

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**ANALISIS SOCIOLOGICO DE LA POLITICA DE
EXTENSION DE COBERTURA DE SERVICIOS
DE SALUD EN MEXICO**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A N**

**CECILIA ROBLEDO VERA
ANA SANTAMARIA GALVAN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción.

1. Capitalismo y Salud Pública.
2. El proceso de dependencia de América Latina y su influencia en la Política de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud.
 - 2.1 La dependencia de América Latina y los Servicios de Salud.
 - 2.2 Los programas de Planificación para el Desarrollo y la Medicina Comunitaria.
3. Política de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud en México.
 - 3.1 Desarrollo de México a partir de la década de los cuarentas.
 - 3.2 El desarrollo de la Medicina Social a partir de la década de los cuarentas.
 - 3.3 La crisis de los setentas y el inicio de la recuperación.
 - 3.4 Repercusión de la crisis en los servicios de salud. Programas de extensión de cobertura.

Conclusiones.

Anexos.

Bibliografía.

INTRODUCCION

En el terreno de la Medicina Social y de la Salud Pública, en recientes fechas se he impulsado el interés por el estudio de múltiples factores relacionados con el proceso salud-enfermedad y el tratamiento médico, social e institucional que se da como respuesta a él.

Este trabajo constituye un primer intento de acercamiento a la comprensión de los factores económicos, políticos y sociales que en el marco del capitalismo nacional e internacional llevan a la conformación de los sistemas de salud, en particular del mexicano; así como de las modificaciones llevadas a cabo siempre en función de los intereses del capitalismo.

Partimos de que el proceso salud-enfermedad y la concepción que de él se tiene, se dan en relación a la época, a la sociedad y a las clases sociales que la componen, es decir, se ubica en un marco histórico-social específico, lo que tratamos de demostrar en forma breve. Ubicamos en el mismo contexto a las respuestas que se ofrecen en forma práctica a los diversos problemas de salud-enfermedad. Centramos específicamente la respuesta institucional como una forma de salvaguardar los intereses del Estado capitalista y, por ende, los de la clase social dominante ya que, el Estado asume las funciones de conciliador de los antagonismos que se generan al inte

rior de la sociedad que, basada en la explotación de una clase por otra, responde a los intereses del grupo en el poder. Para mantener los conflictos en el "límite del orden", el Estado utiliza la represión y la persuasión a través de sus diversos aparatos estatales; estos dos niveles son utilizados en forma alternativa o simultánea, según se presente la correlación de fuerzas económicas y políticas de las diferentes clases sociales.

Tomando en cuenta que la legitimidad del Estado depende de la representatividad que tenga frente a toda la sociedad, para ganar el consenso general se ve obligado a lanzar políticas de carácter popular que tiendan a contener las explosiones sociales y a garantizar la reproducción del sistema. Dentro de estas políticas ubicamos las relativas a la salud de la población.

Nos interesa analizar cómo el modelo de atención médica surgido en los países capitalistas hegemónicos se traslada a América Latina que, por sus condiciones de dependencia respecto de ellos, se ve impulsada a promover la salud de los hombres que sirven directamente a sus intereses económicos, de ahí que, conforme avanza este proceso de dependencia se expanden los perjuicios a la salud, sobre todo de la población que deja de lado como reserva en condiciones de total pobreza;

perjuicios que el modelo de atención médica capitalista se ve incapacitado para solucionar, pero a los que de alguna manera se les tiene que dar respuesta ya que representan un peligro potencial. Es por esto que se adoptan determinadas estrategias para la solución de sus problemas, como la práctica de la medicina comunitaria.

Por último veremos como en el caso de México, país capitalista dependiente no se da la excepción y la política de salud, en particular la que emerge de los años cuarentas, muestra claramente su correspondencia con factores económicos, políticos y sociales a nivel nacional e internacional, protegiendo en un primer momento, sobre todo a los trabajadores asalariados y posteriormente a las grandes mayorías que los servicios de salud han dejado de lado, para satisfacer tanto sus necesidades de estabilidad política como las que se derivan de sus compromisos económicos.

1. CAPITALISMO Y SALUD PÚBLICA.

Hablar de la política de extensión de cobertura de servicios de salud desde la perspectiva que nos brinda la sociología marxista, implica reconsiderar una serie de aspectos que, con fines de análisis, podemos ubicar ya sea en la estructura económica, o bien, en la superestructura ideológico-política de la sociedad capitalista.

En esta perspectiva, en el terreno de la medicina y del proceso salud-enfermedad, podemos hacer una división que comprende tres grandes esferas: el proceso salud-enfermedad, el saber médico y la práctica médica.

