

28
2 Gen



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**DESARROLLO ECONOMICO - SOCIAL Y POLITICAS
ESTATALES DE SALUD EN MEXICO (1876-1984)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A

GILBERTO HERNANDEZ ZINZUN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I	
PRODUCCION AGRICOLA, EPIDEMIAS E HIGIENE.....	18
SALUD PUBLICA DE CUATRO SIGLOS.....	20
LA POLITICA SANITARIA DEL PORFIRIATO.....	27
LA SALUD Y LA MEDICINA OFICIALES.....	33
CONCLUSIONES.....	43
CAPITULO II	
LA REVOLUCION DE 1910 Y LA REORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	47
LA CRISIS AGRICOLA Y LA NUEVA BENEFICENCIA PUBLICA.....	50
FIN DEL HIGIENISMO, HACIA UNA NUEVA POLITICA DE SALUD.....	62
CONCLUSIONES.....	70
CAPITULO III	
LA INDUSTRIALIZACION: SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA PUBLICA.....	73
EL DESARROLLO INDUSTRIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL.....	75
LOS LIMITES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	84
LAS NUEVAS TENDENCIAS DE ATENCION PARA LA SALUD.....	91
CONCLUSIONES.....	111
CONCLUSIONES GENERALES.....	115
EPILOGO.....	119
BIBLIOGRAFIA.....	124

INTRODUCCION

El problema social de la falta de atención a la salud de grandes sectores de la población mexicana es un aspecto de la vida nacional que afecta políticamente la estructura del propio Estado Mexicano, además de despertar el interés de algunos grupos de médicos y sociólogos y otros profesionistas de las áreas social y de la salud.

La carencia de atención a la salud de amplios núcleos de población del país es un serio problema para el Estado Mexicano en tanto que este aspecto, junto con la educación, han sido los dos pilares fundamentales que sostienen la ideología del Estado contemporáneo. Es decir, el deterioro de estos elementos se traduce en pérdida de la capacidad hegemónica que el Estado Mexicano ha desarrollado, dentro de su modelo democrático, para instrumentar su dominación por medio del consenso.

Por otra parte, la atención de la salud de la población, enmarcada en este contexto, es un punto de convergencia para los médicos progresistas e intelectuales de las ciencias sociales del país, que ubican en este terreno las acciones prácticas y el objeto de estudio de investigaciones tendientes a producir una transformación de la sociedad que mejore las condiciones materiales de vida de la población general.

La reciente crisis económica, política y so-

cial que vive nuestro país, ha funcionado como un mecanismo de presión para impulsar diversos trabajos que abordan dos aspectos fundamentales, en primer lugar, esclarecer el origen y evolución de este grave problema social y, en segundo lugar, estructurar aquellas alternativas que permitan enfrentar el problema con base en una visión más precisa de este fenómeno.

Este trabajo se ubica en el primer aspecto de los mencionados arriba, por lo tanto pretende colaborar en el esclarecimiento de la problemática de la atención de la salud en México, lo que nos ha llevado a --- plantear los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

El objetivo central de esta investigación es tratar de explicar la evolución que han sufrido las políticas estatales de atención de la salud de la población mexicana, en el período histórico comprendido entre los años 1876 y 1984.

Otros objetivos que se desprenden del anterior son; primero, que los trabajos actuales de análisis sobre el problema de la salud en México, encuentren en esta tesis algunos elementos que permitan ubicar el problema de acuerdo a sus características y dimensiones históricas y, segundo, que este trabajo favorezca el desarrollo de otros estudios más concretos, por ejemplo, la selección y desarrollo de indicadores económicos, po

lfticos y sociales que fortalezcan el estudio, análisis y comprensión de la problemática social del área de la salud en México.

Ahora bien, la explicación de esta problemática no es posible encontrarla solamente en el presente o en el pasado inmediato, ya que la atención estatal de la salud de la población es un fenómeno que tiene su origen y evolución integrados en el desarrollo global de la sociedad mexicana.

En este sentido, sostenemos que es fundamental producir estudios históricos sobre este tema en particular dado que desempeñan el papel de investigación básica, pues permiten ubicar estudios teóricos y acciones empíricas concretas dentro de un marco general que presenta la evolución histórica de este aspecto de la vida nacional como resultado de las leyes que rigen el desarrollo social, y no solamente, como se ha impuesto en nuestro país, de acuerdo a condiciones económicas, políticas y sociales que cambian cada seis años.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El contenido y la forma de esta investigación han seguido los lineamientos teórico-metodológicos de la opción vocacional *Historia Social* que se imparte para la carrera de sociología, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La opción vocacional *Historia Social* se apoya en tres bases fundamentales que son: El Capital, de Carlos Marx; la teoría de la Historia, de los *Annales*; y una práctica de investigación histórico-social de la realidad mexicana.

EL CAPITAL DE CARLOS MARX COMO MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION HISTORICO-SOCIAL

Cuando se analiza el problema de la atención estatal de la salud de la población mexicana, necesariamente recurrimos a un marco teórico que sea capaz de explicar las características fundamentales de nuestra sociedad, y que simultáneamente nos permita comprender las interacciones de sus elementos, en lo interno y lo externo, es decir, requerimos de un instrumento teórico que ofrezca la posibilidad de aprehender la realidad social en su totalidad y en su constante devenir histórico. Esta herramienta teórica es la obra El capital de Carlos Marx.

Para poder explicar los diferentes aspectos económicos, políticos y sociales de una sociedad capitalista como la nuestra, es fundamental recurrir al marco teórico que nos proporciona El Capital ya que es la obra que mejor analiza y expone los elementos centrales de la producción y reproducción de la sociedad capitalista tanto a nivel estructural como en lo que toca a la superestructura.

Este trabajo parte de la tesis marxista que sostiene que el modo de producción de la vida material de una sociedad histórica particular determina el proceso social, político e intelectual de la vida en general.

Así pues, la hipótesis central de la que parte esta investigación, es que las diferentes políticas de atención de la salud de la población que el Estado Mexicano ha instrumentado, en la etapa más reciente de su historia (1876-1984), han sido el resultado de un complejo proceso determinado por la evolución que ha sufrido el modo particular de la producción de la vida material de la sociedad mexicana en este periodo.

Por otra parte, es necesario mencionar que aun cuando la superestructura de la sociedad, en la cual se ubican las políticas de atención de la salud, se encuentra determinada, en última instancia, por la estructura económica, no debemos perder de vista que esta relación no es mecánica sino que presenta una vinculación dialéctica.

Esta característica nos permite comprender, entre otras cosas, cómo es que las políticas estatales de atención de la salud han influido en la base económica. Tal es el caso de la política sanitaria del porfirato que orientó sus esfuerzos básicamente a la lucha contra las epidemias, con lo cual incidió directamente sobre el desarrollo de las fuerzas productivas -- pues incrementó la productividad del trabajo, principalmente del sector agrícola.

Otro aspecto de este problema teórico que, aunque no es objeto de esta investigación, es importante mencionar en este marco teórico dada su importancia, es la influencia que la conceptualización del proceso salud-enfermedad ha tenido en las políticas estatales de atención de la salud de la población.

Es muy conocido que las teorías sobre el proceso salud-enfermedad que han respaldado conceptualmente las políticas estatales de atención de la salud en México, han provenido en su totalidad del exterior. Durante el porfiriato, se adoptó en México la corriente francesa higienista, que se ubica dentro de un modelo multicausal de interpretación de la salud-enfermedad, desarrollado en Europa durante el siglo XIX.

Durante la posrevolución esta gran influencia teórica dejó de incidir con fuerza en el país, y en su lugar, comenzó a infiltrarse la interpretación de la salud-enfermedad conocida como de la "etiología específica", propuesta por Estados Unidos. Esta conceptualización del proceso salud-enfermedad se consolidó en el país en los años 40, al mismo tiempo que los Estados Unidos se perfilaron en el contexto internacional como país hegemónico a nivel mundial, lo que les permitió imponer, entre otras cosas, sus concepciones sobre la salud-enfermedad y, simultáneamente, incidir en las políticas estatales de atención a la salud.

Ambos modelos de interpretación del proceso salud-enfermedad, el multicausal y el de la etiología -

específica, responden a momentos históricos bien definidos y corresponden a dos hegemonías mundiales distintas también, la de Europa en su momento, y después la de Estados Unidos.

Ahora bien, es importante señalar que estas interpretaciones del proceso salud-enfermedad han influido, cada una en su momento, para que en México se hayan estructurado y operativizado dos modelos distintos de atención médica.

Después de la reestructuración política a nivel internacional, que produjo la Segunda Guerra Mundial, surgió la Organización de las Naciones Unidas. Esta organización ha funcionado en la práctica, entre otras cosas, como un mecanismo para suavizar los conflictos políticos surgidos de la dominación que los Estados Unidos ejercen sobre los demás países, y al mismo tiempo como un instrumento que ha favorecido la divulgación de las ideas norteamericanas.

Esta institución internacional cuenta con un organismo llamado Organización Mundial de la Salud, OMS, que se ha encargado de analizar los problemas de salud más importantes a nivel mundial, al mismo tiempo que propone desarrollos teóricos sobre el problema y lineamientos generales de atención.

En la actualidad, la interpretación hegemónica a nivel mundial sobre la salud -enfermedad pertenece a este organismo y plantea lo siguiente:

"La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad."

Esta concepción de la salud-enfermedad ha influido en las políticas de salud del Estado Mexicano, - el cual ha llevado a cabo diversas actividades como el "Programa de Desarrollo Rural Integral" y el "Programa de Extensión de Cobertura" de la SSA; el programa --- IMSS-COPLAMAR de la Presidencia de la República en coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, - entre otros.

Este tipo de programas incorporan los elementos de la definición de salud de la OMS y tratan de incidir en las condiciones materiales de vida de los grupos sociales a quienes van dirigidos, con lo cual se -- trata de lograr el "completo estado de bienestar ffsi--co, mental y social y no sólo la ausencia de enferme---dad.

LA TEORIA DE LA HISTORIA DE LOS ANNALES COMO APOYO BASICO DE LA SOCIOLOGIA HISTORICA MARXISTA

Dentro de los trabajos de investigación que se han desarrollado en la opción vocacional de *Historia Social*, se han tratado de recuperar las aportaciones a la sociología histórica marxista que se han producido en la corriente historiográfica francesa denominada los *Annales*, fundada por Lucien Febvre y Marc Bloch en el - año de 1929.

Algunos historiadores de esta corriente se - han preocupado por construir la "Historia Marxista", es decir, han luchado por la edificación de la historia -- con un enfoque marxista. En este sentido, Pierre -- Vilar ha planteado la necesidad de construir la histo--ria que permita comprender la evolución social des-

de la perspectiva de sus leyes objetivas de desarrollo, y no como el resultado de las ideas de líderes, caudillos o presidentes. A este respecto, es muy conocido que en México existe un predominio de la historia oficial.

Otra faceta de la corriente de los *Annales* -- la encontramos en las aportaciones que Fernand Braudel ha hecho a la sociología histórica marxista. Gracias a su enfoque de la historia se ha recuperado el concepto marxista de estructura económica y se ha introducido al análisis de la evolución social. Este hecho se tradujo en un gran avance para la sociología ya que del estudio que Braudel hizo se desprendió el conocimiento de la permanencia de las estructuras económicas, políticas y sociales y de las tendencias históricas de corto, mediano y largo plazos.

Un enfoque de esta naturaleza ha permitido el análisis de los hechos históricos coyunturales, que pueden durar días o meses; así como los de larga duración, que perduran veintenas o treintenas de años, y aún siglos.

En el caso concreto de nuestra investigación se ha recurrido primero, a la reconstrucción histórica en el sentido que plantea Pierre Vilar, y en segundo lugar, se ha tratado de ubicar este problema como una tendencia de largo plazo, razón por la cual fue necesario presentar el período comprendido entre los años 1876 y 1984. De no hacerlo así, nos hubiera sido imposible ex

plicar, por ejemplo, las dos tendencias de atención para la salud que aparecen combinadas por primera vez durante el porfiriato, y que perduran hasta nuestros ---- días.

Por otra parte, como ya se ha mencionado, este trabajo presenta la evolución del problema de la --- atención a la salud relacionándolo fundamentalmente con los aspectos económicos y sociales más trascendentes.-- En este punto, es necesario señalar que las manifesta-- ciones del fenómeno recsen siempre con distinta intensidad sobre aspectos económicos y/o sociales, dependiendo del momento histórico concreto, de tal manera que en el trabajo se optó por la elección de aquellos eventos -- que reflejan mejor el comportamiento de las tendencias-- históricas de la atención a la salud, sin que esto quie-- ra decir que exista discontinuidad en el estudio de las tendencias que son objeto de la investigación.

Es pertinente aclarar que se han elegido as-- pectos diversos para ilustrar la descripción de las tendencias, porque en México aún son escasos los trabajos-- sobre indicadores económicos, políticos y sociales que-- cubran períodos históricos completos. En este senti-- do, la corriente de los *Annales* cuenta con trabajos co-- mo el de Ernest Labrousse, el cual estudió el comporta-- miento de los precios como un indicador económico: en - un período que cubre cien años.

LA IMPORTANCIA DE LA PRACTICA DE LA INVESTIGACION HISTORICA

En la opción vocacional *Historia Social* se otorga primordial importancia a la investigación histórica, ya que es en este proceso donde el aspirante a sociólogo tiene la oportunidad de confrontar sus conocimientos teóricos con la realidad histórica de nuestro país.

Marx planteó, hace ya más de cien años, la historicidad de las sociedades humanas, y destacó y explicó la trascendencia de la estructura económica en ellas. En este punto es fundamental reiterar que sus planteamientos los formuló con base en un profundo conocimiento de la historia.

Desgraciadamente, en la actualidad es común que los investigadores en ciencias sociales partan de las tesis marxistas clásicas, pero estas tesis no son enfrentadas directamente con la historia nacional, de lo que resulta una imposibilidad para precisarlas, y convertirlas en instrumentos más útiles y actualizados que fortalezcan la comprensión e interpretación de la realidad contemporánea.

Es común, por ejemplo, que los estudios marxistas que se han realizado sobre el tema de la salud en el porfiriato, conserven la empecinada actitud de analizar solamente las características del pequeño sector que en aquellas fechas representaba el proletariado industrial.

A este respecto, este estudio ha tratado de -

describir cómo fue el surgimiento del sanitarismo oficial, ubicándolo precisamente en el contexto que los estudios sobre el área de la salud tienden a dejar de lado: el ámbito de la producción agrícola.

Conviene señalar que la ubicación del sanitarismo oficial en el ámbito agrícola, durante el porfiriato, es uno de los resultados que me proporcionó la práctica de la investigación histórica, ya que originalmente este trabajo de investigación, por razones teórico-metodológicas, partió también del estudio de las relaciones de producción capitalistas del proletariado industrial.

Sin embargo, el análisis de las fuentes de información nos fue llevando necesariamente a considerar el ámbito de la producción agrícola, pues en este terreno es donde se registra el mayor número de eventos relacionados con la salud pública estatal. Por esta razón, esta tesis sitúa el surgimiento del sanitarismo oficial mexicano en el campo de la producción agrícola para la exportación.

FUENTES DE INFORMACION

La realización de un trabajo de investigación histórica tropieza con grandes dificultades ya que en nuestro país esta labor, que conlleva un tiempo considerablemente mayor que los trabajos de revisión bibliográfica actualizada, carece de apoyo económico y material,

además enfrenta obstáculos institucionales como limitaciones de acceso a documentos históricos, y la falta de orden y clasificación de los mismos.

En el caso concreto de este trabajo, cabe señalar que después de visitar las bibliotecas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), del Centro Médico Nacional, de la Secretaría de Programación y Presupuesto, de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM y del Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre otras, nos encontramos que los centros de información sobre el área de la salud en México, forman dos grandes grupos. En el primer grupo existen bibliotecas como las de la Facultad de Medicina de la UNAM y la del Centro Médico Nacional, que contienen casi exclusivamente literatura médica moderna, y una ausencia, a veces total, de obras históricas.

En el segundo grupo existen otros centros de información como el Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Biblioteca de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM. Estos centros de documentación contienen fuentes primarias, pero presentan la gran desventaja de que funcionan más bien como depósitos de documentos y no como unidades de documentación. En el Archivo Histórico de la SSA, por ejemplo, existen miles de legajos con infinidad de documentos sobre diversos temas, pero se encuentran sin orden ni clasificación, lo que denota su casi nula utilización y la poca importancia que se le da a la investigación histórica del área de la salud en México.

En este centro dediqué dos meses de labor y solamente pude recuperar un aspecto de mi tesis, utilizado en el segundo capítulo, y puede apreciarse que se cita como "documento inédito del Archivo Histórico de la SSA", pues me ví imposibilitado para ofrecer siquiera una referencia que permita su localización futura.

Con respecto a la Biblioteca de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM, es de mi conocimiento que hace apenas unos días se ha producido un avance en favor del trabajo de documentación en este centro, pues ya se encuentra a disposición del público la ordenación y clasificación de las tesis profesionales del área de la salud del siglo XIX.

Ante tales circunstancias tuve que abandonar este tipo de recopilación de información pues me hubiera tomado muchos años realizar el trabajo final.

No obstante, quiero comentar que ante mi decisión de hacer historia, preferí enfrentar estos problemas, que indudablemente se han traducido en algunas deficiencias al interior del trabajo, y no dejar de lado este aspecto fundamental para la comprensión, análisis e interpretación del problema de la atención médica de la población mexicana.

FORMA DE EXPOSICION

Otra característica del trabajo es la forma - como se expone el encadenamiento de los hechos históricos presentados y el tipo de redacción utilizada.

Respecto al primer punto, se hace necesario - apuntar que el desarrollo de la investigación contiene diversos aspectos económicos, políticos y sociales que se han recuperado directamente de las fuentes que sobre estos temas se han consultado. Por otra parte, conviene aclarar que las interrelaciones de aquellos aspectos con las políticas sanitarias del Estado Mexicano, son - el producto de mi interpretación del problema.

La forma de exposición también parte de la base de que el historiador debe utilizar aquellos elementos que considere esenciales en su trabajo de construcción de la historia marxista.

Por supuesto, la interpretación que sobre el particular se ha vertido a lo largo del trabajo, y los diferentes elementos que la componen son proposiciones - que se plantean sobre el aspecto específico de las políticas estatales de atención a la salud de la población, y están abiertas a la discusión.

