



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

ENFOQUE SOCIOLOGICO DE LOS PLANES DE SALUD  
PARA POBLACION MARGINADA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A I  
MA. GUADALUPE BENET JIMENEZ

MEXICO, D. F.

1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

	Págs
INTRODUCCION.	5
1. El Subdesarrollo y la dependencia de América Latina.....	17
2. La Marginalidad .....	38
2.1. El origen de Marginalidad.....	38
2.2. La Marginalidad en México.....	43
2.3. La Marginalidad en la ciudad.....	50
3. La planificación de la Salud.....	69
4. La salud-enfermedad de los marginados.....	101
5. El Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes.....	129
Conclusiones.....	143
Recomendaciones.....	153
Anexo.....	158
Bibliografía.....	165

## Introducción

La naturaleza y orientación de los servicios que proporcionan las instituciones públicas en México abocadas a la tarea de preservar o mejorar la salud, se encuentran supeditados a la influencia de la base económica-social y a los cambios que se suscitan en ésta.

Los servicios de salud proporcionados por el Estado, hacen que los mismos obedezcan a las políticas de salud delineadas en los planes gubernamentales de desarrollo los cuales responden a esquemas generales de atención recomendados por organismos internacionales con los que el país ha contraído compromisos. Esta circunstancia determina el hecho de que aún cuando tales esquemas tratan de adecuarse a las características de desarrollo del país, estas no corresponden a las necesidades específicas de salud de la población.

La planeación nacional de salud se instauró en América Latina en 1961. La Alianza para el Progreso y su instrumento legal, la Carta de Punta del Este fomentaron la elaboración de planes de desarrollo social y económico a nivel nacional.

El Sector Salud comenzó a participar en el proceso de desarrollo sin contar en aquél momento con una metodología adecuada para determinar las necesidades de salud de la población.

Veinticinco años han pasado y los esfuerzos de planificación de la salud en México no han respondido a los problemas fundamentales que aquejan a la población, ya que durante los últimos 40 años se observa la prevalencia de las enfermedades infecto-contagiosas como principales causas de morbi-mortalidad.

Lo anterior se debe, por una parte a la emergencia e improvisación con que se han establecido los planes y programas de atención y a la adopción de metodologías extranjeras poco relacionadas con las necesidades y recursos de salud del país. Esto ha provocado un constante proceso de asimilación de las instituciones prestadoras de servicios a las políticas de salud dictadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La forma en que la medicina ha dado respuesta al problema de la enfermedad en México en el presente, observa peculiaridades que la distinguen y que son fundamentalmente debidas a la dependencia científica y técnica a que las circunstancias históricas nos sitúan respecto de los países centrales y a una institucionalización acrítica que se ha reducido a sujetar su actividad a los modelos extranjeros que ha incorporado como propios, los cuales no sólo no responden a nuestra realidad sino que la ignoran<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Federico Ortíz Quesada, Vida y Muerte del Mexicano p. 11-12

Por otra parte, el insuficiente conocimiento y la poca importancia que se le ha dado a los factores condicionantes de la salud, han determinado la limitada efectividad de los programas, aumentando con ello el deterioro de la salud sobre todo de la población marginada.

"La situación de salud en un país depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población, de la base económica y social en que estas se producen, en mucho menor grado operan las intervenciones médico-sanitarias como determinantes. En consecuencia, la revisión de las condiciones de salud constituye en última instancia, no una descripción sino una exploración de la organización social y de la forma en que ésta se traduce en fenómeno de masas relativas a la salud y la enfermedad "<sup>2</sup>.

En un país como México, donde la población presenta aspectos y condiciones diferentes, encontramos sectores con características rurales, urbanas y otros más con elementos comunes de ambos, los que se han conceptualizado como marginales, ya que surgen como consecuencia de la estructuración que toma el capitalismo en los países subdesarrollados. Cada uno con sus problemas y particularidades de salud diferenciados por el tipo de actividad que de-

---

<sup>2</sup> Daniel López Acuña. La Salud Desigual en México. p. 18-19

sempeñan, el nivel de educación que tienen y en general por el grado de acceso a la participación dentro de la riqueza social.

Se requiere por consiguiente del conocimiento objetivo y preciso de los factores que influyen en la patología propia de los sectores marginados, con el fin de poder establecer políticas de salud que conduzcan a una planeación adecuada de los servicios a fin de disminuir o eliminar las enfermedades que enfrentan dichos sectores.

De acuerdo con diversos estudios y con base en nuestra experiencia, las decisiones tomadas a partir de las políticas formuladas al respecto, no siempre han coincidido con la dinámica del desarrollo social. Esto ha dado como resultado la desvinculación entre los planes y programas formulados y las necesidades de la población. Muestra de esta situación, se ha presentado en los programas de servicios sanitarios asistenciales en el país, los cuales aún cuando se han orientado a disminuir los problemas de salud de la población marginada, la realidad ha mostrado su ineficacia para lograrlo.

En el presente trabajo se sostiene la tesis de que los programas sanitario-asistenciales instrumentados en México, orientados a disminuir los problemas de salud de la población marginada en las áreas metropolitanas de la ciudad de México, han tenido un carác-

ter eminentemente emergente, lo que determina una planeación de los servicios de salud, basados en conocimientos superficiales de sus condiciones generales de vida.

Esta situación da como resultado servicios poco efectivos para la satisfacción de sus necesidades y desfase entre éstas y las políticas de bienestar. Lo anterior puede demostrarse analizando los programas sanitario-asistenciales de una época específica: 1980-1982.

Este trabajo pretende un análisis de la realidad condicionante de la patología de los marginados, realidad en la que inciden muchos y variados factores, y es sólo a través del establecimiento de hipótesis enmarcadas dentro de una teoría y del manejo de categorías, como podrá lograrse un conocimiento objetivo y preciso del fenómeno objeto de estudio.

El planteamiento de hipótesis específicas permite no sólo orientar el trabajo de la investigación, evitando desviaciones, sino entender el comportamiento de la planificación de los servicios de salud en México, cuyos resultados no han podido modificar los problemas de salud de los marginados.

La metodología que se utiliza para respaldar nuestros planteamientos se basa en la teoría marxista, pues es en sus categorías



donde encontramos los elementos que con una mayor precisión profundizan en el análisis de la realidad que se pretende abordar.

A partir de los planteamientos formulados por Marx sobre la división de la sociedad en dos clases fundamentales, la burguesía y el proletariado (en donde la primera detenta la propiedad de los medios de producción y la segunda sólo cuenta con su fuerza de trabajo para subsistir), se elaboró una argumentación que condujera al planteamiento de hipótesis sobre la relación que existe entre las condiciones materiales de vida, la forma de enfermar de las clases y las acciones de salud de las instituciones que prestan servicios médicos para mejorarla.

En este trabajo se analizará a la población marginada, la cual se considera incluida como parte de la gran masa que forma el proletariado y que tiene una particular forma de enfermar, dadas sus condiciones de vida y acceso a los servicios médicos.

Las hipótesis que guían nuestro trabajo señalan que:

- 1) "La falta de integración de la población marginada a los procesos de desarrollo socioeconómico de la ciudad, contribuye al surgimiento y prevalencia de enfermedades que configuran la patología de la pobreza".
- 2) "Los programas de las instituciones de servicios médicos

como la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)<sup>3</sup>, resultan ineficaces para enfrentar los problemas de salud, aun cuando adopten métodos de planeación para organizar y mejorar sus servicios".

En la presente investigación se pretende demostrar que las enfermedades que padecen los marginados son producto de su precaria situación de existencia, de la no incorporación a todos los niveles (social, político, económico, etc.) de los procesos de desarrollo de la zona metropolitana de la ciudad de México (empleo, servicios municipales, vivienda, servicios de salud, educación, etc.). De este planteamiento se desprenden las siguientes hipótesis secundarias:

- 1) A menor reconocimiento de las condiciones socioeconómicas de la población marginada en los planes y programas de salud, mayor ineficacia de los mismos, debido a la ausencia de un diagnóstico realista que muestre los factores que inciden en su proceso de salud-enfermedad.
- 2) A mayor incremento de los procesos sociales y de la infraestructura de la zona metropolitana de la ciudad de México, mayor crecimiento de la población marginada y por

---

<sup>3</sup>Aunque actualmente dicha Secretaría cambió a Secretaría de Salud, seguiremos utilizando la denominación anterior ya que el trabajo se refiere a un periodo anterior al cambio.

consiguiente, el empeoramiento de sus condiciones de vida y de salud causadas por la alta tasa de desempleo y subempleo, el bajo nivel de escolaridad, de la inadecuada alimentación y vivienda, etc., lo cual se agudiza por el aumento incontrolado de la migración campo-ciudad.

- 3) A menor organización y adecuación de los servicios de salud de la ciudad, a las necesidades y características socio-culturales de los marginados, mayores problemas enfrentarán para disminuir la frecuencia y gravedad de las enfermedades.

Por otra parte, en el trabajo se enfatiza que no es sólo proporcionando asistencia médica como se evita la presencia de las enfermedades, pues las raíces del problema se ubican en la esfera socio-económica y la simplista solución de planificar los servicios de salud en forma aislada no dará la respuesta que se requiere, dadas las condiciones y limitaciones con que se proporcionan en nuestro país.

El hecho de que no se comprenda que los servicios médicos por sí solos no mejorarán la salud de la población se hace evidente, por el reforzamiento de los intentos de instituciones como la SSA por planear las acciones de salud, las que omiten el análisis multicausal para la formulación de sus diagnósticos de salud y

se dedican a la llana curación de enfermedades. Esto viene a reforzar el modelo médico vigente en el que predomina el enfoque biologicista, curativo e individualista.

También se demostrará que la planificación de la salud en el país carece de bases técnicas y de perspectivas firmes, y se limita a responder sólo a los objetivos inmediatos de un plan de "desarrollo" de emergencia, establecido a mitad del sexenio, sin considerar las necesidades de la población y los recursos existentes para la salud. Dicha planificación responde más bien a una justificación momentánea del compromiso del ejecutivo con las masas desposeídas.

Lo anterior nos obliga a buscar el trasfondo de la planificación considerada como un acto político, advirtiéndose que es en el análisis de la lucha de clases donde se encuentran las respuestas a esta situación, lucha que es librada al interior del sistema capitalista en donde el móvil de la actuación del Estado, dado su carácter clasista, es buscar eliminar las contradicciones sociales a través de la mediatización de las exigencias del proletariado y evitar que se desborde del marco jurídico, político e ideológico, que la burguesía impuso a la sociedad desde su arribo al poder. El Estado que representa los intereses de clase, se ha visto en la necesidad de establecer entre otras medidas, sis-

temas de seguridad y asistencia social con el fin de proporcionar medios para restaurar la salud del proletariado<sup>4</sup>.

"Dentro de la clase proletaria es necesario distinguir diversos grupos, aquéllos que tienen acceso a los servicios médicos de la seguridad social y los que se ven obligados a recurrir a la medicina pública asistencial"<sup>5</sup>. Es en éstos últimos grupos en los que se centra el interés de nuestro estudio.

Por su ubicación dentro del sistema productivo, la forma de consumir, conservar y reproducir su fuerza de trabajo, así como su inserción dentro del proceso de trabajo, que le dan características específicas de actuación dentro del sistema social, la población marginada es considerada como uno de los grupos integrantes del proletariado pauperizado.

La actividad económica desarrollada por esta población no está formalizada a través de un contrato de trabajo, por ello no cuentan con los servicios médicos que ofrece la seguridad social. Esta situación los hace sujetos de atención de los planes médico-asistenciales gubernamentales especialmente orientados a brindar servicios médicos a este grupo específico.

---

<sup>4</sup> Raúl Rojas Soriano. Capitalismo y Enfermedad. p. 80-81

<sup>5</sup> Idem. p. 209

El análisis aquí presentado tiene como propósito el conocer con mayor precisión tanto las causas verdaderas que condicionan el proceso salud-enfermedad así como las fallas, condicionamientos y limitaciones de los programas de salud para la población marginada, con el fin de formular algunas alternativas que sirvan de base para una congruente planeación de la misma.

Para analizar estos planes de salud, es necesario primeramente examinar el contexto en que se origina el fenómeno de la marginalidad, a fin de ubicar dentro de la esfera socioeconómica a la población en cuestión. Sus raíces se encuentran en el subdesarrollo, por lo cual el estudio inicia estableciendo como marco general de análisis el desarrollo del capitalismo en los países latinoamericanos para posteriormente configurar el fenómeno, sus implicaciones y características dentro de las que se encuentran su forma de enfermar que es el objeto de los planes de salud.

En una segunda instancia se presenta un reconocimiento histórico de la planeación de la salud en México con el fin de introducirnos a la explicación de las causas de índole político y económico que intervinieron para formular los planes de salud.

Finalmente se examinará el proceso de salud-enfermedad en los marginados, sus causas nítidamente sociales y el plan de salud gubernamental que intenta responder a esta necesidad esencial

en las ciudades, las conclusiones a las que se llega a través del análisis y las recomendaciones respectivas.

1. El subdesarrollo y la Dependencia de América Latina.

La marginalidad se presenta como un fenómeno indisolublemente unido al modelo de desarrollo económico seguido por los países latinoamericanos. Sus orígenes se generan en el proceso de industrialización y su desarrollo y expansión se retroalimentarán en el mismo.

Para poder entender cómo surge y se manifiesta este fenómeno social es necesario observar el desarrollo histórico del modo de producción capitalista<sup>6</sup> en estos países y como irá conformando sus condiciones socio-económicas que han permitido que se tipifiquen como países subdesarrollados. Es en este contexto donde deben ubicarse todas las implicaciones de tipo económico, político, social, cultural y otras, cuyo análisis conjunto permite caracterizar la situación marginal, así como determinar las causas que le dieron origen.

<sup>6</sup>Es el modo de producción caracterizado por la concentración privada de los medios de producción en unas cuantas manos y en la explotación del trabajo asalariado. En él se generan dos clases fundamentales con intereses antagónicos la burguesía propietaria de los medios de producción y el proletariado poseedor de su fuerza de trabajo que debe vender a cambio de su salario, en condiciones desfavorables por estar sujeta a las leyes objetivas de la acumulación y reproducción del capital, el que requiere de la existencia de relaciones de explotación por parte de esta clase. Diccionario de Términos Marxistas. p. 211



El subdesarrollo y la dependencia son dos conceptos que están unidos por la historia del desarrollo económico capitalista en América Latina. Uno encuentra parte del contenido de su significado en el otro y viceversa.

El concepto de subdesarrollo se refiere a la "estructura de un tipo de sistema económico con predominio del sector primario, fuerte concentración de la renta, poca diferenciación del sistema productivo y sobre todo, predominio del mercado externo sobre el interno"<sup>7</sup>.

La dependencia es entendida según Ruy Mauro Marini como una relación de subordinación entre naciones formalmente independientes, en cuyo marco las relaciones de producción de las naciones subordinadas son modificadas o recreadas para asegurar la reproducción ampliada de la dependencia<sup>8</sup>. Para Vania Bambirra la dependencia es una situación en la cual un grupo de países tiene su economía condicionada por el desarrollo y expansión de otra economía a la cual la propia está sometida...<sup>9</sup> condicionando su estructura interna definiéndola en función de las posibilidades estructurales de las economías nacionales.

---

<sup>7</sup>Cardoso y Faletto, Dependencia y Desarrollo en América Latina. p. 23.

<sup>8</sup>Ruy Mauro Marini, Dialéctica de la Dependencia. p. 18.

<sup>9</sup>Vania Bambirra, El capitalismo dependiente Latinoamericano. p. 9

Theotonio dos Santos la define como "una situación histórica que configura una cierta estructura de la economía mundial que favorece a algunos países en detrimento de otros y que determina las posibilidades de desarrollo de las economías internas constituyéndolas como realidades económico-sociales"<sup>10</sup>. Las definiciones presentadas identifican criterios parecidos de una situación condicionada, en la que los países latinoamericanos no eligen el papel que quieren asumir dentro del contexto mundial económico, sino el que los países industrializados les permiten para contribuir a su propio desarrollo.

El desarrollo de las economías nacionales de América Latina debe ser considerado dentro del proceso de expansión del modo de producción capitalista, el cual como sistema dominante mundial, las somete a las necesidades de la burguesía económica internacional. Históricamente este sometimiento se traduce en una dependencia de las economías nacionales a un centro hegemónico (en primer momento a Inglaterra y posteriormente a Estados Unidos).

La dependencia y el subdesarrollo latinoamericano es la consecuencia de un proceso que tiene antecedentes en el siglo XVI, cuando América se integra al mercado mundial como exportadora de materias primas.

---

<sup>10</sup>Helio Jaguaribe, et. al. La dependencia político-económica de América Latina. p. 184

"... en un principio contribuyó al aumento del flujo de mercancías y al tiempo que permitía el desarrollo del capital comercial y bancario en Europa, apuntalaron el sistema manufacturero europeo y allanaron el camino a la creación de la gran industria..."<sup>11</sup> base de la Revolución Industrial en el siglo XIX, período que corresponde en América Latina a la independencia política.

Inglaterra a la cabeza de los países industrializados europeos, hace fluir sus mercancías y posteriormente sus capitales a los países americanos que pasan a formar parte del mercado mundial, como productores de materias primas y como consumidores de una parte de la producción liviana europea.

La decadencia de los países ibéricos colonizadores de América, desencadena conflictos que tienen desenlace en la independencia de ésta última, lo que permite la intervención de los capitales europeos en la conformación de su economía. Sobre todo del capital inglés debido a la dominación que ejerce sobre España y Portugal y que finalmente es el que controla y explota a los mismos, en función de sus requerimientos limitándolos a la exportación de bienes primarios a cambio de manufacturas. Esto se explica desde el punto de vista del conjunto del sistema capitalista mundial

<sup>11</sup>Ruy Mauro Marini, op. cit. p. 17

cuyo centro hegemónico lo constituía Inglaterra, las relaciones con la periferia las estableció en términos de sus propias necesidades de abastecimiento de materias primas.

La especialización de unos países en productores de bienes primarios y otros de manufacturas determinó la división internacional del trabajo, la cual tuvo sus repercusiones en el desarrollo de los países latinoamericanos. Su escaso desarrollo industrial y tecnológico los llevó a establecer una dependencia del comercio exterior.

En 1875 el capitalismo internacional sufre cambios que propician el desarrollo de políticas de expansión de Alemania y Estados Unidos dentro de Latinoamérica. En ese mismo momento en los países industrializados aumenta el desarrollo de la industria pesada y la tecnología correspondiente que exportan posteriormente a América cuando ésta inicia su industrialización.

La caída de los precios de las materias primas y el aumento de las manufacturas impulsó el proceso de substitución de importaciones y la consecuente industrialización. Los primeros países de América Latina que comenzaron este proceso fueron Argentina, México, Brasil, Chile, Uruguay y Colombia. De éstos, Argentina y México, desde fines del siglo XIX, tenían un significativo sector industrial cuyo proceso de producción estaba organizado

en base a las relaciones capitalistas y por lo mismo contaba con un mercado nacional más o menos estructurado.

El reemplazo de las manufacturas extranjeras por las nacionales fue posible debido a la suspensión (o limitación) del comercio exterior de estos países. Como consecuencia de los dos conflictos bélicos mundiales y la crisis del 29 lo cual propicio una industrialización nacional orientada a atender el mercado existente de productos manufacturados.

Es entonces cuando América Latina importa equipamentos, maquinarias y materias primas necesarias para la instalación de fábricas en el territorio nacional, destinadas a la producción de bienes anteriormente importados. El sector primario exportador juega un papel fundamental en la obtención de esta maquinaria pues él es el principal proveedor de las divisas para su compra. A la caída de los precios de exportación de las materias primas y los productos primarios, la escasez de divisas es progresiva y debido al alto costo de la importación de capitales, los países se ven en la necesidad de recibir financiamientos externos comprometiéndose con los países financiadores (que son los mismos países industrializados). Estos últimos determinaron las condiciones, los intereses y los plazos de amortización.

"La cuestión de importar productos (tan vitales como petróleos, productos químicos, aparatos de precisión, maquinaria, etc.) está ligada a los déficits de la balanza de pagos. Y estos déficits a su vez son fruto de la baja de los precios de productos primarios junto al alza de los precios de los productos manufacturados, pero particularmente de los pagos de servicios, fletes, regalías, ayuda técnica, etc., de las remesas de capitales, de los crecientes servicios de una deuda externa que se agiganta con la fuerza acumulativa de esta situación deficitaria<sup>12</sup>.

Así los capitales extranjeros ejercen presión para favorecer su participación y su control en las operaciones económicas, sin que los países latinoamericanos puedan evitarlo.

El capital extranjero jamás se encontró ausente del proceso económico nacional; en un primer momento se circunscribió al sector primario exportador y en esta nueva etapa sus intereses se orientaron hacia el sector manufacturero exportador a través de inversiones directas de capital - maquinaria.

A finales de los años 40 y como consecuencia de la guerra, el proceso de expansión del capitalismo a nivel mundial en su forma imperialista, expresado a través del proceso de integración mono

<sup>12</sup> Helio Jaguaribe, op. cit. p. 166

pública, y de división internacional del trabajo, ha alcanzado a todas las regiones del capitalismo dependiente del mundo supeditándolas al centro hegemónico representado en este momento por los Estados Unidos.

Las relaciones económicas dominantes la destinan a quedar integrada al capitalismo mundial a través de relaciones de dominación y explotación, las que se traducen en relaciones de dependencia tecnológica y financiera. Este nuevo carácter se debe a la expansión de los consorcios monopólicos multinacionales resultado de un complejo proceso de concentración, monopolización y centralización que se realiza en la industria de los Estados Unidos.

"La nueva división internacional del trabajo, reorienta el desarrollo industrial, provocando una situación crítica que se deriva de: 1) el establecimiento de un nuevo tope para el avance tecnológico que hace inaccesible por parte de los países dependientes, el dominio de las nuevas fuerzas productivas; 2) la creación de una estructura productiva especializada en ciertos sectores que buscan atender antes los requerimientos de la demanda mundial que las necesidades de las poblaciones de estos países; 3) el aumento de la tasa de explotación del trabajo que permite una mayor remesa de ganancias hacia el exterior a través del aumento de las divisas provenientes de las exportaciones..."<sup>13</sup>

<sup>13</sup>Vania Bambirra, op. cit. p. 111

El capitalismo en los países latinoamericanos se manifestó en sus economías de manera desigual, acelerando y modernizando el proceso de industrialización en unas áreas y dejando a la zaga a otras. Estas exhiben hasta hoy una dualidad, la parte más ágil se presenta en los sectores urbanos donde el proceso industrial se tecnifica y especializa aceleradamente y en cambio el agro permanece explotado bajo relaciones de tipo precapitalistas de producción, aún cuando en el caso de países como México el capitalismo haya empezado a dominar los cultivos de exportación.

Anibal Quijano define esta situación bajo los siguientes términos: se "fue produciendo... un proceso de reordenamiento capitalístico esto es, una dirección capitalista de modos de producción precapitalistas que muy pronto fueron desarticulados y sustituidos por estructuras productivas integradas en fragmentos estructurales de las precapitalistas y de cada una de las etapas y modalidades alcanzadas por el modo de producción capitalista en los países hegemónicos, llegando finalmente como hoy, los niveles subdesarrollados de este modo de producción"<sup>14</sup>.

Por otra parte el creciente control de la industria por el capital extranjero como consecuencia de la desnacionalización de la propiedad privada de los medios de producción, consolida la concentración y monopolización del sector industrial.

