tales procesos.

²²⁸ Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús y Laguna, José (comps.), *La salud en México: testimonio...*, op. cit. Tomo I, p. 261.

²²⁹ *Ibidem.*, p. 263.

3.1.2 La política de bienestar social en México entre 1970-1980

El desarrollo de las políticas sociales en el país, se han caracterizado, de acuerdo a Peter Ward, por cubrir las fallas estructurales del sistema, han servido como paliativos a corto plazo, y en han respondido a presiones sociales y/o económicas, a la vez, han mantenido una brillante y laboriosa imagen del Estado.²³⁰

Sin embargo, es substancial decir que dichas políticas se derivaron del modelo de bienestar, sustentado desde la década del cuarenta, como ya se ha hecho mención antes, con ello, se obtuvieron más viviendas, se atendió a la población para mejorar su salud y se crearon más fuentes de empleo. A pesar de los beneficios sociales obtenidos, el modelo de atención social generalizado fue agotándose, en función de una creciente pobreza, producto de grandes concentraciones urbanas emanadas de la industrialización acelerada que se promovió con el modelo económico de sustitución de importaciones. Aunado a ello, una excesiva burocratización del aparato estatal y su consecuente ineficiencia, representó una absorción presupuestaria significativa.²³¹

El Estado mexicano, asumió el desarrollo de las políticas sociales como una prioridad, en consecuencia hizo suyo el desarrollo social, aparejado del desarrollo económico, creando la infraestructura necesaria para el bienestar de la sociedad mexicana. Servicios de salud, vivienda, educación y creación de trabajo, fueron indispensables para poder tener acceso a una mayor comodidad social.²³²

²³⁰ Ward, Peter, *Políticas de bienestar social en México 1970-1979*, ed. Nueva imagen, México, 1989, p. 216.

²³¹ *Ibidem*.

²³² *Ibidem*.

Un efecto del crecimiento en servicios sociales, al destinar un mayor porcentaje presupuestal del erario público, fue el agotamiento del modelo. Sin duda, 1970 implicó el hito del replanteamiento de las políticas de bienestar. La crisis del campo, fue otro factor que se sumó a la debilidad del Welfare. La producción de alimentos, no cubrió la demanda de la población, los precios para garantizar alimentos básicos habían caído y la producción agrícola tomó el rumbo de la exportación, al igual que la ganadería. A ello, se sumó el crecimiento de la población, precipitando la urbanización, el desempleo, fábricas con cierres temporales, la inflación y la caída de salarios.²³³

Como intento de paliar el agotamiento del modelo de bienestar, el gobierno de Echeverría asumió que el desarrollo de la economía era el único factor para sacar del atraso al país y disminuir la desigualdad social. Sostuvo que la justicia social, como principio revolucionario, no fue concluido por los gobiernos anteriores.²³⁴

De acuerdo con esta apreciación, aumentó los salarios y dinamizó la política de vivienda.²³⁵ Aumentó el gasto social, abriendo nuevas posibilidades para la mejora de las condiciones de la población, expandiendo los beneficiarios al seguro social y ampliando la matrícula en la educación; a las familias pobres llegadas del campo a la ciudad, se les vendieron predios baratos y se regularizaron otros, prometiendo extender los servicios hacia a esas zonas. Con estas medidas, el gobierno, logró apaciguar y controlar los descontentos.

A pesar de las políticas promovidas por Echeverría, la economía del país no aguantó más y se vivió una debacle financiera en el presupuesto estatal. De manera que, en la

²³³ *Ibidem.*, pp. 38-40.

²³⁴ Saldívar, Américo, *Ideología y política del Estado mexicano*, ed. Siglo XXI, México, 1981, pp. 9, 64, 65 y 93.

²³⁵ A lado del aumento salarial de los obreros se inició la mejora de condiciones de vivienda, creando el INFONAVIT (1972). *Ibidem.*, pp. 109, 134.

década del setenta presenciamos tres depresiones importantes: la primera inició a finales del sesenta y se prolongó hasta 1971; la segunda, inició en 1973 culminando con la devaluación del peso, en aproximadamente 100%, en 1976; y la tercera depresión que vivió el país, ocasionada por las nuevas devaluaciones y la intervención del FMI, fue entre 1976–1983.²³⁶

Después de los intentos de Luis Echeverría, de darle continuidad a las políticas de bienestar, en el sexenio de López Portillo, se propuso restaurar la confianza de los empresarios y capitalizar los recursos petroleros para el desarrollo nacional, para lograrlo, el gobierno, consiguió el apoyo del FMI, a condición de aplicar un programa de austeridad. Efectivamente, el gasto público se ajustó y los salarios reales se redujeron, situación que ello repercutió en las políticas sociales.²³⁷

Hacia 1978, se logró recuperar la confianza, y con los nuevos yacimientos petroleros descubiertos, el país recibió más préstamos internacionales, desde ese momento la economía se reactivó y consecuentemente el gasto público aumentó. Con la economía de petróleo, hubo creación de empleos a costa del presupuesto gubernamental .

Tras dos años de crecimiento económico, el gobierno creyó conveniente planear el desarrollo, de manera que se elaboró el primer *Plan Global de Desarrollo 1980-1982*. A partir de entonces, inició la era de la planeación nacional en el país. El *Plan Global de Desarrollo*, propuso metas de carácter nacional para los diversos sectores de la economía, donde se buscó conjuntar los planes de los sectores productivos con los de los estatales.²³⁸

²³⁶ Ward, Peter, *Políticas de ...*, op. cit., pp. 41-43.

²³⁷ *Ibidem*.

²³⁸ El Plan Global de 1980-82, fue considerado el primer plan global porque trató de unificar la administración de las instituciones federales con la intención de crear un Sistema Nacional de Planeación, que permitiera lograr una mayor congruencia entre planes, acciones y resultados. Poder Ejecutivo Federal, *Plan Global de Desarrollo 1980-1982*, ed. Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1982, pp. 16-17.

El *Plan Global de Desarrollo 1980-1982*, planteó 4 estrategias a seguir, una fue reafirmar y fortalecer la independencia de México como nación democrática, justa y libre en lo económico, lo político y lo cultural; otra, fue proveer a la población de empleo y mínimos de bienestar, atendiendo con prioridad las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda; una tercera, consistió en promover un crecimiento económico alto, sostenido y eficiente; por último, la de mejorar la distribución del ingreso entre las personas, los factores de la producción y las regiones geográficas. Para el logro de estos objetivos, se concibió fortalecer el Estado, lo que posibilitaría promover la modernización de los sectores de la economía, al igual que la sociedad. De manera que se propuso utilizar las ganancias petroleras para lograr el desarrollo de la economía y de la sociedad y con ello la recuperación económica, con un crecimiento del PIB de 8% durante esos dos años.²³⁹

Conforme a lo propuesto, se hizo indispensable fortalecer la empresa pública, fomentar la inversión, y una adecuada distribución de beneficios entre trabajadores del campo y la ciudad; desconcentrar la actividad económica; controlar y reducir la inflación; avanzar en la estrategia de nuevas formas de financiamiento del desarrollo, a fin de establecer un vínculo con el exterior que sea eficiente, que estimule la modernización y la eficiencia del aparato productivo.

Es de observar que la política social del gobierno lopezportillista, tenía claros tintes de proteccionismo estatal, sin embargo, ya había rasgos de corte neoliberal. Éstos se identifican a través de las políticas focalizadas, como el gasto prioritario, destinado a la provisión de “mínimos de bienestar” orientado exclusivamente a la población marginada urbana y rural; con la inducción de la libertad individual; políticas para atacar el

²³⁹ *Ibidem.*

crecimiento poblacional y racionalizar su distribución territorial; fomento al empleo productivo e impulso de acciones entre los sectores público y privado, todo con arreglo a la *Alianza para la Producción*.²⁴⁰

Contra lo previsto, en 1982 hubo una drástica caída del precio del petróleo y desde ese momento el país vivió, a lo largo de la década del ochenta, una acelerada inflación y continuas devaluaciones.

²⁴⁰ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Global de Desarrollo 1980-I*, p. 8.

3.1.3 La OPS y la salud: 1974-1976

En medio de un fuerte descontento social y falta de legitimidad del gobierno de Luis Echeverría, nació el primer *Plan Nacional de Salud 1974-1976*,²⁴¹ auspiciado por la OMS/OPS.²⁴²

Fueron dos las características del *Plan Nacional de Salud* elaborado en el sexenio de Echeverría: a) su marco ideológico fue el Estado de bienestar y b) se estructuró bajo el auspicio de la OPS. La primera característica, ello unificó criterios en materia sanitaria, asistencial y de seguridad social concibiendo a la salud como una prioridad para la conquista del “bienestar de la sociedad”.²⁴³ Respecto a la influencia de la OPS, se nota su efecto en la periodización del plan, la planeación a 10 años fue una similitud que el gobierno echeverrista aplicó con respecto del *Plan Decenal* de octubre de 1972, del organismo internacional, donde se estableció la política de salud continental y nacional de cada país, con miras a la continuidad,²⁴⁴ cuyos alcances se extendieron a una década.²⁴⁵

Fue en junio de 1973, que se celebró la I Convención Nacional. Con el lema de “justicia social”, los trabajos se orientaron a la elaboración de medidas y procedimientos

²⁴¹ Daniel López considera el inicio de la planeación de la salud al Plan Nacional de Salud de 1974-1976 y 1977-1983, porque fue un plan elaborado con las instituciones nacionales e internacionales, y las metas fueron más allá de una planeación sexenal, que caracterizó la planeación del gobierno de Cárdenas. López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, ed. Siglo XXI, México, 1980, p. 222.

²⁴² Iniciativa que tuvo sus orígenes en la *Resolución del El Comité Ejecutivo*, sobre los servicios de planificación de la OPS, señalada en el capítulos II de este trabajo, *CE46/11*, en *www.paho...*, dir. e. cit.

²⁴³ Unificar criterios fue con el sentido de coordinar las funciones entre las diferentes instituciones de salud (SSA, IMSS, ISSSTE entre otras) para lograr una cobertura universal. Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983*, tomo I, ed. SSA, México, 1974, p. 3.

²⁴⁴ Programa General de Trabajo para un Periodo Determinado, *Resolución de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana CSP19.1R11*, septiembre-octubre, 1974, Documento 133,14, en *www.paho...*, dir. e. cit.

²⁴⁵ El criterio temporal de la OPS, para la elaboración de los planes de salud fue decenal, como lo muestra su plan elaborado en la década del setenta, éste se proyectó entre 1971-1980. La realidad política mexicana

para el logro de metas a mediano plazo, es decir, que los planes y programas se proyectaron al plazo de un año, con metas precisas y garantía de recursos, bajo esta premisa, los gobiernos de los estados organizaron sus propios planes de salud, tomando como base los problemas de cada entidad. El acontecimiento significó el primer paso para la planificación de la salud en México y sirvió de referencia latinoamericana.²⁴⁶

Este método fue innovador, porque intentó planificar la salud a partir de las condiciones propias de cada entidad y del país en general, al mismo tiempo que dio continuidad a los mandatos de la OPS (de crear sistemas nacionales de salud propuestos en el Plan Decenal de 1972).²⁴⁷

Es digno de destacar que, aduciendo procedimientos democráticos, el gobierno incluyó la participación de instituciones de salud, sindicatos, confederaciones, universidades, institutos y asociaciones para la elaboración del *Plan Nacional de Salud*, desde luego la OPS, organismo encargado de la salud en América Latina, también contribuyó en su elaboración.

Las estrategias del primer plan de salud, fueron las de ampliar la coordinación intra y extrasectorial para poder consolidar la unidad y coherencia de la planeación, y con ello unificar programas de elaboración de normas, un aspecto que destacó fue la evaluación de resultados. Para lograr estos propósitos, se hizo necesario hacer uso del progreso científico,

estableció que los tiempos de ejecución del gobierno mexicano era sexenal, pero decidió extenderlo a diez años. Sin embargo, para una crítica a la planeación decenal véase el subinciso 3.15, infra.

²⁴⁶ La OPS, felicitó a México por tener la iniciativa, ésta sirvió para organizar reuniones en Latinoamérica con miras a la planificación del sector que comprendió la red institucional del país (IMSS, ISSSTE, SSA y otras) junto con los organismos internacionales como la OMS y OPS. Resolución de los Cuerpos Directivos, Resolución del El Comité Ejecutivo CE74.222, julio, 1974, Doc. 136,56, en www.paho.org, dir. e. cit.

²⁴⁷ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976...*, op. cit., tomo I, pp. 21-22.

tecnológico, de las ciencias sociales y de la salud para la elaboración de los programas a seguir.