Es importante mencionar también que cuando se ha utilizado alguna observación y/o interpretación de - otra persona, se ha citado, como es el caso del "patrón cualitativo mixto de la mortalidad en México", manejado en el capítulo tercero de esta tesis, que es presentado

por Ignacio Almada Bay en su artículo "Panorama del estudio de la mortalidad en México, 1922-1975".

Con respecto al tipo de redacción utilizada en el trabajo, señalamos que se ha optado por la utilización de un lenguaje que facilite su lectura a aquellas personas ajenas a las jergas de la Economía Política y de las teorías sociológicas.

Estamos concientes que esta característica - del trabajo puede prestarse a imprecisiones, pero decimos correr este riesgo a fin de lograr, en la medida de lo posible, el objetivo arriba señalado.

CAPITULO I

PRODUCCION AGRICOLA, EPIDEMIAS E HIGIENE

Durante muchos siglos las epidemias causaron graves daños a la población novohispana sin que se tomaran medidas sanitarias con carácter preventivo y de cobertura social. Esta situación se debía a que la Iglesia Católica, que detentaba la titularidad para otorgar servicios médicos a los enfermos, orientaba más sus esfuerzos hacia el campo ideológico-político y por esta razón, su labor se concretaba casi exclusivamente a conducir la muerte del paciente al amparo de la fe cristiana.

Por otra parte, el Estado virreinal tomaba las medidas para combatir los siniestros pero debía enfrentar las grandes limitaciones que le imponía el pobre desarrollo de la ciencia y la falta de integración política, económica y social de la Nueva España.

Fue hasta la segunda mitad del siglo XIX, a raíz de las leyes de desamortización de 1856, que fueron expropiados los hospitales al clero. Al mismo tiempo disminuyeron las restricciones católicas a la importación de libros europeos en el área biomédica y de esta forma empezaron a fluir, hacia México, los primeros conocimientos que hicieron posible la lucha científica contra las enfermedades.

La producción de vacunas y métodos para combatir las enfermedades transmisibles data de finales del

siglo XIX cuando se desarrolló en Europa en particular, la microbiología y, en general, la ciencias biomédicas que hicieron posible la lucha contra estos padecimientos.*

Por otra parte, fue hasta el último tercio -- del siglo pasado que en México se logró integrar económica y políticamente el territorio y la población por medio de una extensa red de vías de comunicación y un gobierno centralista que se mantuvo en el poder por -- tres décadas.

Estas condiciones, aunadas a la vinculación -- de la producción mexicana con el comercio internacional ocurrida en estos mismos años, conformaron el contexto -- donde se instrumentaron las primeras campañas sanitarias a nivel nacional.

En este momento histórico, se hizo necesario -- proteger la salud de los trabajadores, diezmados periódicamente por las epidemias desde siglos atrás, pues se encontraron casi repentinamente involucrados en la producción de artículos para exportación, siendo ésta una de las principales y más lucrativas actividades económicas de aquella época.

* Fue apenas en 1882 cuando, por ejemplo, Roberto -- Koch descubrió que la tuberculosis era una enfermedad -- contagiosa. Y en México, hasta 1888 se establecieron -- los primeros laboratorios de fisiología y de farmacología, y dos años más tarde, la Sección de Bacteriología -- de la Academia Nacional de Medicina.

SALUD PUBLICA DE CUATRO SIGLOS

Mientras los eventos señalados arriba no se presentaron, las epidemias azotaron a la población mexicana durante siglos. Así por ejemplo en 1545 y 1576 - el tifo acabó con 800 mil y más de dos millones de personas respectivamente.⁽¹⁾ También se registraron epidemias importantes de gripe en 1559 y 1560, nuevamente de tifo en 1588 y de fiebre amarilla. Esta última azotó intermitentemente a la población de la Península de Yucatán desde 1559 hasta 1618.

En 1732 se produjeron otras epidemias de tifo y fiebre amarilla. En 1762, una de gripe mató más de 10 mil personas en 6 meses.

Los fenómenos señalados fueron algunos de los más relevantes en materia de salud pública que mermaron la población entre 1500 y 1810. Mencionamos únicamente un ejemplo reducido de los innumerables siniestros de esta índole que sufrió el país durante los tres siglos de dominación española.

Hernán Cortés fue el primero en responder a -- estos graves problemas sanitarios, con la creación del *Hospital de la Limpia y Pura Concepción de Nuestra Señora y Jesús Nazareno*, que construyó y empezó a funcionar por su iniciativa. Más tarde, una orden real decretó

(1) Cfr. SEMO, Enrique, Historia del capitalismo en México. Los orígenes, 1521/ 1763. Ediciones Era. Sexta Edición. México, 1977. p. 30.

que este hospital debía funcionar para beneficio de todos los ciudadanos de la Nueva España y dispensar la caridad cristiana.*

También por iniciativa de Cortés y siguiendo los lineamientos de la caridad cristiana, se fundó en 1526 el Hospital de San Lázaro. Este nombre se asignaba a los hospitales que atendían enfermos de lepra. -- Cuarenta y seis años después, en 1572 abrió sus puertas un segundo Hospital de San Lázaro que recibió enfermos por más de 300 años. (2)

Bajo la dominación colonial, los enfermos de origen indígena no tenían derecho de atención médica, en las mismas instituciones donde se recibían españoles, criollos o mestizos, razón por la cual en 1530 la orden de monjes franciscanos estableció el Hospital Real de San José de los Naturales que se dedicó a prestarles atención.

El Hospital de San Juan de Dios, para tratar a los sífilíticos, se constituyó también por aquella época.

Aún cuando desde el primer siglo de la colonia se contó con estos hospitales en la capital, y otros más en la provincia como los de Acapulco, Mérida, el --

* La caridad cristiana fue la línea que orientó la prestación de servicios médicos y asistenciales en México, desde la conquista hasta las leyes de desamortización de 1856.

(2) Cfr. SCHENDEL, Gordon. La medicina en México. -- De la herbolaria azteca a la medicina nuclear. México--IMSS. Col. Salud y Seguridad Social, Serie Historia, -- 1980. p. 123.

Real de Chiapas, Pátzcuaro, Puebla y Veracruz, la oferta de servicios era insuficiente para atender a los miles de enfermos víctimas de las epidemias.

Por otra parte, durante aquellos años se ignoraban las causas de las enfermedades y por lo mismo no era posible aplicar tratamientos médicos y hospitalarios específicos y adecuados para cada padecimiento --- pues la ciencia biomédica no había alcanzado grandes -- avances en este sentido.

Para darnos una idea del manejo de los enfermos en los hospitales de aquél tiempo, veámos un comentario de Gordon Schendel:

"En el siglo XVI la situación general de todos los hospitales europeos, cuyo modelo se siguió en México, era lamentable. No sólo se desconocía o se ignoraba por completo la asepsia, sino que también existía una falta total de higiene... se hacinaban cuatro o cinco pacientes en cada cama... los niños y las mujeres embarazadas eran indiscriminadamente mezclados con los enfermos que fallecían de tifo o tuberculosis. Los pacientes que morían en las salas nocturnas comúnmente permanecían en sus lechos junto a los vivos, o eran empujados fuera de la cama por los recién llegados, y seguían descomponiéndose en el piso durante varios días." (3)

(3) SCHENDEL, Gordon op. cit. p. 131.

Resulta fácil deducir que mientras no se conoció el origen de las enfermedades y sus características contagiosas era imposible aplicar métodos efectivos para curarlas o cuando menos mantenerlas bajo control. De ahí que los hospitales de ese tiempo no representaran una alternativa de solución real a los problemas de salud pública de la época.

Durante el período colonial existió, además, -- una institución conocida como el Protomedicato de la -- Ciudad de México que estaba encargado de vigilar y regular la práctica médica, la higiene y la salud públicas. Desgraciadamente, debido a las condiciones antes mencionadas, no se cumplieron sus objetivos.

Ya en el México independiente, el problema de las epidemias continuó siendo el principal problema sanitario, pero con la diferencia de que en muchas ocasiones los brotes epidémicos se agudizaron por el continuo movimiento de tropas provocado por las guerras internas que vivió el país, desde la guerra de independencia --- hasta muy avanzado el siglo XX, excepto el lapso de estabilidad porfiriana que abarcó de 1876 a 1910.

Fue el caso, por ejemplo, de la epidemia de -- fiebre amarilla en Tampico en 1843 que fue llevada allí por las tropas que salieron de Veracruz, y de otras enfermedades que proliferaron en Tuxpan* en 1863, y en -- Jicaltepec en los años de 1861 y 1868. (4)

* El autor no menciona si se refiere a Tuxpan, Ver. o a Tuxpan, Nay. Lo más seguro es que se trate de Veracruz por la importancia económica que tenía en aquella época y por su ubicación geográfica.

(4) Cfr. LICEAGA, Eduardo, Contribución al estudio de la fiebre amarilla bajo el punto de vista de su geografía médica y su profilaxis en la República Mexicana. Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento. México. 1894. p. 7.

Después de la guerra de independencia, la primera medida que tomó el nuevo gobierno en materia de sa lud fue suspender el Protomedicato, y crear simultáneamente la Facultad Médica del Distrito Federal que tendría la obligación de elaborar un código sanitario para la República Mexicana.

En 1833 se concluyó la redacción del primer Có digo San itario y de allí resultó la creación del Consejo Superior de Salubridad que tendría funciones similares a las del Protomedicato.

Desgraciadamente, a pesar de que el Consejo Superior de Salubridad se fundó como autoridad sanitaria, en realidad nunca la ejerció porque los funcionarios públicos no lo tomaron en cuenta y, por otra parte, el país estaba casi totalmente incomunicado y envuelto en continuas revueltas armadas que entorpecían su labor.

Por su parte, la Iglesia Católica permaneció como la institución prestadora de servicios médicos y asistenciales hasta que el presidente Juárez le expropió los hospitales en 1856. De ese año en adelante, Benito Juárez se apoyó en la Beneficencia Pública, además de auspiciar la Beneficencia Privada, para poder cubrir la oferta de servicios que antes la iglesia proporcionaba.

Este acontecimiento terminó con la práctica médica guiada por la caridad cristiana y en su lugar aparecieron los servicios del Estado Mexicano. Pero en esencia la práctica médica no tuvo cambios significativos ni tampoco se mejoraron las condiciones sanitarias del país. El hecho importante que se produjo fue

que Benito Juárez arrebató a la Iglesia Católica, en favor del Gobierno liberal, el poder político que le proporcionaba ser la institución prestadora de servicios médicos.

No fue sino hasta 1880, ya durante el porfirato, que el Consejo Superior de Salubridad comenzó a -- ejercer funciones como autoridad en salud pública. -- Sin embargo, su trabajo no fue fácil. Debió enfrentar una lucha sanitaria que estaba subordinada a condiciones sociales y naturales que privaban en el país desde siglos atrás; tales como; barreras geográficas, culturales y de idioma, el gran número de comunidades autosuficientes e inconexas distribuidas a lo largo del territorio nacional y la falta de transportes y vías de comunicación.

Estas circunstancias entorpecían la inmensa labor de reducir los índices de muerte causados por la viruela, el sarampión, el tifo, el paludismo, la fiebre amarilla y otras enfermedades transmisibles, a pesar de que por esta época ya se contaba con importantes avances en el estudio de este tipo de padecimientos y algunos métodos para prevenirlos.

No obstante, los acontecimientos económicos y políticos ocurridos en el país a finales del siglo XIX alteraron bruscamente esta dinámica epidemiológica de centurias,

A partir de 1876 y hasta finales del porfirato, se invirtieron en México grandes volúmenes de capital extranjero, orientados principalmente a la minería y a la producción agrícola para la exportación. Se -

vincul6 el pa6s con el mercado internacional y se produjeron transformaciones sociales, econ6micas y polfticas en la Rep6blica Mexicana.

El capital invertido en la producci6n necesitaba condiciones propicias para su desarrollo. Fue prioritario, entonces, construir la infraestructura ferroviaria y portuaria para unir entre s6 las regiones productoras con las zonas comerciales, y de esta forma agilizar la circulaci6n de mercanc6as.

Una condici6n ineludible para el desarrollo de las empresas fue la existencia de fuerza de trabajo segura. Es decir, exenta, hasta donde fuera posible, de las epidemias que diezaban peri6dicamente a la poblaci6n. Esta necesidad deline6 la pol6tica sanitaria -- del porfiriato que consisti6 en combatir, principalmente, las enfermedades que atacaban a los trabajadores y a la poblaci6n de las regiones que produc6an art6culos para la exportaci6n.

LA POLITICA SANITARIA DEL PORFIRIATO

Los objetivos fundamentales de la política de salud pública durante el porfiriato fueron, mejorar las condiciones sanitarias de la población de las zonas tropicales y sanear los puertos de la región del Golfo de México y en general, del sureste de la república. Lo anterior se explica porque las costas fueron regiones de producción agrícola para la exportación, y las localidades portuarias representaban el principal medio del comercio internacional de la nación.

Un marcado contraste de esta política fue que no se realizaron grandes acciones sanitarias ni se invirtieron recursos técnicos y humanos en los estados del norte, como sucedió con los estados del sureste, ni tampoco en los estados del centro del país como Zacatecas, Guanajuato e Hidalgo, a pesar de que fueron regiones mineras que aportaron enormes ingresos al país.

La razón de ello fue que durante el porfiriato los estados norteros se mantuvieron con muy baja densidad de población, pues apenas registraron el 8% del total en 1877 y el 10% en 1910 a pesar de representar casi la mitad del territorio nacional.⁽⁵⁾ Esta característica demográfica no favorecía la propagación de enfermedades y en cambio, sí ayudaba a controlarlas en caso de epidemia.

(5) Cfr. GONZALEZ, Navarro, Moisés, "El porfiriato La vida social", Tomo IV de la obra Historia Moderna de México de Daniel Cosío Villegas, Editorial Hermes, 3a. Ed. México, 1973. p. 17.

Otro factor, positivo en este sentido, era que los climas norteños dominantes, cálido-seco y frío, funcionaron como arma natural contra las enfermedades pues son elementos desfavorables para la reproducción y diseminación de los microorganismos que las producen.

Por otra parte, la minería no requirió tanta fuerza de trabajo como sucedió con la producción agrícola del sureste. La explicación de esto es que la productividad de esta rama de la economía fue siempre en aumento. Por ejemplo, el producto logrado por obrero se incrementó en más del 150% entre 1897 y 1907 al pasar de 17 819 kilogramos por trabajador a casi 48 mil respectivamente.⁽⁶⁾ Esta situación representó un gran contraste con el sureste pues allí se recurrió hasta a la mano de obra forzada que, en parte, fue llevada precisamente del norte.

En cuanto al centro del país, con excepción -- del Distrito Federal que era la zona de influencia del Consejo Superior de Salubridad, tampoco se mejoró su situación sanitaria a pesar, de que en 1895 se descubrió, que la mayor mortalidad y los más difíciles problemas sanitarios se localizaban en esta región y no en las calientes, húmedas e insalubres costas del Golfo de México y del Pacífico Sur. Solamente en la ciudad de México, el 10% del total de defunciones ocurridas durante 1878 se debieron a diarrea y enteritis, estos mismos ru

(6) Cfr. NAVA Oteo, Guadalupe. "La minería" en la obra Historia Moderna de México. El porfiriato, Vida económica de Daniel Cosío Villegas. Editorial Hermes - 2a. Ed. México, 1974. Tomo VII. Vol. I. p. 251.

bros representaron el 25% en 1885 y el 21% en 1903 respectivamente.

A pesar de esto, los esfuerzos del gobierno si guieron orientándose hacia las costas donde se lograron avances espectaculares como la erradicación de la fiebre amarilla en 1910.

Los padecimientos que afectaban a los trabajadores de las regiones que producían materias primas para exportación fueron combatidos eficazmente. En 1891, por ejemplo, el paludismo causó 41 defunciones por cada mil habitantes y disminuyó a 12 en 1903.

Otras enfermedades contagiosas como la viruela que participó con el 14% del total de muertes ocurridas en 1891, llegó a representar sólo el 0,25% en 1903. En Oaxaca, como caso concreto, este mal produjo en 1879 ca si el 33% del total de defunciones y descendió al 1% en 1882, cuando el hule para la exportación se encontraba en pleno apogeo pues tres años atrás había experimentado un alza de precio del 147% en el mercado internacional. (7)

También en 1882, las autoridades oaxaqueñas + llevaron a cabo la primera campaña científica en el estado contra una epidemia de cólera que se había presentado en toda la región de Tehuantepec. (8)

En el caso del puerto de Veracruz y sus alrede

(7) Cfr. COSSIO Silva, Luis. "La Agricultura" en la obra Historia Moderna de México op. cit. p. 110.

(8) Cfr. ALVAREZ Amézquita, José et. al. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México. México.SSA. 1960. Vol. I. p. 317.

dores, sabemos que desde 1599 eran zona endémica* de -- fiebre amarilla.⁽⁹⁾ Este problema se empezó a combatir durante el porfiriato dado que el muelle representaba -- el más importante enlace comercial entre México y el--- resto del mundo. Además de que los productos agríco-- las veracruzanos, como el café y el algodón, tuvieron-- gran demanda. La vainilla veracruzana, por ejemplo, -- tuvo un sorprendente crecimiento del 23% promedio anual entre 1877 y 1883.

Estas circunstancias determinaron que en 1879-- se destinaran 5,500 pesos, muy importante suma en aque-- lla época, para que se hiciera una investigación sobre-- la fiebre amarilla en el estado de Veracruz a cargo del Dr. Ignacio Alvarado, quien publicó un importante traba-- jo que se llamó "La fiebre amarilla en Veracruz".⁽¹⁰⁾

Esta investigación, primera en México y Améri-- ca Latina y primera en ser financiada por el Estado, -- constituyó un hecho histórico trascendental pues puso-- de relieve, como nunca antes se había considerado, la-- importancia económica y política de la investigación -- científica de las enfermedades transmisibles. Al mis-- mo tiempo se destacó una política sanitaria integrada -- en el ámbito económico, la que dejó de representar un-- gasto público para convertirse en una inversión renta-- ble a mediano y largo plazos.

* Región que padece constantemente del ataque de -- alguna enfermedad.

(9) Cfr. LICEAGA, Eduardo op. cit., p. 7.

(10) Cfr. ALVAREZ Amézquita op. cit., Vol. I. p. 286.

La lucha oficial contra la fiebre amarilla, -- que comenzó en 1879 y que culminó con la erradicación -- de esta enfermedad en 1910, favoreció en gran medida la producción agroexportable, porque aumentó la esperanza -- de vida de los trabajadores empleados en esta actividad cuando los libró de la amenaza que para ellos, y para -- los empresarios, inversionistas extranjeros y el gobier no porfirista, representaba este padecimiento.