---

<sup>14</sup>Citado por Vania Bambirra, op. cit. p. 37



La industria extranjera se ubicó en los países que tenían antes de la guerra, un proceso industrial en desarrollo. En ellos ya existía un mercado interno formado, un sector privado en expansión, áreas susceptibles para el establecimiento de nuevas inversiones y una infraestructura básica de comunicaciones, desarrollados en principio como requerimientos básicos de la economía exportadora. La creación, expansión y modernización de los sectores complementarios a la economía fueron factor importante en la formación de un mercado interno, en la medida que impulsaron la absorción de mano de obra, generando nuevos sectores a través del surgimiento de una serie de actividades agrícolas comerciales y de servicios en general (públicos y privados). Los países en donde prevalecía esta situación fueron Argentina, México y Colombia; en ellos existían industrias de materiales de construcción, textiles, alimenticias, de muebles y otras.

La importación de los nuevos capitales se intensificó en la etapa de la sustitución de importaciones debido a las coyunturas internacionales (las dos guerras mundiales y la crisis del 29). El proceso de diferenciación interna de la economía a través de las formas de división social del trabajo condicionó no sólo la estructuración de un mercado interno sino además la formación de

clases sociales<sup>15</sup>. Por una parte una burguesía unida al sector exportador<sup>16</sup> industrial y por otra parte un proletariado ligado a estas actividades.

En la medida en que el sector industrial amplió y aumentó su propio mercado, incorporando al consumo a todos los asalariados tales como obreros, campesinos y clase media, creó las pautas de

<sup>15</sup>Las clases sociales son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (relaciones que en su mayor parte las leyes refrendan y formalizan, por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo) y consiguientemente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo de otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social". V.I. Lenin, Una Gran Iniciativa. p. 504

<sup>16</sup>El sector exportador en la medida en que se expande a la vez se especializa y absorbe la mano de obra disponible y aumenta su área productiva lo que hace limitar, al interior de la hacienda o de la ciudad misma, las áreas de las economías subsistencia, y de esta manera restringe las posibilidades de subsistencia del artesanado rural; y de la producción vinculada a la economía de autoconsumo. Esta es la consecuencia más directa de la proletarianización; quien antes fuera campesino en el mismo grado que se transforma en proletario, había de vender su fuerza de trabajo para adquirir en el mercado todo lo que necesita: alimentos, ropa, muebles, etc. Por lo tanto, se plantea así la necesidad de productos industriales. Tomado de Vania Bambilra, op.cit. p. 39-40

consumo que obligó a determinadas formas de organización y control de la producción.

A partir de la posguerra los países industrializados se interesaron por impulsar el proceso de diferenciación interna de la economía en los países latinoamericanos. El interés obedeció a la necesidad que las grandes empresas tenían de crear el mercado para exportar sus bienes de producción. La penetración de capitales extranjeros en forma de maquinaria, dominó y sometió en corto tiempo a las economías nacionales a fin de facilitar el desarrollo de éstas.

Por otro lado, en la medida que el progreso técnico redujo en los países industrializados el plazo de reposición del capital fijo, se vieron en la necesidad de exportar equipos y maquinaria ya obsoletos, antes de que se hubieran amortizado totalmente, dejando la producción de bienes altamente tecnificados para sí.

Establecido el capital extranjero, controla la explotación y apertura de nuevos sectores y ramas productivas, monopolizando, concentrando y centralizando la economía a través de la instalación de grandes empresas y de la absorción de las empresas nacionales. Lo que fue posible debido a las facilidades que los países dominados presentan: a) facilidades arancelarias; b) exención de impuestos a la maquinaria; c) proteccionismo interno, que posibilita la fijación

de altos precios a los productos elaborados internamente, lo que genera altas tasas de ganancia; d) la disposición de una gran cantidad de mano de obra barata que facilita la obtención de altas tasas de plusvalía y e) un mercado interno con posibilidades de expansión.

Por otra parte las ganancias generadas en el proceso de producción dependiente no son reinvertidas en el país, sino que son remitidas al exterior, descapitalizando la economía. Hecho que se refleja en los déficits de la balanza de pagos. Para cubrir éstos se piden préstamos al exterior, lo que eleva el servicio de la deuda. Para poder equilibrar la economía se requiere de nuevas inversiones extranjeras.

Los países afectados por este dominio que no sólo se circunscribe a la esfera económica, sino que trasciende a muchos aspectos de la vida política nacional, determinó la creación y orientación de los mecanismos que facilitaron la expansión del capital monopolista internacional a expensas de las economías nacionales.

El hecho de controlar la forma más avanzada de organización social de la producción, da a la burguesía extranjera el derecho de participar dentro del control del poder, a partir de un proyecto de desarrollo económico y social acorde con sus intereses. Las condiciones impuestas a las burguesías nativas, (en los países

donde han tenido la posibilidad de desarrollarse) no tienen otra opción que integrarse como socios minoritarios del capital extranjero y asimilar para sí los intereses y ganancias que éste determina.

La importación de una tecnología que requiere de personal calificado para su manejo y ahorra mano de obra, ya sea en términos de tiempo o de esfuerzo, provocaron para América Latina en donde existe una abundante mano de obra descalificada, un aumento creciente del desempleo y subempleo.

El ejército industrial de reserva formado durante el proceso de industrialización, aumenta considerablemente su número en esta fase del capitalismo monopolista. El hecho de emplear tecnología más compleja y sofisticada a fin de incrementar su producción y poder obtener mayores ganancias, utilizando exclusivamente mano de obra especializada, por lo general reducida en estos países, hace que el sistema disminuya su capacidad para absorber mano de obra, este hecho "acentuó" aún más el crecimiento relativo de la oferta de trabajo, el cual chocó con la reducción sistemática de las oportunidades de empleo en la industria<sup>17</sup>.

Marx analiza la forma en que influye el desarrollo del capitalismo en la dinámica de la población obrera, y expone como es que a medida que el desarrollo del capitalismo avanza, la demanda de

<sup>17</sup> Ruy Mauro Marini, Subdesarrollo y Revolución p. 22

la fuerza el trabajo disminuye relativamente.

La causa de la reducción de la demanda de fuerza de trabajo, está dada por un incremento de los medios de producción en relación a la magnitud de esa fuerza que la pone en movimiento; este hecho se traduce a su vez en el aumento del capital constante a costa del variable<sup>18</sup>.

El creciente ejército industrial de reserva asume entonces un papel depresor de los salarios, ya que la abundante oferta de mano de obra no calificada entra en competencia por los pocos puestos que la industria puede ofrecerles, con salarios que están lejos de permitir la reproducción de su fuerza de trabajo.

"... cuanto mayor es el ejército industrial de reserva tanto mayor es la presión que ejerce sobre los obreros ocupados, obligándolos a trabajar desmesuradamente y a someterse a los intereses del capital. Este ejército se transforma en uno de los factores decisivos, en el empeoramiento de la situación del proletariado, la propia superpoblación relativa se encuentra privada de los medios de subsistencia necesarios; además ésta presupone una mayor oferta sobre la demanda de trabajo en forma constante, por esto los obreros se ven forzados a vender su fuerza de trabajo por debajo de su valor"<sup>19</sup>.

<sup>18</sup>C. Marx, El Capital. p. 547

<sup>19</sup>Graciela Espinosa Said, Desarrollo Histórico del concepto de Marginalidad en América Latina, p. 37

Marx analiza la superpoblación relativa y distingue en ella tres formas de existencia: la flotante, la latente y la intermitente, y una más el proletariado que se aglutina en el pauperismo. El primero es absorbido y expelido por la industria en plazos de tiempo irregulares, pero en cada absorción el número de obreros es cada vez mayor. En el segundo, se refiere a los trabajadores del campo desplazados de sus actividades al penetrar la industria en él, lo cual hace que sólo una parte de ellos pueda emplearse. El resto se desplaza a las ciudades en donde el sector industrial es incapaz de absorberlos contribuyendo a profundizar su desempleo o subempleo.

La tercera la integran los obreros que se emplean irregularmente. Sus integrantes se reclutan de los desocupados crónicos de la gran industria y de la agricultura esta situación los hace tener un nivel de vida inferior al normal medio de las clases obreras. Por último se tienen a las capas más miserables de la superpoblación relativa, las cuales se insertan en el pauperismo<sup>20</sup>.

La disminución de la ocupación de obreros conduce a acrecentar la población que se dedica a actividades no productivas (servicios). El sistema capitalista por su dinámica propia, tiene la

---

<sup>20</sup> Es el proletariado pauperizado emigrante y residente en las grandes ciudades el que recibe dentro del discurso oficial el nominativo de población marginada.

necesidad de utilizar, ya sea en los momentos de auge para absorverlos o para expulsarlos en los de crisis, a la parte de la población obrera que se encuentra desocupada o subocupada. La utiliza como mecanismo de explotación de la misma al hacer que venda su fuerza de trabajo por salarios inferiores a la cobertura de sus necesidades (contradicción inherente e inexorable) del capitalismo).

El continuo aumento del proletariado es más evidente en las ciudades. Estas como concentradoras de las industrias, servicios, mercados, etc., así como de las actividades afines a ellos, se convierten en lugares donde se aglutina un gran número de proletarios, tanto nativos como emigrados del campo.

Las ciudades significan una alternativa de empleo y el mejoramiento de su nivel de vida, aún cuando la realidad demuestra las grandes dificultades que los migrantes enfrentan para obtener un empleo y elevar la calidad de la misma

La gran acumulación de recursos y personas dentro y alrededor de las ciudades contribuye a distorcionar el equilibrio del ecosistema por la concentración de los recursos financieros, humanos y físicos, sin que exista una planificación de los procesos de urbanización e industrialización.



Los sectores industriales complementarios que alimentan la demanda de productos nacionales, al concentrarse aquí y vincularse con el proceso de urbanización, favorecen su dinámica de crecimiento. La producción de mercancías tiene mayores facilidades de colocación y en la medida en que se expande esta industrialización se independiza del sector exportador.

### La situación agraria

El campo presenta una dualidad muy peculiar, en el que se observa el predominio de los rasgos de la antigua estructura agraria tradicional y precapitalista, los cuales existen e interactúan con elementos de una estructura moderna y capitalista restringida sólo a algunas áreas.

Al penetrar el gran capital, las relaciones precapitalistas de producción se disgregan progresivamente, provocando una concentración de la tierra, que subsistió con el latifundio y expulsó del campo a una gran cantidad de pequeños propietarios que se convirtieron en proletarios desempleados.

El proceso de monopolización de la tierra restringió las áreas de la economía de subsistencia y de autoconsumo. Generó un potencial de mano de obra disponible para ser proletarizada por el sector exportador. La liberación de la fuerza de trabajo agrícola hi

zo que la oferta de ella fuera mucho mayor que la demanda. Esta última sólo se aparece en las épocas de cosecha o siembra, los demás meses del año un alto porcentaje de los trabajadores permanece desempleado. Al abaratar la mano de obra agrícola, el trabajador percibe salarios insuficientes para la reproducción de su fuerza de trabajo, uniéndolo indisolublemente a una permanente situación de subsistencia.

"La supervivencia de una economía agraria feudal y latifundista provoca una situación de desequilibrio social y económico de miseria, de malas condiciones alimenticias de la salud,<sup>21</sup> situación que se refleja particularmente en el desequilibrio de la distribución del ingreso"<sup>22</sup>.

La prevalencia de relaciones precapitalistas en la mayor parte del campo, es una fuente inagotable de mano de obra barata, Marx al respecto dice: "cuanto mayores son la riqueza social, el capital en funciones, el volúmen y la intensidad de su crecimiento mayor es también por tanto, la magnitud absoluta del proletariado y la capacidad productiva de su trabajo, tanto mayor es el ejército industrial de reserva"<sup>23</sup>.

<sup>21</sup>Situación que no es privativa del proletariado campesino, sino también del urbano.

<sup>22</sup>Helio Jaguaribe, La Dependencia Político-Económica de América Latina, p. 158

<sup>23</sup>Marx, El Capital, op. cit. p. 546

La crisis de la estructura agraria que lleva a la intensificación de la migración campo-ciudad, debida al desempleo estacional y a la subutilización crónica de la población agrícola que no posee tierras ni recursos para explotarla, aunada a las tasas crecientes de aumento demográfico y la tendencia restrictiva del mercado de trabajo en las zonas urbanas, hacen que una parte de la población no pueda ser incorporada como fuerza de trabajo productiva. Esta situación la obliga a dedicarse a actividades de subsistencia de bajísimos niveles de ingresos de la economía, en ocupaciones tales como vendedores ambulantes, empleados domésticos, limpiabotas, etc.

En los países subdesarrollados la concentración de gran parte del ingreso en un pequeño sector de la población, es un fenómeno de características más agudas que en los países desarrollados. Coloca en una situación desfavorable a la gran masa de población que recibe una parte menor del conjunto de bienes que produce el sistema. Esto es reflejo de la nueva conformación que adopta la estructura social de los países subdesarrollados, debido al dominio de relaciones sociales de producción cuyas características cambian sustancialmente la dinámica del desarrollo histórico, que se venía dando en dichos países antes de la penetración del capitalismo.

La marginalidad se presenta como un fenómeno resultante del modo de desarrollo económico seguido por los países latinoamericanos. Los problemas generados en el agro debido a la industrialización acelerada, aunados a la ausencia de una solución justa, han repercutido en los grupos de población prevalentemente rurales, agricultores de autoconsumo y jornaleros que ven sólo en la migración a la ciudad su única alternativa.

El resultado es un considerable aumento en las desigualdades sociales, tanto en las condiciones de vida de los habitantes de las ciudades como de las áreas rurales. Este hecho como Lenin lo señaló es condición inevitable del modo de producción: "el capitalismo dejaría de ser capitalismo, pues el desarrollo desigual y el nivel de vida de las masas semihambrientas son las condiciones y las premisas básicas, de este modo de producción"<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup>Lenin, El Imperialismo fase superior del Capitalismo. p. 77

## 2. La Marginalidad

Las principales ciudades latinoamericanas han sido el escenario donde se presencia con mayor vehemencia el pauperismo del proletariado. Los alrededores de las ciudades son lugares de asentamiento, los que carecen de los servicios públicos básicos.

Los emigrantes forman núcleos de población llamados "Marginales". Su denominación es variada según el país de que se trate: favelas en Brasil, ranchos en Venezuela, callampas en Chile, barriadas en Perú, villas de miseria en Argentina, ciudades perdidas y cinturones de miseria en México<sup>25</sup>.

### 2.1 El origen de la marginalidad

La problemática de la marginalidad y las características específicas que asume en las sociedades subdesarrolladas, han sido abordadas a través de varios enfoques teóricos. Son varios los autores que han tratado de definir el concepto de marginalidad, a fin de otorgarle un carácter histórico-estructural, abordándolo como una consecuencia de las tendencias que asume el modo de producción capitalista dependiente. "La existencia de una situación social como la marginalidad es entendida como el resultado de la

<sup>25</sup>Larissa Lomnitz, Cómo sobreviven los marginados. p. 26

propia naturaleza de la estructura vigente en la sociedad; es concebida como un fenómeno derivado de un tipo particular de inserción a la estructura social"<sup>26</sup>.

Este concepto tiene su proceso de gestación en la adopción misma del capitalismo como sistema social, ya que como hemos visto en él se contienen las contradicciones capital-trabajo, las que en su evolución generan desequilibrio entre las regiones como entre los grupos humanos que conforman una sociedad históricamente determinada.

El grado de desarrollo del concepto "marginalidad social" está condicionado por el nivel de evolución del proceso de industrialización, pues a partir de éste se manifiesta el problema del desempleo y subempleo en proporciones alarmantes, debido al desequilibrio que sufren las economías nacionales.

La condición de marginalidad que se tiene en las áreas rurales se reproduce con algunas variantes en la ciudad. Su escaso nivel educativo les obliga a trabajar en ocupaciones que no requieren calificación alguna y en donde las percepciones salariales son las más bajas, lo que determina su nivel de vida y su escasa participación dentro de los procesos de desarrollo de la ciudad. Al

---

<sup>26</sup>Humberto Muñoz et. al., Migración y Desigualdad Social en la Ciudad de México. p. 75

no lograr ésta absorberlos los margina de su propio desarrollo y circunscribe a formas propias de supervivencia, las cuales les van dando características específicas de actuación dentro de la interacción social.

Las diversas categorías de la marginalidad están dadas por la existencia, grado y forma de inserción de los individuos en los principales subsistemas como son: el productivo, el de consumo, cultural, de la educación, del acceso al patrimonio científico, artístico, literario, político y al conjunto de servicios públicos entre ellos los de salud.

Varios autores han definido la situación marginal enfatizando aquellas partes que consideran lo esencial para explicarla, en sí todas llevan elementos comunes, los cuales encierran la idea de excepción o exclusión del sistema de desarrollo.

En un primer enfoque teórico, para José Mar, Fernando Chuca Goitia, Nels Anderson y Ramiro Cardona, la marginalidad es un producto de los procesos de urbanización y migración, donde un sector de la población latinoamericana vive en agrupaciones llamadas barriadas marginales, favelas, ciudades perdidas, constituidas por familias de procedencia predominantemente rural, del más bajo nivel de vida dentro de la escala social de la ciudad, cuyas características son personas no calificadas, con bajos ingresos,

pésimas condiciones en el hábitat y la presencia de graves problemas en la salud y la nutrición, lo cual repercute en el bienestar físico, mental y social de la comunidad<sup>27</sup>.

Un segundo enfoque expresado por Gino Germani, Roger Vekermans y Pablo González Casanova, interpreta la Marginalidad a partir de la teoría de un dualismo estructural en donde se abordan aspectos del colonialismo interno, de la superposición cultural y de la modernización. En este enfoque teórico los países latinoamericanos están estructurados por dos sociedades que se contraponen por ser cualitativamente distintas. Una de ellas es, arcaica, tradicional, agraria, estancada y retrógrada, y la otra es moderna, urbana, industrializada, dinámica, progresiva y en desarrollo<sup>28</sup>.

Por último, en el tercer enfoque el concepto manejado por Aníbal Quijano y José Núm, parte de la estructura económica, en la fase monopólica del capitalismo. Los autores plantean que dado la alta tecnología en el proceso productivo, el tiempo y la calidad del trabajo utilizados se reducen, lo cual permite la participación de un número de personas con determinada calificación en el proceso de trabajo. Esta situación origina que el gran sector de

---

<sup>27</sup> Graciela Espinoza Said, op. cit. p. 57

<sup>28</sup> Idem. p. 65



población descalificada no pueda competir por un empleo e incorporarse al proceso productivo hegemónico, viéndose forzado a buscar su inclusión en las ramas de menor capacidad financiera y tecnológica, las que requieren poca calificación o se dedicará a actividades desligadas de la producción directa de bienes.

Los tres enfoques expuestos recogen las principales ideas que se han desarrollado para demostrar el origen de la marginalidad, en donde se observa la importancia que adquiere el conocer los factores económicos y sociales en los que se encuentra inmersa.

Al existir para esta población una situación que la condiciona a minimizar su participación en el desarrollo económico, su intervención en otros ámbitos como en el de la educación, política, cultural, etc., será igual debido a la falta de una base económica que le dé acceso a una participación amplia en las diferentes áreas de la vida social.

De lo anterior se puede concluir, que si bien la marginalidad social es una situación de escasa participación en los procesos económicos, políticos, culturales y sociales que determinan una situación desventajosa frente al medio urbano-industrial dificultando su incorporación al mismo, esta realidad se encuentra determinada por la ubicación de los marginados dentro del desarrollo socioeconómico.

Son parte del sistema social y sujetos de explotación, así como consumidores de una parte de los bienes que se producen. Su actuación dentro del sistema está limitado por sus carencias, es decir están dentro del sistema social pero al margen del desarrollo.

## 2.2 La marginalidad en México

En los apartados anteriores hemos visto que el fenómeno de la marginalidad se acentúa a partir de los años 40's cuando el esquema de desarrollo latinoamericano ya se ha agotado por las limitaciones estructurales que muestran nuestras sociedades, México como parte de esta realidad no escapa a las repercusiones socio-económicas, políticas y culturales que genera la forma como se desarrolla el capitalismo en nuestros países.

La crisis del sector agrícola a partir de los años sesentas fue provocada por el agotamiento de tierras, la caída de los precios de los productos agrícolas en el mercado internacional, el cambio de las tierras de cultivo por extensiones para la ganadería. Esta situación dio como consecuencia que desde 1965, el producto agropecuario creciera sólo al 2.1%, mientras en años anteriores lo había hecho en un 5.8%."La actividad que más influyó en este colapso fue la agricultura que sólo creció a menos del 1% anual en promedio, mientras que la ganadería y la pesca crecieron a

ritmos superiores"<sup>29</sup>.

Por otra parte el desarrollo desigual entre el sector agrícola y el industrial fue otro de los factores que influyeron en el rezago del campo, dado el irrestricto apoyo y protección que recibió el sector industrial a través del establecimiento de barreras arancelarias, estímulos fiscales, financiamiento público y otros. Estos apoyos lo convirtieron en la principal actividad económica, quedando el sector agropecuario subordinado al desarrollo industrial con funciones de apoyo tales como:

- " ' Transferir como capital hacia el sector industrial una proporción importante del valor de la producción agropecuaria'.
- ' Generar divisas mediante la exportación de productos agropecuarios para el financiamiento de importación de bienes de capital o tecnología para la industria nacional'.
- ' Abastecer de materias primas a la industria nacional con frecuencia a precios inferiores a los del mercado mundial'.
- ' Alimentar a precios bajos a la población urbana para mantener bajo el costo de subsistencia del trabajo obrero y consecuentemente, bajos salarios'.

---

<sup>29</sup>

Pablo González Casanova. et. al., México hoy. p. 110

' Aportar gente no sólo como mano de obra para la industria y en otras ocupaciones modernas, sino también para integrar una reserva de desocupados o marginados "' 30 .

La presencia de modificaciones en la organización económica se hace obvia, primeramente en el campo en donde los síntomas de agotamiento del sistema se reflejan en el despojo de comuneros y campesinos de sus tierras debido a la penetración del capital industrial que tecnifica el proceso de explotación de la tierra, con el cual se ven incapaces de competir y los obliga a incluirse como parte de la superpoblación relativa, que dan como consecuencia las grandes migraciones campo-ciudad. El fenómeno es producto del desempleo y subempleo rural, atrayendo masas marginales rurales hacia los grandes centros metropolitanos por la búsqueda de un mejor medio socioeconómico, y al final el engrosamiento de la población urbana marginada preexistente sumida en precarias condiciones.

La marginalidad presenta diferentes niveles debido a que el desarrollo del país no es uniforme, sino por el contrario tiende a regionalizarse de acuerdo al avance de sus fuerzas productivas. Por ejemplo, en la zona norte del país la agricultura se encuentra altamente tecnificada y logra obtener grandes volúmenes de

<sup>30</sup> COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, geografía de la marginación. p. 21-22

producción.

Esto hace que las inversiones públicas en este renglón de la economía, sean aprovechadas al máximo y presten mayor atención a las zonas de mayor desarrollo, por poseer una infraestructura agrícola que facilita el proceso de producción y comercialización de los productos. Esta situación influye en la formación y características de la población marginada de estas zonas, haciéndola menos severa que en otras partes de la nación, como se verá más adelante.

En el resto del país es posible observar relaciones de producción precapitalistas, en donde las inversiones han sido poco aprovechadas y se han ido restringiendo. En ellas se observa un menor desarrollo de la región, lo que ha repercutido en la existencia y acentuación del grado de marginalidad.