Además fue cardinal, canalizar recursos a la atención de los problemas de salud de mayor incidencia en la población, estableciendo un equilibrio entre necesidades y capacidades a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En tanto, había que reorganizar la infraestructura de salud en sistemas regionales para la atención en distintos niveles, desde servicios mínimos y programas de penetración en áreas rurales que carecieran de servicios permanentes, hasta la creación del sistema de Hospital Federal, ambos debieron de responder a una doctrina, a un sistema y a los procedimientos y técnica para su operación; orientar la inversión en la salud, a aquellas áreas que ofrezcan mejores condiciones para obtener mejores rendimientos; fomentar la preparación de recursos humanos a nivel nacional; promover, para el sector salud, mayor presupuesto público y gestionar nuevas fuentes de presupuesto y establecer las medidas necesarias que armonicen el *Plan Nacional de Salud* con los programas de carácter municipal, estatales y diversos planes de desarrollo nacional y regional. Además de reforzar las relaciones con organismos internacionales como la OPS.²⁴⁸

²⁴⁸ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de salud 1974-1976 y 1977-1983*, tomo II, ed. SSA, México, 1974, pp. 139-142.

3.1.4 La demagogia y las metas no logradas en salud 1977-1983

En la planeación de la décadas de los setenta, nos encontramos con una segunda etapa entre 1977-1983. Después de la unificación de criterios para la atención de la salud, se propusieron metas a largo plazo con la intención de que en el país hubiese continuidad en sus políticas programáticas, además de aprovechar los progresos alcanzados en el periodo anterior.²⁴⁹

De acuerdo al principio de largo plazo, en la segunda etapa de la planeación de la salud de finales de los setenta y principios de los ochenta, se planteó, idealmente, que habría que intensificar los esfuerzos para consolidar los resultados de los programas puestos en práctica y resolver los nuevos problemas derivados del crecimiento de la población, el proceso de urbanización, el aumento de las demandas públicas y el desarrollo y nivel del sector salud con los demás sectores. En consecuencia, se reafirmó la trascendencia del Estado y su responsabilidad con las necesidades de la población. A su vez, se atacó el problema de la duplicación y entrelazamientos de funciones y recursos entre las instituciones, para ello se proyectó fortalecer el sector salud y ofrecer servicios más equitativos entre los diversos sectores.²⁵⁰

Para tal efecto, se propuso perfeccionar la unidad de los programas siguiendo una política conciliatoria, así como promover la organización y la administración del sector salud tomando en cuenta costos y beneficios; fortalecer la infraestructura médico-sanitaria y hacerla llegar a través de una red de servicios mínimos en el área rural. A fin de atender

²⁴⁹ *Ibidem.*, pp. 127-139.

²⁵⁰ *Ibidem.*

los problemas y cambios que va teniendo la población, fue necesario generar programas de erradicación de enfermedades, de atención materno-infantil y promover la participación social.²⁵¹

En la ejecución de los programas diseñados, se hizo urgente fortalecer la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública de Asistencia y Seguridad Social, como órgano de coordinación central y a los Consejos de Salud estatales para que ayudasen al cumplimiento de los planes y los programas.²⁵²

Esta segunda etapa del *Plan Nacional de Salud* de los setenta, fue muy ambiciosa, puesto que en su diseño se elaboraron 20 programas, acompañados de 56 subprogramas, cuyo perfil se inscribió a partir de las resoluciones de la OPS. Los temas que se propuso resolver, fueron la estructuración del servicio social voluntario en las comunidades, tanto urbanas como rurales; la higiene y saneamiento del medio ambiente; la atención al sector materno- infantil, al igual que la planificación familiar, la nutrición, la producción de biológicos y el control de medicamentos.²⁵³

La prevención y control de enfermedades transmisibles, ocupó un espacio bastante extenso en el *Plan*, de manera que se proyectó la investigación, mayor seguridad social y asistencia médica, rehabilitación y la formación de recursos humanos entre los programas más destacados.²⁵⁴

Un aspecto de trascendencia en la planeación de los setenta, fue la noción de continuidad en los programas, para darle fortaleza a los objetivos, las actividades, la

²⁵¹ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de salud 1974-1976 y 1977-1983*, tomo III, ed. SSA, México, 1974, pp. 13-69.

²⁵² Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de salud 1974-1976...*, op. cit., tomo II, pp. 142-144.

²⁵³ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de salud 1974-1976...*, op. cit., tomo III, pp. 13-69.

²⁵⁴ *Ibidem*.

estrategia a seguir, la organización, las bases para el control, la reglamentación jurídica con capítulos generales y específicos, los costos y el financiamiento. Todo se elaboró cuidadosamente, con el fin de lograr el cumplimiento de los compromisos planteados para el desarrollo del sector salud.²⁵⁵

Contra todo lo planeado, no se logró resolver las carencias de servicios de salud de la población, sobre todo, por ser parte de un discurso demagógico y legitimador del gobierno echeverrista, a causa del poder perdido con los acontecimientos de 1968,²⁵⁶ y a que el gobierno, de José López Portillo, privilegió el crecimiento económico, dejando a la salud en segundo término, en esa medida la justicia social dejó de ser una prioridad.²⁵⁷

²⁵⁵ *Ibidem*.

²⁵⁶ Sin embargo, logró limar el descontento del sindicato de la Secretaría de Salubridad, de universidades y sindicatos obreros. El gobierno de Luis Echeverría, logró cumplir con los mandatos establecidos por la OPS/OMS, dando cuerpo a la creación de *Planes Nacionales de Salud* propuestos desde la década de 1960.

²⁵⁷ Daniel López afirma que el gobierno de López Portillo no dio continuidad a la iniciativa del Plan Nacional de Salud propiciado por Luis Echeverría, por lo que la planeación iniciada quedó incluida. López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, ed. Siglo XXI, México, 1980, p. 222.

3.1.5 Crítica a la planeación decenal en salud 1974-1976 y 1977-1983

El Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983, se compuso de tres tomos, el primero comprendió los antecedentes, principios doctrinarios, marco jurídico, metas proyectadas para 1983, y el relato de la I Convención Nacional de Salud, que dio origen al *Plan*. El segundo tomo, comprendió la elaboración de las condiciones generales que incidieron en la salud, tomando en cuenta la situación de la salud en esa década y el planteamiento de los objetivos, estrategia, organización, evaluación y metas para este *Plan*, con 10 años de vigencia. El tercer tomo, comprendió todos los programas y subprogramas encaminados al cumplimiento de la impartición de salud de la población.

Si tomamos en cuenta las *Resoluciones* de los cuerpos directivos de la OPS, formuladas en el capítulo II de esta tesis, y lo comparamos con el índice del capítulo III, *del Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977- 1983*, se evidencia que los programas de salud elaborados en México fueron muy similares con los de la OPS.

En el plano de la justificación política, tomo I del *Plan*, se arguye que se tomaran en cuenta las condiciones locales de cada entidad federativa, para el efecto de elaborar planes locales; se sostiene que los gobiernos del Distrito Federal, de los estados y los municipales, enumerarán los problemas de salud de cada región, y en conjunción con las instituciones de salud, tanto federales como estatales, darían cuenta de un plan nacional con atención a los planes estatales y regionales. Conforme a la idea de un plan que pusiera el acento en la participación colegiada en la elaboración de los planes estatales y nacional, se llamó a participar a sectores, algunos cercanos y otros más bien lejanos a los servicios de la

salud, a la labor de la planeación, entre los sectores participantes estuvieron los universitarios, asociaciones, industriales y confederaciones.²⁵⁸

Sin embargo, en el *Plan Nacional de Salud* de los setenta, de sus 20 programas, sólo adquirieron importancia dos: el de control y prevención de enfermedades transmisibles, apoyado por los programas de vacunación nacional, y el programa de control y prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias. Los 18 programas restantes, como prevención de accidentes, asistencia social, salud bucal, rehabilitación, salud mental, prevención y control de enfermedades no transmisibles, entre otros, tuvieron menos prioridad. Así lo demuestra la cantidad de subprogramas, de los programas que he enumerado como importantes, éstos ocupan una cantidad superior al resto.²⁵⁹

El orden de prioridades del *Plan Nacional de Salud 1974-76, 1977-1983* se aprecia en las *Resoluciones de los Cuerpos Directivos* de la OMS/OPS, cuyo eje central se ubica en los programas que atacan el crecimiento poblacional, al igual que el incremento en costos, tanto humanos como económicos.

El gobierno de Echeverría utilizó la creación del *Plan Nacional de Salud*, para dar solución a problemas generados por enfermedades infecto-contagiosas e infecto-parasitarias, que efectivamente, eran graves para el país, pero el motivo por el cual se

²⁵⁸ Los sectores que participaron dentro de elaboración del *Plan Nacional de Salud* de la administración echeverrista, fueron, además de los gobiernos de los estados y territorios, las secretarías estatales (Secretaría de Gobernación, Defensa Nacional, Marina, Obras Públicas, entre otras), Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Organización Panamericana de la Salud, Academia Nacional de Medicina, FF.NN., Hospital Infantil de México, Petróleos Mexicanos, Confederación Nacional de Organizaciones Populares, Alcohólicos Anónimos, y la Asociación Nacional de Periodistas, entre muchas otras. Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976...*, op. cit., tomo I, pp. 7-10.

²⁵⁹ Por ejemplo, los programas de salud bucal, mental, ocupacional e higiene sólo ocupan un programa sencillo explicado por unas cuantas líneas donde se relata la importancia de cada uno. En cambio el programa de Prevención y control de enfermedades transmisibles se compone de once subprogramas adicionales, en el mismo sentido el programa de Investigación biomédica de las enfermedades infecciosas y parasitarias tiene diez subprogramas. Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976...*, op. cit., tomo III, pp. 15-16.

decidió hacerles frente fue que habían sectores de la sociedad que reclamaron ser tomados en cuenta, así como la urgencia de resolver sus necesidades.

El gobierno de Luis Echeverría, aprovechó el reclamo social y los conjuntó con los acuerdos establecidos con la OPS/OMS. A modo de legitimar su gobierno, los hizo “participes de la elaboración” del *Plan*. Bajo esta premisa, se integró al trabajo conjunto a las instituciones y organizaciones ya mencionadas. Echeverría proyectó la vigencia del Plan más allá de su mandato con el discurso de la continuidad, lo que significó un acto de demagogia pues en nuestro país no han existido políticas de Estado a largo plazo, más bien son políticas sexenales en atención a proyectos personales de gobierno.

El carácter que le dio el gobierno mexicano a la salud pública del país, fue la de botín político para legitimarse en el poder. En este sentido, las políticas de salud provenientes de la OPS/OMS constituyeron una coyuntura muy bien aprovechada por Echeverría.

Como sostengo más arriba, la creación de este primer *Plan Nacional de Salud*, ocasionó un gran alboroto en el sector, pero no trascendió más allá de 1976, pues el gobierno de José López Portillo, tomó una posición moderada con respecto a la planeación de la salud, por no ser una prioridad de su gobierno y porque éste ya acusaba síntomas de corte neoliberal. La poca importancia que López Portillo le dio al *Plan Nacional de Salud*, se reflejó en las declaraciones del subsecretario de Planeación de la SSA, José Laguna García, quien sostuvo que era utópico e imposible de llevar a la práctica, por falta de recursos económicos, sin una evaluación de sus objetivos y por lo irreal de sus metas.²⁶⁰

²⁶⁰ “Plan Nacional de Salud de 1974 fracasó por falta de medios”, en *Excélsior*, 28 de noviembre de 1977, p. 4, citado en, López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, ed. Siglo XXI, México, 1980, p. 222.

La tendencia neoliberal, que José López Portillo, le dio a la atención a la salud radicó en la puesta en marcha de las *Resoluciones de los Cuerpos Directivos* suscritas en la IV Reunión Especial de Ministros de la Salud de las Américas- Extensión de la Cobertura de los Servicios de Salud (septiembre de 1977), donde se planteó la necesidad de orientar la cobertura de los servicios de salud a las zonas rurales y urbanas marginadas, a través de acciones intrasectoriales e intersectoriales de las instituciones de cada país para lograr una pronta cobertura.²⁶¹

También, se abandonó la invitación a participar en la elaboración del plan, a los sectores incluidos por Echeverría, apegándose a los compromisos contraídos con la OMS/OPS. Esto se reflejó en los objetivos planteados en los *Informes de Labores* de la Secretaría de Salud y en el *Plan Global de Desarrollo* dado a conocer en 1980, donde se planteó la extensión de cobertura de los servicios de salud a la población marginada en el campo y las ciudades.²⁶²

El gobierno lopezportillista, siguió con apegó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud- *Declaración de Alma-Ata*, URSS, (1978), donde se recomendó resolver los problemas de desigualdad en la promoción de la salud, con *los Programas de Atención Primaria de Salud*, fortaleciendo la extensión de la cobertura de los servicios con los *Planes Nacionales* y la relación intersectorial e intrasectorial. Es menester mencionar que el *Informe de Labores 1976-1977* se adhirió a las recomendaciones de extensión y cobertura de los servicios, y en el *Informe de Labores de 1977-1978* se registra

²⁶¹ El sustento de que las políticas intersectoriales e intrasectoriales son de corte neoliberal se presenta en el Capítulo 2, incisos 2.4.1 y 2.4.2, supra.