En general, la producción de materias primas -- agrícolas para la exportación mantuvo un crecimiento -- sostenido durante todo el porfiriato a una tasa media -- anual de 7.45%, y del 19.74% en los seis primeros años -- de la dictadura.

En esta época se lograron verdaderas revolucio -- nes productivas. El henequén yucateco, por ejemplo, -- creció con furor a un ritmo anual del 26.50% durante -- los primeros seis años y subió de 11,383 toneladas en -- 1877 a 46, 506 en 1883 para terminar con un promedio de 128,849 toneladas en los últimos años del mandato porfi -- rista. Tal volumen de producción lo mantuvo como el -- primer productor mundial y aportó casi el 100% del con -- sumo internacional,

El hule oaxaqueño, por su parte, apenas alcan -- zaba 27 toneladas en 1877 y pasó a 4,700 en 1906, año -- en que creció a un ritmo de 222.4%.

Sin embargo, aunque las acciones sanitarias -- del Estado disminuyeron los peligros medioambientales -- para que no se enfermaran los jornaleros agrícolas, el -- mal trato de los capataces, las excesivas jornadas que --

a veces duraban hasta 18 horas, la mala alimentación y el hacinamiento en barracas sin ningún tipo de servicios, hicieron que muchos trabajadores sucumbieran o -- que virtualmente murieran de agotamiento.

En el estado de Veracruz, por ejemplo, la población indígena, que representaba el 48% del total al inicio del porfiriato, disminuyó al 40% entre los años 1880 y 1889, y de este último año a 1903 las defunciones por afecciones palúdicas tuvieron un incremento del 14 al 24%.

A estos problemas, el Gobierno Federal respondió, en 1905, con una costosa campaña contra el paludismo en toda la región de Tehuantepec que consistió en -- dar curso a todas las aguas estancadas, además de petrolizar y desecar los pantanos, para acabar hasta donde -- fuera posible con los sitios de reproducción del mosquito transmisor del padecimiento. Otra campaña similar se practicó en 1909.

LA SALUD Y LA MEDICINA OFICIALES

Durante el porfiriato el Estado Mexicano logró por primera vez, la institucionalización de la salud, -- de la medicina y de la práctica médica. De esta forma se produjo un importante avance en la consolidación estatal pues estas instituciones quedaron fuera del alcance del poder eclesiástico.

En esta época se definieron: a la salud, como la capacidad del hombre para trabajar; a la medicina, -- como la ciencia encargada de producir los conocimientos necesarios para realizar este objetivo; y a la práctica médica, como la técnica indispensable para operativizar el proceso.

Este fenómeno fue un hecho importante en el -- sentido de que la medicina pasó a formar parte fundamental del Estado al igual que el ejército o la hacienda -- pública, es decir, un elemento necesario y complementario a la vez de sus políticas económicas y sociales.

Desde finales del siglo XIX se vino perfilando en México la concepción moderna de la salud como fenómeno social directamente vinculado con el ámbito económico y político. Al mismo tiempo que fue cediendo terreno la concepción religiosa de la salud y la enfermedad -- como gracia y castigo de Dios.

Los intelectuales mexicanos formados en Francia trajeron a este país la corriente higienista, en la cual se conjugaban conceptos de salud y economía, salud y estado, salud y política.

Las ideas que empezaban a cobrar importancia - por aquella época se referían a la salud como la actividad humana, más concretamente, como la capacidad del hombre para trabajar y reproducirse. Los médicos higienistas empezaron a llamar la atención del gobierno y -- del pueblo en general en el sentido de tratar de reducir los altos índices de mortalidad de la población que nadie tomaba en cuenta por ser un problema antiguo y cotidiano.

En 1888, por ejemplo, se dió a conocer que solamente en el Distrito Federal habían ocurrido 13,221 defunciones por enfermedades infecciosas. Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, comentó que si cuando menos se lograra reducir la mortalidad en 3.7 por 1000, de las 13,221 defunciones se ahorrarían 1,295 vidas. Además comentó:

"...decíamos hace un rato que por cada caso de defunción hay cerca de 10 casos de enfermedad, sin tener en cuenta los gastos que origina, determinar por término medio 30 días de pérdida de trabajo, las 1,295 defunciones corresponden pues, por los casos de enfermedad a una pérdida de 388,500 días de trabajo, y como por otra parte esas mismas defunciones a razón de 300 jornadas al año forman otras 388,500 jornadas, resulta por consiguiente una pérdida de 777,000 jornadas que podrían convertirse anualmente en beneficio de la agricultura, del comercio...". (11)

(11) ALVAREZ Amézquita op. cit. p. 328.

Ya desde 1879 el Dr. Manuel Septi3n y Llata haba propuesto que se instalaran establecimientos m3dico farmac3uticos en toda la rep3blica, en donde se aplicara la Higiene y la medicina preventiva para combatir el problema de la mortalidad. El mencionado doctor sugeria que se nombrara un m3dico por cada mil habitantes, los cuales estarfan bajo su cuidado en todo lo relativo a la higiene adem3s de la prevenci3n y el tratamiento de las enfermedades. Por otra parte invitaba a instalar una botica y a nombrar un ayudante para el m3dico.

El doctor Septi3n ofrecfa como prueba de la viabilidad de su propuesta el caso de H3rcules, Quer3taro, donde:

"...la poblaci3n con sus 6,500 habitantes cuenta con asistencia m3dica completa por 350 pesos al mes. El m3dico cuesta 100 pesos, el practicante 25 y la botica 225. Los habitantes de la ciudad pagan 9-centavos o 3 reales al mes por concepto de impuesto por el servicio...". (12)

La propuesta de este m3dico no fue tomada en cuenta y por lo mismo, los establecimientos m3dico-farmac3uticos nunca se instalaron en la rep3blica. Sin embargo, es importante destacar que las ideas de la co-

(12) ALVAREZ Am3zquita op. cit. p. 286.

rriente higienista habfan producido en los médicos progresistas de aquella época concepciones avanzadas para su tiempo pues, si ponemos atención, el Dr, Septián -- propuso de alguna manera la creación de una especie de seguro social 63 años antes de que éste apareciera en México.

Para el año de 1900 ya se producía bibliografía mexicana sobre el tema de la Higiene. Tomemos por ejemplo la tesis profesional de Jesús María y Campos, -- dirigida por el famoso Dr. Orvañanos, en la que nos dice:

"La Higiene... es el procedimiento conservador de la vida... utilizando las enseñanzas del arte de la salud, las acciones individuales, sociales y gubernativas para protegerla... La Higiene es la gran conservadora de la actividad humana, y de la integridad fisiológica y psicológica, coadyuva a la felicidad vinculada estrechamente con el progreso material...". (13)

En el año de 1910, con motivo del Centenario de la revolución de independencia, el Dr. Eduardo Liceaga explicó los preceptos de la Higiene:

"... permitirán a las nuevas generaciones mejorar sus condiciones físicas, librarlos

(13) Cfr. CAMPOS y Díaz, Jesús María. Qué sea la higiene, cuáles sus fundamentos sociales de que depende. Tesis profesional de la Escuela de Medicina de México, México. 1900, p. 6.

de las enfermedades transmisibles, procurarles la prolongación de la vida y contribuir-- de ese modo a formar hombres.. ..". (14)

Y en su conferencia "Algunas consideraciones sobre la - Higiene social en México", el mismo doctor destacó el - carácter preventivo de la Higiene:

"Esta se propone conser-- var la salud, prolongar la duración de la vida y mejorar la condición física de la especie humana y, para conseguirlo no intenta principalmente curar a los enfermos, sino evitar que los sanos se enfermen...". (15)

Los planteamientos del Dr. Liceaga se ganaron el repudio de aristócratas, industriales y terratenientes pues consideraban un despilfarro la inversión en -- campañas preventivas para proteger la salud de los indios. Estos eran considerados como bestias de trabajo y no como elemento importante en el proceso global de - la economía del país. Es decir, la escasa y a veces - nula inversión destinada a la compra de fuerza de trabajo no era concebida como capital variable o posibilidad de capitalización y, por lo mismo, tampoco se aprecia--

(14) ALVAREZ Amézquita op. cit., p. 454

(15) Ibidem. p. 461.

ban los efectos negativos que sobre la economía del --- país, en su conjunto, producía esta política.

A pesar de los obstáculos que Eduardo Liceaga enfrentó, la Higiene y la medicina preventiva se convirtieron en los fundamentos de la política sanitaria del Estado pues representaron una alternativa eficaz al momento histórico que vivió el país.

Un elemento determinante para que se produjera este fenómeno fue el problema de la escasez de fuerza de trabajo en las regiones de agricultura para exportación. Pues la enfermedades transmisibles producían -- gran mortandad y bajos rendimientos en la producción.

En este contexto, la medicina preventiva y la Higiene reportaron grandes beneficios. Aunque no resolvieron por completo el problema porque los jornaleros fueron sometidos a excesivos períodos de trabajo, malos tratos y deficientes viviendas. Esto último se debió a la baja inversión de los empresarios en maquinaria e instrumentos de trabajo.

Esta cuestión no representó gran dificultad -- con los obreros de la industria y de la minería porque a lo largo del porfiriato la productividad de estos sectores, como ya se había mencionado, fue en continuo ascenso de tal manera que no fue necesario incorporar cantidades extraordinarias de obreros nuevos. En el sector fabril, por ejemplo, era común que hasta 1888 se requiriera incrementar un tercio de obreros cuando se -- quería aumentar la producción en 10%. Pero de 1889 a 1911, cuando se duplicó la inversión en capital constan

te, el total de obreros sólo subió el 35% mientras que la producción media por fábrica aumentó el 55%.

Para resolver el problema de la falta de mano de obra, el gobierno porfirista recurrió a la desintegración violenta de comunidades indígenas, como ocurrió -- con 66 núcleos de población en el estado de Yucatán que fueron desarticulados entre 1878 y 1912 para abastecer de fuerza de trabajo a los cultivos henequeneros. (16)

Otras medidas utilizadas fueron el trabajo forzado, como ocurrió con los indios yaquis de Sonora, el método de los enganchados y el fomento de los inmigrantes como el caso de los chinos y alemanes.

La Higiene y la medicina preventiva se insertaron rápidamente en la estructura del gobierno porfirista. A pesar de que al inicio de la dictadura la labor del Consejo Superior de Salubridad, aun se concebía como una obra de caridad. Esto explica que en 1877 un acuerdo de la Secretaría de Gobernación dispusiera trasladar ese consejo a depender de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública.

Hasta esas fechas el Consejo Superior de Salubridad había funcionado como un organismo autónomo movido por convicciones humanitarias y no tenía ninguna relación con la política económica del Estado. Eduardo Liceaga, presidente de esta institución desde 1885-- hasta 1914, comentaba al respecto, sobre la actividad-- de los médicos del mismo:

(16) Cfr. GONZALEZ Navarro op. cit., p. 115.

"... aisladamente o en pequeños grupos comenzaron a visitar las boticas, los mercados, los expendios de bebidas y comestibles, los establos,-- el rastro de la ciudad, las diferentes fábricas, talleres y todos los otros géneros de establecimientos y formaban su criterio personal para dictar las disposiciones higiénicas-- poniéndolas de acuerdo con las leyes y reglamentos de las naciones más adelantadas en civilización. El gobernador de Distrito era el jefe nato de la corporación, era con quien consultaba cuando quería, de modo que el Consejo estaba casi nulificado...". (17)

Solamente dos años después de la transferencia del Consejo Superior de Salubridad a la Beneficencia Pública, el gobierno porfirista modificó su resolución y el 30 de junio de 1879 la Secretaría de Gobernación expidió otro acuerdo en el que se ordenaba la articulación directa entre aquel organismo y la propia Secretaría.

En el mismo acuerdo quedó asentado que el organismo representante del Estado en materia de Higiene era el Consejo Superior de Salubridad, y más tarde, el 14 del mes siguiente quedó establecida su personali--

(17) LICEAGA, Eduardo. Mis recuerdos de otros tiempos. Obra póstuma, Talleres Gráficos de la Nación, México, 1944. p. 79.

dad jurídica en el reglamento oficial expedido para que normara sus funciones.

En este reglamento quedaron formalizadas, entre otras cosas, que atendería los problemas de salud pública que le fueran encomendados por la Secretaría de Gobernación, y en casos urgentes, como un brote epidémico, tendría capacidad de autodeterminación bajo su propia responsabilidad. También quedó bajo su jurisdicción todo lo relacionado con la vigilancia e iniciativas en materia de Higiene en la ciudad, el campo, las fábricas y talleres, rastros, establecimientos comerciales, además del establecimiento de relaciones con instituciones extranjeras de salubridad para intercambiar acciones benéficas.

En este mismo año de 1879, la Secretaría de Gobernación delimitó las funciones de la Beneficencia Pública y ratificó las actividades del Consejo Superior de Salubridad. La Beneficencia se encargó de los "debiles sociales económicos" prestándoles ayuda médica gratuita, y al Consejo le correspondió preservar la salud de todas las personas involucradas en la producción, distribución y circulación de mercancías, es decir, de las personas productivas.

Desde este momento, el Consejo Superior de Salubridad creció en importancia y responsabilidades, y en 1883 trascendió oficialmente los límites del Distrito Federal por medio de un proyecto de reorganización que le otorgó autoridad a nivel nacional en materia de

salud pública.

42

De esta forma, se llevó a cabo la oficialización de un conjunto de acciones y políticas que dieron como resultado la institucionalización de la salud pública y de la medicina por parte del Estado.

Así, se generaron paulatinamente las posibilidades para que el Estado controlara las epidemias. En 1904, por ejemplo, se presentó una epidemia de peste bubónica en el puerto de Mazatlán, llevada a ese lugar por un barco mercante chino. El Consejo Superior de Salubridad desplazó inmediatamente un grupo de médicos con el equipo necesario para combatir la enfermedad y logró controlarla en pocos días. El resultado de esta acción constituyó un hecho histórico en el sentido de que apenas unos años atrás hubiera representado una catástrofe inevitable.

Con la institucionalización del Consejo Superior de Salubridad se sentaron las bases para el desarrollo de las políticas estatales de salud pública en México.

CONCLUSIONES AL CAPITULO I

SALUD PUBLICA DE CUATRO SIGLOS

1.- En el período colonial las epidemias fueron el principal problema de salud pública. La atención médica de la población estuvo a cargo de la Iglesia Católica y sus servicios se ofrecieron en nombre de la caridad cristiana. Esto se debió a que dentro de la estructura social de la colonia la Iglesia jugó un papel determinante como instancia ideológico-política y por esta razón, la infraestructura y servicios médicos estuvieron orientados a la conservación y adquisición de poder político para esta institución religiosa.

2.- Durante las primeras décadas del México independiente, las epidemias continuaron como el principal problema sanitario. Las guerras internas que vivió el país en este período, favorecieron brotes y propagación de enfermedades, lo que agudizó esta problemática de salud.

3.- El gobierno juarista expropió los hospitales al clero para apropiarse el poder político que emana de brindar servicios médicos a la población. Así, por medio de la atención a la salud, Benito Juárez le otorgó un carácter institucional al ejercicio del poder político como una de las medidas encaminadas a con-

formar el Estado Nacional.

4.- El gobierno de Juárez instrumentó su política de atención a la salud, por medio de la Beneficencia Pública y el auspicio de la Beneficencia Privada. A partir de entonces, perdieron primacía los servicios de la caridad cristiana de la Iglesia, y comenzaron a regir los de la Beneficencia Pública del Estado Mexicano.

LA POLITICA SANITARIA DEL PORFIRIATO

1.- Durante el porfiriato se inició, históricamente, la lucha sanitaria del Estado contra las epidemias. Esto se debió a que nuestro país se convirtió en un importante productor de materias primas para la exportación y fue necesario mantener sana a la población trabajadora. Este hecho repercutió fundamentalmente en dos niveles, por un lado favoreció el desarrollo del Estado basado en una plataforma institucional más amplia, y por otro lado, coadyuvó al desarrollo económico de la república sobre bases capitalistas más firmes.

2.- La lucha sanitaria se instrumentó por medio del Consejo Superior de Salubridad, organismo que existía desde 1833 pero que debido al poco desarrollo de las fuerzas productivas del país, no había sido in--

corporado en las políticas económicas y sociales del Estado. El Consejo Superior de Salubridad enfocó sus esfuerzos hacia la preservación de la salud de los habitantes de las regiones productoras de materias primas para la exportación, como el sureste de la república, - las zonas portuarias y demás puntos de contacto con el comercio exterior.

3.- El Consejo Superior de Salubridad se -- apoyó en el higienismo, corriente sanitaria hegemónica a nivel mundial, para hacer frente a los problemas de - salud de la población ubicada en las regiones de inte-- rés económico para México.

LA SALUD Y LA MEDICINA OFICIALES

1.- Durante el régimen de Porfirio Díaz, la atención a la salud de los trabajadores se consideró, -- por primera vez, como elemento importante de la producción económica. Este hecho es trascendental en la medida en que las políticas de atención a la salud se integraron a la superestructura de la sociedad porfirista que se estaba consolidando sobre la base de una estructura económica capitalista bien definida.

2.- En este período, la medicina se institucionalizó y pasó a formar parte importante del Estado, al ser elemento necesario y complementario de sus polí-

ticas económicas y sociales.

3.- La delimitación de funciones de la Beneficencia Pública y del Consejo Superior de Salubridad - dió origen a la atención diferenciada de la salud de la población. La primera, fue dirigida a la población - improductiva; la segunda, funcionó como una inversión - en la economía y se orientó a la población productiva. Con este acontecimiento se sentaron una parte de las -- bases para el desarrollo institucional del Estado Mexicano con orientación capitalista. Es decir, por una - parte, se observó una mayor definición de las clases so - ciales al interior de las políticas de salud del Esta - do; y por otro lado, el Estado se situó jurídicamente - como una instancia política "por encima" de las contradic - ciones de las clases sociales.

CAPITULO II

LA REVOLUCION DE 1910 Y LA REORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Al iniciarse la revolución de 1910, México entró en un proceso de cambios económicos, políticos y sociales. Se alteraron bruscamente las instituciones públicas y privadas que eran la base de la organización social del porfiriato. Las haciendas y las fincas, la minería y la banca sufrieron alteraciones que se transformaron en un letargo de la producción económica y en una crisis fiscal, bancaria y política que perduró por más de tres décadas.

El carácter eminentemente agrario que sostuvo el movimiento armado afectó de manera especial la producción del campo pues paralizó casi por completo la actividad de este sector.