Los siguientes datos muestran la conducta seguida por la inversión estatal durante los últimos años: "En el periodo 1959-1976, la inversión pública agrícola en las 12 entidades federativas de mayor desarrollo en este sector representó el 52.9% del total, cuando estas entidades tenían en 1970 sólo el 24.1% de la superficie de labor. Las 20 entidades de economía campesina y agricultura incipiente contaban con el 75.9% de la superficie de labor, sólo recibieron el 47% de la inversión"<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Idem. p. 21-22

En la investigación hecha por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) durante los años 1976-1982, acerca de la distribución geográfica de la población marginada en el país, se presentaron datos relativos a el grado de marginalidad por región, empleando un índice de marginación, el manejo de 19 indicadores, que dio como resultado, la división del país en 12 regiones y el porcentaje de marginalidad existente en cada una (ver anexo).

El resultado de la aplicación del índice, permitió establecer cinco niveles de marginalidad, determinándose como muy alto, alto, medio, medio bajo y bajo, de acuerdo a las cifras que aportaron.

Los estados en donde se agrava la marginalidad, son Oaxaca, Chiapas y Guerrero, Hidalgo, Tabasco, Querétaro y Puebla. (cuadro anexo no. 1)

La población en los niveles muy alto y alto de marginación ascendió a 22.3 millones que representan el 46.2% de la población nacional, en tanto que la de los estados correspondientes al nivel medio, fue de 11.1 millones, o sea el 23%. Finalmente, la población de los estados en niveles medio bajo y bajo representan el 30% del total nacional, con una población de 14.8 millones. De lo anterior podemos concluir que una parte significativa de la población nacional se encuentra ubicada dentro del nivel de mayor marginación.

De acuerdo a los datos obtenidos por el manejo del índice, se regionalizaron los estados del país de acuerdo al grado y nivel de marginación, características socioeconómicas y proximidad geográfica.

Las zonas del Pacífico Sur, Centro Este, Centro Norte y Centro Occidente, el grado de marginación es el más alto, siguiéndole el Golfo Centro, Sureste y Pacífico Centro, con un nivel alto. Las zonas del Centro, Occidente Norte y Pacífico Norte con el nivel más bajo de la escala.

Las zonas en donde se acentúa el problema son las semidesérticas, montañosas y selváticas, así como en lugares en donde la principal ocupación es la agropecuaria. En cambio las regiones que experimentan la expansión del urbanismo, el fenómeno tiende a disminuir. (cuadro anexo no. 2).

Las cifras poblacionales correspondientes a las zonas y núcleos marginados por Regiones y Entidades Federativas muestran que los estados que presentan una población significativa en áreas marginadas son: Puebla, Oaxaca, Chiapas y Michoacán. Cuentan cada uno con más de un millón de personas en este tipo de áreas, seguidos por los de Guerrero, Edo. de México, San Luis Potosí, Hidalgo y Guanajuato con medio millón cada uno. En conjunto su población representa el 39% de la población nacional, de la cual el 51% se en

cuentra ubicada en las áreas estudiadas, porcentaje que representa el 64% de la población marginada del país.

Se observa que los porcentajes más altos, los presentan los estados de Oaxaca y Chiapas, con 77.9% y 76% respectivamente, seguidos por los estados de Puebla, Hidalgo, Guerrero, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán, Querétaro y Tlaxcala con proporciones que oscilan entre el 51 y 67%.

De los 14.8 millones de habitantes de las zonas y núcleos marginados, el 47% vive en las zonas de muy alta marginación, el 36% en las de alta marginación y el 17% en los restantes grados de marginación (cuadro anexo no. 3).

Los porcentajes de población clasificados por nivel de marginación muestran que el 76.7% de la población económicamente activa de las zonas en cuestión, percibe ingresos menores al salario mínimo. A nivel nacional la cifra se reduce al 63.6%.

El subconsumo de leche, carne y huevo afecta al 73.2%, 77.7% y al 60.3% de la población, respectivamente. En el nivel nacional estos porcentajes son de 43.3, 51.1 y 44.6%.

El analfabetismo y la población sin primaria ascienden a un 40.3 y 90.4%, mientras a nivel nacional repercuten en un 23.7 y 70.5% respectivamente.



Los indicadores de mortalidad presentan tasas muy altas, en lo general es de 11.2 por 1000 habitantes. En preescolar es del 17.5 y el promedio de habitantes por médico es 6 687.4, es decir cinco veces mayor en las zonas marginadas respecto al promedio nacional.

Las viviendas sin agua entubadas, hacinadas y sin electricidad ascienden a 66.3 83.2 y 84.8% respectivamente, mientras que a nivel nacional las cifras son de 38.9, 69.1, 41.1 y 58.5%.

La población que no usa calzado es el 16.5%, cifra que rebasa el doble del nivel nacional que es de 6.8%. Por último las viviendas sin radio ni televisión representan el 39.4% en áreas marginadas, y a nivel nacional el porcentaje disminuye a 22.4%. (cuadro anexo 4).

Los datos aquí expuestos muestran los elementos que asociados van configurando el fenómeno de la marginalidad y su ubicación geográfica dentro del país. Las características que presentan no son distintas de las que se muestran en las ciudades, como veremos en el siguiente capítulo.

### 2.3 La Marginalidad en la Ciudad

Los problemas del desempleo y subempleo generados en el desarrollo económico y agudizados por la crisis que atravieza el capita-

lismo a nivel mundial, han repercutido en el país aun cuando se han implementado políticas de generación de empleo, estas resultan insuficientes. "Para 1981 la Confederación de Trabajadores de México y el Congreso del Trabajo calculan tan sólo para el Distrito Federal la existencia de 800 mil desocupados y dos millones de subempleados"<sup>32</sup>.

Este estado de cosas afecta seriamente a las capas económicamente más desprotegidas de la sociedad que se ven afectadas por la disminución de sus ingresos, insuficientes para cubrir sus necesidades de alimentación, vestido, vivienda, salud, etc. Si a esto le agregamos el acelerado proceso inflacionario, que en el país en 1982 fue de 99% según el Banco de México, tendremos un panorama poco halagador de la situación que enfrentan los sectores marginados de la población.

Los cinturones de miseria que circundan las grandes ciudades observan un incremento de población migrante.

"La ciudad de México ha ido creciendo poco a poco, pero con mayor celeridad en los últimos años. De 1960 a 1970 aumentó en un 41.14%. La densidad poblacional creció de 3,250 a 4,538 habitantes por ki lómetro cuadrado en el mismo lapso"<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Raúl Rojas S. op.cit. p.122

<sup>33</sup> Ruiz, Alberto. La marginalidad social, su problemática en la ciudad de México. p. 5

La migración al aumentar la población de las ciudades en forma descontrolada agudiza las presiones en el sector urbano, obligándolo a distraer más recursos para resolver los problemas originados por este crecimiento, lo que acentúa la centralización de los mismos, así como la expansión de los servicios establecidos en ellas, en donde los migrantes pretenden encontrar la solución a sus precarias condiciones de vida.

En las catorce ciudades más importantes del país se estima un total de 9'336.000 marginados. El cuadro siguiente muestra su distribución. (cuadro no. 1)

En él se observa que la cantidad de marginados con respecto al total de la población de las ciudades significa en todos los casos más de la tercera parte de la población que habita en ellas.

#### Características de la población marginada

Los escasos recursos económicos con los que cuenta la población rural migrante al llegar a la ciudad los obliga a formar conglomerados humanos asentados en la periferia, llamados "ciudades perdidas" o "cinturones de miseria". Las viviendas en las que habitan están provisionalmente construidas con materiales de desecho, piso de tierra y falta de drenaje, con distribución y caracte-

CUADRO NUMERO 1

ESTIMACION DE POBLACION MARGINADA EN GRANDES URBES Estados Unidos Mexicanos 1980			
Centros Metropolitanos	Población	Población Marginada	% de Población Marginal en cada Estado
Ciudad de México	16 341 000	5 556 000	34
Guadalajara	2 085 000	709 000	34
Monterrey	1 922 000	653 000	34
Puebla	876 000	368 000	42
Ciudad Juárez	747 000	314 000	42
Tijuana	607 000	255 000	42
León	592 000	249 000	42
Torreón, Gómez Palacio y Lerdo	544 000	228 000	42
Tampico y C.D. Madero	459 000	193 000	42
Mexicali	452 000	190 000	42
Chihuahua	404 000	170 000	42
Acapulco	379 000	159 000	42
San Luis Potosí	348 000	146 000	42
Veracruz	347 000	146 000	42
T o t a l	26 103 000	9 336 000	36

Fuente: Comisión constructora e Ingeniería Sanitaria, S.S.A. 1980. Tomado del Programa de atención a población marginada en grandes urbes. S.S.A. pág. 8

terísticas sanitarias inadecuadas que juegan un papel muy importante en la transmisión de enfermedades infecciosas y parasitarias (la causa más importante de mortalidad en México). Situadas en áreas carentes de los más elementales servicios urbanos, tales como drenaje, luz, agua, teléfono, recolección de basura, pavimentación, servicios sanitarios y alumbrado público.

Para poder subsistir en tales circunstancias han establecido nexos sociales que los cohesionan fuertemente para poder enfrentar las exigencias urbanas, sin que éstas logren expulsarlos o disolverlos, sino que los mantiene al margen de los servicios que proporciona la ciudad.

Por su baja preparación la producción industrial moderna los margina desde el punto de vista que exige toda una serie de calificaciones y conocimientos que provocan, que sólo un determinado sector trabajador pueda conseguir empleo en ella, obligándolos a concentrar sus actividades en el sector terciario o en empleos u ocupaciones desvalorizados, con percepciones que están por debajo del salario mínimo. Esta situación los mantiene circunscritos a determinadas formas de supervivencia, las cuales les dan características específicas de actuación dentro de la interacción social así como una identidad propia, una cultura y un mundo diferente.

### Situación Económica

La carencia de una capacitación mínima los obliga a desempeñar actividades denominadas marginales, las que se encuentran en aquellos sectores de la actividad económica en donde se opera con bajos niveles de productividad y tecnificación y se acompañan de una falta de incorporación a las instituciones que rigen, controlan y protegen a los trabajadores, "se caracterizan por generar bajos niveles de ingresos, por no estar basados en contratos de trabajo y por no dar acceso a servicios de seguridad social (tales como servicios médicos y hospitalarios, indemnizaciones por enfermedad, invalidez o despido; pensiones y jubilaciones por vejez; derecho a viviendas de bajo costo, reparto de utilidades, etc.)" <sup>34</sup>.

Muñoz, Oliveira y Stern han encontrado que una cuarta parte de la población adulta de la ciudad de México percibe salarios inferiores al mínimo legal, entre las ocupaciones que cuentan con ingresos por debajo del salario mínimo están: los vendedores ambulantes, obreros no calificados de la construcción, obreros no calificados de los servicios, agricultores, ganaderos y trabajadores del campo.

---

<sup>34</sup> Humberto García Muñoz. et. al. El perfil de México 1980. p. 342

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de la población marginal y de la población económicamente activa por grupos decenales, en la ciudad de México.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION MARGINAL  
Y DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA  
POR GRUPOS DECENALES, EN LA CIUDAD  
DE MEXICO  
(EN PORCIENTOS)<sup>35</sup>

GRUPOS DECENALES	POBLACION MARGINAL	POBLACION ECONO- MICAMENTE ACTIVA
21-30	41.6	42.8
31-40	28.8	28.1
41-50	17.4	18.0
51-60	12.2	11.1
TOTAL	100.0	100.0

En el cuadro se observa que no hay significativa diferencia en el porcentaje entre la población marginal y la económicamente activa (PEA), es decir podríamos concluir que existe por cada individuo económicamente activo, un marginado.

Para ilustrar en general el número de habitantes que se ocupan en algunas actividades marginales<sup>36</sup>, en la ciudad de México, analizaremos el siguiente cuadro en el que se presenta la distribución de la población ocupada y remunerada de 21 a 60 años de edad,

<sup>35</sup> Ibidem.

<sup>36</sup> Actividades marginales son todas aquéllas que tienen percepciones menores del sueldo mínimo.

por grupos ocupacionales marginales.

LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION OCUPADA Y REMUNERADA DE 21 A 60 AÑOS DE EDAD POR GRUPOS OCUPACIONALES MARGINALES<sup>37</sup>  
(EN PORCIENTOS)

GRUPOS OCUPACIONALES MARGINALES				
GRUPOS DE EDAD	VENDADORES AMBULANTES.	TRABAJADORES NO CALIFICADOS DE LOS SERVICIOS.	OBREROS NO CALIFICADOS DE LA PRODUCCION	OBREROS NO CALIFICADOS DE LA CONSTRUCCION.
21-30	24.7	49.4	49.7	50.4
31-40	31.2	27.9	26.9	32.5
41-50	28.1	18.0	14.8	11.9
51-60	16.0	13.7	8.6	5.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

La información muestra que los porcentajes más altos de población ocupada y remunerada se encuentran en el grupo de 21 a 30 años en las ocupaciones de trabajadores no calificados de los servicios, obreros no calificados de la producción y no calificados de la construcción, disminuyendo en el grupo de vendedores ambulantes. Esta clasificación, junto con la de obreros no calificados de la construcción, constituyen los porcentajes más altos de ocupación en el grupo de 31 a 40 años. La ocupación de vendedor ambulante cobra importancia en los grupos de 41 a 50 años,

<sup>37</sup> Ibíd., p. 343



pues en estas edades donde el porcentaje de ocupación es mayor, siguiéndole el de trabajadores no calificados de los servicios, obreros no calificados de la producción y no calificados de la construcción.

En la continua lucha por la obtención de ingresos económicos el marginado pasa de un empleo a otro sin salir de la marginalidad, sin establecerse de fijo en alguno, su escaso ingreso obliga a to dos los miembros de la familia a desarrollar alguna actividad, que les permita obtener entradas monetarias. En el cuadro siguiente se observa la composición por sexo de los grupos ocupacionales marginales, en la ciudad de México.

"COMPOSICION POR SEXO DE LOS GRUPOS  
OCUPACIONALES MARGINALES"  
(EN PORCIENTOS)

SEXO	VENDE DORES - AMBU- LANTES	TRABAJA DORES - NO CALI FICADOS DE LOS SERVS.	OB REROS NO CALI FICADOS DE LA PRODUC- CION.	OB REROS NO CALI FICADOS DE LA CONSTRUC CION.	TRABAJA DORES DEL CAM PO.	T O T A L
Hombres	59.8	28.2	78.3	100.00	94.2	49.3
Mujeres.	40.2	71.8	21.7	-- --	5.8	50.1
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

En este cuadro puede observarse que la población ocupacionalmente marginal está compuesta en diferentes proporciones de hombres y

mujeres de acuerdo a ocupación que desempeñen<sup>38</sup>. Se concentra un porcentaje significativo de hombres en ocupaciones como obreros no calificados de la construcción; en las mujeres la concentración de actividades se localiza en los servicios no calificados. La segunda ocupación más importante para los hombres es el campo, y para las mujeres la de vendedor ambulante. Le sigue en orden de importancia para los hombres esta última y para las mujeres la de obreros no calificados de la producción.

Por una parte, aún cuando vemos que dentro de la marginalidad hombres y mujeres se ocupan en diversas actividades, el salario que percibe uno y otro es diferente en cantidad, siendo el femenino más reducido, apreciándose esta diferencia en el cuadro siguiente:

DISTRIBUCION DE LA POBLACION OCUPADA DE 21 A 60 AÑOS  
DE EDAD POR GRUPOS OCUPACIONALES MARGINALES.  
NIVEL DE INGRESO Y SEXO<sup>39</sup>

Grupos ocupacionales Marginales	% Que gana menos - del salario mínimo		Ingreso Mensual Promedio	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Vendedores ambulantes	50.8	79.9	\$ 1,251	\$ 907
Trabajadores no cali- ficados de los servs.	41.2	92.3	1,012	446
Obreros no califica- dos de la producción.	28.1	61.1	1,019	881
Obreros no califica- dos de la construccion.	65.0	- -	810	-

<sup>38</sup> idem

<sup>39</sup> ibidem. pág. 345

En este cuadro es significativo el renglón de los trabajadores no calificados de los servicios, pues muestra que el 92.3% de las mujeres obtiene ingresos inferiores al de los hombres, en donde el ingreso promedio no representa ni el 50% respecto del de ellos.

En la marginalidad los niños también son factor importante de obtención de ingresos adicionales, desempeñando actividades de toda índole sin que tengan prestaciones sociales y perciban salarios que no compensan la explotación de que son objeto.

Debido a la precaria economía familiar se ven obligados a abandonar la escuela a los 13 o 15 años para buscar algún trabajo o actividad. En caso de que asistan a la escuela en sus ratos libres se dedican a toda clase de pequeños servicios como bolear zapatos, vender chicles, cuidar animales, etc. Estos niños difícilmente podrán continuar estudios superiores a la primaria.

Por otra parte "... los marginados utilizan modalidades económicas diferentes para subsistir y para sobrevivir. La subsistencia se basa en un intercambio precario de mano de obra contra dinero<sup>40</sup>. Sus mecanismos de supervivencia comportan la totalidad de su sistema de relaciones económicas y sociales. Debido a lo inestable de la situación laboral, el aspecto de seguridad económica reviste una importancia desusada. Para el marginado es un asunto de vida o muerte. 41

<sup>40</sup> Larissa Lomnitz, op. cit. pág. 11

<sup>41</sup> Idem.

Ellos mismos reproducen su propio ambiente que les permite protegerse de las hostilidades del medio urbano, ya que les garantiza su subsistencia por largas temporadas de inactividad laboral, pudiéndolo lograr a través de un intercambio activo de bienes y servicios, lo cual es muestra de una solidaridad social necesaria para subsistir. El intercambio se basa en la ayuda simultánea de vecinos y parientes.

#### La Familia Marginal

La población marginal está compuesta por familias extensas, formadas por los padres, los hijos solteros y uno o varios casados con sus respectivas esposas e hijos, viviendo bajo el mismo techo; también forman parte de la familia parientes cercanos. Los marginales siempre viven organizados de esta forma; el vivir en pareja es un lujo que no se pueden dar. Su salida del hogar es transitoria, las presiones económicas son las primeras que inciden para decidir su retorno al hogar. Sus relaciones de intercambio de servicios y bienes son reforzadas por nexos sociales como el compadrazgo. Este tipo de familia consta de ocho y más miembros.

Dentro de las actividades familiares cada miembro se aboca a desarrollar tareas que beneficien al grupo y no únicamente a una parte de éste, es decir, las mujeres cuidan a los niños de toda la familia y no sólo a sus hijos; si existe gasto general la comida se

elabora para todos, dando prioridad a las personas que aportan los ingresos económicos más fuertes. La ropa tanto de los pequeños como de los adultos se intercambia, presta o regala según las necesidades. El calzado se encuentra muchas veces ausente de su indumentaria.

### Vivienda

Las viviendas que construyen en terrenos baldíos propiedad del Estado, de los municipios o de particulares, los que se localizan en la periferia de las ciudades o en zonas de difícil acceso que la ciudad por su crecimiento ha ido dejando de lado. Al invadir una zona determinada el terreno se divide en lotes de diversos tamaños y cada familia identifica su lote utilizando toda clase de materiales.

En el estudio de comunidad dirigido a proporcionar datos de las condiciones en las que habitan los marginados en la ciudad de México, para el Programa de Atención a la Salud a Población marginada de la SSA, con el fin de establecer un diagnóstico de los condicionantes físicos que influyen en su estado de salud. Se obtuvieron datos a través de los cuales es observable, como el ambiente físico es uno de entre otros elementos que influyen en la forma de enfermar de esta población.

Las paredes son de adobe, madera, cartón, en los techos se ocupan materiales como lámina de cartón, los pisos son en general de cemento o tierra.

El cuadro siguiente muestra el material utilizado en la construcción de las viviendas y el porcentaje de población que dispone de ellos.

MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS  
POBLACION TOTAL Y POBLACION MARGINAL D.F.

MATERIAL EN LOS PISOS	P O B L A C I O N	
	T O T A L %	M A R G I N A D A %
CEMENTO Y OTROS	97	87
T I E R R A	3	13
T O T A L	100	100

FUENTE: Encuesta "Estudio de la Comunidad". Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal. SSA. X Censo de Población 1980. D.G.E. S.P.P.

La mayoría de las viviendas cuentan con un sólo cuarto si las hay con más habitaciones es en función del número de familias que habitan en ellas, es decir, cuando una vivienda aloja más de una familia se amplía o divide. Por lo general la dimensión de los cuartos en que habitan varía entre 3 y 4 metros, medidas que no son

las adecuadas para la densidad de sus habitantes pues existe un promedio de 5 a 6 personas en cada cuarto.

El censo Nacional de 1980 indica que un 20% de la población del Distrito Federal (1 731 645 personas) habitaban en viviendas de un solo cuarto<sup>42</sup>. Su característica principal es el de ser provisionales sus materiales de construcción son transportables y vueltos a utilizar. En los lugares de asentamiento no existen servicios públicos, si algunas zonas marginadas logran tener alguno de estos servicios la población que se beneficia es mínima respecto al total.

En el estudio de comunidad mencionado se muestra el número de ocupantes por vivienda y el porcentaje que representan de la población así como el correspondiente a la población marginada.

El disponer del servicio de drenaje, para el marginado es difícil, dada la irregularidad de sus asentamientos así lo revela el cuadro de la siguiente página.

El cuadro que presenta el número de habitantes por vivienda, población total y marginada en el Distrito Federal (pág. 62) muestra que el más alto porcentaje de ocupación por vivienda es observado en el renglón número 2 de la primera columna, con un número de ocupantes de 4 a 6; tanto como para la población total como para la marginal, siguiéndole en segundo lugar el de 9 y más ocupantes.

---

<sup>42</sup> X Censo de Población y vivienda 1980. pág. 380

DISPONIBILIDAD DE DRENAJE  
POBLACION TOTAL Y MARGINADA D.F.

DRENAJE	P O B L A C I O N	
	T O T A L %	MARGINADA %
Tiene	85	15
No tiene	15	85
T o t a l	100	100

FUENTE: Encuesta "Estudio de la Comunidad. Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal. S.S.A. y X Censo de Población 1980 DGE. SPP.

NUMERO DE HABITANTES POR VIVIENDA,  
POBLACION TOTAL Y MARGINADA EN EL DISTRICTO FEDERAL

NUMERO DE OCUPANTES	P O B L A C I O N	
	T O T A L %	MARGINALIDAD %
1 a 3	15	10
4 a 6	41	39
7 a 8	20	21
9 y más	24	30
T o t a l	100	100

FUENTE: Encuesta "Estudio de la Comunidad", Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal. S.S.A. X Censo de Población 1980, DGE. SPP.



En relación a la disponibilidad de agua entubada el estudio presenta los siguientes datos.

DISPONIBILIDAD DE AGUA ENTUBADA  
POBLACION TOTAL Y MARGINADA D. F.

DISPONIBILIDAD DE AGUA		T O T A L %	MARGINADA %
DISPONEN DE AGUA	DENTRO DE LA VIVIENDA	70	83
	DENTRO DEL EDIFICIO	18	35
	HIDRANTE	5	24
NO DISPONEN DE AGUA		7	18
T O T A L		100	100

FUENTE: Encuesta "Estudio de la Comunidad". Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal S.S.A. y X Censo de Población y vivienda 1980 DGE, SPP.