²⁶² Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de labores de la Secretaría de Salud 1976-1977*, ed. SSA, México, 1977, p. 10.

la ejecución de las recomendaciones al establecimiento y coordinación intersectorial e intrasectorial de los servicios.²⁶³

El camino neoliberal en materia de salud que, López Portillo, empezó a recorrer, fue la reforma en salud pública al introducir el criterio de calidad en los servicios, así como la focalización de los mismos, hacia los sectores marginados de la población, para lograr lo anterior, se elaboraron programas intersectoriales como IMSS-COPLAMAR, el DIF y el fortalecimiento de la *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal* que otorgó facultades al presidente de la república para determinar agrupamientos de las entidades paraestatales por sectores definidos. Esto significó la expedición del primer “acuerdo de sectorización” de la salud pública, donde quedó constituido el sector administrativo de salud, cuyo programa de sectorización de la salud se expidió con el *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, ya con el gobierno neoliberal de Miguel de la Madrid.²⁶⁴

²⁶³ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de labores 1977-1978*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1978, p. 9.

²⁶⁴ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1984, p 157.

3.1.6 El declive del sistema nacional de salud

a) El periodo 1974-76

Bajo el modelo de Estado de bienestar, nació la red institucional que se encargó de la impartición de servicios de salud en el país; instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1943), el Instituto de Seguridad Social el Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1959), los servicios exclusivos de la Armada Nacional, los de Petróleos Mexicanos, y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, 1943).

Fueron el IMSS, el ISSSTE y la SSA, las instituciones de más importancia en el sistema de la salud pública nacional, ya que albergaron a la mayor parte de la población del territorio y tuvieron el mayor número de infraestructura extendida en toda la nación.

De éstas, el IMSS, fue la institución que más se desarrolló, su perfil fue la cobertura de la población asalariada del sector privado, siendo su antecedente el Departamento de Seguros Sociales, creado en 1941, dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social. El seguro social, como habitualmente se le conoce, contempló la protección social de seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, seguros de enfermedades no profesionales y maternidad, y los seguros de vejez, cesantía y muerte. Con la *Ley del Seguro Social (1943)*, se estableció un servicio público nacional, con carácter obligatorio, organizándose y administrándose como organismo descentralizado con personalidad jurídica.²⁶⁵

²⁶⁵ *Ibidem*

En 1973, el Instituto, se transformó como un organismo cuyos propósitos se centraron en la impartición de asistencia social con el afán de extender su protección a nuevos sectores de la sociedad. Dada su naturaleza, fue una institución que contempló, desde sus inicios, una cobertura nacional con una infraestructura creada entre los años 1940 y 1950, con la finalidad de dar protección social a todos los asalariados dependientes del sector privado.²⁶⁶

La segunda institución más importante a nivel nacional, fue el ISSSTE, cuyo perfil de atención fueron los trabajadores al servicio del Estado, su antecedente más directo fue la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro (1925), que se fundó para otorgar pensiones por vejez, inhabilitación, muerte o retiro, y posteriormente se incorporó el otorgamiento de préstamos a los trabajadores, como una manera de invertir los excedentes de fondo de pensiones. La atención médica no quedó comprendida dentro de sus atribuciones legales, por lo que el trabajador acudía a los servicios privados y a los propios de cada dependencia del Estado, lo que determinó que varias dependencias crearan sus propios servicios de salud, generando dispersión de los servicios.²⁶⁷

La *Ley del ISSSTE*, de 1959, dio protección a los trabajadores del Estado ante riesgos de trabajo, e hizo obligatoria la atención médica a sus trabajadores y sus familiares, en cuanto a la administración del servicio, quedó en manos del Estado. A la postre, se fueron otorgando prestaciones sobre enfermedades no profesionales y de maternidad.²⁶⁸

²⁶⁶ Soberón, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna José (comps.), *La salud en México: Testimonios de 1988*, , *Desarrollo Institucional IMSS-ISSSTE*, Tomo III, volumen I, ed. FCE- SSA-Instituto Nacional de Salud Pública- Colegio Nacional, México, 1988, pp. 15-16.

²⁶⁷ *Ibidem*.

²⁶⁸ *Ibidem*.

En los años 70, con el crecimiento de las instituciones gubernamentales, aumentó la demanda de servicios médicos, lo que obligó al ISSSTE a expandirse a otras entidades. Así, se construyeron 29 hospitales propios y 360 puestos periféricos para la atención de 1er. nivel, (consultas y prevención), de 2º nivel, (hospitalización y rehabilitación) en el que operaron hospitales estatales y locales y de 3er. nivel, (especialización e investigación) del que surgió el Hospital 20 de Noviembre.²⁶⁹

La tercera institución en importancia, fue la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que se creó en el año de 1937, esta Secretaría y la Beneficencia Pública (creada por la iglesia en 1861) centralizaron la organización, dirección y funcionamiento de los centros hospitalarios para la atención de aquella población que no contaba con atención médica derivada de su fuente de trabajo, IMSS o ISSSTE. En 1943, se reformó y quedó instituida como dependencia del Estado, encargada de proporcionar servicios de asistencia pública y protección sanitaria. Entonces se dispuso que los servicios de salubridad y asistencia fueran coordinados por un solo organismo para aprovechar las afinidades de funciones de las instituciones precedentes y operar con eficacia, a partir de esta disposición gubernamental, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creó un sistema hospitalario en el país, que osciló desde hospitales generales, hasta los de especializaciones, así como centros de salud y unidades de asistencia rurales y urbanos.²⁷⁰

²⁶⁹ La década del sesenta, vio la construcción de 40 unidades de impartición de salud (clínicas, y hospitales), en 1965, su crecimiento fue aún más rápido, las unidades médicas pasaron de 462, en 1966, a 742, en 1970, en Soberón, Guillermo, *Ibidem.*, p. 253.

²⁷⁰ *Ibidem.*

El perfil de la población a la que se abocó la SSA, fue la capa de la sociedad más pobre, carente de servicios de protección social, como la niñez y la maternidad, desde cuidados de higiene hasta la alimentación y la inmunización.²⁷¹

Estas características, reflejaron el interés del Estado por resolver los problemas y los padecimientos de salud de la población del país, pues concebía que la salud era un paso importante para lograr el desarrollo integral de México.

El *Plan Nacional de Salud de 1974-1977*, siguió el mismo camino del modelo benefactor, pues su planeación se basó en el combate de las enfermedades contagiosas que padecía la población dio continuidad a los programas intensivos de vacunación, con el objetivo de disminuir los altos índices de mortalidad por este tipo de enfermedades. Inició el *Programa de Vacunación* a menores de 5 años, con la intención de abatir neumonías, tuberculosis, enteritis, anemias, y muchas otras enfermedades que ocasionaron terribles secuelas y muertes.²⁷²

A pesar de la atención sanitaria en expansión, las enfermedades seguían en aumento debido a las condiciones de pobreza y marginación en las que se veían envueltas aquellas personas que migraron del campo a la ciudad. La dispersión rural, constituyó otro problema para la extensión de los servicios de salud, en 1970, la población era mayoritariamente rural (42 millones pertenecientes a la población de los estados) integrada por 97 000 comunidades, de las cuales 84 000, no contaban con 500 habitantes.²⁷³

²⁷¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Guía general de fondos*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, sin año, pp. 10 y 41.

²⁷² El país, tenía altos índices de mortalidad en 1970 por enfermedades infecciosas las que disminuyeron para 1976, con los programas intensivos de vacunación enfocados a la tosferina, difteria y tétanos, enfermedades que ocasionaron 14, 500 muertes anuales de 16, 638 enfermos entre 1970-1974. Cfr. Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Seis años de labor 1970-1976*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1976, pp. 46-59.

²⁷³ *Ibidem*, p. 55.

En efecto, los servicios de salud resultaron insuficientes para una población en aumento, la extensa red de servicios de salud, creada por lo menos dos décadas antes, no daba abasto ni a la demanda rural ni a la urbana. En esa medida, las metas propuestas por el *Plan Nacional de Salud 1974-1976* se vieron rebasadas por la realidad que fue más allá de los discursos presidenciales.²⁷⁴

Aunque se logró la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas, las cifras de éstas, continuaron siendo dramáticas, a la vez que fueron en aumento las enfermedades generadas por el fenómeno del crecimiento de las ciudades, sobretudo a partir de 1973, momento en que hubo un cambio notable en el ascenso de las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes y la violencia. Las enfermedades infecto-contagiosas como el sarampión, que habían sido una de las 10 causas principales de mortalidad, fueron rebasadas por los males de la ciudad. Con el crecimiento de la urbe, otras enfermedades hicieron su aparición, como el alcoholismo, la desnutrición y el bocio endémico.²⁷⁵

El Sistema Nacional de Salud, se vio deteriorado a pesar de que la red en su acelerada expansión llegó a cubrir 21 673 186 personas en las zonas urbanas y a 4 890 869 en las zonas rurales al finalizar el periodo presidencial de Luis Echeverría.²⁷⁶ Los servicios de salud del Estado, cubrieron al 53% de la población total del país, dejando el 47% a la

²⁷⁴ El *Plan Nacional de Salud 1974-1976*, se propuso cubrir a 66.5 millones de personas (85% de la población total del país) aumentando el número de derechohabientes dentro de las instituciones ya establecidas como el IMSS (se propuso una cobertura de 28.5 millones de habitantes) y el ISSSTE (5 millones) incorporando 1 millón por año. Cfr. *Informe de...1976- 1977...*, op. cit., p 21.

²⁷⁵ Las enfermedades y las muertes causadas por los problemas como el hacinamiento comenzaron a ocupar un lugar relevante dentro de las 10 principales causas de muerte de los mexicanos. El alcoholismo, representó 6.2 por cada 1,000 habitantes en 1973, la desnutrición abarcó a 31% de la población infantil rural y 16% de la urbana en el mismo año, el bocio endémico (causado por falta de yodo) abarcó a 5 millones de la población nacional. Cfr. *Ibidem* p. 60.

²⁷⁶ En 1976, el IMSS, llegó a cubrir a 20 millones de mexicanos, la SSA, 10 millones, el ISSSTE, 3.5 millones y otras instituciones privadas y del gobierno 1.5 millones, quedando 18 millones desamparados. En, Secretaría de Salubridad y Asistencia, *6 años de...*, op. cit., p. 56.

cobertura de los servicios privados en 1976.²⁷⁷ Dos factores que se mezclaron para que el sistema decayera fueron la sobrepoblación de derechohabientes y la corrupción.

Por encima del resto de instituciones de salud, el ISSSTE, vivió una creciente corrupción durante la administración echeverrista, además de no crear la infraestructura requerida y rebasando la capacidad de las unidades médicas, esto último se reflejó en las siguientes cifras: a principios de 1960, atendió a 487 742 derechohabientes, hacia 1965, aumentó a 1 070 971, manteniéndose así hasta 1973, año en que comenzó un aumento acelerado de atención de 2 088 824 derechohabientes y a finales de los setenta a 4 367 166.

Otro aspecto que redundó en el deterioro del ISSSTE, fueron sus recursos humanos. Entre médicos, enfermeras, personal administrativos e intendentes se contaban 12 775 en 1965, número que se fue incrementando hacia la mitad de los setenta, a 21 323, y hacia 1980, a 30 327. Dentro de éstos, los que más rápidamente crecieron en la institución fueron los administrativos e intendentes, llegando a ser un total de 12 098 en contraste con un total de 17 229 médicos y enfermeras.²⁷⁸

b) El periodo 1977-1983

Es frecuente pensar que el Estado de bienestar tuvo cierta vigencia hasta el final del gobierno de López Portillo, sin embargo, durante este sexenio se instrumentaron políticas de salud identificadas con las políticas neoliberales, de acuerdo con esta doctrina, se

²⁷⁷ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976...*, op. cit., p. 59.