Un efecto inmediato de la contienda fue el retiro de los capitales nacionales y extranjeros que se habían instalado en el agro mexicano al amparo de la paz social porfirista. Por otra parte, los hacendados y finqueros, dominados por la incertidumbre que les produjo la revolución agrarista, abandonaron o redujeron sus cultivos a su mínima expresión.

Otro efecto de la guerra fue la aparición de brotes epidémicos que se extendieron por todo el territorio nacional transportados por los movimientos de las tropas que participaron en el combate.

Estos acontecimientos redundaron en un rápido-deterioro de la exportación de productos agrícolas, y , de esta manera, se afectó la tendencia agroexportadora-que se había iniciado en México con el surgimiento del-porfiriato.

Con el estallido de la Segunda Guerra Mundial-la exportación de productos manufacturados, que se ha--bía presentado primeramente como un fenómeno circunstan--cial*, favoreció que la economía mexicana tomara defini--tivamente el rumbo de la industrialización como vía de--desarrollo para la nación.

Enormes volúmenes de capital fluyeron del exte--rior hacia México, muchos de ellos se habían fugado de--la república desde el inicio de la revolución de 1910,-y se instalaron en la industria, pues según el consenso de aquella época, el país tenía la industrialización en puerta, y por esta razón, la inversión en este sector--se volvió atractiva y se dejó de lado al conflictivo --agro mexicano.

Por otro lado, desde el inicio de la revolu---ción hasta la década de los cuarentas, la organización-sanitario-asistencial del país, que había sido adecuada y estructurada a una nación preponderantemente agrícola, empezó a presentarse como una incongruencia en la es---tructura económico-social emanada de la revolución.

* Durante el porfiriato, la industria logró colo--car sus productos en el mercado exterior solamente en--contadas ocasiones, por ejemplo, sombreros de palma. Pe--ro el volumen de venta nunca llegó a representar más --del dos por ciento del total de las exportaciones. Tam--bién se realizaron algunas ventas de manufacturas duran--te la Primera Guerra Mundial.

Se hizo necesario entonces implantar una nueva organización sanitario-asistencial que fuera acorde -- con las características de un país capitalista desarrollado. Es decir, que cubriera principalmente las necesidades de salud de las personas involucradas en la producción industrial.

LA CRISIS AGRICOLA Y LA NUEVA BENEFICENCIA PUBLICA

Al iniciarse la revolución de 1910 el problema de las epidemias volvió a colocarse en primer plano. Por toda la república se suscitaron casos de reincidencia de varias enfermedades.

En 1911, por ejemplo, se presentó en Yucatán-- un brote de fiebre amarilla que produjo 29 muertos de un total de 65 enfermos, cuando apenas un año antes Porfirio Díaz había anunciado con orgullo, en su informe de gobierno de 1910, que este padecimiento había sido-- erradicado por completo.

El problema siguió creciendo. En 1914, Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, abandonó su cargo y en su carta de renuncia mencionó que el panorama sanitario del país estaba dominado-- por las enfermedades transmisibles como la viruela, el tifo y la escarlatina.

En 1916, el boletín del Consejo Superior de -- Salubridad informó que la población de Tehuantepec, con 10,752 habitantes, había registrado 323 fallecimientos-- tan sólo en la primera quincena de agosto, de los cuales 182 fueron por causa del paludismo.

Para el siguiente año, el tifo se había extendido por toda la república atacando hasta los estados-- norteros que siempre habían permanecido ilesos.

Después de haber transcurrido el período más-- cruento de la revolución, en 1918, algunas enfermedades que no se habían considerado nunca antes como epidemias,

adquirieron esta característica. En este año, el Dr. Francisco Valenzuela declaró en el Quinto Congreso Médico Nacional que la amibiasis disintérica, considerada por autores clásicos de aquella época como enfermedad autóctona de ciertas regiones tropicales, se había extendido desde Matamoros, Tamaulipas, hasta los estados del sur, causando gran mortalidad por infecciones intestinales.

El recrudecimiento de las epidemias se debió principalmente a tres causas. Por una parte, la guerra entorpeció y anuló muchos de los servicios sanitarios que se habían instalado durante el porfiriato. Al mismo tiempo, propagó las enfermedades por todo el territorio nacional. Finalmente, como los principales actores del movimiento armado eran campesinos y el carácter de la revolución era agrarista, la producción del campo fue la más resentida y llegó a paralizarse casi por completo.

Esta situación produjo escasez y carestía de los alimentos y por esta causa, aumentó la desnutrición de la población e hizo presa fácil de las enfermedades a millares de personas.

Ante esta situación, se tomaron varias medidas para evitar la propagación de enfermedades. En 1915, durante el mandato de los presidentes de la Convención de Aguascalientes se declaró obligatorio el baño para los trabajadores de limpia de la ciudad de México. El gobierno de Carranza continuó con esta práctica higiénica

ca, primero estableciendo baños públicos gratuitos, después, facultando al Consejo Superior de Salubridad para que sus agentes capturaran en plena calle a los desaseados para raparlos y bañarlos. (1)

La práctica de rapar a los desaseados surgió en 1916, cuando se dió a conocer que los piojos transmitían el tifo. De tal acción surgió un enorme contingente de "pelones", muy conocidos entre los miembros -- del ejército de aquella época,

Por otra parte, el gobierno de 1917 expidió un decreto que contenía una serie de normas muy estrictas que debían ponerse en práctica para difundir la higiene y, de esta forma, controlar el tifo en la capital.

No obstante la lucha sanitaria, los piojos no se acabaron. En 1921 se planeó establecer oficinas de despiojamiento en varias escuelas de la ciudad de México, y de ser posible dotarlas con regaderas de agua tibia. También se propuso el despiojamiento como requisito previo para ingresar a la escuela, pues enfermedades como la pediculosis*, la sarna y la tiña, atacaban -- al 65% de los niños.

Pero el problema no se resolvió pues, en 1925, los baños públicos gratuitos, por sí solos, no habían-- producido hábitos higiénicos en los ciudadanos. Por-- ejemplo, la policía tuvo que obligar a 15,966 personas para que entraran a la regadera y sólo 3,143 lo hicieron voluntariamente.

(1) Cfr. GONZALEZ Navarro, Moisés. Población y sociedad en México (1900-1970). México. UNAM. 1974. Tomo I. p. 229.

* La pediculosis consiste en estar infestado de -- piojos.

Con respecto a otras epidemias, en 1921, por acuerdo de Alvaro Obregón, se estableció la Comisión Especial para la Campaña contra la Fiebre Amarilla, en 1924 se inició la campaña contra la uncinariasis, y en 1925 se iniciaron otras contra la peste bubónica en Tampico y Veracruz, contra la meningitis cerebroespinal en Guerrero, contra la viruela en Aguascalientes y San Luis Potosí y finalmente contra el paludismo en Tuxpan, Nayarit.

Con respecto a la escasez de alimentos, este problema surgió con la revolución y no terminó ni aún después de finalizar la guerra. Esto se debió a que la revuelta alteró radicalmente la estructura agraria del país.

El agrarismo revolucionario repartió tierras a los campesinos pero éstos no disponían siquiera de los elementos más indispensables para hacerlas producir, y por otra parte, tampoco existió la posibilidad de otorgarles créditos pues los capitales huyeron al extranjero por el temor que les inspiró la inestabilidad social y política que reinaba en el país.

Fuera de eso, el erario público se encontraba en bancarrota debido a los continuos gastos bélicos, y la banca privada no funcionaba desde los primeros años del conflicto.

Francisco I. Madero fue el primer presidente revolucionario en tratar de resolver el problema de la escasez de alimentos, mediante un decreto, del 17 de ma

yo de 1912, en el que se permitía mezclar al pan y las tortillas hasta un 25% de centeno, arroz, papa, olote o cualquier sustancia no nociva a la salud. Pero esta forma de resolver el problema no dió resultado y simultáneamente, el día 30 del mismo mes, el decreto fue revocado por un dictámen del Consejo Superior de Salubridad en el que se advertía que el olote, además de su nulo contenido nutritivo, con el tiempo producía enfermedades gastrointestinales.*

Ante esta situación, los gobiernos revolucionarios dieron gran impulso a la Beneficencia Pública, la cual había sido relegada a segundo plano durante el porfiriato. Esta institución creó puestos de socorros para regalar alimentos a las "clases humildes", que no -- eran otra cosa que los acasillados y enganchados recién liberados por la revolución.

En 1915, el gobierno también creó el Departamento de auxilios al pueblo, para controlar la venta de pan, tortillas y masa, además de instalar máquinas para hacer tortillas. Pero el problema siguió creciendo y en 1920, se recurrió a la reorganización de la Beneficencia Pública y se le asignaron, en su totalidad, los productos de la Lotería Nacional, la cual se llamó desde ese entonces Lotería Nacional de la Beneficencia Pública.

* El dictámen del Consejo Superior de Salubridad era acertado, en 1916 el Dr. Ernesto Ulrich del Hospital General informó que de 512 autopsias que realizó a cadáveres con lesiones del aparato digestivo, encontró que en la mayoría de los casos se presentaron las formas comunes de la enteropatía crónica dispéptica, enfermedades crónicas del estómago y del intestino delgado, relacionados estos padecimientos directamente con la mala nutrición del individuo.

Los efectos de la mala y/o escasa alimentación en la población se reflejaron en un predominio, a nivel nacional, de enfermedades infecciosas y parasitarias. - Además, las afecciones epidémicas siguieron representando un grave problema de salud pública.

A continuación se presenta un cuadro que contiene las diez principales causas de muerte en la república en el año de 1922.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA
REPUBLICA MEXICANA
1922**

SEGUN NOMENCLATURA INTERNACIONAL DE 1909-1912

No.	Causa de defunción	Número de defunciones	Tasa
	Todas las causas	362 832	25.3
1	Influenza y neumonía	40 998	283.0
2	Diarrea y enteritis	25 765	178.4
3	Fiebre y caquexia palúdica	25 035	173.3
4	Tos ferina	14 383	99.6
5	Otras enfermedades epidém.	12 693	87.9
6	Viruela	11 966	82.8
7	Tuberculosis, todas formas	11 387	78.8
8	Debilidad congénita y vicios de conformación	10 220	70.7
9	Muertes violentas (excepto suicidio)	9 262	64.1
10	Bronquitis	7 946	55.0

Nota: Otras enfermedades no incluidas en la nomenclatura 61 889
Enfermedades no especificadas o mal definidas 80 609
Total 142 498

Fuente: Dirección General de Bioestadística, SSA.- Citado en "Diez observaciones sobre la mortalidad en México". MARTINEZ, Pedro Daniel, Salud Pública de México. Epoca V. Volumen XII, No. 1. p. 38.

De aquella época en adelante la Beneficencia Pública fue cobrando cada vez mayor importancia pues la situación económica, principalmente en el campo, era -- muy difícil, además la inestabilidad política que imperaba en el país fue un factor que impedía la recuperación de la economía. Por ejemplo, de 1910 a 1934 hubo 15 presidentes, en 1926 se presentó la rebelión cristera, y en 1928 el asesinato de Alvaro Obregón. Estos acontecimientos, entre otros, crearon un clima de incertidumbre que paralizó la actividad económica en cada -- cambio presidencial, rebelión armada o asesinato de algún personaje.

Ante esta situación, los hacendados fueron reduciendo las superficies sembradas, o dejaron de sembrar porque no estaban dispuestos a que, después de haber invertido su dinero en las tierras, llegaran los -- agraristas y se las convirtieran en ejidos.

Por otra parte, los campesinos dotados de tierras por el agrarismo revolucionario fueron incapaces de hacerlas producir pues no contaban con instrumentos de trabajo, semillas, ni crédito para conseguirlos. -- El crédito bancario se mantuvo entre el 18 y el 25% de interés hasta 1925, y aunque a partir de ese año bajó -- al 12%, solamente se prestaba dinero a personas de reconocida solvencia y por medio de garantías en especie.⁽²⁾

(2) Cfr. BANAMEX. Examen de la situación económica de México (1925-1976). Fondo Cultural Banamex A.C. México. 1977. p. 35.

El crédito privado se mantuvo entre el 80 y el 100% de interés.

Para el año de 1925, sólo algunos cultivos de exportación se mantenían produciendo. Fue el caso del café, el plátano y la caña de azúcar. En este mismo año se cosechó una raquítica producción de maíz, y para 1928 las cosechas fueron inferiores. En 1929, 1937 y 1940 se perdieron muchas cosechas y los precios de los alimentos sufrieron importantes incrementos.

En 1926 se empezó a importar maíz y se creó el Banco de Crédito Agrícola con un capital inicial de 20 millones de pesos. Desafortunadamente el problema no se resolvió pues el banco dirigió sus préstamos con mucha cautela y hacia los cultivos rentables, que no incluían al grueso de los campesinos.

Desde 1927 comenzó a registrarse una disminución en el consumo del maíz pues no había dinero para comprarlo. Ante esta situación, el gobierno mexicano decidió exportar ese maíz que no era consumido.

Para el año de 1930, Plutarco Elías Calles ya se había percatado del grave problema que la revolución había creado en el campo y el 23 de junio de este año, habló sobre el problema en los términos siguientes:

"Si queremos ser sinceros con nosotros mismos, tenemos la obligación de confesar los hijos de la revolución que el agrarismo, tal como lo hemos entendido y practicado hasta ahora es un fracaso... se han repartido tierras a diestra y siniestra, sin que éstas produzcan a la nación más que un compromiso pavoroso como es la deuda agraria..." (3)

Sin embargo, el agrarismo revolucionario fue un movimiento que aglutinó los intereses de millones de campesinos, esta característica le imprimió una inercia propia que llegó a rebasar la voluntad de sus líderes. De esta forma, aunque los jefes revolucionarios advirtieron el problema que se estaba creando en el campo mexicano, no pudieron impedir esta dinámica. Así, el reparto de tierras continuó, y para 1934 se habían entregado alrededor de siete millones y medio de hectáreas.

Pero esta tendencia no terminó allí, el gobierno de Lázaro Cárdenas repartió alrededor de 18 millones de hectáreas, una suma mucho mayor que el doble del total de tierras repartidas por todos los presidentes que le antecedieron en el poder.

Ante esta situación generalizada de crisis económica y de la improductividad del agro, proliferó el hambre y el desempleo. Por estas razones, la Beneficencia Pública se convirtió en la institución más importante que ofreció atención médica y hospitalaria durante y después de la revolución.

Para darnos una idea de la magnitud del desempleo que reinó después de la revolución, se presentan a continuación los siguientes datos:

POBLACION OCUPADA EN LA INDUSTRIA

Años	No. de empleados
1900	841 868
1910	1 019 726
1921	534 428
1930	692 161

Fuente: SECRETARIA DE LA ECONOMIA NACIONAL. Quinto Censo de Población 1930. Resumen general. México. Dirección General de Estadística. 1934.

Es notorio que hasta 1930, apenas se habían recuperado aproximadamente la mitad de los niveles de empleo que predominaban en 1910, además con la desventaja de que la población registrada en la tercera década de este siglo era millón y medio mayor que la de 1910, y por lo tanto, la población en edad productiva era también mayor. En el último censo del porfiriato la población masculina comprendida entre los 11 y los 50 -- años representó el 58% del total, mientras que en el -- Censo General de Población de 1930, esta suma representó el 59.53%.

Pero este no era todo el problema. En el mes de junio de 1931, el Departamento de Estadística Nacional dió a conocer que en la república existían 250 mil personas sin empleo, y para colmo de males en ese mismo año, el gobierno de los Estados Unidos repatrió a los -- braceros mexicanos que se encontraban laborando en ese país, con lo cual la suma de desempleados llegó a 600-mil. (4)

Este problema recrudeció la situación económica de los dos y medio millones de jornaleros agrícolas que existían en esas fechas pues los desempleados y repatriados se alquilaban en el campo con salarios menores a los ya establecidos.*

Si comparamos las diez principales causas de -- muerte ocurridas en 1922, con las de 1930, que a conti

(4) Cfr. BANAMEX op, cit, p. 102.

* La retribución del jornalero era de 50 centavos-diarios, lo mismo que en el porfiriato pero con la diferencia de que el peso se encontraba devaluándose desde 1922, y para 1934 ya había perdido el 22% de su poder-adquisitivo.

nuación se presentan, observamos que no se registran cambios en la composición y el tipo del cuadro de enfermedades.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA
REPUBLICA MEXICANA
1930**

No.	Causa
1	Diarrea y enteritis
2	Influenza y neumonías
3	Paludismo
4	Tos ferina
5	Accidentes o muertes violen.
6	Viruela
7	Sarampión
8	Debilidad congénita- vicios de conformación
9	Tuberculosis, todas formas
10	Enfermedades del hígado y de las vías biliares

Fuente: Dirección General de Estadística. SIC, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. -- Citado en La mortalidad en México 1922-1975. ALMADA, -- Bay, Ignacio. México. IMSS. 1982. pp. 16-17.

Ante este panorama sanitario, la culminación del desarrollo de la Beneficencia Pública se produjo en 1937. En ese año, Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de la Asistencia Pública que ubicó su radio de acción en el sector de la sociedad que oficialmente dió el estatus de "individuos socialmente débiles". Veamos algunas de las consideraciones de Cárdenas al respecto:

"El Estado Mexicano reconoce que debe substituirse el concepto de Beneficencia por el de Asistencia Pública, en virtud de que los servicios -- que demandan los individuos socialmente débiles debe tender a su desarrollo integral... -- precisa por tanto, crear un órgano dependiente directamente del ejecutivo a fin de que, -- dentro de las normas de la política general demarcadas por aquel y con la cooperación y ayuda de las demás dependencias del Estado, puedan ampliarse a todo el país...".(5)

(5) ALVAREZ Amézquita op. cit., Tomo III, pp. 555-556,

FIN DEL HIGIENISMO, HACIA UNA NUEVA POLITICA DE SALUD

Con el surgimiento de la revolución de 1910,-- la organización sanitario-asistencial del porfiriato, -- representada por el Consejo Superior de Salubridad, cuya directriz era la Higiene, empezó su decadencia.

Todo parecía indicar, en un principio, que la Higiene seguiría siendo la línea de acción de los programas sanitarios del Estado Mexicano. A partir de -- 1915 se empezaron a crear consejos de salubridad en varios estados de la república, y por otro lado, en 1917, el Dr. José María Rodríguez, presidente del Consejo Superior de Salubridad, propuso a Venustiano Carranza se creara un organismo que dependiera directamente de la -- presidencia de la república, sin intervención de ninguna secretaría, y que sus disposiciones generales rigieran para toda la nación.