Las condiciones de la vivienda en donde los materiales de construcción no garantizan un albergue lo suficientemente sólido para enfrentar los cambios de los fenómenos ambientales, relacionados con las enfermedades respiratorias, en el caso de los pisos de tierra y la poca disponibilidad de drenaje, el hacinamiento, la falta de agua, aunada a hábitos higiénicos poco observados, crea

una situación propicia para la propagación de enfermedades parasitarias e infecto-contagiosas entre otras, que como más adelante se mencionan son los padecimientos característicos de los marginados.

Dentro de la vivienda marginada existen algunos aparatos eléctricos como radio, televisión y plancha, los que hacen funcionar "robándose" en algunos casos la energía eléctrica del exterior, por carecer de instalación legal. La gente convive con animales domésticos, (perros, gatos, pájaros, gallinas y cerdos). Su economía doméstica se caracteriza por el uso de ollas y vajillas de barro bancos de madera, vestimenta rural, sombrero, rebozo, huachos. Conservan las formas de vida rural.

### Educación

Se estima que "entre 1.5 y 2 millones de niños no llegan a la escuela y el 35% de quienes ingresan no alcanza el cuarto grado de la primaria. Son los niños de economía campesina pauperizada, dispersa. En mayor grado son los niños de las zonas urbanas de miseria. Proviene de familias que el sistema económico ha convertido en población excedente y en un creciente ejército laboral de reserva y no tiene más perspectivas que reintegrarse a su condición marginal"<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Pablo González Casanova, et. al., México Hoy. p. 233

La situación actual del acceso a la escuela y su vinculación en el mercado del empleo ilustran el funcionamiento de los mecanismos de reproducción de clase; "... 57 de cada cien niños llegan a la segunda parte de la primaria y 46 la terminan. Ahí se interrumpen sus estudios. Proviene del proletariado de la manufactura tradicional, de un subproletariado de empleo inestable o de autoempleo en servicio... La elevación artificial de los requisitos escolares del empleo sólo les permitirá ocupar niveles más bajos del trabajo asalariado o posiciones poco estables del sector informal"<sup>44</sup>.

Los jóvenes abandonan los estudios a los 13 ó 15 años de edad, como se mencionó anteriormente, a fin de buscar un empleo, la necesidad de obtener un ingreso por bajo que éste sea los obliga a trabajar a corta edad, sus reducidas posibilidades de encontrarlo los conduce a desarrollar actividades como vender chicles o cualquier clase de objetos baratos, lavar coches, bolear zapatos y otras. De no dedicarse a estas actividades marginales la desocupación los conduce a formar parte de pandillas dedicadas a desarrollar actividades antisociales.

---

<sup>44</sup> Ibíd.

### 3. La Planificación de la Salud.

Dentro de los planes de desarrollo en el aspecto social se abordan los planes de salud comprendidos como el "Proceso en que se definen los problemas de salud de una comunidad para identificar las necesidades y demandas de salud, se buscan los recursos esenciales para mejorar esos problemas estableciendo las metas y llevando a cabo las acciones administrativas y profilácticas para lograr los objetivos"<sup>45</sup>.

La meta de la planificación es formular propuestas a las autoridades políticas competentes sobre los objetivos de orden sanitario y los medios para alcanzarlos.

De conformidad con la carta de Punta del Este, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>46</sup> se comprometió en 1961, a colaborar con los países de América Latina en la preparación de planes nacionales de desarrollo relacionados con los problemas de salud. De acuerdo a lo anterior en 1962 se proyectan los planes decenales de salud para los períodos 1962-1971 y 1972-1980.

---

<sup>45</sup>Glosario de Términos Generales de Salud. p. 54

<sup>46</sup>La Organización Panamericana de la Salud, hace las veces de Comité Regional y de Oficina Regional de la OMS para las Américas.

La política en esta área y su desarrollo se enmarcan dentro de los lineamientos y la metodología proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo encargado de formularlos y observar su cumplimiento, de acuerdo a las adecuaciones que los países miembros (entre ellos el nuestro) establezcan según sus necesidades y recursos.

Las formulaciones y líneas metodológicas están basados en la conceptualización que la propia organización elabora, en donde la salud es definida como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad"<sup>47</sup>. A esta definición se le ha objetado su falta de realismo, accesibilidad, etc., pero a pesar de esto, el concepto se utilizó en la elaboración de los primeros programas, no sin dejar de enfrentar las dificultades que implica manejar una concepción tan amplia y en la que es difícil delimitar lo que es el completo bienestar cuando no se tienen los indicadores para medirlo.

Para el primer plan, la OPS y el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, establecen una metodología para la planificación sanitaria nacional.

El método esta basado en el criterio de eficacia comprendido como

<sup>47</sup>OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. p. 12

la utilización adecuada de un recurso a fin de que el beneficio que se obtiene con su uso sea superior al que se obtendría con el mismo recurso empleado en cualquier otro uso<sup>48</sup>. Los países más interesados en desarrollar dicho método fueron: Venezuela, Colombia, Chile y Argentina.

Con este criterio establecido, se desarrollaron las acciones para evaluar los cinco puntos principales que abordan el plan:

- El estado de salud de población
- Las condiciones del medio ambiente directamente asociadas con el nivel de salud.
- Los recursos del personal y establecimientos
- Las actividades de los servicios nacionales y locales de salud y
- La utilización de asistencia técnica internacional<sup>49</sup>

Varios fueron los obstáculos a los que se enfrentó la ejecución del plan entre ellos podemos mencionar la escasez de datos para alimentarlo, pues no existía un sistema de información acorde a sus necesidades, por lo que se intentó modificarlo. Los resultados fueron diversos; en algunos países se produjo un evidente pro

<sup>48</sup> Hernán Hilleboe E. et. al. Método de Planificación Sanitaria Nacional p. 50.

<sup>49</sup> OPS, Metas de Salud en la Carta de Punta del Este. p. 1

greso, en otros se pudo observar una rigidización del sistema para servir sólo a las exigencias del método.

Tuvo que pasar algún tiempo para que la concepción del sistema de información se manifestara como una área de desarrollo imprescindible por la planificación y programación.

Por último, los problemas más importantes a los que se enfrentó fueron los de orden político expresados como factores de restricción para el desarrollo del proceso de planificación. Como en el caso de la planificación general del desarrollo, se observó que la planificación de la salud no producía desarrollo y los resultados que se habían esperado. En casi todos los países la evolución de los procesos de planificación no habían logrado alcanzar la tasa de crecimiento o seguir el curso correspondiente a los propósitos y objetivos establecidos por los gobiernos de Punta del Este y en la I Reunión de Ministerios de Salud de las Américas. Muchos países ni siquiera habían preparado planes y muchos de los que los habían preparado no los habían aplicado. En ningún caso había sido posible abarcar todo el Sector Salud organizado y en general, ni siquiera incorporar al proceso a las instituciones públicas más importantes del país respectivo.

No todos los países mostraban las mismas características y disposición, así la dinámica de la planificación fue diferente de acuerdo

do al interés que por el tema tuvieron los gobiernos.

Otro obstáculo que se presentó fue el relativo a la estructura administrativa de los servicios de salud, la cual era inadecuada para el proceso de planificación. "La actividad de planificación no comprendía la estructura administrativa, lo cual convertía a dicha actividad tan sólo en un método para obtener beneficios marginales con el ordenamiento de acciones técnicas; a las cuales el método OPS/CEDES se orientaba primordialmente"<sup>50</sup>.

En 1970 aparecieron nuevos métodos y técnicas, tales como análisis de sistemas, los diagnósticos institucionales y sectoriales, la definición de políticas, que introducidos en el método OPS/CENDES lo modificaron en tal forma que en 1970, dejó de usarse.

Los planes de salud llegaron a culminar sólo en aquéllos países en donde se formularon planes nacionales de salud, pero sólo se tomaron como referencias para ordenar ideas y acciones. Nunca se implementaron en los términos en que se expresaban. Las evaluaciones efectuadas fueron más acciones formales que de control de los programas.

El constante crecimiento de los cinturones de miseria en las ciudades, la dispersión de los servicios de salud en las áreas rura-

---

<sup>50</sup>OPS, Enfoques actuales acerca del proceso de planificación de salud, p. 9



les del continente, determinó que los gobiernos de la región se comprometieran a extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población del mismo bajo la estrategia de ofrecer servicios mínimos de salud conectados a niveles de mayor complejidad, dentro del contexto de los sistemas nacionales de salud respectivos.

Para acordar tanto los objetivos como las metas que debían plantearse en la prestación de los servicios, se establece el 2° Plan Decenal de Salud.

En 1972 en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, se estudió y aprobó el plan en el que se presentó un esquema continental. Se enumeraron acciones y metas a lograr en el decenio, se enfatizó la necesidad de la formulación de una política nacional de salud y se tomó en cuenta la importancia de los aspectos de infraestructura, organización y administración del sector y la participación activa de la comunidad. Este último punto adquiere en el plan especial importancia pues al intervenir la comunidad organizadamente, de ésta se consiguen los elementos humanos instruidos por el personal de salud con el fin de apoyar las acciones en este campo. Esto proporciona al Estado una forma económica de resolver algunos problemas como el alcantarillado, agua potable, pavimentación, etc.

Por otra parte, el plan estableció como estrategia prioritaria la extensión de los servicios de salud a poblaciones rurales y urbanas no atendidas o subatendidas, mediante la reorganización y expansión de los sistemas de servicios de salud, la que aborda cinco áreas, tales como:

- Atención materno-infantil activa y programada.
- Atención a los enfermos en un nivel primario y su referencia sistemática.
- Reducción de la desnutrición proteico-calórica.
- Saneamiento básico del medio ambiente<sup>51</sup>.

Propone la cobertura con los servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles de menos de 2 000 habitantes y proveer de servicios básicos especializados a la población a través del sistema regularizado de salud, en donde la participación del sistema se considera coordinada y sectorizada, conectada con el sector educación, a fin de que proporcione los recursos médicos y de apoyo para las acciones, pues el plan considera que los centros de salud pueden operar con equipos de salud donde se incluyan pasantes de servicio social.

Por último, observa la importancia de la coordinación con otros

---

<sup>51</sup>OMS, Plan Decenal de Salud.

sectores estatales y se enfatiza la importancia de la atención médica de primer nivel con canalización a la medicina especializada.

En 1978 se celebró en Alma Ata, Rusia, la Conferencia Internacional sobre la atención primaria a la salud organizada por la OMS, y por la junta ejecutiva del fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En ella se formularon los lineamientos generales para la atención primaria a la salud y se enfatizó la participación de la población en el cuidado de la misma.

La Conferencia emitió 22 recomendaciones, entre las que se dan las bases para alcanzar las metas de "Salud para todos en el año 2000" dentro de las cuales las más importantes se resumen en las siguientes actividades:

- Promoción de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia materno-infantil incluida la planificación de la familia.
- Inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.

- Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismo comunes, y
- Suministro de medicamentos esenciales<sup>52</sup>.

Con esto el Estado busca proporcionar una medicina barata que se enfoca a la prevención y en la que se pretende participe la comunidad. Resuelve parte de sus problemas financieros, ya que sigue invirtiendo la misma proporción del producto interno bruto, en el sector salud y obtiene mayores resultados. También mediante la medicina comunitaria se proporciona atención médica a la población no productiva y al ejército industrial de reserva.

En México los planes de salud han llevado una trayectoria muy irregular. Las metas establecidas para el primer Plan Decenal (1960-1970) no se alcanzaron no solo por las deficiencias técnicas de su elaboración sino fundamentalmente por la carencia de una base firme que sustente su implantación, ante lo errático de la política estatal en todos sus aspectos y la nula viabilidad de esos proyectos dada la situación de crisis financiera por la que atraviesa el país<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> OMS-UNICEF. Informe final de la conferencia internacional sobre la atención primaria de salud. p. 11

<sup>53</sup> Federico Ortiz Quesada, op. cit. p. 54

La meta de aumentar cinco años a la esperanza de vida al nacer, que en 1960 era de 58.9 años en 1970 fue de 61.4<sup>54</sup>. La reducción de la mortalidad de los menores de cinco años de edad a la mitad de las tasas vigentes tampoco se cumplió, el promedio anual en 1960-1962 del país era de 13.8 defunciones de niños menores de cuatro años por 1000 nacidos vivos. En 1974 la tasa seguía siendo la misma<sup>55</sup>. La erradicación del paludismo, viruela y el control de enfermedades entéricas así como la tuberculosis continuaron afectando al territorio. En 1973, treinta estados presentaban ca sos de paludismo. Las enfermedades entéricas alcanzaron una tasa de 629.7 por 1000 habitantes en menores de cinco años en el período 1970 a 1972<sup>56</sup>. Estas enfermedades como sabemos son causadas por carencia de agua potable, alcantarillado, pavimentación, higiene en el manejo de los alimentos y otras; aún en el presente ocupan los primeros lugares como causa de muerte. La tuberculosis en 1974 presentaba una tasa de mortalidad de 15.2 por 1000 habitantes. La meta de suministrar agua potable y servicios de alcantarillado por lo menos al 70% de la población urbana y el 50% de la población rural fue la única que obtuvo avances. En 1973 el 70% de la urbana y el 37% de la rural contaba con agua potable. En el

---

<sup>54</sup> Kumate, op. cit. p. 53

<sup>55</sup> Idem

<sup>56</sup> Idem. 206

mismo año tenía alcantarillado el 48% de la población urbana y aproximadamente 10% de la rural<sup>57</sup>.

Otra de las metas propuestas fue el mejoramiento de la alimentación y la nutrición de los grupos más vulnerables de la población aumentando la ingestión de proteínas de origen vegetal o animal. En 1940 el país disponía de 2000 calorías y 55 grs. de proteínas per cápita, hacia 1969 se alcanzó 2900 calorías y 70 grs. de proteínas (22.7 grs. de origen animal per cápita)<sup>58</sup>.

Lo anterior son datos que muestran promedios; sin embargo cuando se realizan investigaciones considerando las distintas zonas y grupos sociales, se observa que en las clases trabajadoras y grupos marginales la desnutrición y la falta de servicios públicos así como la presencia de enfermedades infecciosas se presenta con mayor frecuencia.

Por ejemplo las cifras muestran una elevación de calorías y proteínas que podrían ser alentadoras, sino fuera por la desigual distribución de las mismas, ya que su ingestión por habitantes depende de la accesibilidad económica de la población. En varios estudios hechos al respecto se ha demostrado que el salario mínimo es insuficiente para obtener los elementos indispensables para

---

<sup>57</sup> Idem p. 214

<sup>58</sup> Idem. p. 117

una nutrición adecuada.

Por último, la meta sobre la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales que integran las funciones de prevención y curación, con el objeto de mejorar los servicios de asistencia médica orientados a atender a un mayor número de enfermos (a través del perfeccionamiento, la organización, administración y defensa de la salud), tampoco obtuvo resultados esperados. La actuación de las instituciones que prestan servicios de salud en el país ha sido hasta hoy sin coordinación alguna y por lo mismo, no pueden planear adecuadamente la organización y administración de los servicios, esta situación les impide brindar una atención capaz de mejorar y resolver los problemas de salud que enfrentan la mayoría de la población.

Para el segundo plan en donde se establece la extensión de cobertura de los servicios a poblaciones menores de 2000 hab., con la participación activa de la comunidad, se formuló el Plan Nacional de Salud. Para esto se solicitó la participación de todos los organismos oficiales dedicados a la atención médica y a la seguridad social, a las academias y sociedades médicas, universidades, a las representaciones de los sectores sociales, a los gobiernos de las entidades federativas. En dicho Plan se pretendió una política de salud en la que se incluye al municipio como unidad político-administrativa y jurídica del país a fin de orien-

tar las acciones en este campo.

En este Plan se contemplaron los siguientes puntos:

- a) Ampliar la cobertura así como la eficiencia de la atención médica aprovechando la capacidad instalada.
- b) Planificar la construcción de clínicas y hospitales de acuerdo a la densidad de la población, así como las vías de comunicación.
- c) Cambiar las condiciones del ambiente desfavorables.
- d) Incorporar a la población a los programas de salud para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos, y
- e) Aumentar la esperanza de vida.

El Plan Nacional de Salud incluyó todos los campos que conforman las disciplinas de la salud y del medio ambiente; pero no determinó las estructuras orgánico-funcionales integrales necesarias para su adecuado desarrollo, y sobre todo no incluyó los instrumentos legales, administrativos y financieros necesarios para otorgarle viabilidad práctica.

Ante esta situación los servicios y programas asistenciales tuvieron un escaso crecimiento en la infraestructura de servicios preventivos.



En Mexico en 1974 a raíz del "Plan Mundial de Población" emitido por la Organización de Naciones Unidas (ONU), se formuló la Ley General de Población que sentó las bases jurídicas para la aprobación del Plan Nacional de Planificación Familiar en 1977. El Plan compuesto por cinco objetivos generales y ocho estrategias básicas, además de un programa rural, uno urbano y tres de apoyo, educación, investigación biomédica y social, fue implantado con carácter prioritario. A partir de su inicio recibió un gran apoyo financiero. Este hecho corrobora por una parte la sumisión del Estado a las políticas formuladas por organismos internacionales de salud y por otra parte, la incapacidad de proponer un proyecto propio acorde con las necesidades de su población.

El Plan Mundial de Población nace como una forma más de perpetuar la hegemonía del sistema capitalista, en el sentido de que los países interesados en el control natal, en este caso Estados Unidos (E.U.) busca prever el peligro que implica el crecimiento de la población y la "reorientación" en la distribución de la riqueza que implicaría la explosión demográfica y la demanda en la cobertura de sus necesidades.

El compromiso para el Estado es tan fuerte que le obliga a emprender inmediatamente una campaña de concientización de la población al respecto; para ello no se escatiman recursos y la promoción y divulgación se establecen a nivel nacional a través de mensajes

por radio, televisión e impresos.

Todas las instituciones que forman el sistema de salud del país (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad, etc.), implantan servicios de planificación familiar sin que haya existido un estudio de las necesidades socio-demográficas que orientara dichas acciones.

Este plan ha sido el único que ha tenido vigencia, continuidad, apoyo y ha sido controlado exhaustivamente, no sólo por su carácter coercitivo, sino debido a que obedece además a compromisos económicos internacionales. De los resultados que del plan se obtengan depende también la negociación que a nivel macroeconómico pueda establecer el país, pues es condición del Fondo Monetario Internacional (FMI) que México reduzca su tasa de crecimiento demográfico para otorgarle los préstamos que equilibran su economía.

En 1979 se establece el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) a través del cual se pretendió llevar servicios de atención a la salud en comunidades de 500 a 2 499 habitantes mediante una auxiliar de la comunidad, previamente adiestrada para el manejo de un botiquín, vacunación y promoción de la salud.

La asistencia médica en el mismo se efectuó a través de las visi

tas de un médico pasante adscrito al Centro de Salud correspondiente, quien hace la derivación de enfermos a un hospital de 30 camas o más, como parte central del sistema.

El programa presentó fallas económicas y técnicas, pues los recursos nunca se entregaron en forma integral de acuerdo a lo planeado y los sistemas logísticos no funcionaron, tampoco se instrumentaron manuales de procedimientos y mecanismos de supervisión que corrigieran las omisiones y desviaciones del programa.

Simultáneamente al PEC se desarrolló el Programa Comunitario Rural (PCR), basado en las proposiciones del Plan Nacional de Planificación Familiar. En él se adiestran auxiliares de la comunidad en el área de planificación familiar, dirigida por una enfermera.

Ambos programas fueron independientes; la coordinación que se debió establecer entre ellos jamás se dio, lo único que se obtuvo fue una multiplicación de esfuerzos y de recursos dispersos. La SSA dispuso la unificación del PEC y el PCR en el Programa de Salud Rural (PSR), sin lograr la coordinación deseada.

En base a las políticas de salud establecidas en el Plan Global de Desarrollo se formulan los programas denominados de solidaridad social y de atención a la salud a población marginada. El pri

mero bajo la responsabilidad del IMSS y el segundo de la SSA.

La Ley del Seguro Social de 1973 en su título cuarto, artículo 232 referente a los servicios de solidaridad social comprende prestaciones de asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria en las unidades que establecerá, organizará y operará el Instituto, los cuales serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estadio de desarrollo del país constituyen polos de marginación rural, suburbana y urbana y que el Poder Ejecutivo determine como sujetos de solidaridad social.

El financiamiento del Programa será dado por la Federación con una aportación del 60%, el IMSS con un 40% y por los propios beneficiados, estos últimos contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales en beneficio de las comunidades en que habiten, correspondientes a 10 jornadas de trabajo por jefe de familia al año.

En 1974, se inicia el programa de solidaridad en la zona ixtlera en la misma área en que operaban los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. Señala como sujetos de solidaridad social al jefe de familia y a sus dependientes.

Para la operación del programa en esta zona construyeron 7 clíni

cas hospital de campo. El programa se incrementó en 1976 a las zonas de temporal con predominio de cultivo de maíz y frijol. Se construyeron 310 consultorios rurales conocidos como IMSS-CONASUPO, por ser este organismo quien mediante un convenio construyó dichas unidades en sus centros de recreación; además se edificaron 20 clínicas-hospital.

El IMSS y la Comisión Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) firmaron un convenio para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, el 25 de mayo de 1979. En este convenio se acordó que los costos de inversión y de operación serán cubiertos por el gobierno federal. Le correspondió a COPLAMAR la gestión para la obtención de los recursos necesarios y al IMSS la administración y contabilidad de los fondos que le sean entregados. Además se comprometió a proporcionar en las unidades médicas rurales los servicios siguientes:

- Atención continua e integrada de promoción, protección y recuperación de la salud, a través de la consulta externa general. Asistencia Farmacéutica, Atención Materno-Infantil, Educación para la Salud, Orientación Nutricional, Promoción del Saneamiento, Inmunizaciones y Control de Enfermedades Transmisibles; en las clínicas-hospital de campo, además se proporciona Atención Odontológica; Consulta Externa y Hospi

talización en las divisiones básicas de la medicina: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna o sea otorgan las atenciones correspondientes al segundo nivel de atención médica.

Para la ubicación de las instalaciones de Unidades Médicas Rurales se tomó un rango de población que varía entre 500 a 2 500 habitantes.

La SSA desarrolló el programa de extensión de cobertura al medio urbano con el nombre de "Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes", en el cual se tomaron en cuenta las experiencias existentes y las técnicas modernas de planeación y organización de servicios de salud.

El programa incluye servicios de atención a las personas, educación para la salud, control de enfermedades, promoción del medio ambiente, planificación familiar, y alimentación complementaria entre otras actividades. Las que son proporcionadas por un equipo de atención primaria de la salud.

En el capítulo cuarto se abordan ampliamente, los aspectos programáticos, las acciones establecidas y los resultados obtenidos por este programa.

El desarrollo de la planeación de la salud en México hasta este

momento, advierte la falta de continuidad y de dirección de las acciones. Al parecer todo indica que la carencia de orientación se encuentra referida a la esfera política en un primer lugar y en segundo a la falta de un diagnóstico serio de la situación de salud de la población.

Respecto a la situación política hemos visto que todos los intentos de planeación se dan en base a las directrices establecidas en el exterior. El gobierno los toma como punto de partida para conducir las políticas de salud internas, las que al carecer de un diagnóstico realista, tanto de la situación que guardan los servicios de salud respecto a la población, como de las causas y condiciones de los padecimientos que afectan a esta última, les impide mejorar la situación y poder integrar una política propia acorde a las necesidades de salud y a los recursos con los que cuentan las instituciones para preservarla.

Los planes de salud aún con todas sus deficiencias son uno de entre otros instrumentos, a través de los cuales el Estado actúa, se legitima y controla políticamente parte del desarrollo de la vida social.

El papel del Estado en la orientación de los programas de Salud.