²⁷⁸ El ISSSTE incrementó desproporcionadamente a sus derechohabientes, administrativos e intendentes sin incrementar significativamente sus unidades de atención, pues de las 742 unidades médicas, 75 consultorios, 60 quirófanos y 2, 231 camas de hospitalización creados en 1965, a finales de la década de 1970 se contaban 1,085 unidades médicas, 75 consultorios, 121 quirófanos y 5,559 camas para hospitalización. Soberón, Guillermo, *Testimonios de...*, op. cit. Tomo III, volumen I, p. 16.

crearon servicios focalizados²⁷⁹ hacia la población marginada. En efecto, con el argumento de lograr la incorporación de esta población al desarrollo del país y darle un nivel de vida aceptable, se creó la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y grupos Marginados (COPLAMAR, 1977), a fin de canalizar recursos a grupos específicos de la sociedad, el objetivo preciso, de éste, fue coordinar el gasto público ejercido a través de distintas dependencias para instrumentar programas de empleo y bienestar en las zonas marginadas.²⁸⁰

Las actividades de COPLAMAR, para la atención de la marginalidad partieron de los convenios destinados a cubrir los rubros de abasto de bienes básicos, salud, creación de empleos a través de un intenso programa de reforestación, mejora de la habitación rural, caminos rurales e introducción de agua potable, además de casas-escuela para niños de comunidades dispersas. Para el efecto, se creó un programa interinstitucional, con Conasupo, IMSS, STPS, SARH, SAHOP y SEP,²⁸¹ cuyo objetivo fue lograr mínimos de bienestar, tratando de identificar los requerimientos regionales de salud, alimentación, vivienda y educación.²⁸²

De manera que en salud pública se creó el acuerdo IMSS- COPLAMAR, para elevar las condiciones de vida de la población marginada, con la construcción de 2 104 unidades médicas y 52 clínicas, que darían protección de salud a una población rural dispersa de 21 406 localidades en más de mil municipios, a condición de ampliar los servicios médicos asistenciales.²⁸³

²⁷⁹ Este tipo de servicios son típicos de la política de ajuste neoliberal. Para más detalles véase, Capítulo 2, subinciso 2.4.4, supra.

²⁸⁰ Soberón, Guillermo, *Testimonios de...*, op. cit. Tomo III, volumen I, p. 16.

²⁸¹ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Global de...*, op. cit., p. 47.

²⁸² *Ibidem*.

²⁸³ *Ibidem*., p. 50.

Una institución más que se creó para la atención de la población marginada, fue el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuyo propósito se orientó al cuidado de la niñez y el desarrollo integral de la familia, con asistencia médica preventiva y curativa de la población de escasos recursos, sobre todo a niños y mujeres gestantes, niños abandonados, extraviados, o de conducta “antisocial”, además de brindar orientación jurídica.²⁸⁴

Con la idea de ir cambiando la concepción del sistema de salud en manos del Estado, se capacitó a la población para que participara en actividades preventivas, curativas y saneamiento del medio, el sentido de la capacitación fue hacer partícipe a la sociedad de los servicios de salud, puesto que el Estado, por sí sólo, ya no podía encargarse *de todo*, como sucedió en el pasado, entendiéndose con el feneciente Estado de bienestar. Sostengo entonces que, con el gobierno de José López Portillo, inició una transición, en los servicios de salud, hacia políticas de ajuste monetario. La concepción de salud generalizada llegó a su fin con los programas de atención focalizados.

Con arreglo a lo anterior, el IMSS, la SSA y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, llevaron a cabo programas de solidaridad social para sectores no asalariados, con la idea de cubrir a la población marginal. A su vez, la SSA, que desde 1943 venía siendo un órgano del Estado, encargado de la coordinación del establecimiento de las políticas, normas nacionales y del ejercicio de las facultades que le conferían las leyes sobre la materia, ajustó sus funciones, proponiendo nuevas metas y objetivos, con este fin se creó la Subsecretaría de Planeación (1976) y el *Nuevo Reglamento Interior* en la secretaria, su propósito fue conjuntar funciones y evitar duplicaciones.²⁸⁵

²⁸⁴ *Ibidem.*

²⁸⁵ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de...1976-1977, op. cit.*, p. 17.

Otra política de ajuste de corte neoliberal, fue la estructuración de programas interinstitucionales, en tal sentido el Sistema Nacional de Salud, se estructuró en tres niveles de acuerdo a las prioridades de la salud, recursos y tecnologías disponibles. El primer nivel, se orientó a atacar el problema de salud frecuente, lo que requirió de una tecnología simple, ello permitió la participación activa de la sociedad. La importancia de este nivel, residió en que sus características, en el corto plazo, permitirían ampliar la cobertura de la salud.

El segundo nivel, se refirió a los servicios de especialidades que requerían de tecnología más compleja, y el tercero, a la atención de alta especialidad. Esta forma de organización de los niveles de atención nacional, durante el gobierno lopezportillista, implicó una estrategia de salud buscando la interacción de éstos, con una adecuada coordinación institucional; con programas interinstitucionales, tanto locales como regionales, a través de convenios de subrogación entre las instituciones de salud y seguridad social, todo con la finalidad de evitar la duplicidad de funciones y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos financieros.²⁸⁶

Conforme a los programas de ajuste neoliberal, se buscó mayor eficiencia en el gasto sanitario, por ello se promovió un esquema de atención regionalizada, es decir, la prestación de los servicios se dividiría por institución, esto implicó dividir al país de acuerdo al número de unidades de 1º, 2º y 3º nivel, poniendo mayor énfasis en las actividades preventivas, lo que permitiría la reasignación, por regiones, de los recursos

²⁸⁶ *Ibidem.*, pp. 193-194.

financieros.²⁸⁷ Así, la mayoría de la infraestructura se buscó crearla en función de las clases marginadas urbanas y rurales abandonando la cobertura de la población total.

Las metas de salud, del gobierno de José López Portillo, se centraron en las recomendaciones hechas por la OPS, la premisa fue mantener los índices medios de salud, sin buscar la cobertura total de la población, de manera que el sentido universal, derivado de los principios del Estado benefactor, se fue haciendo de lado. Por ello, se habló de la cobertura a los grupos excluidos y de escasos recursos. A partir de este sexenio, se promovieron actividades y programas con calidad, ejemplo de ellos fueron los *Programas de Estudio de Alimentos Especiales y el Análisis de la Publicidad de su Venta*, el *Programa de Estudios de Normas de Calidad de los Servicios*, el de *Control de Medicamentos* y el *Programa de Estudios de Control Sanitario en Zonas Libres*. El Plan Nacional de Salud para toda la población no se mencionó más durante este sexenio.²⁸⁸

²⁸⁷ Esto significó que cada institución dividió al país de acuerdo al número de unidades médicas de especialización, con sus hospitales y clínicas, así el IMSS dividió al país en 10 regiones (cuyos centros más importantes fueron la Raza, Siglo XXI, entre otros) con una capacidad de 21 390 361 usuarios, lo mismo sucedió en el ISSSTE con sus 704 unidades médicas. Soberón, Guillermo, *Testimonios...*, op. cit., tomo III, volumen I, p. 33.

²⁸⁸ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de...1976-1977...*, op. cit., p. 24.

3.2 Adiós al Estado de bienestar

Con el arribo de Miguel de la Madrid a la presidencia de la República, se inició un programa de urgencia para enfrentar la severa crisis que enfrentó el país, la estrategia para sanear la economía fue de largo plazo, con el propósito de producir cambios estructurales. Los tratos con el Fondo Monetario Internacional (FMI) se ampliaron, lo que permitió negociar la deuda externa a un plazo más largo, a condición de adoptar un programa de austeridad a fondo, ello implicó recorte del gasto público, nuevas devaluaciones de la moneda y frenar el aumento de los salarios. Todo con el objetivo de reducir la inflación a una tasa del 100%.²⁸⁹

Con este tipo de política económica, identificada de lleno con los ajustes monetaristas, mejor conocidas como neoliberales, se propuso vencer la crisis y recuperar la capacidad de crecimiento, la vía fue promover una recuperación sostenida sobre “bases diferentes del pasado”. Esto significó promover un cambio en las estructuras de la economía, modernizando el papel del Estado, fue la premisa fundamental del cambio de las estructuras económicas, fueron el fortalecimiento del sector privado, puso énfasis en una atención equilibrada de los sectores productivos.²⁹⁰

Una meta primordial del gobierno de De la Madrid, fue hacerle frente a la crisis, por lo que era cardinal abatir la inflación, el medio más efectivo para lograr este objetivo fue la reducción de la demanda, desde luego a través de la reducción de salarios; a su vez hubo de

²⁸⁹ Ward, Peter, *Políticas de bienestar...*, op. cit., pp. 82-83.

²⁹⁰ *Ibidem*.

disminuir y reorientar el gasto público, ya que se consideró que el gasto en beneficios sociales era improductivo y causaba inflación.

La nueva estrategia económica, puso énfasis en la importancia de la iniciativa privada, por lo que se fue tejiendo un discurso antiestatal aduciendo que la participación gubernamental en el desarrollo de la economía había sido el eje de la deplorable situación del país. Bajo esta tesis, se propuso impulsar al sector social con el fortalecimiento del sector privado, en esa medida, el gobierno ya no llamó a fortalecer las instituciones de beneficio social. Conforme al nuevo rumbo, había que generar una nueva sociedad participativa con un sector privado eficiente que tuviera la capacidad de responder a las exigencias planteadas por la difícil realidad de ese momento.²⁹¹

²⁹¹ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*, ed. Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1980, pp. 137-138.

3.3 Delineando el nuevo concepto de salud pública

Las políticas de ajuste monetarista no surgieron en el sexenio de Miguel De la Madrid, sino que ya se venían aplicando desde el gobierno de José López Portillo, sobretudo las políticas referentes a los servicios de salud. Es pertinente recordar que López Portillo, firmó acuerdos con el FMI, de hecho la primera *Carta de Intención* (1976) con el organismo, fue durante su gobierno, también es importante señalar que la OPS ya había hecho cambios a su concepción de salud, la que estaba signada por la ola neoliberal desde la segunda mitad de los setenta, en los organismos internacionales dependientes de la ONU.²⁹²

En tanto que el gobierno mexicano, entre los años 1976-1982, aplicó las nuevas políticas de salud dimanadas de la OMS/OPS, es pertinente sostener que se sujetó a la orientación monetarista. Los criterios de esta orientación fueron: programas interinstitucionales e intrainstitucionales, focalización de políticas de asistencia sanitaria a grupos pobres y marginados, promoción de la eficiencia y la eficacia para lograr alta calidad, reestructuración financiera para hacer más eficiente el gasto, buscando no duplicar actividades y esfuerzos. Con esta nueva orientación en salud, se dio fin a la concepción universalista, de beneficio a toda la población en el marco del Estado de bienestar.

²⁹² La *Carta de Intención*, dirigida al Fondo Monetario Internacional (1976), fue una petición que hizo Luis Echeverría para obtener un préstamo en tres tandas, en la primera el equivalente a 185 mmd., en la segunda 134 mmd. y finalmente 518 mmd. Esta carta, fue firmada por José López Portillo, en 1977, al comprometerse con el FMI a no aumentar su personal estatal a más del 2%, no restringir las exportaciones para mejorar su balanza comercial, a medir su oro en dólares y a informar al organismo financiero de todas sus políticas económicas para que fueran evaluadas por el mismo. *Proceso*, número 0055-02, 21 de noviembre de 1977.

Al introducir el concepto de calidad de los servicios de salud, se asumió la reestructuración de los servicios a partir de la cantidad de los recursos asignados para tal fin, por ello, se dio paso a la focalización de la atención, con programas y servicios orientados a sectores considerados como “marginados”. Cuya acción prioritaria para dar cobertura de salud, fueron los servicios escalonados, poniendo énfasis en la prevención y el otorgamiento de “servicios mínimos” de salud a la población de las áreas marginadas rurales y urbanas. Todo lo anterior, implicó no dar cobertura total de servicios de salud, sino sólo se concibió como actividad prioritaria de atención a la población excluida.²⁹³

Las políticas de salud instrumentadas por López Portillo, tuvieron continuidad en el gobierno de Miguel de la Madrid, en esa medida no se puede sostener que hubo un cambio radical con respecto de la concepción de la salud pública entre ambos gobiernos, en tal sentido, el discurso gubernamental siguió considerando a la salud como un derecho social cuyo propósito fue avanzar hacia la “justicia social”. Sin embargo, el mejoramiento de los niveles de salud, no serían el resultado automático del crecimiento económico, sino más bien, sería necesario adoptar los medios que hiciesen posible la prestación de este servicio a la población.²⁹⁴

Efectivamente, el propósito del gobierno de De la Madrid, con respecto a la salud, fue crear una tendencia hacia la cobertura nacional de los servicios garantizando un “mínimo de calidad”, para mejorar los niveles de salud de la población, en particular de los sectores rurales y urbanos más rezagados, con atención especial a los grupos más vulnerables, así como continuar con la planificación familiar y fomentar prestaciones

²⁹³ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Global de...1980, op. cit.*, p. 193.