La propuesta fue aprobada y se convirtió en -- la fracción XVI del artículo 73 constitucional, de esta forma, el primero de mayo de 1917 se fundó el Departamento de Salubridad Pública.

Durante el gobierno de Alvaro Obregón, por otro lado, se trató de fomentar el desarrollo de la producción teórica sobre el tema de la Higiene. Veamos -- el siguiente acuerdo presidencial del 26 de marzo de -- 1922:

"Con el fin de fomentar - el interés de los estudios relacionados con la Higiene y estimular las investigaciones -- que se hagan sobre el particular, se aprueba la proposición hecha al suscrito por el jefe del Departamento de Salubridad Pública, para apoyar en alguna forma a los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional que escriban sus tesis de examen profesional sobre asuntos relacionados con la Higiene". (6)

También, por medio de acuerdos con el presidente Obregón, se pensionó a médicos destacados de aquella época como Gustavo Baz e Ignacio Chávez para que -- hicieran estudios en Europa sobre diversos temas relacionados con la Higiene.

Para el año de 1930, la Higiene mexicana aún conservaba su interpretación sobre la salud en torno a conceptos económicos, políticos y sociales, y parecía -- no darse cuenta de los profundos cambios que se habían producido, principalmente en el agro donde ésta había -- obtenido sus mayores logros. Veamos este editorial -- que se publicó en el boletín del Departamento de Salubridad Pública, el cual lleva por título "LA HIGIENE, -- BASE DE LA ECONOMIA NACIONAL":

(6) SECRETARIA DE GOBERNACION. Documento inédito. - Archivo Histórico de la SSA.

"Desde el punto de vista-económico se considera actualmente al hombre como un valor-social, por tanto, debe considerarse la vida humana un capital... la riqueza de nuestro país, la riqueza de nuestros estados, su progreso, imposible sin ella, están, forzosamente, en relación directa de sus fuentes productivas. Ahora bien, ninguna existe que produzca tanto como el hombre. Si es una obligación de los gobiernos trabajar intensamente por el progreso de su país,--- aumentar y mejorar la calidad de sus fuentes de producción,---deberá ser, por tanto, su obligación máxima cuidar a sus individuos... el cuidado de los individuos es pues, un asunto de economía nacional, y por lo mismo un asunto de obligación-gubernamental. El dinero gastado en él, no es como hasta hace poco se había pensado, y como todavía, por desgracia, muchos piensan, un despilfarro, sino un negocio, el mejor negocio que puede hacer un país..". (7)

Mientras que el Departamento de Salubridad Pública trataba de mantenerse en pie y aun desarrollarse, la Beneficencia Pública había cobrado un gran impulso - que, como ya mencionamos, culminó con la creación de la-

(7) ALVAREZ Amézquita op. cit. Vol. II. pp. 331--332.

Secretaría de la Asistencia Pública, una dependencia de mayor rango que aquella y con una orientación ideológica totalmente distinta pues mientras que el Departamento de Salubridad Pública se mantenía sosteniendo una -- concepción de la salud alrededor de los conceptos de -- productividad, política y economía, la Secretaría de la Asistencia Pública se creó para atender a los "débiles-sociales económicos" que no eran otra cosa que una --- gran parte del antiguo sector de la población que había atendido el Consejo Superior de Salubridad.

Al mismo tiempo que se producían estas reubicaciones de aquellas instituciones, una concepción nueva de la medicina y de la práctica médica se estaba introduciendo en México.

Auspiciado por la Fundación Carnegie de Estados Unidos, Abraham Flexner elaboró un trabajo que se denominó "Informe Flexner" el cual fue publicado en 1910.- Este documento presentó una serie de recomendaciones -- que debían ponerse en práctica para dar un carácter -- científico a la enseñanza, la investigación y la práctica médicas.

Abraham Flexner fundamentó la científicidad de la medicina, entre otras cosas, dando énfasis al estudio de las causas específicas de las enfermedades. Es te tipo de enfoque se había desarrollado desde que se descubrió que los microorganismos eran, aparentemente, los únicos causantes de la enfermedad. Así, esta --- orientación de la medicina, dejó de lado los factores - económicos, políticos y sociales que ubican, condicionan y determinan un particular modo y calidad de vida a

individuos y grupos sociales, con lo que las enfermedades empezaron a tratarse como fenómenos idénticos universalmente y no como diferentes para cada individuo.

Esta concepción de la medicina centró el objetivo de la investigación, la enseñanza y la práctica médicas en las enfermedades, lo que dió lugar a una medicina especializada cuyo espacio de trabajo son los hospitales y requiere para su funcionamiento de una gran diversidad de fármacos.

La medicina científica propuesta por el estadounidense Flexner constituyó un duro golpe a la corriente higienista francesa que se había adoptado en México desde el último tercio del siglo XIX, pues mientras esta última encontraba su razón de ser en la conservación de la salud y reconocía su espacio de trabajo en la sociedad entera, la medicina norteamericana recluyó a los médicos en los hospitales y laboratorios al mismo tiempo que desplazó la atención, de la salud a la enfermedad.

Las recomendaciones del Informe Flexner han sido resumidas por Julio Frenk en los siguientes puntos:

- 1) La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas.
- 2) Sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos.
- 3) Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios y la experiencia clínica.
- 4) Las escuelas sin la calidad necesaria deben ser cerradas.

5) Las escuelas deben estar afiliadas a universidades." (8)

Para llevar a la práctica las recomendaciones del Informe Flexner, la Fundación Carnegie y otras más, facilitarían recursos económicos a los países interesados, entre ellos México, en dar carácter científico a su medicina. Hacia 1934 se habían otorgado 154 millones de dólares a varios países.

Al mismo tiempo que se producían estos cambios a nivel nacional e internacional, se fue gestando en México la aparición de una nueva institución que estaría influida directamente por la medicina norteamericana, el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Primeramente en la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución de 1917, se estableció la obligación del Estado de expedir una ley del seguro social.

Para 1921, bajo el mandato de Alvaro Obregón-- se elaboró el primer proyecto de Ley del Seguro Social, la cual, aunque no fue promulgada, despertó el interés del público sobre ese sistema y los problemas inherentes a su establecimiento.

En ese mismo año, Obregón realizó un intento de implantación del seguro social, pero los conflictos por los que atravesaba el país en aquella época impidieron que la burocracia política se ocupara de este problema, y la implantación no llegó a concretarse.

(8) FRENK, Julio. "Cuadro Clínico de la enseñanza médica mexicana" en Nexos, enero de 1978, p. 21.

En el período presidencial de Lázaro Cárdenas se produjo otro intento, pero de nueva cuenta las difíciles condiciones políticas y económicas del país absorbieron toda la atención del régimen.

Sin embargo, al iniciarse la década de los cuarentas, el país entró en un proceso de franco crecimiento industrial. Ante las perspectivas de la industrialización, el gobierno mexicano se apresuró a implantar el Seguro Social. Así, el 19 de enero de 1943 el Diario Oficial de la Federación publicó la Ley del Seguro Social que dió origen al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta institución se encargó de ofrecer* servicios médicos y hospitalarios exclusivamente a los obreros del sector industrial, el cual se había convertido en el más importante de la economía nacional.

El surgimiento del IMSS obligó al Estado a reorganizar las demás instituciones de salud, de tal manera que las funciones de cada una quedaran bien delimitadas. Así, el 15 de octubre de 1943, Manuel Avila-Camacho expidió el siguiente decreto:

"Artículo 1o, Se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en la que se fusionan la Secretaría de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, dependencias estas dos, que se extinguen." (9)

* El IMSS ofrece otras prestaciones además de la atención médica,

(9) ALVAREZ Amézquita op. cit. Tomo II, pp. 483-484.

Este acontecimiento, aparentemente absurdo por el carácter radicalmente distinto de las instituciones que se fusionaron, por un lado el Departamento de Salubridad Pública con sus postulados económicos y de productividad sobre la salud, y por otro lado, una secretaria que atendía a las personas improductivas de la sociedad, fue el resultado de de la decadencia de la agricultura mexicana que se llevó consigo a la institución que le ofreció sus servicios en los pasados tiempos de auge económico.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social surgió dentro de la concepción moderna de la medicina y de la práctica médicas impuestas por Estados Unidos, y se convirtió, como en su tiempo lo fue el Consejo Superior de Salubridad, en la institución que prestó servicios médicos a los trabajadores del sector más importante de la economía, el sector industrial.

Este acontecimiento marcó el final de la corriente higienista francesa en México, al mismo tiempo que consolidó la medicina y la práctica médica estadounidenses y la dependencia en infraestructura y tecnología médicas con respecto a este país.

CONCLUSIONES AL CAPITULO II

LA CRISIS AGRICOLA Y LA NUEVA BENEFICENCIA PUBLICA

1.- La revolución de 1910 alteró el carácter eminentemente agrícola de la economía mexicana, con lo cual se hizo necesaria una redefinición de la estructura sanitaria estatal que se había conformado durante el porfiriato. Es decir, el sanitarismo oficial perdió vigencia debido a que éste estaba enfocado, principalmente, a la atención de la salud de la población campesina.

2.- El movimiento revolucionario produjo una gran cantidad de población desempleada, ante esta situación los líderes revolucionarios impulsaron el desarrollo de la Beneficencia Pública. Esta política alcanzó su culminación en 1937, año en que la Beneficencia Pública alcanzó el rango de Secretaría de la Asistencia Pública.

3.- Los líderes revolucionarios manejaron la política de Beneficencia Pública, como un elemento para adquirir crédito político en favor de la consolidación del nuevo Estado Mexicano.

4.- El Consejo Superior de Salubridad, convertido en Departamento de Salubridad Pública en 1917,-

empezó a perder importancia. Este organismo no desapareció inmediatamente porque los brotes epidémicos que provocó la guerra civil hicieron necesaria su permanencia institucional.

5.- Las acciones de salubridad, que durante el porfiriato fueron un elemento para incrementar la -- productividad del trabajo, perdieron este sentido pues su labor quedó circunscrita en el ámbito de la atención de la salud de las personas improductivas.

FIN DEL HIGIENISMO, HACIA UNA NUEVA POLITICA DE SALUD

1.- A partir de 1920, la economía mexicana -- comenzó a orientarse hacia la industrialización, simultáneamente, el Estado trató de impulsar un tipo de atención a la salud acorde con las necesidades del proletariado industrial.

2.- Los intentos para implantar los servi--- cios más acordes con las características industriales -- del país, no se concretaron debido a la inestabilidad -- política que perduró en el país hasta los años 40.

3.- La Segunda Guerra Mundial favoreció en -- México un rápido crecimiento industrial, ante el cual, -- el Estado se apresuró a constituir el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de cubrir las --

necesidades de salud del proletariado industrial que para entonces, se había convertido en la población trabajadora del sector más importante de la economía nacional.

4.- El Instituto Mexicano del Seguro Social surgió y se desarrolló con base en las nuevas concepciones estadounidenses, hegemónicas a nivel mundial, de la medicina y de la práctica médica. Este acontecimiento marcó el final de la corriente higienista francesa en México y abrió las puertas al modelo médico actual.

5.- Después de la aparición del IMSS, el Estado se vió en la necesidad de crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia para prestar atención médica a la población improductiva del país.

6.- La aparición del IMSS y de la SSA, confirman y continúan las dos líneas de acción estatal en materia de salud pública que ya se habían presentado durante el porfiriato. Es decir, una medicina que siguió funcionando para elevar la productividad del trabajo, y otra como un beneficio otorgado por el Estado a los sectores improductivos de la sociedad.

CAPITULO III

LA INDUSTRIALIZACION; SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA PUBLICA

Al iniciarse la década de los cuarentas, nuestro país inauguró una nueva etapa de su desarrollo histórico. El Estado Mexicano asumió la rectoría económica, social y política del país apoyándose en el marco legal que le confirió la Constitución Política de 1917. La nación contaba ya en esas fechas con una estructura política e institucional que se había consolidado durante 30 años de luchas internas y externas.

Desde sus primeros pasos el Estado Mexicano en caminó sus esfuerzos hacia un objetivo que se volvió -- prioritario en todos los regímenes presidenciales posteriores: la industrialización del país. Para lograr esta meta, articuló las instituciones de la república, de tal manera, que el proceso industrial recibiera de todas direcciones el apoyo necesario para su desarrollo.

Dentro de este contexto, surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo que se encargó, -- entre otras cosas, de prestar la atención médica necesaria para mantener en condiciones de trabajo a la población obrera involucrada en un ambicioso proyecto industrializador.

Sin embargo, el desarrollo industrial surgido de este proceso, creció a costa del sacrificio de otros

sectores de la producción, fundamentalmente, a expensas del sector agrícola. Este hecho provocó una polarización del crecimiento económico que se desarrolló principalmente en el medio urbano, mientras que las zonas rurales del país experimentaron un creciente rezago económico y social.

Por otra parte, los efectos de la concentración urbana, provocada por este tipo de crecimiento económico, obligaron a concentrar también las instituciones de salud en unas cuantas ciudades de la república.

Por su parte, la Secretaría de Salubridad y -- Asistencia, encargada de prestar servicios médicos y -- asistenciales a la población que quedó excluida de los servicios del Seguro Social, tampoco escapó al fenómeno de la concentración, con lo cual, fuera de las ciudades importantes, pudo únicamente proporcionar servicios deficientes y/o escasos. Esta circunstancia se convirtió en un problema político y social para el Estado Mexicano que con el tiempo se agudizó.

EL DESARROLLO INDUSTRIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Conjuntamente a la orientación industrial que siguió la economía mexicana al inicio de los años cuarenta, surgió la necesidad de adecuar la organización sanitario-asistencial del país. Este cambio fue indispensable para mantener a los obreros en condiciones de trabajo y de esta forma, poder hacer frente a las exigencias, que en materia de salud, demandaba el proceso industrializador.

Años atrás se habían cimentado algunas de las bases que servirían como plataforma de arranque al proceso. Por ejemplo, durante los mandatos de Plutarco Elías Calles y Lázaro Cardenas, se realizaron importantes obras públicas de infraestructura, como caminos y presas, además se creó Nacional Financiera como organismo encargado de agilizar la circulación de capitales.

En el año de 1940, ya con perspectivas reales de crecimiento industrial debido al estallido de la Segunda Guerra Mundial, el gobierno de Avila Camacho se dió a la tarea de crear condiciones favorables para impulsar la industria. Así lo muestra el siguiente decreto que apareció publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de este mismo año:

"Artículo 1o. Las empresas que se organicen para desarrollar en los Estados Unidos Mexicanos actividades industriales totalmente nuevas en -

el territorio nacional, gozará, por término de 5 años, de la exención de los siguientes impuestos: a) Maquinaria extranjera que importen; b) materias primas que utilicen, siempre que estas no se produzcan en el país. 2. Impuestos sobre la exportación... 3. Impuestos sobre la renta... 4. Impuestos del timbre... 5. Contribución Federal...". (1)

Más tarde, en 1944, se constituyó un organismo descentralizado, la "Comisión Federal de Fomento Industrial", que tendría también la función de auspiciar este desarrollo.

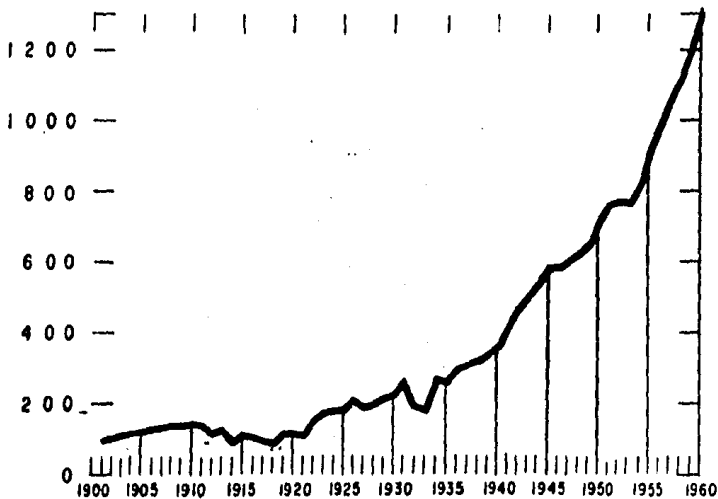
Los resultados que tuvieron estas condiciones para el despegue industrial de México, inscritas en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, fueron explosivos. A partir de 1941, y hasta 1946, se registró un abundante flujo de capitales del exterior hacia México, y en el mismo lapso se crearon 360 nuevas empresas industriales.

A continuación se presenta una gráfica que registra el comportamiento del índice de volumen de la producción manufacturera. Obsérvese como la producción se dispara a partir de 1940.*

(1) DE LA TORRE Villar, Ernesto et. al. Historia documental de México. Tomo II. México. UNAM. 1974. p. - 565.

* Como referencia recordemos que durante el porfiriato, cuando el país registró el más importante crecimiento industrial de su etapa moderna, el volumen de las manufacturas sólo llegó a duplicarse. En el período señalado en la gráfica, el índice de volumen se multiplica por 12, y un año después, llega a representar 18 veces más que en 1900.

MEXICO: INDICE DEL VOLUMEN DE LA PRODUCCION MANUFACTURERA
1900 = 100



Fuente: PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. 50 Años de Revolución Mexicana en Cifras. México, 1963, p. 80.

Ante tal expansión industrial, se volvió cuestión prioritaria para el desarrollo, contar con un recurso que mantuviera la salud de los trabajadores industriales.

En esa época sólo existían, por un lado, la Secretaría de la Asistencia Pública, surgida durante el cardenismo, pero sus servicios estaban orientados a las personas improductivas y desempleados, razón por la cual la atención que brindaba era eventual y deficiente.

Estas características la excluyeron de la responsabilidad de mantener un servicio capaz de cubrir las necesidades de salud de la población obrera, articulada a un dinámico proceso productivo.

Por otro lado, también existía el Departamento de Salubridad Pública. Este organismo era el residuo del Consejo Superior de Salubridad, que floreció durante el porfiriato, pero tampoco se encontraba en posibilidades de asumir la tarea pues sus funciones se circunscribían al ámbito de la salubridad. Conviene señalar que, para el momento histórico que vivía el país, -- estas acciones de salubridad por sí mismas, ya no representaban un elemento que incrementara la productividad del trabajo, como ocurrió durante el porfiriato cuando se luchó contra las epidemias.