El estado ha tomado para sí la función de organizar y coordinar

el desarrollo de la vida social, lo cual le ha valido para situarse en cierto momento por encima de las clases y establecerse como un instrumento de dominación lo que le permite ser director moral e intelectual de la sociedad, al tratar de representar los intereses de los diversos grupos sociales.

Esta función la puede ejercer siempre y cuando no rebase los límites permitidos por las clases dominantes y los grupos hegemónicos; límites que son determinados por sus intereses de clase y que orientan su actuación.

En México el carácter mixto del Estado le permite tener injerencia directa en las actividades económicas y por lo tanto en la producción de bienes y servicios bajo su responsabilidad. Esto hace que amplíe su capacidad de conducir la vida social de acuerdo a sus intereses es decir, al jugar el papel de empresario tiene la obligación de defender los intereses del capital. Al asumir el de director de la sociedad debe establecer estrategias de actuación, con las cuales pueda obtener el consenso social y legitimarse, para conducir a la sociedad a apoyar los intereses que el mismo reviste y con ello garantizar la reproducción del sistema.

Para poder ejercer esta doble función ha tenido que asumir una serie de responsabilidades que se traducen en concesiones y políti-



cas sociales, a fin de poder controlar a la sociedad civil.

"... la dominación sobre la sociedad civil se sostiene por la explotación directa en el proceso productivo. En este sentido, las funciones estatales tienden a fortalecer y favorecer la reproducción ampliada y su concentración, así como establecer las vías legales y jurídicas de normatividad sobre las relaciones sólidas de producción, lo que asegura la regulación del proceso económico en su conjunto. La existencia de modos precapitalistas de producción se someten a las nuevas relaciones de explotación y dominación capitalista, con todo el peso del capitalismo central, dependiente, monopólico y subdesarrollado. Este proceso genera una serie de contradicciones económicas y político-ideológicas, acentuando el carácter de explotación sobre las clases dominadas, las que establecen nuevas formas de organización social en la lucha de clases. El Estado responde con mayores mecanismos de control y mediatización a través de políticas coersitivas y en juego con reivindicaciones sociales, además de ampliar su dominio burocrático"<sup>59</sup>.

Entre las reivindicaciones sociales que ha establecido como mecanismos de control a nivel real como ideológico encontramos la pres

---

<sup>59</sup>

L.L. Regina Nava Uribe. El Estado Mexicano frente a la enfermedad. p. 47

tación de servicios de salud. Con ella el Estado pretende por un lado, mantener la fuerza de trabajo en las condiciones mínimas de salud con las que pueda seguir laborando y por otra, como forma de manipulación de la conciencia, pues el trabajador siente que al proporcionarle servicios médicos para él y su familia, su salud quedará asegurada sin tomar en cuenta las variables que inciden para mantenerla, pues no es sólo brindando servicios médicos que se puede conservar la salud, sino también un mejor nivel de vida.

"La creciente participación estatal en atención a la reproducción de la fuerza de trabajo significa simultáneamente el fortalecimiento de aparatos, la adquisición de legitimización a través de la implementación de mecanismos de control sobre la población y la mayor mediatización de la lucha"<sup>60</sup>. Estos los ha encontrado en la formulación de políticas populistas que son paliativos para evitar manifestaciones de descontento que pongan en peligro o amenacen la estabilidad del régimen. Por ello ha puesto en marcha planes y programas dirigidos a instrumentar la dominación y el control, como mecanismos de coerción-consenso con el objeto de legitimizar su intervención. En ellos la opresión aparece a través del manejo de la enfermedad por disminución de la salud y la

---

<sup>60</sup> L.L. Regina Nava U. op. cit. p. 78

consecución del control y el consenso, a través de la creación de instituciones para preservarla.

"Las instituciones que forman el aparato estatal son los organismos, a través de los cuales se pone en acto y se garantiza la organización de la sociedad para el desarrollo de sus actividades en todos los órdenes de la vida..."<sup>61</sup> y la continuidad del sistema. Son los canales por donde las políticas y los planes de gobierno se traducen en programas y llegan a la población como bienes y servicios.

"La universalización e implantación hegemónica de la atención médica, requiere que se creen instituciones destinadas a producir el conocimiento - ciencia necesario para legitimar el poder estatal, en una modalidad técnico-científica, en la medida en que, en el carácter de su intervención, el concepto de salud se identifica con la ausencia relativa de enfermedad, cuya explicación deviene en una forma política de eludir el problema acerca de las condiciones generales de existencia vigentes en las formaciones sociales capitalistas"<sup>62</sup>.

De las instituciones encargadas en atender las demandas de salud de la población se destacan dos por su importancia social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la SSA. El primero di-

<sup>61</sup>Arnaldo Córdoba, citado por Raúl Rojas. op. cit. p. 87

<sup>62</sup>Federico Ortíz Quezada op. cit. p. 74

rigido a prestar servicios a la clase trabajadora que formaliza a través de un contrato su relación laboral<sup>63</sup>, y la segunda a la población abierta, por lo general "grupos sociales-minifundistas, jornaleros obreros de la pequeña industria, artesanos y subproletariado urbano que carecen de organización propia capaz de conseguir reivindicaciones mínimas, que no laboran en ramas significativas de la economía capitalista y que por sus bajos ingresos no constituyen mercado para la medicina privada"<sup>64</sup> pero que al brindarles protección el Estado encuentra una forma de legitimidad y aumenta el consenso a través de la implementación de políticas sociales, al mismo tiempo que frena la subversión a través de las políticas paternalistas que se expresan como mecanismos de control. Esto fue manifiesto cuando en 1980 se presentaron los programas de servicios de salud a los marginados.

De acuerdo a las políticas de extensión de cobertura de los servicios de salud establecidos en el Plan Global de Desarrollo

---

<sup>63</sup> Y a población rural bajo determinadas circunstancias.

<sup>64</sup> Laurel, C. Medicina y Capitalismo en México, citada por Virginia de la Luz Vargas de la Mora en Análisis Sociológico de las Políticas de Salud (sanitarismo, seguridad social, medicina comunitaria). p. 34.

1980-1982<sup>65</sup>. Al IMSS le corresponde atender a la población de las áreas rurales a través del Convenio con la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), en el que conjuntamente se formula y ejecuta el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria y se establece un intercambio de servicios médicos por trabajos de beneficio para las colectividades destinatarias de los mismos y a la S.S.A. corresponde atender a la población marginada de las grandes ciudades.

Se ha discutido la conveniencia de que el programa COPLAMAR fuera desarrollado por la SSA dado su cometido de atender a toda la población que lo solicita. Es importante abordar tal discusión dado el momento coyuntural en el que se ubica, pues en ese momento am-

---

<sup>65</sup>Que obedecen a los acuerdos establecidos por la OMS en Alma Ata Rusia en 1978 en donde se aprobaron los objetivos, metas y lineamientos generales para la atención primaria a la salud como parte de la asistencia sanitaria completa. Donde el significado de atención primaria a la salud se maneja como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de las etapas de desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación". OMS-UNICEF. Informe final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. p. 5

bas instituciones se incorporan al Plan Global de Desarrollo con programas de extensión de cobertura, que responden a las políticas de salud del estado mexicano de conformidad con los intereses dominantes del Sector Salud.

Para ello se elaboran planes y programas sin tomar en cuenta las áreas que por funciones, tipo de recursos, objetivos institucionales, etc. les corresponden. Lo que contraviene los lineamientos de programación, que parte de los recursos ya existentes para planear las acciones futuras, en la cual deben ir incluidos estos elementos.

En México las decisiones políticas sobre la ejecución de los programas se establecen más por presiones de los grupos que por una lógica de planeación, la resolución se dio a favor del IMSS. "Los principales factores determinantes en el momento de decidir fueron los siguientes:

- La crisis financiera que atravesaba el Estado y la crítica de que era objeto la política de gasto público del gobierno federal. Por un lado, la inversión pública federal, en hospitales y centros asistenciales, se encontraba en franca declinación a partir de ese año, y la mayor proporción, 60% era hecha por el IMSS. Puesto que la contribución del gobierno federal repre-

senta solo una fracción de los ingresos totales del IMSS, éste podía aplicar una parte de sus reservas acumuladas al financiamiento del programa, medida que evitaba que su costo total recayera directamente en el gobierno federal como sería el caso si se hiciera a través de una de sus dependencias directas. Así se explica el hecho de que originalmente se decreta que el gobierno federal aportaría el 60% de los costos de inversión y operación y el IMSS el 40% restante.

Mayor impacto publicitario, se pone énfasis en la ampliación de la seguridad social; sin señalar que ésta se limita a la atención médica que proporciona una red de instalaciones distintas a la que atiende la demanda de servicios de derechohabientes de los otros regímenes, la que sí cuenta con todos los niveles de complejidad de los servicios,... y a la cual no tienen acceso los sujetos de la solidaridad social. Son pues, en principio, el mismo conjunto de servicios que la SSA debería proporcionar en el medio rural, e incluso bajo esquemas similares de dotación de personal médico, aunque con mayor disponibilidad de recursos de otro personal, equipo y medicamentos.

- Posiciones más fuertes en la estructura del poder al interior de la burocracia política por parte de los grupos dirigentes del IMSS respecto a los cuadros de la SSA<sup>66</sup>.

Este hecho corrobora la sumisión de la planeación a la determinación gubernamental, limitada por el juego del poder entre los grupos que lo ejercen, por el poder financiero que las instituciones sustentan y no a un análisis objetivo de la problemática de salud de la población, de los recursos que se tienen para ello, de las características y competencias de las instituciones involucradas.

Esto es palpable, desde el momento en que al IMSS se le otorgan las bases jurídicas para velar por la salud de los marginados, cuando de antemano la SSA tenía esta responsabilidad. Se establece entre ambas una competencia sin límite. Sus formas de organización duplican sus funciones y la "coordinación" institucional no pasa de ser un simple deseo.

Así "el Estado se reserva la capacidad de decidir en dónde y a quién habrá de ofrecer los servicios médicos, en cuya organización y conducción de los supuestos usuarios no tienen intervención efec

---

<sup>66</sup>Federico Ortíz Quezada, op. cit. p. 88-90



tiva, se espera que al continuar o suspender su disponibilidad, tales hechos sirven como recompensa o castigo, en función de que se cumpla o no con el trabajo que determina o acredita el organismo estatal correspondiente"<sup>67</sup>.

Por la forma de actuación del Estado es notorio que la planificación de los servicios de salud es únicamente un juego de palabras auxiliares de la demagogia gubernamental.

El Programa IMSS-COPLAMAR "se deriva del fracaso del Programa de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano para atender la cobertura de servicios médicos, de la ineficacia general de los servicios de la SSA, de la falta de coordinación efectiva y de planificación en la toma de decisiones que atañen a los organismos públicos de salud y de una especie de política de palos de ciego que ha seguido la presente administración en los aspectos de salud y seguridad social. De la impresión de que el gobierno ha buscado por todas partes, sin tener un rumbo que lo oriente sobre hacia donde debe dirigir sus esfuerzos para lograr un mayor estado de bienestar social de las mayorías"<sup>68</sup>.

Aunado a lo anterior encontramos que detrás de las serias deficiencias presentadas por las instituciones de salud en su organización

---

<sup>67</sup>Federico Ortiz Quezada op. cit. p. 96

<sup>68</sup>Daniel López Acuña. op. cit. p. 232

y funcionamiento se encuentra, por una parte la relación de dependencia del país con el exterior, que determina una situación desfavorable pues la crisis que experimentan las economías a nivel internacional repercuten directamente en la nuestra y se reflejan antes que en otras instituciones, en las de beneficio social. Los programas se cortan quedan inconclusos, las obras e inversiones se paran. "Dicho de otro modo, justamente cuando el Estado necesita aportar tales servicios, para demostrar que funciona y que es capaz de cuidar al pueblo cuando éste lo necesita, es cuando menos puede permitírselo, ya que el capital hace falta para salvar la economía y no puede aplicarse a los gastos de tipo social. Así sucede que en los momentos en que el Estado más falta le hace mostrarse ajeno a las clases, para fines de legitimación, es cuando su naturaleza clasista se advierte más claramente"<sup>69</sup>.

El reparto de las clases en las diferentes instituciones de salud, públicas y privadas, establecen un acceso diferente para cada grupo social, lo que depende de la forma en cómo los individuos y grupos se insertan en el aparato productivo, del nivel de organización de los mismos, de las características que adopta en un determinado momento de la lucha de clases, de la importancia que para la legitimación del estado tengan ciertos grupos sociales, todo

---

<sup>69</sup>Vicente Navarro. La medicina bajo el capitalismo, citado por Regina Nava Uribe, op. cit. p. 82

lo cual se encuentra enmarcado dentro de las particularidades del desarrollo capitalista impuesto a nuestro país por el capital internacional y la burguesía nacional<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> Raúl Rojas S. op. cit. p. 145

#### 4. La salud - enfermedad de los marginados

Comprender como se manifiesta el proceso salud-enfermedad y los factores que influyen en él, da una imagen más completa de lo que sucede dentro y fuera de los individuos necesaria para examinar, cómo cada clase social tiene su propia forma de enfermar y cómo este proceso adquiere singularidades bien identificables en el grupo específico de estudio.

La situación de salud de un país depende de las condiciones generales de vida de la población, las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y la muerte, así como el acceso real a los servicios-médicos en los seres humanos, es el resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse; es decir de la base material. La estructura económica social es la que ejerce una determinación primaria sobre la salud y la enfermedad.

La búsqueda de una definición de salud que se acerque a lo que es en realidad, de conformidad con la situación socio-histórica de cada sociedad y clase social. Ha conducido a comprenderla como parte de un proceso dinámico, que para fines de análisis se considera que los extremos están representados por la salud y la enfermedad, pasando por diferentes grados de una a otra.

Hernán San Martín explica esta concepción y dice: "... La noción de salud implica la idea de variación y de adaptación continua, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación... entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios que van desde la adaptación completa (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad"<sup>71</sup>.

Diversos factores influyen en la dinámica de este proceso, entre ellos podemos mencionar:

- Los de origen natural ya sea en su forma nativa o modificada por el hombre (contaminación);
- Los que se derivan del modo de producción específico (semifeudal-agrario, capitalista-industrial);
- Los provenientes de la clase social a la que pertenecen (burgueses, proletariado rural o industrial, sectores medios de la población);
- Los determinados por las condiciones materiales de vida (vivienda, urbanización, transporte, alimentación, educación, etc...);
- Los determinados por las características socio-culturales (familia, seguridad o asistencia social, aten-

---

<sup>71</sup> Hernán San Martín. Salud y Enfermedad p. 8

ción médica, legislación, etc.);

- Los determinados por las condiciones psicológicas de los grupos sociales (conciencia de salud-enfermedad, enajenación, conciencia histórica, etc.) y
- Los determinados por la filogenia y ontogenia biológicas de individuos y grupos (herencia, enfermedades anteriores).

Por la naturaleza que presentan estos factores, su intervención como condicionantes del proceso en las distintas sociedades es un hecho sociohistóricamente determinado. Esto también es válido para los conceptos de salud y enfermedad, ellos pueden variar de acuerdo a la época, condiciones de vida y a la ideología imperante, o sea según la estructura y organización de la sociedad.

A partir de esta última, se establecen las condiciones materiales de vida y de trabajo, que son las determinantes en la configuración de la patología que presentan las sociedades a través de su desarrollo histórico.

De acuerdo a lo anterior se puede comprender porqué cada formación social <sup>72</sup> crea su propia patología, utilizando para su explicación

---

<sup>72</sup> Formación social son las sociedades históricamente dadas, en las que ya no encontramos un solo modo de producción en estado "puro" sino, por regla general una combinación específica de varios modos de producción, uno de los cuales es el dominante. Agustín Cueva, citado por Raúl Rojas S. op. cit. p. 49

las ideas y conocimientos que sobre ella se tengan. Así para explicar el proceso salud-enfermedad en una sociedad históricamente dada es preciso partir de dos elementos fundamentales; el ser social, o sea los que surgen de la vida material (la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse) y los de la conciencia, es decir las concepciones y conocimientos sobre la enfermedad.

En el contexto del modo de producción capitalista el significado de este proceso se encuentra mediado por factores y circunstancias socio-históricas, los intereses de las clases sociales (la burguesía y el proletariado), las relaciones de explotación imperantes en este régimen y por la ideología (valores y creencias) creada para justificar sus causas y comportamiento.

La división de clases generada por el capitalismo, su ubicación dentro de la estructura económica, y el antagonismo de intereses que presentan; la burguesía como detentadora de los medios de producción y el proletariado como poseedor de su fuerza de trabajo, hacen que sus condiciones materiales de existencia sean distintas y como consecuencia sus problemas de salud y la forma de resolver los también lo sea. Esta división produce una diferencia en los niveles de morbilidad y mortalidad, en cuanto menor sea la capacidad económica de la clase social que se trate. Mientras la burgue

sía tiene un riesgo menor a enfermar debido a que sus condiciones materiales de vida le proporcionan los satisfactores necesarios para evitar el daño y en caso de suceder éste, tiene acceso a los servicios médicos particulares y especializados. El proletariado en cambio presenta una situación diferente. Los factores de riesgo están determinados en base al tipo de actividad que desempeña (de ésta depende la naturaleza de sus enfermedades y accidentes de trabajo) y de su capacidad económica para poder cubrir satisfactoriamente sus necesidades esenciales como: alimentación, vestido y vivienda.

El salario determina la disponibilidad de los insumos necesarios para el desarrollo biológico del individuo; la ubicación del mismo dentro del sistema productivo fija su hábitat y condiciona su cultura, salario y posición, que determinan el conjunto de condiciones bajo las cuales se relaciona el hombre con el medio externo<sup>73</sup>.

El proletariado no siempre trabaja en condiciones óptimas de seguridad<sup>74</sup>, su salario por lo regular no cubre la totalidad de sus necesidades y esto implica la presencia de una mala nutrición, un

---

<sup>73</sup>Jesús Kumate, et. al. La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México. p. 23

<sup>74</sup>Se ha legislado ampliamente en cuanto a las medidas de seguridad y salubridad que deben ser tomadas por las empresas, pero aún cuando se ha enfatizado su importancia, siguen siendo inobservadas.



vestido y una habitación inadecuadas para las inclemencias del ambiente y, en consecuencia se presenta un riesgo mayor de enfermar y morir.

Las condiciones (ambientales de trabajo, alimenticias, etc.) en las que se desarrolla cada clase, hacen que la susceptibilidad en cada una sea distinta y esto es sólo consecuencia de la forma como se organiza la sociedad para producir y reproducirse.

"... los factores para determinar la presencia de la enfermedad en una sociedad dividida en clases, están en función de los intereses de clase de cada individuo y grupo social, todo lo cual está determinado en última instancia, por su posición con respecto a los medios de producción"<sup>75</sup>.

En México las diferencias en los daños a la salud son muy evidentes, de acuerdo a la clase de que se trate. "Es un hecho ampliamente documentado la existencia de diferencias de clase en la moxtalidad, la morbilidad y la esperanza de vida. Existe una relación inversa entre la clase social y la mortalidad infantil, neonatal, posnatal, perinatal y general al igual que entre la clase social y la esperanza de vida"<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup>Raúl Rojas Soriano. op. cit. p. 193

<sup>76</sup>Daniel López Acuña op. cit. p. 23

La esperanza de vida por clase social demuestra la diferencia que separa algunos sectores de la sociedad en lo relativo a niveles de mortalidad.

México; esperanza de vida al nacer, por clase social, 1977.

Total nacional	62.4
No agrícolas	
Nueva pequeña burguesía	68.8
Burguesía	67.9
Pequeña burguesía tradicional	65.7
Proletariado	62.3
Proletariado no típico	63.1
Proletariado Típico	61.6
Fuerza de trabajo libre no asalariada	58.3
Agrícolas	
Campeñinos acomodados y medios	60.0
Campeñinos pobres y semiproletarios	56.9
Asalariados agrícolas	54.2

Fuente: M. Bronfman y R Tuirán<sup>77</sup>.

El cuadro muestra que mientras la nueva pequeña burguesía tiene una esperanza de vida de 68.8, en la fuerza de trabajo libre esta es de 58.3 años y el asalariado agrícola de 54.2, es decir diferencias de entre 10 y 14 años.

<sup>77</sup>Citado en la Revista Comercio Exterior, México, julio 1984. Vol. 34, núm. 7, p. 138

Respecto a la mortalidad las diferencias que se presentan también son notables, en las áreas metropolitanas de la ciudad, se seleccionaron algunas áreas consideradas en el Programa de Atención a la Salud a Población marginada, se obtuvieron algunos indicadores de salud que demuestran las diferencias en la mortalidad infantil que en algunas áreas como Tlalnepantla alcanza una cifra casi 80% mayor que en el D.F.

México: Algunos indicadores de salud en áreas seleccionadas 1978

Mortalidad	Rep. Mex.	Area Metropolitana de la Cd. - de México	D.F.	Tlalnepantla	Netza.	Nau-calpan
Infantil	39.7	41.7	35.6	65.0	60.3	63.5
Preescolar	3.1	1.2	1.1	1.3	1.4	1.8
Materna	4.0	0.7	0.7	0.5	0.7	1.1

Tasas por 1000 nacidos vivos registrados; en los casos de mortalidad infantil y materna y por 1000 habitantes de 1 a 4 años en el caso de preescolar.

Fuente: G. Soberón y J. Navarro<sup>7B</sup>.

La mortalidad de menores de un año es un indicador para diferenciar los niveles de salud y es una expresión directa de las condiciones

<sup>7B</sup>Revista Comercio Exterior op. cit. p. 640

generales de vida de la población. Este hecho se torna más revelador cuando nos referimos a la clase social.

México: Probabilidades de muerte entre el nacimiento y el primer año de edad, por clase social, 1977. (Tasa por mil).

Total Nacional	61.4
No agrícolas	
Nueva pequeña burguesía	33.0
Burguesía	36.3
Pequeña burguesía tradicional	46.3
Proletariado	61.9
Proletariado no típico	58.6
Proletariado típico	64.5
Fuerza de trabajo libre no asalariada	78.0
Agrícolas	
Campeñinos acomodados y medios	71.3
Campeñinos pobres y semiproletariado	85.0
Asalariados agrícolas	98.4

Fuente: M. Bronfman y R. Tuirán<sup>79</sup>

La definición de la posición de clase de un individuo no sólo puede determinar el riesgo de enfermar y morir, sino también el significado que tiene la salud para cada sector de la sociedad.

El valor de la salud adquiere importancia en el ámbito de la producción, desde el momento en que se considera al obrero en condiciones aptas para seguir en el proceso productivo y se le pueda

<sup>79</sup>Revista Comercio Exterior op. cit. p. 643

exigir un mayor rendimiento a fin de incrementar la productividad del trabajo, para elevar de esta manera la plusvalía<sup>80</sup>. Mantener la salud del obrero significa para la burguesía contar con una mano de obra en condiciones adecuadas para seguirla explotando, en cambio para el proletariado representa la capacidad de continuar en el proceso para obtener un salario con el cual subsistir.

La salud de este último depende de diversas variables que inciden de distinta forma en su morbilidad, esperanza de vida, nivel de conciencia sobre la salud y acceso real a los servicios médicos. De ellas podemos mencionar: la forma de insertarse en el proceso de trabajo (tipo de ocupación, condiciones de trabajo), la cantidad de percepciones salariales (de las que dependen la vivienda alimentación, etc.) el nivel educativo y cultural y las características de la legislación para regular las relaciones capital, trabajo (condiciones de empleo y acceso a los servicios médicos).