²⁹⁴ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988...*, op. cit., p. 233.

sociales a ciertos grupos de la sociedad,²⁹⁵ por lo que no había que perder de vista, que para proporcionar bienestar social, había que atender principalmente a los grupos más desvalidos de la sociedad, como los ancianos y niños en calidad de abandono, minusválidos y madres gestantes de bajos recursos, así como a indigentes, con el fin de incorporarlos a una vida equilibrada dentro del sistema económico y social.²⁹⁶

²⁹⁵ *Ibidem.*, pp. 135-136.

²⁹⁶ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, op. cit., p. 68.

3.3.1 El marco legal y el *Programa Nacional de Salud 1984-1988*

El gobierno de De la Madrid, no asumió la salud del país como una reforma de estructuras, el compromiso formal, como un modo de ocultar la nula ampliación de la infraestructura sanitaria en el país. El Presidente de la República, se dedicó a elaborar, únicamente, un marco legal como la manera de asumir el compromiso del Estado en materia de salud. En ese sentido, se elevó a rango constitucional el derecho a toda persona a la protección de la salud.

Este derecho, fue consagrado como una garantía social y se le incorporó al párrafo tercero del artículo 4º de la Constitución mexicana, el 3 febrero de 1983. El sentido del párrafo, fue la intención de hacer factible, a mediano plazo, la integración de todos los mexicanos al acceso a los servicios institucionales de salud. Si bien, se garantizó el derecho a la salud a todos los mexicanos, nunca se mencionaron los medios para que la población pudiera ejercer ese derecho.²⁹⁷

Con el derecho a la salud garantizada en el papel, no se dejaron esperar cambios a la legislación sanitaria, todos ellos encaminados a la descentralización de los servicios de salud. Conforme a este marco legal, se inició una reestructuración del sector salud, a fin de promover la coordinación intersectorial e intrasectorial para evitar la duplicidad de funciones y presupuestos derrochados. La reestructuración más importante se dio en la SSA, el propósito fue establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud.²⁹⁸

²⁹⁷ Soberón, Guillermo, *Testimonios de...*, op. cit., tomo I, pp. 47-50 y 51.

²⁹⁸ *Ibidem.*, pp. 152-153.

Todos los propósitos del gobierno, se plasmaron en el *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, que se centró en la modernización administrativa de las instituciones nacionales de salud, y su elaboración fue producto de una “consulta popular”, según el gobierno federal. Para los “consultados” fue importante incorporar la consigna “Salud para Todos en el año 2000” promovida por la OPS, por lo que el gobierno federal matizó el eslogan con el *derecho a la salud a todos los mexicanos*. De esta manera, De la Madrid, cumplió con el país y con los organismos internacionales de salud OMS/OPS.²⁹⁹

²⁹⁹ *Ibidem.*

3.3.2 La modernización administrativa a través del *Programa Nacional de Salud 1984-1988*

Un factor importante en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, fue la reforma del sector a través del *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, que se convirtió en un instrumento racionalizador y disciplinador.³⁰⁰

El objetivo primordial de esta modernización administrativa, fue lograr la planeación de la salud y hacer frente a los desequilibrios e insuficiencias existentes, a fin de permitir la convergencia entre el sector privado y el social.

Así, la modernización administrativa, contempló la programación y la presupuestación, que consistió en actualizar las políticas de asignación de recursos; diseñar y concertar sectorialmente modelos de sistemas de servicios para la atención a la población abierta; formular políticas de gastos y financiamiento para el cumplimiento de la descentralización de los servicios, para promover funciones intersectoriales y fortalecer los programas estatales y regionales.³⁰¹

En otro plano, la actualización administrativa, permitió al sector fortalecer su carácter normativo y de planeación, con la SSA como reguladora a nivel central, a modo de descentralizar y desconcentrar los servicios. Para el efecto, se adecuó el marco jurídico para actualizar las bases legales, de manera que permitieran la concertación de acciones entre los sectores social y privado. Mediante esta racionalización de los servicios públicos,

³⁰⁰ El *Programa Nacional de Salud* de Miguel De la Madrid, se centró en reorganizar y disciplinar el sistema de salud del país a través de la modernización administrativa. En este sentido, los múltiples programas enunciados por el gobierno anterior, se redujeron drásticamente, manteniéndose los programas indispensables como el combate de enfermedades infecto-contagiosas no erradicadas y no controladas. Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Programa Nacional de Salud 1984-1988...*, op. cit., pp. 3-6.

³⁰¹ *Ibidem*.

se buscó simplificar sistemas y procedimientos, así como organizar coherentemente los servicios de atención al público y los apoyos internos, buscando desarrollar programas tendientes a eliminar las conductas de corrupción de los servidores públicos y estimular la “participación popular” en la vigilancia del buen desempeño de los servicios.

Integrar un sistema de estadística e informática para la evaluación periódica de los servicios, se volvió ineludible para racionar los recursos humanos, con el fin de favorecer las prioridades dentro de la producción de servicios, a modo de racionalizar los recursos materiales, que iban desde el control de uniformes hasta los bienes muebles y equipo científico-tecnológico. Ello permitió, establecer un sistema de verificación sectorial y de auditoría para supervisar los procesos de operación y programas de ejecución que fortalecieron el sistema de control y la evaluación de los servicios.³⁰²

A partir de 1985, la SSA, quedó como coordinadora del sector salud, con la tarea de modernizar su administración, como estrategia se recurrió a la descentralización cuyo objetivo fue revertir la centralización de los servicios por medio de una adecuada reestructuración de los programas del gobierno federal y de los programas estatales, mediante el distingo de los servicios dirigidos a la población abierta de aquellos que prestaban las instituciones de seguridad social a sus derechohabientes.

Para lograr la adecuada coordinación del Sistema Nacional de Salud, se descentralizarían los recursos humanos, materiales y financieros orientados a la población abierta; se formularían programas para favorecer la desconcentración de los servicios de salud que tuvieran a su cargo el IMSS y el ISSSTE, para integrarlos a los servicios estatales; se ampliaría, a corto plazo, la participación de los gobiernos estatales en apoyo de

³⁰²*Ibidem.*, pp. 163-167.

la coordinación programática del sector y en las administración y operación de los servicios a la población abierta.³⁰³

Para lograr lo anterior, el *Programa Nacional de Salud*, se propuso estrategias de sectorización, medida que ya se había acordado desde 1977, pero que se concretó hasta 1984, y que consistió en buscar los mecanismos que contribuyeran a la coordinación de acciones entre las diferentes dependencias públicas que tuvieran una relación directa con el sector salud, con el fin de evitar duplicidad de acciones y desperdicio de recursos. Bajo esta premisa, la SSA asumió la coordinación del sistema y determinó los tipos de población y a que instituciones le correspondía la prestación del servicio; actualizó y, en su caso, expidió la legislación correspondiente, a fin de reorganizar los servicios, lo que implicó reorientar su concepción y definir sus esquemas básicos que le permitieran coordinar los servicios que prestaba el sector público.

Simultáneamente, se propuso fortalecer los mecanismos de adquisición de insumos, optimizar su distribución y aprovechamiento a partir de una utilización racional e integral; homogeneizar la calidad básica de los servicios de salud; modernizar la infraestructura de la coordinación sectorial de la SSA y de las entidades paraestatales involucradas, y consolidar el modelo de planeación, programación, presupuestación, información y evaluación de las instancias sectorial, subsectorial e institucional.³⁰⁴

Para el logro efectivo de los programas, no se propuso ampliar recursos para incrementar la infraestructura,³⁰⁵ sino que había que reasignar recursos financieros para la

³⁰³ *Ibidem.*, pp. 160-163.

³⁰⁴ *Ibidem.*, pp. 77-79.

³⁰⁵ Según el *Programa Nacional de Salud*, se estima que en 1988 se cubrió al 94% de la población total del territorio, siendo el 54% derechohabiente, el 35% atendida en instituciones de población abierta (IMSS-COPLAMAR, SSA, DIF) y el 4.3% por el sector privado. En *Programa Nacional de Salud 1990-1994*, p. 17. En contraste Guillermo Soberón, afirmó que la institución más grande, el IMSS de 1983 a 1988 no tuvo gran aumento en su cantidad de infraestructura, sino que por el contrario hubo una disminución (1 538 unidades en

atención de grupos marginales, especialmente el materno-infantil, donde la mortalidad materna era de alto porcentaje (80 defunciones por cada 100 nacidos vivos en 1981). Por la escasez de personal médico que pudiese atender este grave problema de salud, se propuso la participación social, el sentido de esta propuesta, fue apoyar la formación de parteras empíricas.³⁰⁶

Para cumplir con los objetivos de los programas, fue forzosa la desconcentración y la descentralización, y en ningún caso se mencionó el otorgamiento de recursos para su cumplimiento. En efecto, el *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, fue una respuesta a las deficiencias heredadas de un modelo deficiente: el Estado de bienestar. Aunque se dijo reconocer los resultados del pasado como aceptables, se criticó que no se habían visto reflejados en amplios sectores de la población, sobre todo porque carecían de servicios de salud, ello fue producto de las ineficiencias con las que operaron los servicios establecidos durante el modelo de bienestar, en tanto se generó duplicidad de funciones y un uso insuficiente e irracional de los recursos.

El precario Sistema Nacional de Salud, necesitaba ser coordinado intersectorial e intrasectorialmente para ser verdaderamente efectivo. Debido a esta deficiencia, la salud pública nacional no había alcanzado los niveles requeridos por la sociedad, factores como: falta de una integración de acciones, escasos recursos físicos y financieros, y una indebida integración de las instituciones, fueron los motivos de la insuficiencia.³⁰⁷

1980 y para 1988, 1 517) en cuanto al número de derechohabientes atendió a 21 millones, mientras que el ISSSTE contó con un total de (1 083 unidades médicas al inicio y final de la década) con 7.7 millones de asegurados. Estas cifras no concuerdan con los 40 millones de personas no aseguradas entre la mitad de la década y los 14 millones en extrema pobreza que no tienen ningún tipo de servicio, cifras estimadas por el *Programa Nacional de Salud 1984-1988. Ibidem.*, p. 33.

³⁰⁶ *Ibidem.*, pp. 185-196.

³⁰⁷ *Ibidem.*, pp. 79-81.

Para resolver el problema, se diseñaron estrategias como la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la “participación de la comunidad”, medidas derivadas de las políticas de ajuste monetarista, arropadas con un discurso de “justicia social revolucionaria” y de “sociedad igualitaria”. De tal suerte que el *Programa Nacional de Salud*, sostuvo como propósito mejorar el nivel de salud de la población y procurar la cobertura total de los servicios, de manera similar al Estado de bienestar, sólo que se le agregó la concepción de “calidad básica homogénea” y un énfasis en el fortalecimiento de las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos, con la intención de disminuir los factores que ponían en riesgo la salud de la población urbana y rural rezagada. Además de que la Asistencia Social, se proporcionaría principalmente a los grupos más vulnerables de la sociedad, como niños, ancianos minusválidos en calidad de abandono, madres gestantes de escasos recursos e indigentes.³⁰⁸

El “derecho de protección de la salud”, se plasmó en el artículo 4º constitucional, como una garantía más, de modo que el papel del Estado, fue el de observar el respeto del derecho sin obligarlo a materializar con infraestructura, financiamiento y formación de personal médico el derecho, ello significó dejar de lado su papel de proveedor activo.³⁰⁹

³⁰⁸ *Ibidem.*, pp. 92-93

³⁰⁹ *Ibidem.*, p. 91.

3.3.3 Los resultados de la modernización administrativa

La reforma administrativa emanada del *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, modificó sustancialmente el principio de salud universal, proveniente del Estado de bienestar, así como la constitución de las instituciones de salud.