Fuera de eso, se presentaron dos importantes factores adicionales. Por una parte, el proletariado industrial ya representaba para esas fechas un sector organizado políticamente, consciente de la importancia de su participación en la economía del país.* Este nivel de organización, provocaría graves disturbios al---

* Los años anteriores a esta época se caracterizaron por un auge del movimiento obrero y por una gran cantidad de huelgas. En 1937, con respecto a la conciencia obrera, los patronos solicitaron al gobierno -- que se mantuviera desinformados a los obreros del poder que adquirirían operando el aparato productivo. Los patronos argumentaban, entre otras cosas, que si por ejemplo, los petroleros realizaban una huelga, tenían el poder de paralizar la industria de toda la república, -- no sólo su sector.

proceso industrializador si no se ofrecía a los obreros otros incentivos a cambio de su trabajo, además de la atención médica.

Por otra parte, el Estado Mexicano en su calidad de rector de la vida económica, social y política del país, tenía bajo su responsabilidad, entre otras cosas, producir las condiciones necesarias para mantener en armonía las relaciones entre el capital y la fuerza de trabajo.

Este contexto fue la cuna donde surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social. El 19 de enero de 1943, el Diario Oficial de la Federación publicó la Ley que dió origen a esta institución:

"Artículo 1o.- El Seguro Social constituye un servicio público nacional, que se establece con carácter obligatorio... 2o.- Esta ley comprende el seguro de: I.- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; II.- Enfermedades no profesionales y maternidad; III.- Invalidez, vejez y muerte, y IV.- Cesantía involuntaria en edad avanzada.

Artículo 3o.- Es obligatorio asegurar: I.- A las personas que prestan un servicio a otra en virtud de un contrato de trabajo, ya sea de empresas privadas, estatales, de administración obrera o mixtas; II.- A los miembros de sociedades cooperativas de producción y, III.- A los que prestan --

sus servicios en virtud de un contrato de aprendizaje.

Artículo 5o.- Para la organización y administración del Seguro Social se crea... un organismo descentralizado... que se denominará "Instituto Mexicano del Seguro Social".

Artículo 6o.- El Poder Ejecutivo Federal determinará las modalidades y la fecha en que se organice el seguro social de los trabajadores al servicio del Estado, de las empresas de tipo familiar, a domicilio, domésticos, del campo, temporales...". (2)

En el primer artículo de la Ley del Seguro Social quedó asentado su carácter público, este hecho es muy importante pues implica el ejercicio de un poder estatal que fue usado efectivamente para regular el funcionamiento del propio instituto y sus interacciones con otros organismos del Estado.

Los demás artículos contienen las normas que delinearón la política de cobertura de la institución. Es nototio que el Seguro Social se circunscribió exclusivamente a los asalariados de la industria, pero también salta a la vista la contradicción entre los artículos tercero y sexto, pues mientras que el primero ofrece el servicio a toda persona que preste un servicio a otra, el último artículo excluyó a los trabajadores del campo hasta que el Gobierno Federal lo decidiera. Por

(2) Citado en DE LA TORRE Villar, E. op. cit. p. 610.

esta razón, millones de jornaleros agrícolas, y otros--sectores de la población, quedaron fuera de los servicios de la Seguridad Social mexicana.

Por lo demás, la Seguridad Social sirvió como mecanismo de control político al ofrecer, además de la atención médica y hospitalaria, otras prestaciones como el seguro para la vejez y la cesantía involuntaria en edad avanzada. Estos elementos fomentan la estabilidad laboral pues los obreros evitan los conflictos para conservar el empleo y, de esta manera, asegurar las ---prestaciones.

Las ventajas que ofreció la seguridad social--fueron un factor importante en los momentos que vivía --el país, pues, como hemos señalado, a partir de los --años cuarenta, el objetivo de todos los períodos presidenciales fue la industrialización.

Por otra parte, el Estado Mexicano se vió en --la necesidad de definir el tipo de atención que reci---biría la población que quedó excluida de los servicios--del IMSS,

En este sentido, por acuerdo presidencial del día 23 de julio de 1943, se celebró en la ciudad de México el "Primer Congreso Nacional de Asistencia" de don de surgió la estructura conceptual para ajustar las ins--tituciones de salud dentro de las nuevas condiciones --históricas de México.

A pesar del carácter asistencial del evento, --las ponencias del mismo consistieron en alabanzas a la seguridad social. Esta actitud se debió a que en esa--

época se pensaba que la Asistencia Pública sólo sería-- un servicio transitorio, mientras la seguridad social-- terminaba por cubrir con sus beneficios a todos los habitantes de la nación. A continuación se presentan algunos de los puntos más destacados del evento:

"El Seguro Social está -- inspirado en el principio de-- solidaridad de las generacio-- nes y basado en el cálculo ma-- temático de las leyes que regu-- lan la duración y el desenvol-- vimiento de la vida del hom-- bre; da a los recursos del pa-- trón y del trabajador, una --- aplicación práctica encaminada a prevenir, reparar e indemnizar las consecuencias económi-- cas y sociales que se producen por una disminución, suspen-- sión o extinción de la capaci-- dad de trabajo. Dicho sis-- tema ha cobrado auge en el in-- cremento de las actividades -- económicas, pues éstas han te-- nido como repercusión inmedia-- ta el aumento de la población-- trabajadora...". (3)

Por otra parte, las referencias a la Asisten-- cia Pública se realizaron en los siguientes términos:

"La Asistencia Pública se ha preocupado por dar al indigente un mínimo de subsisten-- cia vital; en cambio el Seguro

(3) ALVAREZ Amézquita op. cit. Tomo III. p. 578.

Social otorga un nivel más alto de vida para toda la población trabajadora...". (4)

También se mencionó:

"La Asistencia conserva y perpetúa, a pesar del sentido humano de su intención, la injusticia económica existente; el Seguro Social puede ayudar en parte a establecer una distribución más equitativa de la riqueza nacional...". (5)

Algunos meses más tarde se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia que se encargaría de prestar atención médica y servicios asistenciales a la población excluida de la Seguridad Social. Esta institución conjugó las acciones de salubridad del Departamento de Salubridad Pública, con la asistencia médica de la Secretaría de la Asistencia Pública.

(4)Ibidem, p. 576.

(5)Ibidem, p. 579.

LOS LIMITES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El modelo de atención médica que siguió el Instituto Mexicano del Seguro Social se orientó básicamente al tratamiento y curación de enfermedades. Estas características le obligaron a desarrollarse en base al apoyo de una red hospitalaria, equipo médico sofisticado, recursos humanos altamente especializados, y la producción industrial de fármacos. Estos elementos requieren altas inversiones para instrumentarse y su funcionamiento depende en gran medida del exterior.

Un desarrollo así planteado sólo fue posible para la medicina practicada por la seguridad social por que se dedicó a prestar atención médica a los obreros industriales ubicados en los sectores más productivos de la economía.

Por otra parte, el hecho de dirigir la atención médica al sector obrero determinó que estos servicios se concentraran en el medio urbano, principalmente en los focos industriales del país. En consecuencia, el decreto de implantación del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo de 1943, estableció que este organismo empezara a funcionar en el Distrito Federal, zona que concentraba, en ese tiempo, la mayor parte de las actividades industriales del país. ⁽⁶⁾

(6) Cfr. IMSS. Ambito geográfico del IMSS. 1980.-- México. IMSS. 1981. p. V.

Posteriormente, en 1945, el régimen del IMSS - se extendió a Puebla y Monterrey. En 1946 se estableció en las zonas industriales de Jalisco, como Zapopan y Guadalajara, y al año siguiente comenzó a funcionar - en Orizaba, Veracruz. (7)

A continuación se presenta un cuadro que registra el número de asegurados por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1944 y 1954.

**POBLACION ASEGURADA POR EL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
(Miles de personas)**

Año	No. de asegurados		Total
	Urbanos	Rurales	
1944	137	---	137
1945	207	---	207
1946	246	---	246
1947	287	---	287
1948	318	---	318
1949	340	---	340
1950	373	---	373
1951	400	---	400
1952	435	---	435
1953	465	---	465
1954	497	---	497

Fuente: PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. 50 Años de Revolución Mexicana en Cifras. México, 1963. p. 168.

(7) Cfr. CARDENAS de la Peña, Enrique, Servicios Médicos del IMSS. Doctrina e Historia. México. IMSS. -- 1973. p. 68.

Claramente se observa en el cuadro que los ser vicios del IMSS se ubicaron solamente en el área urbana dejando de lado por completo a la población rural. Esto se debió, principalmente, a que las altas inversiones que requieren los servicios médicos especializados del Seguro Social, le imprimieron un carácter prohibitivo a su expansión, aun cuando en sus orígenes se planteó cubrir a toda la población trabajadora del país.

La población excluida de la seguridad social-- fue atendida por los servicios de la Asistencia Pública. Sin embargo, el modelo médico curativo, dominante a nivel mundial en aquella época, fue seguido también -- por las instituciones asistenciales del país, lo que -- se tradujo en una imposibilidad para cubrir a toda la-- población de la república.

Veamos la siguiente cita donde se aprecian --- los rasgos característicos de la política curativa que-- se introdujeron en los servicios de la Asistencia Pública.

"En 1943 tiene lugar un-- hecho de gran trascendencia en la política sanitaria y asis-- tencial adoptada por los go--- biernos revolucionarios... Dos aspectos sobresalen en la sa-- lud pública en esta época: la-- planeación y construcción de-- una red hospitalaria, con obje-- to de satisfacer las necesida-- des de asistencia médica, me-- diante la aplicación de un --- plan de proyección nacional -- acorde con los recursos del Es-- tado, y la intensificación de-- las campañas contra padecimien-- tos transmisibles, que tienen-- por objeto ya no sólo su con--

trol, sino su erradicación definitiva...". (8)

De acuerdo con esta política, la Asistencia Pública dedicó sus esfuerzos a construir centros hospitalarios. De 1940 a 1950 se fundaron 39 hospitales en la república, de los cuales, solamente en la ciudad de México se erigieron: el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Infantil de la Ciudad de México, el Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho", el Sanatorio Hospital "Manuel Gea González" y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Este desarrollo parece importante para 10 años de trabajo, pero resultó insuficiente en tanto que los servicios de la Asistencia Pública atienden a la población general del país.

En contraste con este crecimiento, veamos al IMSS, que tiene bajo su cuidado únicamente a un sector de la población trabajadora del país, el cual contaba en 1946, a sólo dos años de su creación, con 22 clínicas, 18 sanatorios y 9 maternidades instalados tan sólo en la ciudad de México. (9)

Con esta línea de desarrollo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia resultó incapaz de brindar servicios homogéneos en todo el territorio nacional.

(8) DE LA RIVA Rodríguez, Xavier. "Salubridad y asistencia médico-social" en la obra México 50 años de Revolución, México, FCE, 1963; pp. 226-227.

(9) Cfr. SOBERON, Guillermo et. al. Hacia un Sistema Nacional de Salud, México. UNAM. 1983. p. 80.

De 1940 a 1950, su política sanitaria fuera de las grandes ciudades consistió en la construcción de -- 366 centros de salud tipo "C". Estas unidades no son iguales a los grandes centros hospitalarios de las ciudades, pues no cuentan con instalaciones ni personal -- profesional, sino que son atendidos por pasantes de medicina en servicio social, cuya formación académica está orientada a servir en hospitales. De tal manera--- que su trabajo es realizado fuera del contexto de su -- formación lo que contribuye a disminuir su eficacia. -- También presentan la desventaja de ser personal que cambia cada año, y por lo mismo, ajeno al conocimiento de las condiciones culturales, ambientales y socioeconómicas de las regiones donde prestan sus servicios.

Cabe señalar que los principales factores que influyeron para que los servicios de la Secretaría de -- Salubridad y Asistencia fueran deficientes, comparados con la atención médica de las grandes ciudades fueron, -- además del modelo médico ya mencionado, las condiciones socioeconómicas que privaron en el campo a raíz del impulso industrial que se inició en 1940.

Es decir, el Estado Mexicano, en su afán de -- apoyar a toda costa el proceso industrializador, se -- dió a la tarea de controlar el precio de los productos básicos, como el frijol y el maíz, entre otros artículos, con la finalidad de mantener bajo el nivel de los salarios industriales, y de esta forma, hacer atractiva la inversión en este sector. Estas acciones perjudicaron las actividades agrícolas en tanto que los precios-

controlados de sus productos limitaron las posibilidades del agro para crecer y modernizarse.

Esta situación mantuvo en crisis el campo por lo que se presentó una fuerte migración hacia las ciudades, al mismo tiempo que se agudizó el problema de la concentración institucional, de los servicios y los ingresos en el área urbana.

Por otra parte, ante tales perspectivas del desarrollo mexicano, el objetivo inicial del Seguro Social, que era cubrir con sus servicios a toda la población trabajadora, se convirtió en una meta que, conforme pasaba el tiempo, se hacía más difícil alcanzar.

Este fue un resultado inevitable pues las inversiones que requieren los servicios de la Seguridad Social no pudieron sufragarse por los campesinos, ejidatarios y jornaleros, ya que éstos cuentan con una producción raquítica, que se vende a bajo precio y muchas veces sólo alcanza para el autoconsumo.

De aquí resulta su incapacidad para financiar este tipo de servicios, puesto que los fondos del Seguro Social tienen un origen tripartita, participan el trabajador, los patrones y el Estado. En el caso de los campesinos, las dos terceras partes del financiamiento desaparecen y en la mayoría de los casos no se encuentran en posibilidades de aportar su contribución.

En resumen, el Instituto Mexicano del Seguro Social cumplió eficazmente con sus objetivos, al conformar una estructura que respondió a las necesidades del desarrollo industrial del país. Sin embargo, los lími

tes del desarrollo industrial, marcaron también los límites de acción de esta institución, y, colateralmente, impusieron su dinámica a los servicios de la Asistencia Pública.

LAS NUEVAS TENDENCIAS DE ATENCION PARA LA SALUD

La década de los 50's marcó una nueva tendencia en las políticas de atención para la salud en México. Como las necesidades básicas de atención a la salud de la población obrera industrial quedaron resueltas con los servicios que proporcionaba el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Estado Mexicano se orientó a resolver el problema político y social que resultó de la falta de servicios de salud para los amplios sectores de la población que quedaron al margen de los beneficios de la seguridad social.

En las regiones rurales los principales problemas eran la insalubridad, vivienda inadecuada, mala alimentación y desempleo. Estas condiciones provocaban altos índices de mortalidad, principalmente por enfermedades del aparato digestivo y de las vías respiratorias, que atacaron principalmente a la población infantil.

En el siguiente cuadro se presentan las 10 principales causas de muerte ocurridas en México entre los años 1955 y 1957. Puede observarse que los índices mayores pertenecen a la mortalidad por padecimientos del aparato digestivo y respiratorio, además de las enfermedades denominadas "de la primera infancia".

Un hecho que salta a la vista cuando se analiza el cuadro, es la aparición de las enfermedades del corazón y los tumores malignos, entre las diez primeras

CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD
REPUBLICA MEXICANA, 1955-1957

Orden	Causa	Defunciones	% Total
1a.	Gastroenteritis	208 292	17.5
2a.	Influenza y neumonías	185 018	15.5
3a.	Enfermedades propias- de la primera infancia	123 911	10.4
4a.	Enfermedades del corazón	83 675	7.1
5a.	Paludismo	60 832	5.1
6a.	Accidentes	44 049	3.8
7a.	Homicidios	34 813	2.9
8a.	Tumores malignos	34 594	2.9
9a.	Bronquitis, todas formas	29 009	2.4
10a.	Tuberculosis, t. formas	28 580	2.4
	Otras causas	358 034	30.0
	TOTAL	1 190 807	100.0

Fuente: BRAVO-BACHELLERE, Miguel. "Causas principales de mortalidad en México" en la Revista del Instituto de Salubridad de Enfermedades Tropicales, México. Vol. 19. No. 2. p. 68.

causas de muerte a nivel nacional, pues este tipo de padecimientos no se registran en este rubro entre 1922 y 1940.

Las enfermedades del corazón y los tumores malignos, entre otras, son afecciones que la ciencia médica ha encontrado principalmente en personas de clases sociales con gran disponibilidad de alimentos, fundamentalmente individuos consumidores de grasas, carnes, huevos y leche en cantidades excesivas.

El surgimiento de estos padecimientos en México en los años 50 denota el gran impulso que recibió la

clase media a partir del proceso industrial que se inició años atrás. Es decir, la magnitud de este grupo social creció en tal proporción que las causas y el número de muertes que afectan a sus miembros llegaron a colocarse entre los diez primeros lugares a nivel nacional, por primera vez en la historia epidemiológica del país.

La convivencia simultánea de enfermedades infecciosas y parasitarias con los padecimientos degenerativos es un fenómeno que ha llamado la atención de los médicos, pues mientras las primeras causas de muerte son características de los países atrasados, las segundas inciden principalmente en las naciones altamente industrializadas. Veamos un comentario de Ignacio Almada al respecto:

"...el ascenso de posición de las enfermedades del corazón y los tumores malignos de las diez primeras causas de mortalidad general definían un patrón cualitativo mixto de la mortalidad en México: el país, sin resolver aún la patología infecciosa presentaba además la patología degenerativa". (10)

Las acciones que el Estado desarrolló para combatir los padecimientos que atacaban a la población del medio rural consistieron en una serie de programas como

(10) ALMADA Bay, Ignacio. La mortalidad en México 1922-1975. México. IMSS. 1982. p. 15.

el que la Secretaría de Salubridad y Asistencia instrumentó en 1954, denominado "Programa de Bienestar Rural" que ofreció atención médico-asistencial, materno-infantil, promoción socio-económica, promoción educativo-cultural y saneamiento ambiental con el objeto de lograr, según la Secretaría de Salubridad, el desarrollo de la población rural hacia mejores condiciones de vida.

Este tipo de programas no dió buenos resultados porque los servicios eran deficientes e irregulares y, más que nada, buscaban prestigio político para el régimen. El Estado solamente destinó 6 millones de pesos a los servicios de asistencia pública en 1954, mientras que otros rubros, como el "fomento industrial" que recibió 1 379 millones de pesos, fueron los privilegiados. (11)

Cuatro años antes, en 1950, algunas personalidades internacionales como Frank Tannenbau, profesor de Historia de la Universidad de Columbia, Estados Unidos, y antiguo asociado de los líderes revolucionarios de México entre los años 1920 y 1930, criticó el modelo industrial de México y señaló los graves problemas económicos y sociales que se habían creado en el país:

"La creciente actividad industrial de la última década se debe, al impacto de la guerra, a la entrada de capital extranjero que busca seguridad

(11) Cfr. NACIONAL FINANCIERA. La Economía Mexicana en Cifras. México. Nafinsa. 1978. p. 370.