Estas variables no se dan de igual forma en esta clase, los grupos que la forman, aun cuando conservan lo esencial para formar parte de ella<sup>81</sup> se diferencian entre sí, por la forma en que consumen su fuerza de trabajo, es decir por el tipo de plusvalía

<sup>80</sup>Plusvalía en el "valor que el obrero crea más allá del valor de su fuerza de trabajo". Martha Harnecker. Los conceptos elementales del materialismo histórico p. 267

<sup>81</sup> Poseer sólo su fuerza de trabajo para subsistir.

que se les extrae, por las condiciones concretas en que desarrollan el proceso de trabajo y la forma en que los individuos y grupos se insertan en dicho proceso, así como por la manera en que se conserva y reproduce la fuerza de trabajo<sup>82</sup>.

En estas circunstancias el proceso salud-enfermedad se manifiesta con algunas variantes en cada grupo, según sean las condiciones materiales de vida y trabajo, estas últimas al ser desfavorables para el organismo, provocan el tránsito de la salud a la enfermedad. Por lo general las enfermedades que padece la clase proletaria se encuentran bien tipificadas, dentro de las enfermedades infecto-contagiosas, características de la llamada patología de la pobreza.

Un grupo en el que se presenta con más frecuencia esta patología son los marginados de los centros urbanos. Ellos conforman una población que se identifica por una escasa participación en los procesos económicos, políticos y sociales del ámbito urbano-industrial, lo que dificulta su incorporación al mismo, y consecuentemente forman una población con rasgos específicos en cuanto a su manera de vivir, emplearse, educarse, enfermarse, etc. Por su escasa preparación sus incursiones dentro del proceso de

---

<sup>82</sup> Raúl Rojas S. op. cit. p. 210

producción industrial (el cual en esta etapa del capitalismo necesita mano de obra calificada dada la alta tecnología que poco a poco va adueñándose de todos los renglones de la producción) son eventuales y los empleos u oficios que desempeñan en su mayoría no están formalizados por un contrato (ubicados en el sector terciario de la economía) y por lo mismo no cuentan con la protección de los servicios de seguridad social que proporciona el estado (prestaciones médicas, económicas y sociales).

En los empleos que desempeñan los salarios están por lo general debajo del mínimo establecido, lo cual condiciona toda su forma de vida, pues no se logra cubrir los satisfactores esenciales como la alimentación, vestido, etc., y obviamente tampoco la educación, cultura y diversión, protección a la salud, etc., lo cual determina que el riesgo de enfermar en esta población sea mayor. Sin duda su patología expresa sus condiciones socio-económicas y culturales.

En México, la mayoría de los hospitales públicos realizan investigaciones sobre la situación socioeconómica de los pacientes y obtienen datos como: períodos frecuentes de desocupación, salarios bajos o ínfimos, casi la mitad de analfabetas, bajo nivel de educación o escolaridad mínima, porcentajes altos de hijos menores de edad, ocupaciones muy diversas y la mayoría no calificadas.

Bajo estas circunstancias su patología está caracterizada por enfermedades tales como: desnutrición, corta esperanza de vida, alta frecuencia de padecimientos infecto-contagiosos, cirrosis hepática, complicaciones del parto y del aborto, accidentes, violencias y otras.

Su patología revela la gravedad de su situación que por otra parte es poco modificable, debido a la circularidad que adopta el problema, es decir, el escaso nivel de educación del marginado le impide obtener un salario suficiente para cubrir sus necesidades lo que provoca un ambiente de carencias que se reproducen una a otra constantemente; si el marginado carece de dinero, no come, se desnutre y enferma. Las enfermedades en estas circunstancias son más severas y es más difícil la recuperación. El problema puede solucionarse con una hospitalización, pero si regresamos al individuo a su medio, el problema vuelve a surgir. Esto es una parte de lo que acontece, pues la desnutrición es sólo uno de los varios padecimientos que aparecen en un individuo, los que aunados a los de tipo social, como el alcoholismo, drogadicción y otros, que inciden en su psicología y conducta, se presenta un bajo nivel de desarrollo físico mental. En estas condiciones el aprendizaje y la oportunidad de educación se obstaculizan, cerrándose el círculo, baja escolaridad, empleo con bajos ingresos, dificultad para obtener satisfactores básicos que



inciden en la salud.

La participación de esta población dentro de la actividad social es degradada hasta considerarse como marginal; de la fusión de ellas se produce un síndrome global que tiende a operar como factor de perpetuación del fenómeno, es decir la marginalidad se presenta como una totalidad, el individuo que es marginado en un aspecto tiene la probabilidad de serlo en otros más, pues de hecho este fenómeno social tiende a reproducir los factores que lo condicionan y favorecen su desarrollo.

Como un producto resultante de la conformación del sistema capitalista, la solución de su situación es poco factible. El sistema social, los mantiene dentro de ciertos límites de actuación, pues desde el momento que son consumidores de una parte de los bienes que produce, representan un mercado donde colocar las mercancías que dentro de sus posibilidades puedan adquirir y de esta forma realizar parte de la plusvalía que genera. Por ello es importante mantenerlos en las condiciones adecuadas para que desarrollen sus actividades.

A este respecto el Estado les ha dado algunas concesiones que se traducen en "políticas sociales", donde se encuentran incluidas las de salud.

Al pertenecer el marginado al nivel más bajo del proletariado sus enfermedades son originadas por las carencias que soporta, que se presentan como un fenómeno integral es decir, la población que es marginal en un aspecto tiene altas probabilidades de serlo en todos los demás incluyendo el de la salud.

Las limitaciones que tiene para introducirse en el mercado de trabajo, le anulan la posibilidad de adquirir además de los satisfactores esenciales para mantener su salud, las prestaciones a las que todo trabajador tiene derecho, entre las que se encuentran los servicios médicos.

El desempleo y la caída del salario real a causa de la inflación, (que en 1982 alcanzó fue del 99%) incide directamente en la capacidad para adquirir los satisfactores necesarios como son: una nutrición adecuada, vivienda cómoda e higiénica, medio ambiente salubre y vestido apropiado para soportar las inclemencias del medio físico. "En 1975 el 69% de las familias tenían un ingreso mensual hasta de tres mil pesos, lo cual resulta insuficiente para adquirir los satisfactores..., para mantener el nivel de vida adecuada y evitar de esta manera un campo propicio para el desarrollo de la llamada patología de la pobreza, la cual, obviamente, se concentra en la clase trabajadora"<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup>Raúl Rojas. op. cit. pág. 124

Dentro del mundo marginal, la salud es uno de los elementos más vulnerables, dadas las insalubres condiciones de alimentación, sa neamiento y en general de vida, en donde las enfermedades encuentran las condiciones propicias para su origen y propagación.

Los marginados presentan una patología, como ya hemos mencionado, expresada por una grave desnutrición, corta esperanza de vida, al ta frecuencia de padecimientos infecto-contagiosos, cirrosis hepática, alteraciones severas de la piel, complicaciones del parto y del aborto provocado, acumulación en un mismo individuo de varios padecimientos.

La desnutrición ocupa un lugar especial dentro del proceso salud-enfermedad del marginado, pues ella determina a través del grado en que se presenta, la gravedad de un padecimiento en un individuo, así como el de su recuperación.

Es un mal que está ligado al nivel de desarrollo del país y conse cuentemente, a las condiciones generales de vida, a los programas de empleo, de educación y de producción, comercialización y acceso a los alimentos. Si un país no ha logrado un nivel adecuado de desarrollo es prácticamente imposible que llegue a satisfacer las necesidades de alimentación de su población.

Con una población desnutrida, el desarrollo socioeconómico es difícil, ya que los niños que sobreviven a las muertes causadas por la desnutrición presentan deficiencias físicas y psíquicas que di

ficultan su posible integración a la sociedad moderna, la que demanda individuos altamente calificados. Esto condiciona el tipo de mano de obra requerido por las empresas que excluye la participación de los desnutridos, con el consiguiente agravamiento de su marginación<sup>84</sup>.

Los bajos ingresos que percibe el marginado, le impiden observar una dieta que contenga los elementos esenciales para su normal desarrollo, tanto físico como mental.

Las estadísticas de mortalidad infantil en los países subdesarrollados no presentan a la desnutrición entre sus principales causas. Esto suele atribuirse no sólo a las deficiencias del diagnóstico de las defunciones, sino a que la desnutrición se ha convertido en una compañera habitual que se acepta como normal, de tal manera que sólo se presta atención a los episodios ligados en forma inmediata a la muerte dejándola de lado como causa fundamental.

Ella modifica los mecanismos defensivos y adaptativos del organismo, incrementa la vulnerabilidad del individuo frente al medio ambiente y provoca una multiplicación del efecto de las enfermedades, cuyo resultado final es un alto número de muertes prematuras.

"Los niveles de desnutrición severa afectan a unas diez millones

---

<sup>84</sup>Kumate, op. cit. p. 107

de personas que son fundamentalmente niños, mientras que otra cantidad similar presenta padecimientos específicos entre ellos anemia o bocio endémico como consecuencia de la falta de vitaminas, minerales y otros nutrimentos"<sup>85</sup>. De acuerdo al censo de 1980, el 80% de la población de 5 años y menos, nunca come carne ni huevo, el 10% no toman leche ni pescado, porcentajes que tomados aisladamente, aparentan ser bajos, pero si se estima la ingestión de carne y huevos es irregular en el 74% de esta población, y que lo mismo sucede con el 80% de la misma en relación a la ingestión del pescado y leche, no es extraño que la mayoría de los niños sufran enfermedades que se agraven debido a la falta de una dieta balanceada, el cuadro 13 muestra el porcentaje de población de 5 años y menos que consume carne y huevo según condición de ablactación, la frecuencia de consumo de leche y pescado.

Como se puede observar al comparar los porcentajes entre la población que no come carne ni huevos (8%) con el que consume estos alimentos de 4 a 7 días (1%), la diferencia es muy alta, esta diferencia se sigue presentando aún al comparar con el porcentaje de población que consume huevo de 4 a 7 días (26%). Lo mismo acontece con los porcentajes presentados en relación a la población que no consume ni leche ni pescado (10%), con respecto a la que lo efectúa de 4 a 7 días (27%).

---

<sup>85</sup>Ibíd. p. 116

CUADRO 13

PORCENTAJE DE POBLACION DE 5 AÑOS Y MENOS, FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNE Y HUEVO SEGUN  
CONDICION DE ABLACTACION Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE LECHE Y PESCADO

FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNE Y HUEVO EN ABLACTADOS	PORCENTAJE DE POBLACION	PORCENTAJE DE NO ABLACTADOS	FRECUENCIA DE CONSUMO DE LECHE Y PESCADO EN ABLACTADOS	PORCENTAJE DE POBLACION	CONDICIONES NO ESPECIFICADAS
0 días carne 0 días huevo	8	2	0 días leche 0 días pescado	10	6
1a3 días huevo 4a7 días huevo	4 5	- -	1a3 días pescado 4a7 días pescado	6 0.2	- -
1a3 días carne 0 días huevo	- 2	- -	1a3 días leche 0 días pescado	- 5	- -
1a3 días huevo 4a7 días huevo	15 26	- -	1a3 días pescado 4a7 días pescado	3 0.5	- -
4a7 días carne 0 días huevo	- 1	- -	4a7 días leche 0 días pescado	- 27	- -
1a3 días huevo 4a7 días huevo	3 19	- -	1a3 días pescado 4a7 días pescado	20 2	- -
No especificado Carne y/o huevo	- 17	- -	No especificado Leche o pescado	- 20	- -
T o t a l	100	-	T o t a l	100	-

FUENTE: X Censo de población y vivienda 1980.

Las diferencias observadas muestran que sólo un pequeño grupo de la población infantil tiene acceso a una alimentación completa y rica en proteínas, mientras que la gran mayoría sufre un desequilibrio en el consumo de las mismas debido a una ingestión muy irregular, lo que produce un sin número de carencias tanto físicas como mentales en el desarrollo del individuo.

Para la población marginada del Distrito Federal ubicada en el nivel bajo de marginación, según los datos de COPLAMAR<sup>86</sup> se estima que el 17% de la población tiene un subconsumo de leche 26.8% de carne y 28.6% de huevo.

"En un informe de la división del Instituto Nacional de Nutrición, se destaca que, para 1975 el 30% de la población, el sector más pobre, disponía del 10% de los productos agrícolas, mientras que el sector más acomodado, no mayor del 15% de la población directa o indirectamente consumía el 50% de dicha producción. También apunta que, a pesar de haber suficiente leche como para darle medio litro diario a cada niño menor de quince años, cuatro millones de niños menores de 5 años jamás la habían probado"<sup>87</sup>.

En 1948 Ramos Galván señalaba que la desnutrición interviene como causa de cuando menos el 75% de las enfermedades y muertes de ni-

---

<sup>86</sup>COPLAMAR... op. cit. p. 43

<sup>87</sup>Daniel López Acuña. op. cit. p. 44

ños mexicanos. Recientemente se ha revelado que el 90% de las defunciones en niños menores de 4 años son consecuencia directa o indirecta de la desnutrición, que siete de cada cien niños sufren algún tipo de desnutrición severa y que uno de cada cuatro tiene deficiencias nutricionales de algún grado<sup>88</sup>.

Las encuestas nutriólogicas realizadas en el país muestran que una alta proporción de la población sufre deficiencias alimenticias entre los grupos más afectados, se encuentran los de la población menor de edad, y las consecuencias se advierten en el indicador de la mortalidad preescolar muy elevada en nuestro país. En 1980 se registraron 28 667 defunciones por cien mil preescolares lo que representa el 7% de las muertes ocurridas en dicho año. Se puede atribuir a las deficiencias de la nutrición 4.58 muertes por cien mil niños en dicho grupo<sup>89</sup>.

La desnutrición hace a un niño especialmente susceptible a las enfermedades infecciosas, pues disminuye la capacidad de defensas de su organismo.

---

<sup>88</sup>R. Ramos Galván. "La desnutrición infantil en México, sus aspectos estadísticos, clínicos, dietéticos y sociales" en boletín del Hospital Infantil de México, p. 28

<sup>89</sup>Boletín de Información Estadística No. 1 SSA. cuadro 8



"En México las principales causas de muerte son consecuencia del bajo nivel de las mayorías. La mortalidad más importante es producida por las infecciones respiratorias y le sigue la originada por las infecciones intestinales: la primera es seis veces más alta y la segunda es treinta veces, que en los países desarrollados. Esta situación se debe a que la desnutrición, eleva la mortalidad materna, la prenatal, la perinatal y la infantil especialmente la preescolar"<sup>90</sup>.

Algunos indicadores como la talla y el peso resultan demostrativos. En los países desarrollados sólo el 3% de los recién nacidos son de bajo peso al nacer, en México el promedio es de 8%, pero además se calcula que en las zonas rurales dicho promedio asciende al 17% y que en algunas localidades el 40% la presentan<sup>91</sup>, este fenómeno colectivo de salud, no puede ser comprendido solamente en función de una baja estatura, o determinado número de abortos, etc., sino como una de las materializaciones a nivel biológico de la lucha de clases.

Por otra parte el problema de la desnutrición continuará acentuándose en la medida en que la problemática del marginado quede sin solución y mientras esto no ocurra, su situación de salud se verá

---

<sup>90</sup>Kumate op. cit. p. 146

<sup>91</sup>López Acuña, op. cit. p. 44

impedida de mejorar aún cuando, se les brindara atención médica, en estas circunstancias sólo lograría ser un paliativo y no una solución.

Las Condiciones Ambientales y las Carencias de Saneamiento Básico en las Zonas Marginadas.

En el universo marginal la utilización de desperdicios es sistemática, los desechos industriales son utilizados para construcción de casas; los alimenticios para la crianza de animales como pueden ser: puercos, gallinas y otros, muchas veces también sirven para el consumo humano.

La basura siempre se encuentra asociada a la marginalidad, las grandes zonas marginadas se ubican por lo regular cerca de los grandes tiraderos de basura de las ciudades. Aunada a esta situación la falta de control de fauna nociva: moscas y roedores: y el estancamiento de aguas residuales en las calles, son los elementos siempre presentes en su hábitat.

Por otra parte el hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable, disposición de excretas y basura, así como la contaminación biológica de los alimentos y el agua para consumo humano, son las constantes ambientales que originan el deterioro de la salud de la población marginal. Sumada a estos factores tenemos, las deficiencias masivas en materia de higiene y el inadecuado ma

nejo de los desperdicios, los que hacen una combinación que se traduce en altas tasas de enfermedad y de muerte por enfermedades infecciosas y parasitarias.

Las enfermedades infecciosas son transmitidas por gotas portadoras de microbios que pasan de persona a persona a través del aire. Son entre otras, tuberculosis, influenza, sarampión, parotiditis, tosferina, neumonía, difteria, microplasmosis. En su transmisibilidad se verifica una relación inversa a la cantidad de aire disponible por persona.

Las enfermedades parasitarias por lo general son producto de la insalubridad del medio (agua, excretas, etc.), que como se ha mostrado en un subcapítulo de vivienda, estas encuentran el medio propicio para su propagación.

El cuadro 14 muestra las principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles que reportan las principales instituciones del país en 1980.

Ocupan la primera causa de morbilidad las infecciones respiratorias agudas, como segunda causa la enteritis y otras enfermedades diarreicas, en la tercera y cuarta amibiasis e influenza y como quinta la ascariasis.

Es muy importante hacer notar que la mortalidad infantil en Méxi-

CUADRO 14

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD  
 POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, 1980  
 C A S O S

C a u s a	S.S.A.	I.M.S.S.	I.S.S.S.T.E.	TOTAL	TASA
Infecciones respiratorias agudas	887 552	4 588 112	98 383	5 574 047	8 023.5
Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	457 169	2 358 147	52 457	2 867 773	4 135.4
Amibiasis	168 418	619 396	26 637	814 451	1 174.5
Influenza	80 648	375 495	13 891	470 034	677.8
Ascariasis	--	271 338	9 516	280 854	405.0

FUENTE: Marco Sectorial de Salud, Asistencia y Seguridad Social 1983-1985. S.P.P.

co en los menores de un año y de 1 a 4 años se debe a enfermedades infecciosas. Las tasas generales por 1000 y 10 000 habitantes en estos grupos de edad en 1978 fueron de 42.8% en menores de un año por enteritis y otras enfermedades diarréicas y 972.4 por neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias agudas. En los niños de 1 a 4 años la tasa para estas enfermedades fue de 3.3 en la primera y 85.9 en la segunda. (cuadro no.15)

Los procesos sociales son los que determinan el comportamiento de la salud-enfermedad. La carga patógena de los factores sociales a veces resultan engañosos, otras ocasiones imperceptibles o mal definidos. Entre otros factores se incluyen la falta de integración del individuo en su estructura social, la no participación en su cultura específica, los cambios de orden social que acompañan las transformaciones que la personalidad de esta clase no alcanza a asimilar o aceptar. Esto da como consecuencia incapacidad de adecuación a situaciones nuevas e impredecibles aunados a los conflictos que presenta el medio ambiente social en donde se desarrollan (drogadicción, violencia, homicidios, envenenamientos, etc.), los que contribuyen a desencadenar y agravar las enfermedades de todo tipo.

Los grupos más jóvenes de la sociedad son los más afectados por esta situación, los accidentes, envenenamientos y violencias son

la primera causa de muerte, con tasas de 0.9 en el grupo de 5 a 14 años, 1.8 en el de 15 a 24 y 3.5 en el de 25 a 44 años por cada 1000 habitantes. (cuadro no. 15)

Por último un grupo de población que amerita ser analizado por separado es el de las mujeres en edad fértil. Las hemorragias durante el embarazo y el parto, la sepsis del parto y el puerperio, la elevada frecuencia y totalidad de las toxemias del embarazo y el puerperio así como las complicaciones derivadas de los abortos espontáneos y los abortos clandestinos inducidos, son los problemas que generan una elevada tasa de mortalidad materna, la que en 1978 alcanzó 1.0 defunciones por cada 1000 nacidos vivos registrados, por hemorragias del embarazo y del parto 20.1 por cada 100 000, por toxemias del embarazo y del puerperio 19.1 por 100 000 nacidos vivos registrados, a causa de la sepsis del parto y del puerperio (cuadro no. 15); cifras que tienen que ver con los bajos niveles generales de vida, con la desnutrición endémica, con las malas condiciones higiénicas y de saneamiento básico así como con la falta de atención prenatal y con la deficiente atención obstétrica.

CUADRO 15

MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSA. 1978								
Defunciones	Número	Tasa (1)	Primera causa	Tasa (2)	Segunda causa	Tasa (2)	Tercera causa	Tasa (2)
Generales	418,361	6.4	Enfermedades del corazón	71.4	Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias agudas.	65.7	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	50.5
Menos de un año (Infantil)	100,361	42.8	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	972.4	Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias agudas.	846.3	Causa de morbilidad y mortalidad perinatales.	882.6
1 a 4 años (Preescolar)	28,812	3.3	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	85.0	Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias agudas.	51.6	Accidentes, envenenamientos y violencias.	23.0
5 a 14 años (Escolar)	15,851	0.9	Accidentes, envenenamientos y violencias.	18.4	Lesiones en las que se ignora si fueron intencionalmente infligidas.	10.6	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	8.4
15 a 24 años	33,732	1.8	Accidentes, envenenamientos y violencias.	42.7	Lesiones en las que se ignora si fueron intencionalmente infligidas.	34.9	Homicidios y otras lesiones provocadas intencionalmente por otras personas. (Intervención legal)	20.4
25 a 44 años	50,729	3.5	Accidentes, envenenamientos y violencias.	51.0	Lesiones en las que se ignora si fueron intencionalmente infligidas.	43.6	Homicidios y otras lesiones provocadas intencionalmente por otras personas. (Intervención legal)	37.5
45 a 64 años	66,691	10.6	Enfermedades del corazón	159.7	Tumores malignos	127.4	Cirrosis hepática	81.1
65 y más años	125,007	56.4	Enfermedades del corazón	1,242.0	Tumores malignos	516.7	Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias agudas.	430.9
Maternas	2,356	1.0	Hemorragias del embarazo y del parto.	20.1	Toxemia del embarazo y del puerperio.	19.1	Sepsis del parto y del puerperio.	6.1

(1) Tasa por 1,000 habitantes del grupo de edad correspondiente, la infantil y materna por 1,000 nacidos vivos registrados.

(2) Tasa por 100,000 habitantes del grupo de edad correspondiente, la infantil y materna por 100,000 nacidos vivos registrados.

Fuente: Marco Sectorial de Salud, Asistencia y Seguridad Social, 1983-1985. S.P.P.

11  
83  
00

5. El Programa de Atención a la Salud a Población Marginada.

Este programa tiene antecedentes en 1977 cuando la SSA implementa el Programa de Atención Primaria en áreas marginadas del Distrito Federal, en el cual se brindaría atención médica primaria a través de la medicina comunitaria a una población de 672 000 habitantes en un período de tres años. Para ello se capacitó a personal médico, de enfermería y de trabajo social en el manejo de los programas de Atención médica; Atención materno-infantil y Planificación Familiar; Control de enfermedades Transmisibles; Saneamiento ambiental; Nutrición; Promoción de la Salud y Registro Estadístico fundamental.

Estos programas operarían en Centros Comunitarios de Salud construidos, prestados o donados por la propia comunidad, con equipos de la SSA y la meta de operar 224 centros en 1980.

En 1978 la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) da a conocer el Programa de Acción del Sector Público 1978-1982, en donde fija como política social de salud, objetivos tales como:

- 1) Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada; 2) Proteger a la niñez; 3) Promover las acciones preventivas mediante la vacunación, la educación higiénica, la planificación familiar y el saneamiento del ambiente.