Las tres instituciones de salud más importantes del Sistema Nacional de Salud, vieron afectado su desarrollo a partir de la modernización derivada del ajuste neoliberal. La sectorización repercutió en el IMSS, con la ejecución del modelo de atención integral, emanado de la *Ley del Seguro Social* (1982), de acuerdo al modelo, había que ampliar la cobertura de los servicios a la población derechohabiente, además de acentuar la participación de los mismos en los cuidados de la salud; reforzar los servicios de planificación familiar; considerar la medicina familiar como elemento básico del sistema de atención para la salud; regionalizar y zonificar los servicios. Todo ello, tenía que acompañarse de un proceso de ajuste financiero, en tal sentido habría de dar prioridad a las acciones preventivas, a la racionalización de la capacidad de los insumos necesarios para la atención médica para mejorar la eficiencia de los recursos humanos, al mismo tiempo de promover la coordinación interinstitucional, y la vigilancia del mantenimiento de instalaciones y equipos para evitar interrupciones del servicio.³¹⁰

Con el Programa IMSS-COPLAMAR, se quiso cumplir con los principios de la modernización, de manera que se transfirieron 300 unidades del régimen ordinario del

³¹⁰ Soberón, Guillermo, *Testimonios... op. cit.*, tomo III, volumen I, pp. 62-68.

IMSS al régimen de “solidaridad social” por cooperación comunitaria, cuyo universo de atención fue la población abierta.³¹¹

Con respecto al ISSSTE, la descentralización fue el aspecto de la modernización que más lo modificó. Efectivamente, a partir de la *Ley del ISSSTE* de 1982, se estipuló que había que mejorar la calidad y la cantidad de los servicios. Con esta premisa, se adoptó la decisión de regionalizar los servicios dividiendo al país en 11 regiones, cada una dotada de un hospital de tercer nivel con unidades de segundo y primer nivel; dar mayores recursos a la medicina preventiva; lograr el aprovechamiento óptimo de la capacidad instalada; modernizar la estructura administrativa y por último desconcentrar la administración de los servicios, centralizada en la Subdirección General Médica, y transferir a cada delegación el proceso de programación y presupuestación.

Por último, la SSA, como coordinadora del sector salud, tuvo que asumir la coordinación intersectorial y la promoción de la “participación de la comunidad”. Estos aspectos de la modernización, consistieron en a) distinguir los servicios dirigidos a la población abierta de aquellos que prestan las instituciones de seguridad social a sus derechohabientes, y b) promover la solución de problemas de salud a partir de la educación, los hábitos y los valores de la población.

Con el presupuesto asignado, la SSA, se centró en los servicios de salud a la población abierta, para lograrlo se vinculó a un programa intersectorial, por lo que se coordinó con el *Programa IMSS-COPLAMAR*. Las metas de esta colaboración intersectorial, fueron la rehabilitación, construcción y creación de infraestructura destinada a la población abierta, destacando el *Programa Permanente de Rehabilitación* de 3 144

³¹¹ Secretaría de Salud y Asistencia, *Programa Nacional de Salud 1984-1988...*, op. cit., p. 99.

unidades de primer nivel y 58 de segundo.³¹² Para obtenerlo, se tuvieron que descentralizar recursos humanos, materiales y financieros orientados a los servicios de salud a la población abierta.³¹³

Respecto a la participación de la sociedad en la solución de problemas de salud, las políticas modernizadoras se orientaron a elaborar campañas de prevención. Bajo el supuesto de que las enfermedades infecto-contagiosas, que asolaron a la población en las décadas pasadas se habían controlado, se puso mayor atención a aquellos padecimientos propios del desarrollo urbano e industrial. La participación social para enfrentar estas afecciones, radicó en información de hábitos de salud, esperando que la población encontrara su propia salud haciendo conciencia de sus hábitos.³¹⁴

³¹² *Ibidem.*, p. 99.

³¹³ *Ibidem.*, pp. 160-163.

³¹⁴ Las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar de muertes en 1986, ascendiendo a 51 041, le siguieron los accidentes (automovilísticos, laborales, del hogar, entre otros) con 43,814, los tumores malignos con 36 053, la diabetes melitus, la influenza y la neumonía con 23 239, las enfermedades cerebro-vasculares con 17 811, las enfermedades prenatales con 19 320, la cirrosis hepática con 16 090, la hipertensión arterial con 52 000. Enfermedades crónico-degenerativas con 15 millones de casos, enfermedades por desnutrición (2.6 millones de niños menores de 5 años con problemas de obesidad y 3 millones de adultos) y enfermedades y accidentes laborales con 639 928 casos. Secretaría de Salud y Asistencia, *Programa Nacional de Salud 1990-1994*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1989, pp. 7-13.

Conclusiones

Debido a los principios del Estado de bienestar, fue posible la creación de programas de atención a la salud pública. Las condiciones económicas generadas por el modelo, permitieron que en América Latina, se accediera a un acelerado proceso de industrialización.

Los avances en salud de la población, se cumplieron debido a que el modelo de bienestar promovió el ataque a las enfermedades que habían provocado numerosas pérdidas humanas. Indiscutiblemente el mejoramiento en la salud, hizo posible el aumento de la población latinoamericana.

Con la extensión de los beneficios de asistencia sanitaria a la población rural, se creó una infraestructura que significó el inicio de un proceso de modernización en el tratamiento de la salud-enfermedad.

La década del setenta, significó, para la salud pública, el último intento de expansión de políticas de bienestar promovidas por los gobiernos latinoamericanos, sin embargo, representó también, el inicio de la crisis de la salud impartida por el Estado. Una nueva perspectiva económica, conocida como monetarismo o ajuste de la moneda, fue extendiendo la versión de que ya no era prioritaria para el desarrollo económico y social, bajo esta premisa, las instituciones de salud se convirtieron en inversiones inútiles.

Se pasó de conceptos y prácticas de universalidad, accesibilidad, equidad, continuidad e integralidad, a la focalización, sectorización, descentralización, desconcentración y responsabilidad individual; en el trasvase, se perdió de vista el mejoramiento de la salud de la población. Es así que, el modelo de ajuste monetarista,

suplantó los derechos a la salud, conquistados durante la etapa de bienestar, por actos de beneficencia.

La Organización Panamericana de las Salud (OPS), hubo de contender con las consecuencias del modelo benefactor: aumento de enfermedades, que se recrudecieron con el auge del crecimiento de las ciudades, la centralización de la industrialización, la descapitalización del campo y el incremento de la población.

Pese a que el organismo internacional de atención a la salud, mostró un compromiso con las políticas emanadas del Estado benefactor, no dejó de encarnar las provenientes del neoliberalismo. Esto implicó una responsabilidad con los organismos de ajuste financiero como el FMI y el Banco Mundial, más que con el mejoramiento de la salud de la población. Ello se demuestra con el viraje respecto del diseño del *Plan Decenal de Salud de 1972*, al igual que con la *Carta de Punta del Este de 1961*.

La elaboración del *Plan Decenal*, representó estrategias de salud con un sentido de continuidad, en la búsqueda del acceso a la salud para toda la población. En tal sentido, se propuso crear un sistema de salud tanto nacional, como continental. Los acuerdos de la III Reunión de Ministros de la Salud para las Américas de 1972, donde se estableció la necesidad de que cada nación identificara sus problemas de salud prioritarios y urgentes, caminó en la misma dirección.

Dentro de estas líneas estratégicas, se dieron los programas destinados a la erradicación de las enfermedades peligrosas y contagiosas, buscando, en la extensión de la cobertura de los servicios de salud, la solución a este problema tan grave. Los recursos se centraron en los programas de vacunación masiva, en propiciar el acceso de la mayor población posible a los servicios de salud y en la búsqueda de condiciones materiales que generaran condiciones de salud para la población.

La crisis económica de mediados de los setenta, fue mermando las políticas emanadas del Welfare, por lo que sucumbieron con el cambio al modelo neoliberal.

En 1977, se dieron a conocer los acuerdos de la IV Reunión de Ministros de Salud para las Américas, con las resoluciones de este encuentro se hizo tangible la influencia de las políticas de ajuste monetarista. En efecto, la IV Reunión de Ministros, asumió las estrategias de los cuerpos directivos de la OPS, de manera que establecieron programas destinados a la Atención Prioritaria de la Salud, con la intención de incorporar a la población a la dinámica de buscar su propia salud y de manera individual.

A partir de entonces, se inició la reforma “modernizadora” de la salud pública, cuya correa de transmisión fue la ideología neoliberal, el proceso repercutió en la disminución de responsabilidades para el Estado, dejándola en manos de cada individuo, de los grupos organizados de la sociedad y del sector privado, rompiendo con el principio de universalización de acceso a la salud.

De acuerdo con los principios de sectorización y focalización, la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de la Salud, *Declaración de Alma-Ata* (1978), sostuvo que los problemas que el Estado benefactor no pudo resolver, derivaron en un “grave deterioro de la salud”, de manera que a partir de esta conferencia se promovió la realización de programas que involucraran a la población en los procesos de salud.

Argumentando que la crisis se profundizaba, la OPS objetó las iniciativas de carácter universalista y de equidad; para lograr mayor efectividad, sus resoluciones se enfilaron a la búsqueda de la participación privada en los aspectos técnicos y financieros en la promoción de la salud. Se inició entonces, la era de “racionalización” de recursos a través de la focalización de las regiones más problemáticas para la salud, se pensó en

reformular al sector salud, adoptando un carácter intersectorial e intrasectorial de los sistemas de salud, tanto locales, regionales, nacionales como del continente.

En la década del ochenta, la OPS delineó la iniciativa *Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000*, partiendo de una evaluación del *Plan Decenal de 1972*, en la que concluyó que no hubo la creación de un sistema nacional ni regional de salud, y que sin la posibilidad de concluirlos, se darían pasos encaminados a la sectorización de las regiones para lograr la expansión de la salud en el año 2000.

Con el *Plan Regional para Todos en el Año 2000* en marcha, se exhortó a los países latinoamericanos a realizar los estudios correspondientes al financiamiento de la salud y considerar una especial atención a la asignación de recursos y a la asistencia técnica que prestaban los organismos internacionales, todo con el fin de enfrentar la crisis económica mundial.

No obstante, el programa que surgió con más urgencia fue el de *Atención de necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá de 1984*, este programa tuvo la misión de identificar los conflictos económicos y sociales que determinaban los severos problemas de enfermedades. La salud adquirió una importancia de instrumento político, al ser utilizada como un medio para lograr la paz en esta región. La OPS, canalizó todos los recursos necesarios para lograr el cometido.

Otro programa que tuvo este carácter regionalizador, fue el *Programa de Cooperación del Caribe (1984)*, cuyo propósito fue continuar apoyando la iniciativa de generar beneficios de salud en la región. En estos años, el Caribe tenía una gran trayectoria en la solución de los problemas de salud de la región y Cuba participaba activamente. Por ello, la OPS decidió continuar apoyando con recursos financieros y materiales. Además de

ver en este programa la posibilidad de evitar conflictos futuros como el de la región centroamericana y la probable expansión del comunismo con la presencia de Cuba.

Un último programa, no tan urgente, pero que preocupó a la OPS, fue el *Plan de Acción Conjunto (1986)*, propuesto para la región Andina, éste tuvo la iniciativa de mejorar los condiciones de salud que enfrentaba la región, en países como Perú y Bolivia, estas naciones tenían problemas de inestabilidad social causados por la pobreza y las malas condiciones sanitarias, lo que podía convertirse en un conflicto severo.

En el caso de México, el modelo de Estado benefactor, acarreó un crecimiento económico importante, fue uno de los países petroleros latinoamericanos que logró un auge económico bastante favorable, una estabilidad política y social que lo caracterizó en su momento.

La salud pública tuvo importantes avances en cuanto a beneficios sociales se refiere, efectivamente, se creó una amplia red de instituciones que se encargaron de la atención en salud y su extensión sobre todo a la clase trabajadora.

El Sistema Nacional de Salud, se constituyó en una red de instituciones cuya guía fue la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que atendió principalmente a la población abierta, carente de servicios de salud, junto con instituciones como el Instituto Mexicano de Seguridad Social, que atendió a los trabajadores del sector privado, y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, esto es a los empleados públicos, organizó a los centros de salud que dieron amplia cobertura a la población mexicana.

La red nacional de atención a la salud, se vio permeada por los principios de universalidad, integralidad, equidad y accesibilidad, reflejados en el *Plan Nacional de Salud (1974)*, mismo que sustentó el Estado benefactor. Cabe decir que el *Plan* fue

sugerido por la OPS, con una visión de continuidad a diez años, visión a la que México se apegó.

Empero, la crisis económica ya venía manifestándose, lo que representó la puerta de entrada para la reforma de la salud pública del país, el cambio del rumbo fueron las iniciativas de modernización de los servicios: la calidad fue la meta. Con la modernización, se abandonaron los principios de accesibilidad y de universalidad de los programas, en su lugar se antepusieron programas prioritarios y sectorizados para la población marginada. Se crearon entonces, programas como *COPLAMAR* (1977), sustentados en los acuerdos contraídos en la *Declaración de Alma-Ata*. La prioridad de estos programas de Atención Primaria a la Salud, involucraban a la sociedad en la su búsqueda de su propia de salud.