A pesar de las críticas, el Estado Mexicano -- conservó su línea de crecimiento industrial, para lo -- cual, entre otras acciones, en 1954 se promulgó una ley que otorgó al Ejecutivo facultades para intervenir en -- la economía del país. Entre otras cosas, el presiden-- te tendría la autoridad para regular las actividades in-- dustriales y comerciales relacionadas con la producción y distribución de artículos alimenticios y materias pri-- mas para la industria. De esta manera, el Estado ase-- guró un flujo continuo y a precios controlados de los -- insumos industriales, y mantuvo bajo el nivel de los sa-- larios por medio del control de los precios de los ali-- mentos.

En el otro polo, el deterioro de la agricultura y en general del medio rural siguió en aumento, al -- mismo tiempo que la emigración a las ciudades y la con-- secuente concentración institucional, entre ellas las-- instituciones de salud.

El Estado continuó también con sus programas -- de atención médica para el medio rural, a sabiendas de que lo más importante era mejorar las condiciones socio-- económicas de los habitantes del campo.

De esta forma, entre 1955 y 1960 se fundaron-- los "Servicios Médicos Cooperativos". Este servicio -- comenzó a aplicarse a los pobladores del Valle Bajo del Río Bravo, los henequeneros de Yucatán, y los ixtleros-- de San Luis Potosí. Sin embargo, esta clase de medidas llegaron cuando este tipo de organizaciones se encontra-- ba sumido en la miseria. En este sentido, los servi--

cios médicos otorgados funcionaron como un acto caritativo del Estado y no como un elemento para incrementar la productividad del trabajo.*

En contraste con los "Servicios Médicos Cooperativos", en 1954 se expidió el decreto del Régimen del Seguro Social Campesino en los estados de Baja California, Sonora y Sinaloa.⁽¹⁴⁾ El hecho de haberse implantado el seguro social en estos estados se debió a que en ellos la agricultura se encontraba en avanzado desarrollo capitalista, su producción se orientaba a la exportación y funcionaba como empresa, utilizando principalmente fuerza de trabajo asalariada.

Sin embargo, el servicio que brindó el Seguro Social a los trabajadores agrícolas es más barato que el otorgado a los obreros industriales. Para estos últimos, el servicio se conoce como "Régimen Ordinario Urbano", e incluye el seguro de enfermedades profesionales, enfermedades generales, riesgos de trabajo, invalidez, vejez, ceguera, muerte y guarderías. El servicio destinado a los trabajadores agrícolas recibe el nombre de "Régimen Modificado de Campo" y sólo incluye seguro de enfermedades generales, maternidad sin percepción salarial, prótesis, vejez y muerte. Además no incluye el tercer nivel de atención.**

A partir de 1959 y hasta 1970, la economía mexicana se caracterizó por una relativa estabilidad, debido a que los gobiernos de ese lapso se preocuparon por mantener, a toda costa, la estabilidad del peso pa-

*Este hecho puede intuirse porque, en 1954, el Gobierno Federal había liquidado la sociedad "Henequeneros de Yucatán" por improductiva.

(14) Cfr. CARDENAS de la Peña op. cit., p. 68.

** El tercer nivel de atención incluye: hospitalización, cirugía y tratamientos especializados.

ra evitar complicaciones sociales. Estas condiciones favorecieron el crecimiento económico pero se conservó la línea de su desarrollo con los problemas político-sociales ya señalados.

En el sexenio de Adolfo López Mateos, con motivo del Cincuentenario de la Revolución Mexicana, se revivieron algunos conceptos, que este movimiento enarboló en sus inicios, donde se reconoce la importancia de las condiciones sociales para la salud:

"La salud no sólo abarca las condiciones físicas y mentales del sujeto, sino que también las manifestaciones sociales, por lo que la salud depende, en última instancia, del estado de bienestar social que alcance la nación". (15)

También durante el sexenio de López Mateos se trató de mejorar la atención médica de las regiones rurales del país, veamos algunos de los conceptos que se manejaban en torno a este problema:

"En la administración sanitario-asistencial del gobierno de Adolfo López Mateos, alcanza plenitud el nuevo concepto sanitario, el de que la prevención, la asistencia y la rehabilitación son tres aspectos

(15) DE LA RIVA González op. cit. p. 229.

tos parciales, que marcan etapas sucesivas de un todo que es la salud pública. La expresión material de esta doctrina es el establecimiento de los centros de salud rural, que constituyen la base de una pirámide cuyo vértice es el Centro Médico de la Ciudad de México". (16)

Efectivamente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia inició la construcción del Centro Médico de la Ciudad de México pero se vió obligada a cederlo al Instituto Mexicano del Seguro Social pues resultó un proyecto que rebasó sus posibilidades económicas, con lo que los postulados de la administración sanitario-asistencial de la administración de López Mateos, no llegaron a realizarse cabalmente.

De 1964 a 1970, la Secretaría de Salubridad -- optó mejor por construir 2 000 centros de salud tipos "A", "B", y "C". Los centros "A" y "B" atienden a la población en general en el medio urbano y operan con médicos generales y enfermeras. Los ya mencionados--- centros tipo "C" se ubican en las comunidades rurales..

Estos centros de salud se caracterizaron por su mala calidad y deficiente atención a la población, -- además, fueron insuficientes.

A partir de 1970, la economía de los países -- altamente industrializados entró en crisis de sobreproducción, ante lo cual, los gobiernos de esos países de-

(16) Ibidem.

cidieron, entre otras cosas, aumentar las tasas de interés de los créditos para contrarrestar este problema.

El fenómeno pasó desapercibido en México durante los primeros años porque al mismo tiempo se produjo un impresionante auge en la producción de petróleo para la exportación. Así tenemos, que mientras la economía internacional se encontraba en receso, la producción mexicana registraba crecimientos de su Producto Interno--Bruto hasta del 7% anual.

Desgraciadamente, este crecimiento se estuvo logrando a expensas de préstamos del exterior, pues el auge petrolero convirtió a México en el principal sujeto de crédito de la banca internacional.

Fue precisamente en el contexto de auge económico, cuando el Estado trató de instrumentar varias políticas encaminadas a resolver las carencias de atención médica de grandes sectores de la población.

Así, en el año de 1973, fabricó el concepto de "Solidaridad Social" y facultó al Instituto Mexicano -- del Seguro Social para que organizara, estableciera y operara unidades médicas destinadas a los servicios de Solidaridad Social. Esta política otorgó servicios de atención médica, farmacéutica, e incluso hospitalaria, en favor de los núcleos de población que el Poder Ejecutivo determinó como sujetos de Solidaridad Social.

El funcionamiento de estos servicios corrió -- 60% a cuenta del Gobierno Federal y 40% a cargo del --- IMSS. Además, 10 jornadas de trabajo al año por parte de los jefes de familia, sujetos de la Solidaridad So--

cial.

101

Este programa entró en funciones en 1974 y comenzó instalando 7 Clínicas Hospital de Campo en la región ixtlera del país. En 1976, dirigió sus beneficios a las zonas de cultivo de temporal, de maíz y frijol, e instaló 310 consultorios rurales que llamó IMSS-CONASUPO, y 20 clínicas hospital.

Por su parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con mucho menos recursos, inició su "Programa de Extensión de Cobertura", PEC, que consistió en la construcción de casas de salud en la zona de influencia de los centros de salud tipo "C". Estas casas eran operadas por una auxiliar de la comunidad, adiestrada en el manejo de un botiquín sencillo, aplicación de vacunas y promoción de la salud. Las consultas médicas -- eran otorgadas por los pasantes de medicina del centro de salud "C".

Para apoyar estos servicios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia construyó 17 hospitales generales en diversos estados de la república, y se denominó al conjunto "Red Federal de Hospitales".

El Programa de Extensión de Cobertura tuvo un éxito relativo pues en las regiones donde sus actividades se toparon con los servicios de Solidaridad Social del IMSS, se produjo un enfrentamiento que limitó su expansión, y en algunas zonas de la república se detuvo totalmente.

Por otra parte, el patrón de mortalidad mixta, que se había presentado en el país en los años 50, y --

que expresa la polaridad del desarrollo mexicano, apareció más acentuado en 1974. El siguiente cuadro muestra las diez principales causas de defunción en ese año:

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION
EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1974**

No.	CAUSAS DE DEFUNCION	No. DEFUNCIONES
	Todas las causas	433 104
1	Neumonía, influenza y otras enfermedades respiratorias agudas	63 700
2	Enteritis y otras enf. diarreicas	50 842
3	Accidentes, envenenamientos y violen.	49 026
4	Enfermedades del corazón	42 449
5	Causas perinatales	22 026
6	Tumores malignos	20 912
7	Enfermedades cerebrovasculares	13 635
8	Cirrosis hepática	11 244
9	Tuberculosis, todas formas	8 614
10	Diabetes mellitus	8 417

Fuente: SSA. Estadísticas Vitales de los Estados--
Unidos Mexicanos 1974. México. 1976. p. 19.

Una muestra de las diferencias en el patrón de mortalidad entre los diferentes grupos sociales del país la constituye el siguiente cuadro de la mortalidad hospitalaria en la población derechohabiente del Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, en el año de 1975.

El grupo social que cubre el ISSSTE son los burócratas del país, integrante de la clase media mexi-

MORTALIDAD HOSPITALARIA
RELACION DE CAUSAS DE MUERTE EN LA POBLACION
DERECHOHABIENTE EN EL DISTRITO FEDERAL
Y FORANEOS
1975

No.	Causas	Total
	Total	5 354
	Todas las demás causas	609
1	Otras enfermedades del corazón	605
2	Síntomas y estados morbosos- mal definidos	563
3	Neumonía	430
4	Diabetes mellitus	391
5	Tumores malignos	371
6	Enfermedades cerebrovasculares	333
7	Enf. isquémicas del corazón	269
8	Cirrosis hepática	197
9	Otras causas de mort. perinatal	191
10	Lesiones al nacer	174

Fuente: ISSSTE. Anuario Estadístico 1975. Mé-
xico. 1975, p. 499.

cana, el cual totalizó 3 448 568 personas en 1975 con -
1 068 533 asegurados, el resto de los derechohabientes-
lo componen los familiares de los asegurados y los pen-
sionados.

Resulta interesante observar que la mortalidad
debida a enfermedades del corazón es de igual magnitud-
al mayor rubro del cuadro denominado "todas las demás --
causas", además de que dentro de las diez primeras cau-
sas de defunción existe un predominio absoluto de los--
padecimientos crónico-degenerativos.

Ante esta perspectiva en el campo de la salud,

es decir, por un lado, algunos sectores de población -- que presentan los padecimientos típicos de la vida sedentaria y del consumo exagerado de alimentos y por --- otro lado, amplios sectores de la sociedad que sufren la falta de alimentación y de los satisfactores mínimos para la vida; el Gobierno Federal creó, el 17 de enero de 1977 la "Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados", COPLAMAR, con la finalidad de desarrollar las actividades necesarias para tratar de mejorar las condiciones socioeconómicas y de salud de los sectores de población que no fueron favorecidos por el desarrollo mexicano.

En el año de 1979 se abordó el problema de la salud, y en el documento "Mínimos de Bienestar. Salud" -- encontramos consideraciones como la siguiente:

"Dadas las característi--
cas que ha asumido el desarro-
llo económico del país, secto-
res numerosos de población ca-
recen aún de los bienes y ser-
vicios indispensables para lo-
grar su incorporación a los --
procesos productivos y para sa-
tisfacer las necesidades míni-
mas que plantea el desarrollo-
armónico de la naturaleza huma-
na". (17)

(17) PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Mínimos de Bien-
estar. Salud. COPLAMAR. México. 1979. p. 9.

Además se menciona que:

"En nuestro país las enfermedades que aún preponderan son aquellas como las infecciosas y parasitarias, cuyos efectos se dejan sentir sobre los estratos de población más pauperizados y en particular sobre los infantes de esos grupos". (18)

También se señala que:

"Del cuadro estadístico de morbilidad y mortalidad en el país, se desprende que la mayor parte de los problemas de salud que se afrontan tienen su origen en la pobreza, ignorancia e insalubridad que privan en el medio rural y marginado de las zonas urbanas ..". (19)

Por otra parte, COPLAMAR realizó el siguiente cuadro de la mortalidad general en México entre los años 1930 y 1975, de donde se desprende que este rubro sólo ha experimentado un decrecimiento del 3.0% en 45 años. Cabe señalar que los rubros más numerosos de la mortalidad general durante el lapso señalado lo han representado las enfermedades infecciosas y parasitarias, como las neumonías y las gastroenteritis, y también que la población infantil ha sido la más perjudicada por estos padecimientos.

(18) Ibidem,

(19) Ibidem.

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL EN LA
REPUBLICA MEXICANA
1930-1975

AÑO	DEFUNCIONES	TASA (POR 10 000 HAB.)
1930	441 717	266.8
1940	458 906	233.4
1950	418 430	162.6
1960	404 529	125.0
1965	404 163	98.8
1970	485 656	100.7
1975	435 888	72.5

Decrecimiento 1930-1975 = 3.0%

Fuente: Para 1930, 1940 y 1950. Anuarios Estadísticos publicados por la D.G.E. Para 1960, 1965, 1970 y 1975. Estadísticas Vitales publicadas por la SSA. Citado en PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Mínimos de Bienestar Salud. COPLAMAR. México. 1979. p. 22.

Con base en las características socioeconómicas y de salud de la población, COPLAMAR se fijó como objetivo mínimo en salud:

"... reducir la incidencia de la mortalidad en aquellas enfermedades cuya etiología, causa, se vincula de manera más estrecha con la pobreza y el desamparo social, como son las parasitarias e infecciosas, del aparato respiratorio, anemias, avitaminosis y perinatales". (20)

(20) Ibidem, p. 12.

Por otra parte, Coplamar dispuso su plan de ---
acción de la siguiente forma:

"Asimismo, bajo el supues-
to de que las condiciones so-
ciales no sufran transformacio-
nes sustanciales de aquí al --
año 2000, se proyectó, en base
a las tendencias históricas de
los nuevos programas de salud,
la cobertura poblacional de --
los servicios con los que ac-
tualmente se cuenta. Para de-
terminar el cálculo del esfuer-
zo al año 2000 se supuso que -
toda la población tendría acce-
a los servicios de salud tal--
y como se encuentran estructu-
rados actualmente, lo que en--
la práctica se traduce en dar-
prioridad a una política sani-
taria curativa, más que a una-
preventiva con una notable ten-
dencia a la especialización, --
dependiente de los medicamen-
tos elaborados por los labora-
torios farmacéuticos (en su ma-
yoría extranjeros), y utili-
zando sofisticados recursos de
salud que generalmente se con-
centran en las áreas urbanas.-

El cálculo del esfuerzo se
elaboró bajo tal supuesto dado-
que, en lo esencial, esa es la
política preponderante en el -
interior de las instituciones-
de salud pública del país
..". (21)

(21) Ibidem, pp, 12-13,
Las cursivas son nuestras,

Así, COPLAMAR, con perfecta claridad de que no pretendía cambiar forzosamente las condiciones socioeconómicas de los grupos sociales a quienes iba dirigido - su programa de salud, y apoyado en el modelo médico predominante, aun a sabiendas de los problemas que se han generado en torno a este tipo de atención médica, inició, el 25 de mayo de 1979, su plan de ataque suscribiendo un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social para establecer y operar el "Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria". Este convenio se denominó IMSS-COPLAMAR.

En las cláusulas del convenio se estableció la obligación de COPLAMAR de cubrir el 100% de los costos de construcción y operación y, el IMSS se comprometió a llevar adelante el "Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria" por medio de la administración y contabilización de los fondos, además de proporcionar servicios de atención primaria a la salud, hospitalización, promoción a la salud y saneamiento del ambiente.

El programa se instrumentó por medio de Unidades Médicas Rurales operadas por pasantes de medicina en servicio social y destinadas a cubrir poblaciones con un promedio de 5 000 habitantes,

Otra parte del programa lo constituyeron las "Clínicas Hospital de Campo", destinadas a cubrir poblaciones de 15 a 30 mil habitantes. Estas clínicas se destinaron para ofrecer, además de la atención primaria a la salud, servicios de hospitalización y cirugía menor.

El programa IMSS-COPLAMAR absorbió un presupuesto de 3 683 millones 797 854.00 pesos entre 1979 y 1981, con un costo anual de operación de 2 836 millones 594 440.00 pesos.

Estas sumas parecen realmente impresionantes, pero si dividimos el costo de operación anual entre los 17 083 347 marginados estimados oficialmente en 1981, resulta que cada persona cuenta, al año, con 166.04 pesos para: la atención primaria de su salud, hospitalización, promoción de la salud y saneamiento de su ambiente.

Así pues, el programa IMSS-COPLAMAR es un proyecto que, aunque no fue planeado para evadir o resolver la problemática de las instituciones de salud del país, no pudo escapar a sus efectos negativos y por lo mismo, perdió su eficacia. Es decir, el programa IMSS-COPLAMAR está obligado a concentrar sus recursos en pocas unidades hospitalarias, si pretende, dentro de su política curativa, atender eficazmente algunos núcleos de población. De otra manera, si reparte sus recursos entre los 17 millones de marginados, es incapaz de operar con 166 pesos por persona.

Desafortunadamente, en 1982 el auge ficticio de la economía mexicana llegó a su límite. En ese año el país se encontró de pronto, entre otras cosas, con 80 mil millones de dólares de deuda externa, la más grande de su historia, con una impresionante fuga de capitales y con una devaluación de la moneda nacional.

Estas condiciones se tradujeron en un duro gol

pe que acabó con las posibilidades de expansión del programa IMSS-COPLAMAR. De esta forma, pasó a la historia un intento más del Estado Mexicano para resolver los problemas de salud del amplio sector de la población que -- quedó al margen de los beneficios del desarrollo económico de México.

CONCLUSIONES AL CAPITULO III

EL DESARROLLO INDUSTRIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL

1.- El Estado Mexicano adoptó la Seguridad Social debido a que resultó un instrumento que le permitió, por un lado, satisfacer las necesidades de salud de la población obrera con lo que aseguró, en parte, -- un mejor funcionamiento del aparato productivo, y , por otro lado, amplió su estructura institucional lo que en sanchó su control político y económico sobre la producción.

2.- La introducción de la Seguridad Social-- obligó al Estado a redefinir y delimitar el ámbito de acción de las demás instituciones que prestaban servicios médicos y hospitalarios. Este acontecimiento dio origen a la estructura sanitaria actual, al mismo tiempo que agrupó a los distintos sectores de la población mexicana de acuerdo a su participación en la economía del país.