Es hasta 1980 con el Plan Global de Desarrollo en el capítulo so bre políticas de Salud y Seguridad Social que se recogen las experiencias obtenidas por la operación de los programas promovi- dos con anterioridad y se plantean las metas para el período - 1980-1982.

Las acciones de salud están orientadas "al logro de la ampliación de la cobertura a través del escalonamiento de los servicios, en tre otras medidas, con especial énfasis en las actividades de ca rácter preventivo sin descuidar las de orden curativo. El otorgamiento de servicios mínimos de salud considera prioritariamente a la población de las áreas marginadas rurales y urbanas, en especial al grupo materno infantil"<sup>92</sup>.

Con este señalamiento se comienza a estructurar como programa de extensión de cobertura de los servicios de salud el "Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes", en el que se pretende proporcionar atención primaria a través de la implementación de un sistema regionalizado y escalonado de servi cios del cual un módulo constituirá el nivel de atención pri- maria de salud para la resolución de problemas frecuentes, apoya

---

<sup>92</sup>Secretaría de Programación y Presupuesto. Poder Ejecutivo Fedé- ral. Plan Global de Desarrollo. p. 352

dos por niveles secundario y terciario para referencia de problemas de mayor complejidad.

Los objetivos del programa son:

- a) Garantizar la atención médica primaria a toda la población marginada en grandes urbes.
- b) Mejorar las condiciones de saneamiento básico de las zonas urbanas marginadas.
- c) Elevar el nivel de educación para la salud.
- d) Corresponsabilizar a la población en la promoción protección y restauración de la salud.

Las Estrategias:

- a) Otorgar los servicios de salud con un equipo de personas profesional interdisciplinario integrado por médico, enfermera y promotor de la salud.
- b) Responzabilizar al equipo de 500 familias o 3000 habitantes.
- c) Proporcionar la atención en el mayor número de horas posible (en dos turnos).

- d) Reforzar los servicios con un cirujano dentista por cada 3000 habitantes.
- e) Ubicar estos equipos en módulos accesibles a la población (geográfico, culturales, sociales y económicos).
- f) Construir establecimientos permanentes "ad-hoc".
- g) Establecer unidades de tamaño y número de consultorios acorde a la concentración demográfica.
- h) Responsabilizar a la SSA de su construcción en terrenos proporcionados por las autoridades locales y por la comunidad.
- i) Destinar a cada establecimiento un cuadro básico de medicamentos a bajo costo.
- j) Establecer una red fría para la distribución y manejo adecuado de biológicos, y un sistema de apoyo logístico eficiente.

### Estructura

Las actividades del programa cubren a 500 familias o 3000 habitantes en módulos interdisciplinarios ubicados en unidades físicas de uno, tres o seis consultorios denominados Centros de Salud Comunitarios tipo I, II y III respectivamente, que en dos turnos

atenderán hasta 6000, 18 000 y 36 000 habitantes; con un equipo de salud integrado por un médico titulado, una enfermera y un promotor de salud.

Por cada 10 ó 12 módulos se dispondrá de un equipo directivo y de apoyo, que asumirá las funciones de: dirección, programación, supervisión, control y evaluación del área de responsabilidad de los módulos a su cargo, el director de área dependerá del Jefe de Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

Los centros de salud "A" urbanos prestarían el apoyo para el auxilio de diagnóstico de laboratorios y rayos X, así como la atención de casos referidos de enfermos ambulatorios; la jurisdicción sanitaria establecerá la coordinación con los hospitales generales para la atención hospitalaria de casos referidos.

### Desarrollo

El programa se formula para cubrirse en dos etapas con las que se atendería a 9.3 millones de habitantes de 14 grandes ciudades.

Se planteó y programó la calendarización de actividades, que comprendieron: el estudio por muestreo de las áreas marginadas; determinación del tipo de unidades físicas; selección y gestiones de donación de terrenos por los Gobiernos de los Estados, Municipios o Comunidades; construcción de las unidades físicas y su

equipamiento; elaboración e impresión de los manuales de organización, diagnóstico de salud, procedimientos de actividades de los subprogramas, sistemas de información, etc.; selección adiestramiento y contratación de personal. Todo ello para llevarse a cabo de agosto de 1980 a junio de 1981.

Para la primera etapa fueron seleccionados el D.F. y el área conurbada del Estado de México, centros metropolitanos de Guadalajara, Monterrey y Nuevo León con una población abierta por atender de 4.5 millones de habitantes con los subprogramas:

- Atención médica (consulta a enfermos y a sanos).
- Atención materno-infantil.
- Planificación familiar.
- Control de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Detección oportuna de enfermedades
- Atención nutricional.
- Atención a la salud bucal.
- Educación para la salud.
- Atención a la salud mental.

- Promoción de saneamiento básico.
- Atención de quejas sanitarias.
- Desarrollo y capacitación de personal y de la comunidad.

Por diferentes causas la calendarización fue desfasada, prolongándose aproximadamente un año, a partir del segundo semestre de 1982 se aceleró la terminación y equipamiento de los centros de salud comunitarios faltantes.

CUADRO 16

## Centros de Salud Comunitarios Programados

Centros Metropolitanos	Tipo de C.S.C.			Total	Total de Consult.	No. Hab / No. Con.
	I	II	III			
Distrito Federal	1	10	34	45	234	23 744
E. de México	-	1	60	61	363	15 305
Guadalajara, Jal.	14	12	13	39	128	5 349
Monterrey, N.L.	51	25	5	81	156	4 186
León, Gto.	16	9	4	29	67	3 716
	82	57	116	255	984	52 490

Para su operación se programó y autorizó la plantilla de personal técnico.

<sup>93</sup> Este cálculo se estableció con el número de habitantes de las zonas marginadas consideradas en el programa.

Cuadro no. 17

Centros Metropo- litanos	Direc- tor - de - área.	Módulo Médico			Módulos C. Dent.	Odont. Aux.	Admores	Aux. de Est.
		M	E	P				
D.F.	34	341	341	341	102	-	34	34
E. de México	60	605	605	605	180	-	60	60
Guadalajara, Jal.	17	204	204	204	51	-	17	17
Monterrey, N.L.	16	191	191	191	15	-	16	16
León, Gto.	8	88	88	88	12	-	8	8
T o t a l	135	1429	1429	1429	360	0	135	135

Para la segunda etapa se programaron 10 centros metropolitanos: Tijuana, Mexicali, Cd. Juárez, Chihuahua, Torreón-Gómez Palacio-Lerdo, San Luis Potosí, Tampico-Madero, Puebla, Acapulco y Veracruz-Boca del Río con 4.8 millones de habitantes, dicha etapa no se llevó a cabo, sin embargo se realizaron los estudios preliminares, incluyendo la selección y donación de terrenos para la construcción de las unidades físicas.

#### Alcances del programa

Hasta ahora no se ha hecho una evaluación de los alcances del Programa, pero se tienen datos manejados al interior de la institu-

ción, a través de los cuales se puede tener una idea de cómo se ha desarrollado. El cuadro 10 muestra la situación de las unidades hasta 1982.

En informes hechos al respecto se han obtenido datos que revelan cómo el comportamiento de las acciones no se sujetó a la programación inicial. En ellos se mencionan las fallas que, desde la construcción de los centros de salud comunitarios (CSC) hasta el otorgamiento de los servicios se observaron.

En los cuadros 16 y 17 vemos que existen algunas diferencias en cuanto a los módulos y al personal programado y el realmente existente. Los argumentos para justificar, son:

- 1) La construcción de los módulos de II y III no se apegó al modelo diseñado.
- 2) La plantilla de personal médico, enfermeras u promotores sufrieron modificaciones<sup>94</sup>.

En lo que respecta a la programación de actividades también se obtuvieron datos que revelan, por una parte, la inconsistencia del programa y por otra; el distanciamiento entre lo que se programó y las necesidades sentidas por la población, pues se mencio

---

<sup>94</sup> Las causas no fueron indicadas.



CUDRO No. 18

PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD A POBLACION MARGINADA EN GRANDES URBES. 1a. ETAPA

	TI	TII	TIII	Total	Consultorios	Módulos	M	E	P
Distrito Federal	-	10	34	44	206	341	352	264	244
México	-	1	60	61	364	600(2)	-	-	-
Monterrey	46	29	6	81	151	186	183	186	183
Guadalajara	14	12	13	39	128	203(3)	203	-	-
León	16(1)	9	4	29	67	30	82	65	82
Total	76	61	117	254	916	1410	820	515	509

(1) 2 Unidades no están en operación.

(2) No se precisa el personal debido a que se nos informó que el sistema modular ha sufrido cambios.

(3) Unicamente nos proporcionaron el número de médicos, indicándonos que en el 80% de los módulos se encuentra completo el personal.

M Médicos

E Enfermeras

P Promotores

FUENTE: Información proporcionada por los Estados.

nó que para el Programa de Atención Médica, la consulta se otorga sin considerar la programación, sino que se basa de acuerdo a la demanda del servicio<sup>95</sup>.

Los programas de planificación familiar y de vacunación no pudieron cuantificarse debido a la ausencia de un control del registro de consultas y de vacunas aplicadas<sup>96</sup>. La ausencia de un sistema de información para el control estadístico de los subprogramas es una de las principales fallas, que son sólo un reflejo de la situación que guardan las estadísticas de salud en México.

En el sector salud y seguridad social el fenómeno de cuantificación y presentación de datos que revelan el estado de salud que guarda la población ha sido siempre una limitación para la investigación, pues siempre se ha presentado como "insuficiente para reflejar la totalidad y complejidad de los elementos constitutivos del sector, el procesamiento de datos se hace en períodos de tiempo muy largos, la presentación de la información es deficiente por la incongruencia invariable entre títulos y tabulaciones contenidas, las estadísticas sobre fenómenos tradicionalmente propios del sector como morbilidad, mortalidad, servicios médicos, etc., carecen de confiabilidad, significación conceptual, veracidad y comparabilidad; existe una falta de atención a las necesi-

---

<sup>95</sup>SSA. Coordinación General de Planeación, Unidad de Evaluación y Control. "Programas de Atención a la Salud a Población Marginalizada en Grandes Urbes". Evaluación Operacional.

<sup>96</sup>Idem.

dades del sector en la generación de información tradicionalmente no incluida en el mismo; la información sobre salud no se utiliza como insumo en la toma de decisiones ni en el diseño de las políticas sanitarias. La explicación de muchas deficiencias de la información disponible, se encuentra en la inexistencia de la definición de competencias institucionales y en esta medida se entiende la total incoordinación y heterogeneidad que caracteriza la producción y organización de la información"<sup>97</sup>.

El contar con un sistema de información confiable y eficiente es una parte importante para la toma de decisiones en la planificación de la salud, pues permite diseñar políticas que corresponden a las necesidades reales, además de instrumentar y redistribuir recursos en los lugares en donde se requieren.

La realidad nos muestra una situación diferente, existe una cantidad considerable de subregistros sobre las enfermedades, esto repercute directamente en la programación. Lo que se programa no es acorde a lo que se demanda, la ausencia de un reconocimiento pleno de este hecho es lo que hace ineficaz el programa desde su inicio, la falta de un diagnóstico realista de la situación global que impera en las áreas marginadas, aunado a la problemática

---

<sup>97</sup> Coordinación General del Sistema Nacional de Información .Bases para la Implantación del Sistema Nacional de Información en el Sector Salud y Seguridad Social, S.P.P. Tomado de L.L. Regina..... op. cit. p. 132

de implantación y operación de las unidades y los servicios hacen que la respuesta al proceso de salud-enfermedad en esta población no sea la adecuada.

Las diferencias que presentan los servicios evidencian esta situación, las fallas en el sistema de distribución de los biológicos y el logístico; la carencia en la homogeneidad del mismo; la modificación de horarios y plantillas de personal sin control alguno; el desconocimiento por parte de los propios funcionarios de los presupuestos designados para el programa por entidad. La tradicional incoordinación de acciones al interior y exterior de la institución, pues en el proceso de operación se informó que para el PASPMGU, el proceso de programación no se ha realizado por las unidades, se siguen ejecutando los programas tradicionales de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal (DGSPDF) los que condicionan las acciones; por otro lado los universos, de 500 familias o 3000 individuos por módulo, no son manejados, pues éstos son mayores o menores e incluyen altos porcentajes de población derechohabiente de instituciones de seguridad social; respecto a la referencia de pacientes a niveles de mayor complejidad, aunque existe un mecanismo implementado para ello este no funciona; la ausencia de un programa de conservación y mantenimiento ha provocado el deterioro constante de las unidades.

Los datos manejados hasta aquí sólo reflejan la parte exclusiva a las cuestiones institucionales, aún no se ha medido la trascendencia del programa en la población, pero a través de las referencias presentadas podemos inferir que sus acciones no han alcanzado las metas que se propusieron y la situación de salud de los marginados sigue siendo la misma.

No es el solo hecho de brindar servicios médicos lo que resolverá su problema, puesto que esto sólo es consecuencia de algo más profundo y ese algo es la propia existencia de relaciones capitalistas que limitan o impiden que amplios sectores de la sociedad tengan acceso a los satisfactores básicos para promover, mejorar o restaurar la salud.

En 1982 con el cambio de poderes y la contracción económica provocada por la crisis, el programa quedó estacionario, la segunda etapa no se concluyó y sus alcances no se midieron. Así la intención de integrar a la población marginada a los beneficios que brinda la ciudad y proporcionarles un mejor nivel de vida y de salud, se vio obstaculizada por el propio proceso de "subdesarrollo" que enfrentan nuestras sociedades y cuya superación no se vislumbra a corto o mediano plazo.

### Conclusiones

Los fenómenos de la salud constituyen una importante esfera de hechos que muestran la naturaleza de nuestra organización social. Es posible decir que los problemas de salud y su distribución en las distintas clases sociales, así como la situación diferencial del acceso a los servicios sanitario-asistenciales forman un conjunto de indicadores del bienestar que ha sido poco estimada en la planeación de los servicios. Esta última se formula más por indicaciones de los organismos internacionales que por el reconocimiento de los padecimientos que afectan a la población.

Los programas de extensión de cobertura de la medicina institucional y su mejoramiento técnico no resuelven los problemas colectivos de salud. Es así porque por un lado, la medicina como se practica presenta serias limitaciones debido a su enfoque utilitarista. Por otro, las diferencias que se observan entre las distintas clases sociales en cuanto a su manera de enfermar y morir tienen poco que ver con los servicios médicos y mucha relación con la organización de la sociedad y con el papel que cada clase desempeña en ella.

Aunque los esfuerzos por llevar atención médica a los marginados tienen una gran importancia y nadie podría oponerse a su realización, la exposición de su situación en este trabajo nos con-

duce a pensar que su alcance y profundidad están limitados por la propia estructura social del país, esto es, la posibilidad de resolver problemas de salud a través de las unidades de atención primaria, tienen por límite las propias condiciones de vida de la población más pobre. Todo parece indicar que nos acercamos al momento en el que deja de ser significativo el contar con más centros de atención primaria, porque los problemas de salud dependen de factores que están fuera del alcance de la medicina.

La salud de la población marginada no depende exclusivamente de los servicios médicos que se puedan poner a su alcance. Aun cuando éstos fuesen ilimitados, siempre toparán con la barrera que forman los factores socioeconómicos que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades básicas, es decir, alimentación, vestido, vivienda, servicios públicos de agua potable y drenaje. Ningún sistema médico puede ser eficaz frente a problemas de desnutrición aguda, falta de abrigo ante el descenso de la temperatura o de contagio permanente de enfermedades por ingestión de líquidos contaminados y de la inadecuada eliminación de excretas.

La orientación de los servicios ha sido dirigida a conservar la fuerza de trabajo en condiciones con las que pueda proseguir en el proceso industrial; han enfocado sus actividades a reparar daños más que a prevenirlos, en vez de intentar la compresión y

estudio de las condiciones sociales y económicas que generan este daño y cuyo análisis llevaría al planteamiento de programas realistas de medicina social de carácter preventivo.

Los servicios hasta ahora han obedecido a las necesidades económicas de una clase y desempeñan funciones de reproducción selectiva de la fuerza de trabajo. Corresponden a necesidades políticas del aparato estatal que acaba por situarse al servicio de una clase. Así los servicios de salud son empleados en numerosas ocasiones como instrumento de intermediación política y de mediatización de las demandas sociales.

La salud en este contexto ha sido tomada como un instrumento ideológico para mediatizar la lucha de clases, pues sujeta al proletariado a mantener cierta participación y conducta dentro del sistema, al presentarla como una meta alcanzada a través de su esfuerzo por obtener mejores niveles de vida. De esta forma se le dota de una valoración social que actúa en la conciencia del individuo convenciéndolo de que su salud está asegurada a través de los servicios que el Estado otorga, esto hace al sistema legitimarse y seguir explotando su fuerza de trabajo, sin dificultad alguna.

Al Estado le interesa prestar servicios de salud a los margina-



dos no porque su fuerza de trabajo sea representativa dentro del aparato productivo, sino porque hacerlo le permite obtener consenso y hegemonía a un bajo costo, pues el desarrollo del primer nivel de atención es mucho más barato que el de atención especializada. Por otra parte le es necesario otorgar estos servicios dado que los sectores que tradicionalmente han carecido de ello, generalmente de alta explosividad social, los demanda cada vez más fuertemente. Así los servicios asumen la función de tranquilizantes sociales. Desde esta perspectiva no es casual que la OMS se haya planteado como objetivo central alcanzar para el año 2000 la cobertura total de la población a través de los servicios de salud.

Al hacer referencia de este organismo internacional ligado a la planeación de los servicios de salud en México, también estamos haciendo referencia a una serie de políticas dictaminadas por el mismo, las cuales han influido determinadamente en la configuración de las acciones, organización e infraestructura de salud.

La planeación se ha manejado muy inconsistentemente debido, entre otros factores, a una inadecuada aplicación de las políticas adoptadas, de la no correspondencia de éstas a las necesidades de la población; de la discontinuidad del apoyo político hacia los programas, de la incoordinación de éstos entre sí, que en

muchas ocasiones ha dado lugar a pugnas, producto de claras luchas de poder por parte de las instituciones que elaboran planes y programas sin tomar en cuenta las áreas que por funciones, tipo de recursos, objetivos institucionales les corresponden de lo que resulta la duplicación de funciones, dispendio de recursos, baja calidad en la atención y el consecuente abandono o cambio de programas.

Aunado a lo anterior tenemos el subdesarrollo que presenta el país, en donde las crisis cíclicas generadas por el desarrollo del capitalismo repercuten en la esfera económica y de ella a todos los niveles de la vida social creando hambre, desempleo, inflación y dependencia, lo que produce un desequilibrio en la organización social que actúa más allá del crecimiento, cuya razón de ser es la acumulación del capital y que resulta ya insuficiente para satisfacer las necesidades elementales de la población.

Durante la investigación elaborada a fin de probar como los planes de salud dirigidos a una población específica como la marginada se enfrentan a problemas de salud difíciles de resolver, dada la escasa importancia que se le concede al diagnóstico de la situación socioeconómica en la que crece y se desarrolla esta

población. Se han podido comprobar las hipótesis de trabajo planteadas al inicio del estudio.

La primera de ellas relativa al surgimiento de problemas de salud característicos de los marginados, determinados por la escasa participación dentro del proceso de desarrollo socioeconómico de la ciudad, ha sido demostrada al analizar las causas que originan esta situación, la que el propio estudio ha mostrado, es concondicionada por la forma de estructuración del sistema capitalista en los países subdesarrollados, en donde como hemos expuesto existe una parte de la población que queda fuera de la competencia por obtener un trabajo dentro de la producción industrial y con ello, privada de adquirir los satisfactores necesarios para cubrir algunas de sus necesidades primarias, lo que repercute directamente en su ubicación dentro del contexto social que los margina y relega en su bienestar físico y mental o sea su salud.

La segunda que corresponde a pronosticar la ineficacia a los programas planeados por las instituciones de servicios médicos de la SSA, la cual es comprobada al examinar la formulación, y la manera en que se desarrolló la primera parte del programa dirigido a la población marginada, en la cual se muestra el divorcio que existe entre lo que se planea y programa y lo que se ejecuta.

El plan enfatiza las cuestiones programático-administrativas, pero es notoria la ausencia de un estudio real de las condiciones económico sociales de la salud de la población sujeta de servicios, por una parte, por otra la propia realidad evidencia el alejamiento del programa a lo planeado inicialmente y su obvia desorganización e interrupción al finalizar el sexenio (1982).

Así la intención de organizar y mejorar los servicios para modificar las condiciones de salud de los marginados a través de la planeación de programas de servicios de salud se vio obstaculizada por los problemas internos que enfrenta el programa y posteriormente interrumpido por el proceso político de cambio de poderes. Lo anterior aunado a la crisis económica que irrumpió dramáticamente en la economía, provocó un estado estacionario en el programa de salud lo que evitó que alcanzaran las metas para lo que fue propuesto, "mejorar los servicios y restituir la salud a la población marginada".

Las hipótesis secundarias encuentran su comprobación en el desarrollo de la propia investigación. La primera se relaciona con lo mencionado acerca de la ausencia del diagnóstico de las condiciones socioeconómicas, que da como resultado la ineficiencia de los programas, puesto que la ausencia de esta información dirige al programa a quedar circunscrito a procurar la curación de la

enfermedad sin estudiar las causas reales que la originan y que como se ha mencionado caen dentro de la esfera socioeconómica, lo que demuestra que la simple curación no da la respuesta esperada, como es la modificación del estado de salud de los marginados.

La segunda que aborda el crecimiento de la ciudad y el empeoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población marginada causadas por el subempleo, bajo nivel de escolaridad, inadecuada alimentación, etc., agudizado por el incontrolado aumento de migración campo-ciudad. Su planteamiento se comprueba al analizar los datos que muestran como la crisis que presenta la estructura agraria lleva a la intensificación de la migración campo-ciudad, debido al desempleo estacional y a la subutilización crónica de la población agrícola que no posee tierras ni re cursos para explotarla, aunada a las tasas crecientes de aumento demográfico y la tendencia restrictiva del mercado de trabajo en las zonas urbanas, hacen que esta población no se incorpore como fuerza de trabajo productiva. Esta situación la obliga a subemplearse con bajísimos niveles de ingreso. Al llegar a las ciudades ocupan el espacio que circunda a las mismas el cual carece de los servicios públicos básicos, lo que determina la aparición de enfermedades relativas a sus condiciones económicas y ambientales. En la medida en que esta población crece sin solucionar sus problemas de salud, vivienda, etc. se ha demostrado que sus

condiciones empeoran y que no se vislumbra una solución a corto ni mediano plazo dadas las condiciones de crisis económica por las que atravieza el país.

Por último la tercera relativa a la organización y adecuación de los servicios, a partir del conocimiento de las características socioculturales de los marginados para disminuir la frecuencia y gravedad de las enfermedades. Al quedar fuera del programa el estudio de las formas de conducta social, costumbres e ideología de los marginados frente a los procesos de desarrollo de la ciudad, se puede inferir que no se tomarán en cuenta dichos factores, así la organización no obedece ni se adecua a las formas de vida de la población estudiada. Por otro lado la segunda parte de la hipótesis señala que el desconocimiento de los factores mencionados hará más complejos los problemas y la disminución de su gravedad y frecuencia no podrá ser lograda. Esta parte no fue factible de comprobación, pues el programa quedó inconcluso antes de poder medir el impacto que causaría en la salud de los marginados.