A partir de entonces, hubo una mezcla de conceptos, unos desaparecieron, como el de universalización que fue sustituido por el de sectorización, otros se mantuvieron para la rearticulación de los programas, fue el caso de la continuidad.

En medio de una crisis declarada, el gobierno de Miguel De la Madrid, creó el *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, cuya característica sustancial fue descargar al Estado de la responsabilidad de impartir salud. Sólo se plasmó el derecho a la salud en la Constitución, sin involucrar al Estado más allá de observar, sin la responsabilidad de crear los medios para dar cumplimiento a este derecho.

El *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, se apegó a los convenios establecidos con la OPS, cumpliendo con la sectorización de los servicios de salud, a fin de descentralizar y homogeneizar los criterios de impartición de salud, bajo la premisa de crear un Sistema Nacional de Salud coordinado, “capaz de resolver las demandas de salud” de la población.

De palabra se reconocieron los beneficios en salud que proveyó el viejo Estado benefactor, sin embargo, para dar continuidad a éstos, era necesario reformar el sector para su óptimo aprovechamiento, en recursos tanto financieros como humanos, y evitar así la duplicidad de funciones y el desperdicio de todos los bienes disponibles. La continuidad estuvo a cargo de programas prioritarios para sectores marginados como *COPLAMAR*. De esta forma, se propuso la coordinación intersectorial y intrasectorial de las instituciones estatales para lograr cumplir con las metas y los objetivos propuestos por el *Programa Nacional de Salud* apegados al cumplimiento de la modernización del sector para eficientarlo.

ANEXO

Políticas de salud pública recomendadas por la OPS para América Latina en las décadas de
1970 y 1980

En la década del setenta, América Latina tuvo severos problemas de rezagos tanto económicos como sociales, la población había crecido y se había concentrado en las grandes ciudades demandando servicios de salud. Los efectos de la pobreza, se dejaron sentir en el agravamiento de las enfermedades que padeció la población. Es por ello, que la OPS, para enfrentar los rezagos en salud, se vio en la necesidad de recomendar a las naciones latinoamericanas la urgente medida de implementar *Planes Nacionales de Salud* para expandir los servicios necesarios y de esta manera subsanar la problemática. Estas recomendaciones se realizaron durante la vigencia del modelo económico del Estado de bienestar y mermaron con el modelo de ajuste monetarista.

Los documentos oficiales que rigieron las medidas durante la década de 1970 Y 1980 fueron:

- *La Carta de Punta del Este (1961)*, donde las naciones latinoamericanas hicieron la petición de mejorar la salud del continente.
- *Plan Decenal de Salud (octubre 1972)*, donde se readecuaron las propuestas de la *Carta de Punta del Este* y se propusieron las metas de salud para la década 1971-1980, se reconoció la necesidad de definir una política de salud para el continente que guardara estrecha relación con el desarrollo socioeconómico esperado para el decenio. En tal sentido, estableció propósitos que se debían alcanzar dentro de la creación de planes uniformes en la región e instó a los países miembros a que revisaran sus políticas de salud y a que se ajustaran a las metas del *Plan Decenal*.

- *La III Reunión de Ministros de Salud de las Américas de 1972*, propuso que las iniciativas para alcanzar la cobertura de manera universal en los servicios de salud, tenía que tomar en cuenta el financiamiento para garantizar la vigencia del *Plan Decenal de Salud*. Además propuso que cada país revisara sus prioridades en salud para que la extensión de los servicios fuera garantizada.
- *IV Reunión de Ministros de Salud de las Américas – extensión de la Cobertura (septiembre 1977)*, buscó la extensión de la cobertura a las zonas marginadas, desarrollar el proceso de administración en los aspectos de planificación y programación de inversiones y servicios, y reestructurar de los sistemas de salud con el *Programa de Atención Primaria de la Salud*, que incorporó la participación de la sociedad en el proceso de salud.
- Conferencia Internacional sobre *Atención Primaria de Salud –Declaración de Alma-Ata (septiembre 1978)*, convencida la OPS de las desigualdades existentes en materia de salud, ratificó responsabilizar a la población de su propia salud a través de la educación en y para la salud.
- *Estrategias para Alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000 (1980)*, con esta iniciativa se pretendió posponer la cobertura universal de los servicios de salud, al plantear como objetivo primordial el perfeccionamiento de los mecanismos de la articulación intersectorial, el establecimiento de sistemas nacionales de financiamiento del sector y la reorientación de la cooperación internacional. Todas estas medidas se encaminaron a la consecución de lograr la meta de *Salud para Todos en el Año 2000*.
- *Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá (1984)*, este plan fue uno de los primeros programas focalizados, destinado a la región de mayor

conflicto de pobreza y rezago en salud, resultó de la reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá celebrado en Costa Rica. En éste se reconoció la importancia del compromiso para organizar y mantener mecanismos de integración y coordinación de los recursos institucionales en beneficio de la salud y el bienestar de las familias centroamericanas y panameñas, fungió como una forma de canalizar recursos financieros y técnicos para impulsar el desarrollo de condiciones favorables para la salud en la región. Para 1990, fue utilizado como botín político al fomentar el entendimiento, la solidaridad y la paz entre los pueblos de Centroamérica y Panamá bajo el lema *la Salud Puente para la Paz*.

- Junto con este plan se elaboró el documento de *Cooperación para la Zona del Caribe (1984)*, fue otro programa focalizado pero a la región del caribe, fue una forma de hacer llegar recursos financieros y técnicos ante el inminente peligro de extender el comunismo de Cuba a la región. En éste, la OPS, reconoció a los países de habla inglesa del caribe como naciones que tomaron parte la historia de la región, así como su cooperación en materia de salud, cultura y desarrollo económico. En tal medida, la OPS, se mostró dispuesta a cooperar con asistencia técnica para promover la salud en estos países.
- Para el año 1986, se estructuró el documento *Plan de Acción Conjunto* para el área Andina, este fue otro programa focalizado a una de las regiones que podían agravar sus problemas de salud y pobreza, fue elaborado con el fin de fortalecer la infraestructura para los servicios, desarrollar la capacidad financiera y administrativa además de perfeccionar los sistemas nacionales sobre información de salud.

FUENTES CONSULTADAS

BIBLIOGRAFÍA

- ALMADA BAY, Ignacio (coord.), *Salud y crisis en México*, ed. Siglo XXI-CIIH, México, pp. 33-45.
- ARAGONÉS, Ana María, “La integración internacional en el marco de la globalización”, en Dabat, Alejandro, (coord.), *México y la globalización*, ed. UNAM-CRIM, Morelos, 1994, pp. 87-114.
- ARELLANO, José Pablo, “El efecto de la seguridad en el ahorro y en el desarrollo”, en Mesa-Lago, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, ed. FCE, México, 1986, pp. 269-277.
- AUGUS, Maddison, *Dos crisis: América y Asia 1929-1983*, ed. FCE, México, 1988, pp. 28-123.
- AVRAMOVIC, Gradoslav, “El endeudamiento en los países en desarrollo a mediados de los años ochenta: teoría y práctica económica”, en Wionczek S., Miguel, *La crisis de la deuda externa de América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp.65-89.
- AYALA ESPINO, José, “Sector público de la economía”, en Ayala Espino, José, *Economía del sector público*, ed. UNAM-Esfinge, México, 20001, pp 23-47.
- BASÁÑEZ, Miguel, *Lucha por la hegemonía en México 1968-1980*, ed. Siglo XXI, México, 1988, pp. 1-47.
- BHEM ROSAS, Hugo, “Crecimiento rápido de la población y satisfacción de necesidades de salud en los países de América Latina”, en Urquidí, Víctor y B. Morelos, José (comps.), *Población y desarrollo en América Latina*, ed. COLMEX, México, 1979, pp. 129-180.
- BOLÍVAR ESPINOZA, Augusto, “En torno al Estado como promotor del bienestar social en México”, en Calva, José Luis (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos S.A., Mexicali, 1996, pp. 113-134.
- BORJA, Rodrigo, *Enciclopedia de la política*, ed. FCE, México, 1997, pp. 88, 386-387,561, 866 y 870.

- BORZUTZKY, Sylvia, "Política y reforma de la seguridad social", en Wionczek S., Miguel, *La crisis de la deuda externa de América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp. 349-358.
- BUSTAMANTE E., Miguel, *et. al.*, *La salud pública en México 1952-1982*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, pp. 1-98.
- CABRAL, Roberto, "Industrialización y política económica", en Cordera, Rolando, *Desarrollo y crisis de la economía mexicana*, ed. FCE, México, 1981 pp. 67-81.
- CALVA, José Luis, "Introducción" en, Calva José Luis (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos S.A., Mexicali, 1996, pp. 9-13.
- CASTELLS, Manuel, "Urbanización dependiente en América Latina", en Steingart, Martha, *Urbanización y dependencia en América Latina*, ed. Ediciones SIAP, Buenos Aires, 1973, pp. 70-80.
- CASTELLS, Manuel, *La cuestión urbana*, ed. Siglo XXI, México, 1977, pp. 1-30.
- CLAXON Jr., Philander P., "La política de los Estados Unidos respecto de los asuntos de población y planificación familiar", en *Políticas de desarrollo de la población. Dentro de los Estados Unidos y hacia los países en desarrollo*, ed. Conferencia Regional de la Población, Sesión 6, pp. 8.
- CONDE H., Raúl, "Integración latinoamericana: especializaciones productivas y empresas" en, Jeannot, Fernando, *et. al.*, *Estudios sobre economía y Estado*, ed. MIP-UAM-FM-FCE, México, 1988, pp.110-115.
- CORDERA CAMPOS, Rolando, "Globalidad e inequidad: notas sobre la experiencia latinoamericana", en Millán Valenzuela, René (dir.), *Revista Mexicana de Sociología*, año LXII, Número 4, oct.-dic., 2000, pp. 21-41.
- CORDERA, Rolando y Orive B., Adolfo, "México: industrialización subordinada", en Cordera, Rolando, *Desarrollo y crisis de la economía mexicana*, ed. FCE, México, 1981, pp.153-175.
- CORDERA, Rolando, "Límites del reformismo: la crisis del capitalismo en México", en Cordera, Rolando, *Desarrollo y crisis de la economía mexicana*, ed. FCE, México, 1981 pp. 391-421.
- DABAT, Alejandro y Rivera, Miguel A., "Las transformaciones de la economía mundial", en Dabat, Alejandro, *México y la globalización*, ed. UNAM-CRIM, Morelos, 1994, pp. 15-38.