LOS LIMITES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1.- La cobertura de los servicios que ofreció la Seguridad Social en México, estuvo delimitada -- por la localización geográfica y las dimensiones de la

actividad industrial del país. Este hecho fue la génesis de la saturación institucional de los servicios de salud en unas cuantas ciudades de la república.

2.- La emigración de los habitantes del campo a la ciudad en busca de trabajo en las zonas industriales, concentró a la población desempleada en la periferia de las grandes urbes. Por esta razón, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encargada de la atención a la población general, tuvo que instalar la mayor parte de sus servicios también en las zonas industriales. Este fenómeno se tradujo, en la práctica, en atención médica para el ejército industrial de reserva.

3.- La priorización del desarrollo industrial, que practicó el Estado sobre la producción de bienes de consumo no duraderos, condujo a la concentración y centralización de servicios e instituciones en unas cuantas ciudades de la república y, por otro lado, dejó sin atención amplias regiones del país, principalmente en el medio rural. Las repercusiones de esta política se convertirían, con el tiempo, en una gran falla estructural del cuerpo institucional del Estado Mexicano.

LAS NUEVAS TENDENCIAS DE ATENCION PARA LA SALUD

1.- Los servicios que el Instituto Mexicano del Seguro Social ofreció a los obreros, crecieron en proporción a las dimensiones de la industria, con lo cual quedó resuelto el problema de la atención médica para los trabajadores de ese sector. Este acontecimiento marcó el alcance de la meta económica-política del Estado, señalada en la primera conclusión de este capítulo, y , simultáneamente, puso en relieve el problema de la desatención de la salud de los habitantes del medio rural.

2.- En la década de los años 50, se observó el fracaso de los intentos oficiales para otorgar atención médica en el medio rural, debido principalmente a la concentración de recursos en las grandes ciudades. - Esto último, provocado por la polarización del crecimiento económico resultado del modelo de desarrollo mexicano.

3.- A partir de la década de los años 50's, el Gobierno Federal manejó los programas de atención médica y de asistencia social en el medio rural, en términos eminentemente políticos pues fue incapaz de incidir en el nivel económico para activar una producción agrícola rentable y generadora de empleo, que elevara el nivel socioeconómico del campesinado mexicano.

4.- En el año de 1973, el Estado Mexicano, - haciendo uso de los recursos económicos que le proporcionó el auge petrolero, echó mano del Instituto Mexicano del Seguro Social para tratar de resolver el problema de la falta de servicios médicos. Creó entonces -- los servicios de "Solidaridad Social", los cuales no -- resolvieron el problema. Esto se debió a que solamente se atacaron las manifestaciones de esta cuestión, pero se dejaron intactas las fallas estructurales que la ocasionaban.

5.- La aparición de IMSS-COPLAMAR, en el año de 1979, es un indicador de que el problema de la falta de servicios médicos seguía agravándose en el país, y de que las fallas estructurales que la ocasionaban seguían agravándose también.

6.- En el año de 1982, sobrevino una crisis-económica que limitó las posibilidades del Estado para continuar el desarrollo de los programas de atención médica por solidaridad social. Este acontecimiento terminó con las posibilidades del programa de solidaridad social para resolver el problema de la falta de atención médica a la población desempleada e improductiva - del país.

CONCLUSIONES GENERALES

1.- La atención a la salud de la población es un instrumento que ha proporcionado poder político al Estado, desde la época virreinal hasta nuestros días.

2.- Durante el gobierno de Juárez se conformaron las bases políticas e ideológicas encaminadas a estructurar un estado capitalista. La atención a la salud en este período no era diferenciada y sí abierta a toda la población que requería los beneficios del Estado.

3.- Durante el porfiriato se conformó, ya más precisamente, la estructura económica capitalista que impulsó el Estado liberal. En este período, se aplicó por primera vez la salubridad como elemento para incrementar la productividad de los trabajadores. De este hecho se derivaron dos líneas estatales de atención para la salud, por un lado, la que se dirige a los sectores improductivos de la sociedad y que funciona principalmente como crédito político para el Estado; y por otro lado, la atención brindada a los trabajadores de los sectores importantes de la economía, que tiene por objeto incrementar la productividad.

4.- Durante el porfiriato la línea de acción sanitaria que predominó fue la orientada a incrementar la productividad del trabajo agrícola, en tanto que este régimen dictatorial gozó de condiciones para explotar la fuerza de trabajo sin restricciones políticas y sociales.

5.- La atención a la salud en México ha sufrido modificaciones que se deben, principalmente, a la adecuación de las políticas sanitarias en afinidad a las características de la producción económica dominante y de acuerdo también, a las condiciones políticas y sociales del país.

6.- El carácter eminentemente agrario del movimiento revolucionario de 1910, provocó la crisis de la producción agrícola, con lo cual la gran mayoría de los campesinos mexicanos, se ubicó dentro de la población improductiva.

7.- La Revolución Mexicana, al instaurar un régimen democrático, obligó al Estado a prestar atención médica a todos los sectores de la población, independientemente de su participación en la vida económica del país.

8.- El Estado posrevolucionario impulsó la Beneficencia Pública para atender a los individuos que resultaron emancipados de la dictadura porfirista y que

socialmente funcionaron como fuerza de trabajo libre.

9.- Mientras la producción agrícola se mantuvo en crisis, las coyunturas internacionales que produjeron la Primera y la Segunda Guerras Mundiales, favorecieron que la economía mexicana se orientara hacia la industrialización. Para cubrir las necesidades de --- atención de la salud de la nueva población obrera industrial, el Estado apresuró la constitución del Instituto Mexicano del Seguro Social.

10.- En el período posrevolucionario, el peso específico de la economía mexicana que se encontraba en la agricultura, se desplazó hacia el sector industrial. Esta transición repercutió en la atención de la salud, circunscribiéndola cada vez más a la población - considerada como productiva, en este caso el proletariado industrial. Por otro lado, la atención de la salud se diferenció más aún, al atender en mayor cantidad y calidad a los trabajadores industriales, dejando de lado a la mayoría de la población del país, que era fundamentalmente campesina.

11.- El proceso industrializador trajo como consecuencia la concentración urbana, del ingreso, institucional, de los servicios y, también, de la atención médica y hospitalaria en unas cuantas ciudades de la república, con lo cual, el Estado se enfrentó a un problema político y social.

12.- Desde la década de los años 50's, el -- Estado se percató de los problemas sociales que estaba-- causando la industrialización en México. Sin embargo, priorizó el desarrollo industrial sobre cualquier otro-- aspecto, con lo que se agravaron los problemas políti-- cos y sociales.

13.- La atención de la salud, dirigida a los sectores de la población improductiva y desempleada, ha funcionado desde los años 50 como propaganda política - para el régimen, pues el Estado ha estado conciente de la imposibilidad para otorgar servicios médicos y hospi-- talarios a toda la población, mientras ésta no sea in-- corporada a las actividades productivas.

14.- El problema de la falta de atención mé-- dica, se hizo más evidente y agudo cuando el modelo me-- xicano de desarrollo llegó a su límite en la década de los años 70. Sin embargo, el auge petrolero que se -- produjo en esos años, aportó recursos económicos para - que el Estado mantuviera sus programas de atención médi-- ca para la población improductiva.

15.- En el año de 1982, los efectos del auge petrolero acabaron para México y la economía entro en - recesión, al mismo tiempo, salieron a la luz pública -- las fallas estructurales e institucionales del Estado-- Mexicano, entre otras cosas el fracaso de los programas estatales de atención a la salud.

EPILOGO

La actual administración de Miguel de la Madrid Hurtado inició su gestión presidencial con una serie de reformas a la Constitución, enfocadas a establecer el marco legal para llevar a cabo las transformaciones económicas, políticas y sociales con las que intenta salir de la crisis que vive el país.

La conceptualización del intento de transformación se ha plasmado en lo que se denomina "Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988".

En el área de la salud se empezó con la inclusión del "Derecho a la Protección de la Salud" en la Constitución del país con el objetivo de dar base a un "Sistema Nacional de Salud".

Según se plantea en el "Derecho a la Protección de la Salud", se persiguen las siguientes finalidades:

"El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus facultades.

Prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

La extensión de actividades solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesi-

dades de la población.

El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud". (1)

Por otra parte, el propósito básico del plan se define en los siguientes términos:

"Mejorar el nivel de salud de la población, procurando la cobertura total de los servicios con calidad homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos, así como promover la protección social de los desamparados". (2)

El Plan Nacional de Salud se encuentra circunscrito en el Plan Nacional de Desarrollo, este último presenta un diagnóstico de las condiciones de salud de la población y plantea el problema de la falta de atención médica en los siguientes términos:

"...los esfuerzos desarrollados para disminuir los riesgos y daños que afectan a la salud de la población, se han visto limitados particularmente por la ausencia de una entidad rectora que coordine las acciones de las instituciones públicas asistenciales y de seguridad social, así como las que realizan los sectores privado y social". (3)

(1) PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Salud 1984-1988. Presidencia de la República. 1984. pp. 91-92.

(2) Ibidem. p. 92.

(3) PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. México. p. 243.

Por otra parte, en la exposición de motivos para crear el "Derecho a la Protección de la Salud", Miguel De la Madrid destacó que el carácter social de este derecho imprimía al Estado la obligación correlativa de crear un "Sistema Nacional de Salud", y definió este concepto con las siguientes palabras:

"No se trata de la creación de un aparato burocrático nuevo, forzosamente grande e inmanejable, sino de un sistema conducido por la autoridad sanitaria en el que las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propio y de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente, para evitar duplicaciones y contradicciones; en suma, para dar un uso más eficiente a los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho a la protección de la salud". (4)

En resumen, el actual gobierno pretende mejorar el servicio de las instituciones de salud, para dar atención médica a toda la población, valiéndose principalmente de leyes y procedimientos administrativos.

Es necesario aclarar, que los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo, así como en el Plan Nacional de Salud, principalmente los cambios estructurales como: el equilibrio entre la producción in-

(4) Citado en SOBERON, Guillermo et. al. op. cit. - p. 376.

dustrial y la producción agrícola, la redistribución de la riqueza nacional, y la descentralización industrial y urbana, han sido, de una u otra manera, objetivos compartidos por casi todos los regímenes presidenciales anteriores sin que se hayan podido resolver.

Por otra parte, llevar a cabo este tipo de transformaciones lleva muchos años, muy probablemente décadas, y siempre y cuando no existan fuerzas contrarias que minimicen o destruyan los intentos de cambio.

En este sentido, es importante resaltar que la realización de estos objetivos no está sólo en manos del Gobierno Federal, ni aun apoyado con la participación ciudadana, como plantea la actual administración. La enorme deuda externa que tiene el país en la actualidad lo obliga a sujetarse a los lineamientos de la banca internacional, los cuales demandan, entre otras cosas, la reducción del gasto público en los programas sociales del Estado, y precisamente aquí se ubican los gastos de asistencia pública y servicios médicos para la población.

El gobierno de México, al igual que otros gobiernos de países del Tercer Mundo, ha pugnado en los foros internacionales por la implantación de un nuevo orden económico internacional más justo. En este sentido, la realización de los objetivos de los programas económicos y sociales del Estado Mexicano, entre ellos los planes de salud, dependerá, en buena parte, de su capacidad de negociación, de la correlación de fuerzas-

y de la calidad y claridad de sus propuestas para confi
gurar la nueva estructura económica internacional tan--
deseada por los países del Tercer Mundo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALBA H., Francisco
"Algunas observaciones sobre la mortalidad por causas -
en México", Demografía y Economía, México, Vol. 5, No.-
2, 1971.
- 2.- ALMADA Bay, Ignacio,
"Panorama de la mortalidad en México, 1922-1975", en la
obra La mortalidad en México 1922-1975, México, IMSS, -
1982.
- 3.- ALVAREZ Amézquita, José et. al.,
Historia de la Salubridad y la Asistencia en México, --
México, SSA, 1960, obra en cuatro volúmenes.
- 4.- AYALA, José et. al,
"La crisis económica: evolución y perspectivas", en la--
obra México, Hoy, México, Ed. Siglo XXI, 1981, 5a. Ed.
- 5.- BANAMEX,
Examen de la situación económica de México 1925-1976,--
Fondo Cultural Banamex A.C., México, 1978.
- 6.- BRAVO-BECHERELLE, Miguel,
"Causas principales de mortalidad en México, según edad
y sexo", Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades
des Tropicales, México, Vol. 19, No. 1, 1972.
- 7.- BUSTAMENTE E., Miguel,
"Observaciones sobre la mortalidad general en México", -
Gaceta Médica de México, Vol. 103, No. 1, 1972.
- 8.- CAMPOS y Díaz, Jesús,
Qué sea la higiene, cuáles sus fundamentos sociales de-
que depende, Tesis profesional de la Escuela de Medicina
na de México, México, 1900.

9.- CARDENAS de la Peña, Enrique,
Servicios Médicos del IMSS. Doctrina e Historia, México,
IMSS, 1981.

10.- CELIS S., Alejandro y José Nava G.,
"Patología de la pobreza", Revista Médica del Hospital-
General, México, Vol. 33, 1970.

11.- CORDERO, Eduardo,
"La subestimación de la mortalidad infantil en México",
Demografía y Economía, II: 1, México, 1968.

12.-COSSIO Silva, Luis,
"La agricultura", en la obra Historia Moderna de México,
El porfiriato. La vida económica. de Daniel Cosío Ville-
gas, Editorial Hermes, Tomo VII, Vol. I, México, 2a. --
Ed. 1974.

13.- DE LA MADRID, Miguel,
Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México, SPP, 1983.

14.- DE LA MADRID, Miguel,
Programa Nacional de Salud 1984-1988, México, SSA, ----
IMSS, ISSSTE, DIF, 1984.

15.- DE LA RIVA Rodríguez, Xavier,
"Salud y Asistencia médico-social", en la obra México -
50 Años de Revolución, F.C.E., México, 1963.

16.- DE LA TORRE Villar, Ernesto et. al.,
Historia Documental de México, México, UNAM, 1974.

17.- DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA,
Quinto Censo de Población, Secretaría de la Economía Na-
cional, Estados Unidos Mexicanos, 1930.

- 18.- EL COLEGIO DE MEXICO,
Historia General de México, El Colegio de México, Méxi-
co, 2a. Ed., 1976.
- 19.- FOX, David J.,
"Patrones de morbilidad y mortalidad en la ciudad de Mé-
xico", Ekistics , Vol. 34, No. 202, México, 1972.
- 20.- FRENK, Julio,
"Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana", Nexos,
enero de 1978.
- 21.- GARCIA Cruz, Miguel,
"La Seguridad Social", en la obra México 50 años de re-
volución, F.C.E. México, 1963.
- 22.- GOBERNACION Secretaría de,
Acuerdos inéditos sobre salud, Secretaría de Gobernación,
México, varias fechas, Archivo Histórico de la SSA.
- 23.- GONZALEZ Navarro, Moisés,
"El porfiriato. La vida social", Tomo IV de la obra His-
toria Moderna de México, de Daniel Cosío Villegas, Edi-
torial Hermes, México, 3a. Ed., 1973.
- 24.- GONZALEZ Navarro, Moisés,
Población y sociedad en México 1900-1970, Facultad de -
Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1974.
- 25.- HEREDIA Duarte, Alfredo,
"El incremento de la mortalidad en México", Gaceta Médi-
ca de México, Vol. 103, No. 6, México, 1972.
- 26.- INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS PARA LOS TRABA-
JADORES DEL ESTADO,
Anuario Estadístico 1975, México, ISSSTE, 1975.

27.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
Ambito geográfico del IMSS 1980, México, IMSS, 1981.

28.- KUMATE, Jesús et. al.,
La salud de los mexicanos y la medicina en México, Editorial del Colegio Nacional, México, 1977.

29.- LICEAGA, Eduardo,
Contribución al estudio de la fiebre amarilla bajo el--
punto de vista de su geografía médica y su profilaxis -
en la República Mexicana, Oficina tipográfica de la----
Secretaría de Fomento, México, 1894.

30.- LICEAGA, Eduardo,
Memorias, la primera en el Congreso Panamericano cele--
brado en Washington en septiembre de 1893, y las dos --
siguientes en la Asociación Americana de Salubridad Pú--
blica que se reunió en Chicago en octubre del mismo año,
México, Imprenta Ignacio Escalante, 1893.

31.- LICEAGA, Eduardo,
Mis recuerdos de otros tiempos, Obra póstuma, Talleres-
Gráficos de la Nación, México, 1944.

32.- LOPEZ Acuña, Daniel,
"Salud, Seguridad Social y Nutrición: Problemas recien--
tes", en la obra México, Hoy, S. XXI, México, 5a. Ed.,
1981.

33.- MARTINEZ, Pedro Daniel,
"Diez observaciones sobre la mortalidad en México", Sal-
lud Pública de México, Epoca V, Vol. XII, No. 1, Méxi--
co, 1970.

34.- MORELOS, José B.,
"Diferencias regionales del crecimiento económico y la
mortalidad en México" 1950-1960", Demografía y Economía
Vol. VII, No. 3, México, 1973.

- 35.- NACIONAL FINANCIERA,
La economía mexicana en cifras, Nafinsa, México, 1978.
- 36.- NARRO, José R. y Rebeca Ponce de León,
"Algunas observaciones sobre la mortalidad infantil en México", Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Vol. 103, No. 6, México, 1979.
- 37.- NAVA Oteo, Guadalupe,
"La minería", en la obra Historia moderna de México, El porfiriato. La vida económica, de Daniel Cosío Ville---gas, Editorial Hermes, México, 2a. Ed., Tomo VII, Vol.-1, 1974.
- 38.- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA,
50 años de revolución mexicana en cifras, México, 1963.
- 39.- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA,
Mínimos de Bienestar, Salud, COPLAMAR, México, 1979.
- 40.- ROSADO López, Diego,
Historia y pensamiento económico de México, México, ---UNAM, 1968.
- 41.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA,
Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos --1974, México, SSA, 1976.
- 42.- SEMO, Enrique,
Historia del capitalismo en México. Los orígenes. 1521-1763, Ed. Era, 6a. Ed., México, 1977.
- 43.- SCHENDEL, Gordon,
La Medicina en México. De la herbolaria azteca a la medicina nuclear, IMSS, Colección Salud y Seguridad So---cial, Serie Historia, México, 1980.

44.- SOBERON, Guillermo et. al.,
Hacia un Sistema Nacional de Salud, México, UNAM, 1983.