Finalmente la situación de los marginados es insoluble desde la perspectiva de los programas en esta área dirigidos a ellos; para que hubiese una real solución al problema; se requiere de la disponibilidad de todos los sectores a participar en la iniciación de un cambio en la forma y desarrollo en la conformación so

cial y económica, que permitiera el desarrollo y progreso de esta población y así su integración al proceso de la ciudad. En esa medida estará en mejores posibilidades de resistir a los agentes que producen la enfermedad y la muerte.

Una de las tareas más urgentes y todavía poco definidas dentro de la lucha por la salud en México, es la de conocer investigar y ampliar el área concerniente a las políticas sanitarias que puedan ofrecerse como alternativa a los niveles decisorios en la materia, que sea capaz de traducirse en planteamientos concretos tomados de las necesidades reales de la población con la participación de todos los sectores, pues es obvio que para tener logros en el campo de la salud, es necesario coordinar esfuerzos en todos los renglones de la vida socioeconómica y política.

## Recomendaciones

La solución a los problemas de salud de los marginados es difícil dadas las características de la organización del sistema social capitalista y de la situación de crisis económica por la que atraviesa el país. Es factible mejorar solamente la prestación de los servicios dirigidos a preservarla, siempre y cuando estén apoyados por las instituciones y sectores que de alguna forma tienen injerencia en la elevación de los niveles de bienestar de la población.

Emprender la labor de mejorar los servicios requiere de la conjunción de varios elementos. Uno de éstos sería la voluntad política de la cual se partiría para involucrar en un plan a los diversos sectores de gobierno relacionados con el área.

El plan de Salud debe ser una acción de gobierno, estructurada en etapas continuas que se dirijan a alcanzar como meta elevar la calidad de los servicios. Donde se comprometa la participación responsable y coordinada de los sectores de gobierno que directa o indirectamente influyen en la situación de salud. Estos deben establecer programas tendientes a apoyar la labor de los servicios para lograr su efectividad.

Alcanzar este amplio compromiso político implica la formulación y puesta en práctica de políticas, estrategias y planes de ac-



ción a nivel nacionales y de carácter intersectorial.

Otro factor que es importante incluir es el apoyo de la opinión pública (asociaciones de profesionistas, especialistas en la materia, intelectuales y público en general) pues de su convencimiento depende la superación de las barreras ideológicas que pueden surgir. Las sugerencias y aportaciones que puedan ofrecer son una valiosa colaboración para orientar los planes y programas.

El auxilio de los medios masivos de comunicación es fundamental para concientizar y conformar una motivación de la que se desprenda una actitud y conducta adecuada tanto de la población como de los responsables de los programas hacia las actividades que desarrollen, cada uno en su nivel, para la conservación y mejoramiento de la salud. Para ello es necesario establecer intensas campañas a través de prensa, rotativos y revistas; emplear eficazmente las concesiones de los particulares de radio y televisión, las escuelas y centros de adiestramiento, de empleados y trabajadores y en general todos los elementos capaces de difundir mensajes sobre el cuidado de la salud y el uso y funcionamiento de los servicios.

Por otra parte, es indispensable la participación de la población en el diseño y ejecución de un programa de salud, pues ella

es quien conoce sus padecimientos y carencias y es la única que puede ayudar efectivamente a elevar su nivel de salud si se le organiza, educa y proporcionan los elementos con los cuales se puedan evitar o controlar los daños a la salud.

Para iniciar una labor de esta naturaleza se precisa una serie de acciones fundamentales como la agilización y reorganización de los sistemas de información, con el objeto de que aporten información veraz, oportuna y suficiente para el conocimiento y comprensión de la realidad de salud del país.

Es importante considerar la formación de grupos interdisciplinarios compuestos de especialistas en: medicina, política, psicología, sociología, ecología, antropología, economía, comunicación y otras, que en forma conjunta se aboquen a la tarea de formular un diagnóstico apegado a la realidad. Con ello se podrá determinar en forma precisa y objetiva cuáles son los factores políticos, sociales, culturales, educativos y otros que intervienen en el proceso salud enfermedad de la población marginada, cuáles son los indicadores asociados a éste y la calidad de vida relacionada con él, así como los que aportan datos sobre la presentación de la atención sanitaria<sup>98</sup>. Esto permitirá establecer las bases

---

<sup>98</sup>Por ejemplo, indicadores del crecimiento y el desarrollo indicadores del estado nutricional y tasas de morbilidad por causas específicas de nivel educativo y cultura, de la condición social de la mujer, de las condiciones de la vivienda y del medio.

para la investigación en el área, a fin de determinar una política de alternativas, estrategias y planes de acción, que surjan de conocimientos tanto teóricos como prácticos con el objeto de mostrar el nivel de salud de la población; o sea estamos hablando de la proyección de una planeación de salud propia en el sentido de concordancia con nuestra realidad.

Respecto a la infraestructura de salud, en los últimos años el primer nivel de atención se ha ajustado al programa de atención primaria a la salud. Se debe continuar con este modelo, siempre y cuando se establezcan los cambios y modificaciones que amerite el mismo para ajustarse a la situación económica y de salud nacional. Dichos ajustes serán efectuados a raíz de los resultados de la investigación en salud efectuada para orientar el programa de la misma.

Al asumir el gobierno la responsabilidad de ejecutar un programa destinado a mejorar los servicios de salud, debe llevar a cabo la coordinación de los servicios de salud y la reforma administrativa necesaria en los sectores correspondientes, para implantar dentro de éstos la responsabilidad de apoyar los esfuerzos que el sector salud efectúe.

Su competencia debe abarcar la planificación, la programación, la preparación de presupuestos, las finanzas, la vigilancia de

la aplicación, la evaluación, las investigaciones, la replanifi  
cación y los sistemas de información.

Estas recomendaciones pueden tomarse como un resumen de puntos  
abordados en múltiples proyectos y programas de salud posibles  
de ampliarse y mejorarse infinidad de veces.

La razón de retomarlos es enfatizar su importancia y asentar que  
no es sólo lo que se plasme en un documento lo que hará mejorar  
el nivel de salud de la población mexicana, sino la ejecución se  
ria y decidida de una voluntad política aunada a la concientiza  
ción, organización y orientación de la utilización de los servi-  
ción de la población en el cuidado de su salud.

**A N E X O**

Los indicadores empleados para medir el grado de marginalidad.

1. Bajos ingresos de la Población Económicamente Activa (PEA)
2. Subempleo
3. Población rural
4. Ocupación Agrícola
5. Incomunicación rural
6. Subconsumo de leche
7. Subconsumo de carne
8. Subconsumo de huevo
9. Analfabetismo
10. Población sin primaria
11. Mortalidad general
12. Mortalidad preescolar
13. Habitantes por médico
14. Vivienda sin agua entubada
15. Hacinamiento
16. Viviendas sin electricidad
17. Viviendas sin drenaje
18. No disponibilidad de radio ni T.V.
19. Población que no usa calzado<sup>99</sup>

Estos indicadores al ser manejados a través de un índice de marginación que se comporta en sentido directo al grado de la misma,

---

<sup>99</sup>COPLAMAR, op. cit. p. 30

es decir, a mayor valor del índice, mayor marginación y viceversa, pueden demostrar la situación de marginalidad que presenta el país, y que de acuerdo a sus resultados agruparla por estadios o niveles.

Fórmula del índice de marginación.

$$IMJ = \frac{19}{F_{pi}} \frac{\bar{X}_{iJ} - X_i}{N} \quad J=1 \dots N$$

En donde:

IMJ= Índice de marginación

$X_{iJ}$ = Valor del indicador i de la unidad geográfica J.

$\bar{X}$ = Valor de la medida del indicador i.

$d_i$ = Desviación estandar del indicador i.

FP= Factor de ponderación del indicador i

N= 32 en el caso de entidades, 12 para regiones, 1848 para los municipios y 111 zonas y núcleos marginados<sup>100</sup>.

---

<sup>100</sup>idem. p. 28

CUADRO NO. 1  
INDICES DE MARGINACION DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS AGRUPADAS  
POR NIVELES

ENTIDADES FEDERATIVAS	INDICE DE MARGINACION	NIVEL	GRADO DE MARGINACION
Oaxaca	24.95		
Chiapas	19.91		
Guerrero	13.14		
Hidalgo	12.82	10.00 y más	Muy alto
Tabasco	11.42		
Querétaro	10.48		
Puebla	10.23		
Tlaxcala	9.90		
Zacatecas	9.25		
San Luis Potosí	8.04		
Quintana Roo	5.80		
Yucatán	5.41	0.01 a 9.99	Alto
Michoacán	4.72		
Guanajuato	3.98		
Veracruz	3.55		
Nayarit	1.21		
Campeche	.28		
Durango	- .49		
Edo. de Méx.	-2.60		
Sinaloa	-3.44	-0.01 a 9.99	Medio
Morelos	-4.06		
Colima	-5.00		
Aguascalientes	-6.89		
Jalisco	-8.39		
Chihuahua	-10.04		
Baja California Sur	-10.63		
Tamaulipas	-11.04		
Coahuila	-11.72	-10.00 a 19.99	Medio Bajo
Sonora	-12.33		
Nuevo León	-19.68		
Baja California	-19.81		
Distrito Federal	-28.95	-20.00 y menos	Bajo

Fuente: Elaboración de COPLAMAR con bases en los 19 indicadores citados<sup>101</sup>.



CUADRO NUM. 2  
INDICES DE MARGINACION POR REGIONES AGRUPADAS POR NIVELES

REGIONES	INDICE DE MARGINACION	NIVELES	GRADO DE MARGINACION
1 <u>Pacifico Sur</u> Chiapas, Guerrero, Oaxaca.	22.70		
2 <u>Centro Este</u> Hidalgo, Puebla, Tlaxcala.	13.40	10.00 y más	Muy Alto
3 <u>Centro Norte</u> San Luis Potosí, Zacatecas.	10.38		
4 <u>Centro Occidente</u> Guanajuato, Michoacán, Querétaro.	6.80		
5 <u>Golfo Centro</u> Tabasco, Veracruz.	5.92	0.01 a 9.99	Alto
6 <u>Sureste</u> Campeche, Quintana Roo, Yucatán.	5.80		
7 <u>Pacifico Centro</u> Durango, Nayarit, Sinaloa.	-1.00		
8 <u>Centro</u> México, Morelos.	-1.06	0.01 a 9.99	Medio
9 <u>Occidente</u> Aguascalientes, Colima, Jalisco.	-6.66		
10 <u>Norte</u> Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas.	-13.07		
11 <u>Pacifico Norte</u> Baja California, Baja California Sur, Sonora.	-14.98	-10.00 a 19.99	Medio Bajo
12 <u>Distrito Federal</u> Ciudad de México, Delegaciones.	-28.22	-20.00 y menos	Bajo

Fuente: Elaboración de COPLAMAR con base en los 19 indicadores citados.<sup>102</sup>

<sup>102</sup> Idem. pág. 42.

CUADRO NUM. 3

## POBLACION EN ZONAS Y NUCLEOS MARGINADOS POR REGIONES Y ENTIDADES FEDERATIVAS.

Regiones y Entidades	Población Total	Población en Zonas y Núcleos Margina- dos.		(b)/(a) x 100 porcen- taje de población en zonas y núcleos margi- nados.
		Absolutos	Relativos	
	(a)	(b)		
<u>Total Nacional</u>	<u>48,225,238</u>	<u>14,830,400</u>	<u>100.0</u>	<u>30.8</u>
1 <u>Pacífico Sur</u>	<u>5,181,837</u>	<u>3,739,210</u>	<u>25.2</u>	<u>72.2</u>
Chiapas	1,569,053	1,193,053	8.0	76.0
Guerrero	1,597,360	977,012	6.6	61.2
Oaxaca	2,015,424	1,569,145	10.6	77.9
2 <u>Centro Este</u>	<u>4,122,709</u>	<u>2,656,284</u>	<u>17.9</u>	<u>64.4</u>
Hidalgo	1,193,845	760,823	5.1	63.7
Puebla	2,508,226	1,679,511	11.3	66.9
Tlaxcala	420,638	215,950	1.5	51.3
3 <u>Centro Norte</u>	<u>2,233,458</u>	<u>1,245,437</u>	<u>8.4</u>	<u>55.8</u>
San Luis Potosí	1,281,996	784,695	5.3	61.2
Zacatecas	951,462	460,742	3.1	48.4
4 <u>Centro Occidente</u>	<u>5,080,119</u>	<u>1,796,028</u>	<u>12.1</u>	<u>35.4</u>
Guanajuato	2,270,370	539,851	3.6	23.8
Michoacán	2,324,226	1,006,040	6.8	43.3
Querétaro	485,523	250,137	1.7	51.5
5 <u>Golfo Centro</u>	<u>4,583,749</u>	<u>2,090,126</u>	<u>14.0</u>	<u>45.6</u>
Tabasco	768,327	468,237	3.1	60.9
Veracruz	3,815,422	1,621,889	10.9	42.5
6 <u>Sureste</u>	<u>1,098,061</u>	<u>543,643</u>	<u>3.7</u>	<u>49.5</u>
Campeche	251,556	86,190	0.6	34.3
Quintana Roo	88,150	32,314	0.2	36.7
Yucatán	758,355	425,139	2.9	56.1
7 <u>Pacífico Centro</u>	<u>2,749,767</u>	<u>528,870</u>	<u>3.6</u>	<u>19.2</u>
Durango	939,208	222,630	1.5	23.7
Nayarit	544,031	86,604	0.6	15.9
Sinaloa	1,266,528	219,636	1.5	17.3
8 <u>Centro</u>	<u>4,449,304</u>	<u>1,146,312</u>	<u>7.7</u>	<u>25.8</u>
México	3,833,185	928,685	6.3	24.2
Morelos	616,119	217,627	1.4	35.3
9 <u>Occidente</u>	<u>3,875,881</u>	<u>436,454</u>	<u>2.9</u>	<u>11.3</u>
Aguaascalientes	338,142	27,984	0.2	8.3
Colima	241,153	19,930	0.1	8.3
Jalisco	3,296,586	388,540	2.6	11.8
10 <u>Norte</u>	<u>5,879,028</u>	<u>606,391</u>	<u>4.1</u>	<u>10.3</u>
Cochuila	1,114,956	27,860	0.2	2.5
Chihuahua	1,612,525	232,132	1.6	14.4
Nuevo León	1,694,689	119,934	0.8	7.1
Tamaulipas	1,456,858	226,465	1.5	15.5
11 <u>Pacífico Norte</u>	<u>2,097,160</u>	<u>41,645</u>	<u>0.3</u>	<u>2.0</u>
Baja California	870,421	-	-	-
Baja California Sur	128,019	-	-	-
Sonora	1,098,720	41,645	0.3	3.8
12 <u>Distrito Federal</u>	<u>6,874,165</u>	-	-	-

Fuente: Elaboración de COPLAMAR... 103

CUADRO NUM. 4

VALOR DE LOS INDICADORES SEGUN NIVELES DE MARGINACION EN EL NIVEL REGIONAL

164.

INDICADORES	NIVEL NACIONAL	Total de Zonas y Grupos Marginados	NIVELES DE MARGINACION				
			Muy alto	Alto	Medio	Medio Bajo	Bajo
<u>Indicadores Generales</u>							
Población Total	48,225,238	14,830,400	11,538,004	10,761,929	11,074,952	7,976,188	6,874,165
Población Rural	19,945,654	11,439,394	7,422,430	5,592,731	4,343,160	2,357,887	229,446
PEA Total	12,955,057	3,751,758	2,940,461	2,729,007	2,934,298	2,120,305	2,230,986
Viviendas Totales	8,286,369	2,573,207	2,022,704	1,833,224	1,816,625	1,394,397	1,219,419
Habitantes por Km <sup>2</sup>	24.5	17.6	26.8	31.6	34.6	9.1	4,585.8
<u>Indicadores para el cálculo de índice de Marginación.</u>							
1 Bajos Ingresos PEA (%)*	63.6	76.7	73.9	72.0	66.5	57.2	45.7
2 Subempleo (%)	19.0	21.4	17.9	17.6	22.5	21.5	15.8
3 Población Rural	41.4	77.1	63.3	51.9	39.7	29.5	3.4
4 Ocupación Agrícola (%)	39.4	74.4	62.7	53.6	38.6	29.7	2.2
5 Incomunicación Rural (%)	30.4	27.6	26.1	11.5	11.4	5.9	0.0
6 Subconsumo de leche (%)	43.3	73.2	67.5	54.9	41.1	29.4	17.0
7 Subconsumo de carne (%)	55.1	77.7	70.1	67.2	55.3	49.6	26.8
8 Subconsumo de huevo (%)	44.6	60.3	55.8	53.9	46.0	25.8	28.6
9 Analfabetismo (%)	23.7	40.3	35.5	31.8	21.7	12.6	9.1
10 Población sin primaria (%)	70.5	90.4	83.8	81.4	73.8	60.5	41.5
11 Mortalidad general (x 1000)	10.1	11.2	12.2	9.8	9.5	8.3	9.0
12 Mortalidad preescolar (x 1000)	10.8	17.5	17.9	11.5	9.2	5.8	5.7
13 Habitantes por médico	1347.0	6687.4	3125.1	2532.9	1740.4	1502.3	542.0
14 Viviendas sin agua entubada (%)	38.9	66.3	57.7	49.6	38.2	29.3	2.6
15 Hacinamiento	69.1	83.2	78.9	75.2	67.7	61.4	54.2
16 Viviendas sin electricidad (%)	41.1	72.0	61.9	51.6	39.7	30.5	5.3
17 Viviendas sin drenaje (%)	58.5	84.8	75.8	67.2	59.5	52.8	21.6
18 Población que no usa calzado (%)	6.8	16.5	16.2	8.8	2.7	1.4	0.5
19 Viviendas sin radio ni televisión (%)	22.4	39.4	37.0	27.1	18.6	13.9	6.4
<u>Índice de Marginación.</u>	-3.6	1.9	15.0	7.1	-3.8	-13.7	-28.2

Fuente: Elaboración de COPLAMAR ... 104

\* Menores al Salario Mínimo.

104 COPLAMAR... Op. Cit. pág. 43

Bibliografía

- Abel-Smith Brian y Leiserson, Alcira, Pobreza, Desarrollo y Políticas de Salud. Ed. OMS, Cuaderno de Salud Pública No. 69, Ginebra 1978.
- Bambirra, Vania, El capitalismo dependiente Latinoamericano. 2a ed. Siglo XXI editores, México 1975.
- Bustamante, Miguel, La Salud Pública en México 1959-1982, Secretaría de Salubridad y Asistencia. México 1982.
- Cardoso, F. H. y Faletto, Enzo, Dependencia y Desarrollo en América Latina, Ed. Siglo XXI editores 16a. edición, México, 1979.
- Celis, A. Nava J, "La Patología de la pobreza" en Revista del Hospital General, 33:31. México 1970.
- Comercio Exterior, Banco Nacional de Comercio Exterior, S.A. México, Julio de 1984, Vol. 34 no. 7.
- COPLAMAR, Necesidades Esenciales en México, Geografía de la marginación. Ed. Siglo XXI tomo 5, México, 1982.
- Espinosa Said, Graciela, Desarrollo histórico del concepto de marginalidad en América Latina, tesis, FCSP, UNAM, México.
- Flores de la Peña, Horacio, et. al. Bases para la Planeación Económica y Social de México, Ed. Siglo XXI editores, 10a. edición, 1965.

- Fundación Milk Bank Memorial, Ciencias Sociales y Planificación de la Salud, Cultura, Enfermedad y Servicios de Salud en Colombia.
- Gabinete del Sector Salud, Glosario de Términos Generales de Planificación de Salud, Secretariado Técnico.
- González Casanova, Pablo y Florescano, Enrique (compiladores) México, hoy, Siglo XXI editores México, 1980.
- Hansen, Roger D. La política del Desarrollo Mexicano, Siglo XXI, México, 1971.
- Harnecker, Martha, Los conceptos elementales del materialismo histórico. Ed. Siglo XXI, 48a. edición, México 1982.
- Hilleboe, E. Hernán, et. al. Método de Planificación Sanitaria Nacional, OPS, Ginebra, 1973.
- Jaguaribe, Helio, et. al. La dependencia político-económica de América Latina, Ed. Siglo XXI editores, México, 1972.
- Knos, E. G. La Epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud, Ed. Siglo XXI editores, México 1972.
- Kumate, J. et. al. La salud de los mexicanos y la medicina en México, Ed. Colegio Nacional, México, 1977.
- Lenin, V.I. El Imperialismo fase superior del Capitalismo. Ed. Lenguas Extranjeras, Pekín, 1978.
- Lenin, V.I. Una gran iniciativa. Obras escogidas, Ed. Lenguas Extranjeras.

- Limnitz, Larissa, Cómo sobreviven los marginados. Ed. Siglo XXI editores, 4a. edición, México 1980.
- López Acuña, Daniel, La salud desigual en México. Siglo XXI editores, México 1980.
- Marini, Ruy Mauro, Dialéctica de la Dependencia. 3a. ed. Ed. Era, México 1977. (serie popular No. 22)
- Marini, Ruy Mauro, Subdesarrollo y Revolución. 5a. ed. Siglo XXI editores, México 1980
- Marx, Carlos, El Capital, Tomo I. FCE, México 1974.
- Muñoz García, Humberto, et. al. "Migración y Marginalidad ocupacional en la Ciudad de México", en El perfil de México 1980. Ed. Siglo XXI, México 1980, Vol. III.
- Muñoz, Humberto, et. al. Migración y Desigualdad Social en la Ciudad de México, Ed. Siglo XXI editores México.
- Nava Uribe, Regina L.L., El Estado Mexicano frente a la Enfermedad, tesis. FCPS, UNAM México 1983.
- Pichardo Pagasa, Ignacio, 10 años de Planificación Administrativa Pública en México (ensayos) Ed. Instituto Nacional de Administración Pública.
- OPS, Metas de Salud en la Carta de Punta del Este, Ginebra 1962.
- OPS, Enfoque acerca del Proceso de Planificación de la Salud, Santiago de Chile, 1973.
- Organización Sanitaria Panamericana, El desarrollo de la Infraestructura de los servicios de salud frente

a la necesidad de la Extensión de Cobertura. Santiago de Chile, 1978.

Ortiz, Quezada, Federico, Vida y Muerte del Mexicano, Vol. 2 Ed. Folios Ediciones México, 1982.

OMS, Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la Salud para todos en el año 2000, 32a. Asamblea Mundial de la Salud, 1973.

OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Hunter College, New York, 1946.

OMS-UNICEF, Informe final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, Alma Ata, URSS, 1978.

Ramos Galván, R., "La desnutrición infantil en México, sus aspectos estadísticos, clínicos dietéticos y sociales" en Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. V. 1948.

Rojas Soriano, Raúl, Capitalismo y Enfermedad, Ed. Folios, México, 1982.

Rojas Soriano, Raúl, Guía para realizar Investigaciones Sociales, Ed. UNAM, FCPS, 5a. edición México 1980.

Ruiz, Alberto, La Marginalidad social, su problemática en la Ciudad de México, Ed. Deslinde, México.

San Martín, Hernán, Salud-Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1982.

Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística, X Censo General de Población y Vivienda. 1980.

Secretaría de la Presidencia, Programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria: IMSS-COPLAMAR México, 1979.

Secretaría de Programación y Presupuesto, Plan Global de Desarrollo, México, 1980.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, Plan Nacional de Salud 1974-1976. S.S.A. México, 1974.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, Boletín de Información Estadística No. 1 Instituto Nacional de Estadística geografía e Informática, S.P.P. S.S.A. 1984.