- DABAT, Alejandro y Rivera, Miguel A., “La transformación de la economía mundial”, en Dabat, Alejandro (coord.), *México y la globalización*, ed. UNAM-CRIM, Morelos, 1994, pp.15-38.
- DE LA PEÑA, Sergio, “La alternativa pasa por la democratización del Estado”, en Calva, José Luis, (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos S.A., Mexicali, 1996, pp. 28-38.
- DE PAULA, FALEIROS, Vicente, “Estado, sociedad y políticas sociales”, en Fleury Teixeira, Sônia (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, ed. UAM-Xochimilco, México, 1988, pp. 79-120.
- DÍAZ POLANCO, Jorge y Maingon, Thais, “¿A dónde nos llevan las políticas de salud?”, la reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?, en Brofman, N., Mario y Castro, Roberto (coords.), *Propuestas internacionales de salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, ed. EDAMEX-Instituto Nacional de la Salud Pública, México, 1999, pp. 217-238.
- EIBENSCHULTZ H. Catalina, “Estado y política sanitaria. Aproximación teórico-metodológica”, en Flury Teixeira, Sônia (org), *Estado y políticas sociales en América Latina*, ed. UAM-Xochimilco, México, 1988, pp. 51-78.
- FALETTO, Enzo, “Dependencia, democracia y movimiento popular en América Latina” en *Movimientos populares y alternativa de poder en Latinoamérica*, ed. UAP, México, 1980, pp. 15-38.
- FERNÁNDEZ OVALLE, Ignacio, *Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas para el año 2000*, tomo IV, ed. COPLAMAR- Siglo XXI, 1985, pp. 1-40.
- FERRER, Aldo, *Economía contemporánea*, ed. FCE, México, 1983, pp. 63-115.
- FRIEDMAN, Milton y Rose, *Libertad de elegir*, ed. Orbis S. A., Barcelona, 1983, pp. 17-55.
- FURTADO, Celso, “Crisis y transformación de la economía mundial: desafíos y opciones”, en Wionczek S., Miguel, *La crisis de la deuda externa de América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp. 46-64.
- GARCÍA, Rigoberto, *et. al.*, *Economía y geografía del desarrollo en América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp. 93-184.
- GELLER, Lucio y Vuskovic, Pedro, “La deuda externa: obstáculo fundamental a la superación de la crisis y la continuidad del desarrollo”, en *Mapa económico*

- internacional*, ed. Centro de Investigación y Docencia Económica, A. C., núm. 2, junio 1983, p. 2-15.
- GONZÁLEZ-BLOK, Miguel Ángel, “Investigación y políticas de salud: los matices de la interacción”, en Brofman, N., Mario y Castro, Roberto (coords.), *Propuestas internacionales de salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, ed. EDAMEX-Instituto Nacional de la Salud Pública, México, 1999, pp. 209-216.
 - GRIFFIN, Keith, *Desigualdad internacional y pobreza nacional*, ed. FCE, México, 1984, pp. 11-12.
 - GUTIÉRREZ GARZA, Estela (coord.), *Testimonios de la crisis*, ed. Siglo XXI-UNAM, México, pp. 25-59.
 - HALPERIN DONGHI, Tulio, *Historia Contemporánea de América Latina*, ed. Alianza, España, 1981, pp. 11-73.
 - HOWARD, J., Wiarda, “Determinantes históricas del Estado latinoamericano: tradición burocrático-patrimonialista, el corporativismo, el centralismo y el autoritarismo” en Vellinga, Menno (coord.), *El cambio del papel del Estado en América Latina*, ed. Siglo XXI, México, 1997, pp. 58-76.
 - HUAYALUPO ALCÁZAR, Juan Alberto, “Políticas públicas en un contexto de privatización social del Estado”, en *Revista Mexicana de Sociología*, Núm. 4, año LXI, oct.-dic., ed. FCPyS-UNAM, 1999, pp. 50-58.
 - ISUANI, Ernesto A., “La seguridad social y la asistencia pública”, en Wionczek S., Miguel, *La crisis de la deuda externa de América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp. 113-126.
 - JEANNOT, Fernando, “Integración latinoamericana: especialidades, expectativas y empresas”, en Jeannot, Fernando, *et. al., Estudios sobre economía y Estado*, ed. MIP-UAM-FM-FCE, México, 1988, pp.
 - KINGSLEY, Davis, “International population and urban research and departments of demography and sociology”, en *Políticas de desarrollo de la población Dentro de los Estados Unidos y hacia los países en desarrollo*, Conferencia Regional de la Población Sesión 6 , pp. 4-5.
 - LAURELL ASA, Cristina, “Regímenes de política social y clasificación de necesidades sociales”, en Calva José Luis (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ-UAZ-Juan Pablos S.A., Mexicali, 1996, pp. 90-110.
 - LAURELL ASA, Cristina, “Salud, cambio social y política perspectiva desde América Latina”, en Brofman, N., Mario y Castro, Roberto (coords.), *Propuestas*

- internacionales de salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, ed. EDAMEX-Instituto Nacional de la Salud Pública, México, 1999, pp. 239-252.
- LEAL, Juan Felipe y Huacuja, Mario, “Los problemas del campo mexicano”, en *Revista del Centro de Estudios Políticos*, vol. II, ed. FCP y S- UNAM, enero-marzo de 1976, número 5, pp. 10-35.
 - LEIS, Raúl Alberto, *La ciudad y los pobres. Las clases populares en la ciudad transitista*, ed. CEASPA, Panamá, 1980, pp. 155-157.
 - LERNER, Bertha, “Prefacio”, en *América Latina: los debates en política social, desigual y pobreza*, ed. Porrúa, México, 1996, pp. 7-25.
 - LÓPEZ ACUÑA, Daniel, “La ausencia de planificación de la salud en el México contemporáneo” en López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, ed. Siglo XXI, México, 1980, pp. 213-242.
 - LÓPEZ ARELLANO, Silvia, “Desmantelamiento o modernización de la política social”, en Fleury Texeira, Sônia, *Estado y políticas sociales en América Latina*, ed. UAM-Xochimilco, México, 1988 pp. 335-357.
 - MARGÁIN B., Hugo, “La política exterior de Estados Unidos en el mundo moderno”, en *Programa Justo Sierra, Estados Unidos: un proyecto de Investigación*, Coloquio, ed. UNAM, México, 1983, pp. 178-185.
 - MEDIN, Tzvi, *Ideología y praxis política de Lázaro Cárdenas*, ed. Siglo XXI, México, 1982, pp. 47-127.
 - MENJÍVAR, Rafael (coord.), *Los Movimientos populares en América Latina*, ed. Siglo XXI-Universidad de las Naciones Unidas, 1989, pp.30-39.
 - MESA-LAGO, Carmelo, “Diversas estrategias de la crisis frente a la crisis: enfoque socialista, de mercado y mixto”, en Wionczek S., Miguel, *La crisis de la deuda externa de América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp.369-408.
 - MIER Y TERÁN, Martha y Rabell Romero, Cecilia, “fecundidad y grupos sociales en México 1971-1977”, en Jiménez Ornelas, René y Minujin Zmud, Alberto, *Los factores del cambio demográfico en México*, ed. Siglo XXI, México, 1984, pp. 219-225.
 - MONREAL, Pilar, *Antropología y pobreza urbana*, ed. Libros de la Afarata, Madrid, España, 1996, pp. 60-90.
 - Naciones Unidas, *El desarrollo económico en la posguerra*, parte I, ed. Naciones Unidas, N. Y., 1965, pp. 3-60.

- NAVARRO, Vicente, *La medicina bajo el capitalismo*, ed. Crítica-Grijalbo, Barcelona, 1979, pp.13-74.
- NETTER, F., *La seguridad social y sus principios*, ed. IMSS, México, 1982, pp. 14-59.
- PICÓ, Joseph, *Teorías sobre el Estado de bienestar*, ed. Siglo XXI-España S. A., 1987, pp.150-138.
- POSSAS, Cristina, “La protección social en América Latina. Algunas reflexiones”, en Fleury Texeira, Sônia, *Estado y políticas sociales en América Latina*, ed. UAM-Xochimilco, México, 1988, pp. 313-333.
- REGONINI, Gloria, “Estado de bienestar” en Bobbio Norberto, *Diccionario de política*, ed. Siglo XXI, México, 1991, pp. 551-556.
- RICO F., Carlos, “Competencia entre superpotencias y cambio sociopolítico en el reciente debate político de Estados Unidos: un comentario desde América Latina”, en *Programa Justo Sierra, Estados Unidos: un proyecto de Investigación*, Coloquio, ed. UNAM, México, 1983, pp. 204-205.
- ROBLEDO SANTIAGO, Edgar, *Revolución mexicana y seguridad social*, ed. Impresores, México, 1976, pp 239-258.
- RODRIGUEZ CABRERO, Gregorio, “Estado de bienestar y sociedad de bienestar. Realidad e ideología”, en Rodríguez Cabrero, Gregorio (comp.), *Estado, privatización y bienestar. Un debate de la Europa actual*, ed. ICARIA, España, 1991, pp. 9-25.
- SACEN CONTRERAS, Fernando, “Estado moderno y economía: una relación dinámica de mutua dependencia que tiende a la entidad”, en Jeannot, Fernando, *et. al., Estudios sobre economía y Estado*, ed. MIP-UAM-FM-FCE, México, 1988, pp. 39-45.
- SALDÍVAR, Américo, *Ideología y política del Estado mexicano*, ed. Siglo XXI, México 1981, pp. 9-93.
- SÁNCHEZ ANDRADE, Eduardo, *Intervención del Estado en la economía*, Folleto, ed. UNAM, México, 1986, pp. 5-10.
- SATTOLIO, Susana, “La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia”, en Millán, René (Dir.), *Revista Mexicana de Sociología*, año LXII, número 4, oct.-dic. 2000, pp. 43-65.

- SEBASTIÁN, Luis, *La crisis de América Latina y la deuda externa*, ed. Alianza, España, 1988, pp. 19-25.
- SOBERÓN, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna José (comps.), *La salud en México: Testimonios de 1988*, Tomo I, ed. FCE- SSA-Instituto Nacional de Salud Pública- Colegio Nacional, México, 1988, pp. 260.
- SOBERÓN, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna José (comps.), *La salud en México: Testimonios de 1988*, Tomo III, volumen 3, Desarrollo institucional: institutos nacionales de salud, ed. FCE- SSA-Instituto Nacional de Salud Pública- Colegio Nacional, México, 1988, pp. 8-13.
- SOLAR, Hachette, *Situación social de América Latina*, ed. Centro Latinoamericano de Investigaciones Sociales, Buenos Aires, 1969, pp.17-77 y 163-291.
- SORIA, Victor M., “Estado y política social en México 1982-1993”, en Calva, José Luis, (coord.), *Funciones del Estado en el desarrollo económico y social*, ed. UAJ- UAZ-Juan Pablos S.A., Mexicali, 1996, pp. 66-78.
- TAMBURI, Giovanni, “La seguridad social en la América Latina: tendencias y perspectivas”, en Wionczek S., Miguel, *La crisis de la deuda externa de América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp. 76-112.
- TELLO, Carlos, *La política económica en México 1970-1976*, ed. Siglo XXI, México, 1979, pp. 11-40.
- URQUIDI, Víctor L., “Consecuencias a largo plazo del problema mundial del endeudamiento externo”, en Wionczek S., Miguel, *La crisis de la deuda externa de América Latina*, ed. FCE, México, 1987, pp.13-45.
- VILLARREAL, René, *La contrarrevolución monetarista. Teoría política e ideología del neoliberalismo*, ed. Océano-FCE, México, 1986, pp. 16-105.
- VUSKOVIK BRAVO, Pedro, *La crisis de América Latina. Un desafío continental*, ed. Siglo XXI-Editorial de Naciones Unidas, México, 1990, pp. 8-65.
- W., Brand, “Política de la población para América Latina”, en *Políticas de desarrollo de la población Dentro de los Estados Unidos y hacia los países en desarrollo*, ed. Conferencia Regional de la Población, Sesión 6, pp. 1-3.
- WARD, Peter, *Políticas de bienestar social en México 1970-1979*, ed. Nueva imagen, México, 1989, pp. 216.

HEMEROGRAFÍA

- *Proceso*, Noviembre de 1977.
- ZERMEÑO, Sergio, "México: el deseo de una democracia", *Revista Nexos*, Número 9, México, 1978, pp. 13-21.

FUENTES DOCUMENTALES

- Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Guía general de fondos*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, sin año, p. 41.
- Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1984*, ed. BIRF-BM, Washington, D.C., EE. UU., 1984, pp. 75-85.
- *Informes sobre el Mejoramiento de Tugurios y Asentamientos no controlados* Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, ed. Naciones Unidas, N. Y., 1972, pp. 5-10.
- Poder Ejecutivo Federal, *Plan Global de Desarrollo 1980-1982*, ed. Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1982, p. 222.
- Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*, ed. Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1983, p. 430.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informes de labores 1973-1974*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1975, p. 75.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informes de labores 1976-1977*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1977, p. 66.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de labores 1977-1978*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1978, p. 81.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de labores 1978-1979*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1978, p. 76.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983*, tomo I, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1974, p. 80.

- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983*, tomo II, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1974, p. 256.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983*, tomo III, SSA, México, 1974, p. 532.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1984, p. 297.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Programa Nacional de Salud 1990-1994*, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1989, p. 78.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Seis años de labor 1970-1976*, Ed. SSA, México, 1976, p. 61.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

- INEGI, *Aumento y evolución de la demografía en México*, en <http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html>
- Noticias de información del centenario: información de prensa, *Breve historia de la OPS*, en, <http://www.paho.org/spanish/OPI/100/100pr004.htm> DPI/100
- OPS/OMS, *Estados miembros*, en <http://www.fille.//codigo>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud en Honduras, *Sobre la OPS*, en <http://www.fille.//usach.cl/imalinks.htm>.
- Organización Mundial de la Salud, en <http://www.semfyec.es/publica/oms.htm>.
- Organización Panamericana de la Salud, *Constitución de la OPS*, Capítulo 1, “La Organización”, Artículo 2º “Miembros”, en <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/constitución.htm#cap.1>
- Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS 1942-1990, en <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/html>.
- Valores, visión y misión de la Oficina Panamericana de la Salud en, Institutional Memory, Virtual Healt Library. <http://www.incap.bvssan.org.gt/>