Dado que el centro de nuestra atención en este estudio lo constituye la "práctica médica" y en particular aquella que se dirige a la población más explotada económica y socialmente, pensamos que es conveniente aclarar someramente las características de las relaciones establecidas entre las otras esferas, mismas que en gran medida determinan a la práctica médica.

A lo largo de la historia, en todos los lugares del mundo han existido elementos o factores que han alterado el funcionamiento del organismo humano, ya sea en forma individual o bien en forma colectiva, a los que se han denominado "enfermedades". El hombre siempre ha buscado conocer los elementos -

que las producen, así como los medios para combatirlos y ha -
dado diversas interpretaciones y encontrado diversos remedios, por ejemplo, en la Civilización Azteca, el origen de las enfermedades se buscaba tanto en la voluntad divina, como en la relación de los hombres entre sí y con la naturaleza. Las cu raciones se llevaban a cabo a través de actos terapéuticos co mo sangrías, hierbas, hidroterapia, etc. y religiosos (1).

En la Edad Moderna, con el desarrollo de las ciencias, se ha buscado un conocimiento sistemático y exacto de los factores que causan las enfermedades, atendiendo a sus manifestaciones concretas; se investiga y se experimenta para encontrar los - medios que las puedan combatir más eficazmente.

En la época contemporánea asistimos a un momento en el que la ciencia se asienta como soberana en todos los ámbitos y, - en el terreno que nos interesa, se crean "teorías científicas" que siguen atendiendo a los fenómenos concretos que se mani-- fiestan en la realidad provocando la enfermedad y buscan cau- sas y soluciones por medios cada vez más sofisticados.

Es importante subrayar que tanto los conceptos de salud y de enfermedad, como el saber y la práctica derivados de ellos, están determinados en última instancia por la producción de -

(1) Ver: Sandoval A. Frimo A. "Medicina Náhuatl". Mimeo. Difusión Académica, Programa Introducción a la Universidad.

la vida material en épocas y lugares específicos. Por tanto, no podemos referirnos a la salud y a la enfermedad como partes de un proceso en el que intervienen exclusivamente factores biológicos, sino que está circunscrito a un contexto específico en el que observamos la dinámica de factores económicos, políticos, sociales e ideológicos.

Para entender mejor este planteamiento veamos lo siguiente: en el mundo capitalista actual existe una concepción dominante sobre la salud que ha sido elaborada por la Organización Mundial de la Salud: "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de dolencia o enfermedad" (2). Esta definición ha sido reflexionada y cuestionada en diferentes ámbitos, proponiendo algunos elementos complementarios o bien modificando su contenido a fin de adecuarlo más a la realidad. Aquí retomamos la modificación propuesta por Milton Terris quien parte de la consideración de que no se puede hablar de salud como un "estado absoluto" sino que se da en grados, mismos que se encuentran relacionados con dos aspectos, el subjetivo: "sentirse bien" y el objetivo: "la capacidad de funcionar" ya que, se puede estar enfermo sin sentir malestar alguno y por lo tanto tener la capacidad de funcionar. La definición que propone -

(2) Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. p. 12

es: "salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente ausencia de malestar o dolencia" (3).

Consideramos pues, que no es posible hablar de un estado de salud absoluta; es menester entender a la salud y a la enfermedad como partes dinámicas de un mismo proceso en el que la salud puede contener a la enfermedad y ésta a su vez provocar en los organismos una respuesta tendiente a la salud.

Por otra parte, consideramos a la enfermedad como alteración en el funcionamiento del organismo humano que afecta en mayor o menor medida al proceso mismo de la vida, provocada - por la interacción de elementos biológico-ecológicos (microorganismos, desnutrición, contaminación), por las condiciones de trabajo (riesgos profesionales) y por las condiciones de vida (vivienda, educación) en un momento histórico y lugar específicos.

"Para el hombre, la enfermedad no puede ser considerada ya como un fenómeno puramente biológico; son distintas según las épocas, las regiones del mundo y los estratos sociales. Probablemente constituyan uno de los espejos más fieles y más difícilmente eliminables del modo en que el hombre entra en relación con la naturaleza (de la que forma parte), por medio -

(3) Ferris, Milton. La revolución epidemiológica y la medicina social. p. 41

del trabajo, de la técnica y de la cultura, es decir, de relaciones determinadas y de adquisiciones científicas históricamente progresivas" (4).

De acuerdo a esta afirmación, entendemos el fenómeno salud-enfermedad como un proceso colectivo, en el que la pertenencia a una clase social condiciona la predominancia de ciertas patologías, así como las acciones que aquellos que tienen la responsabilidad de brindar los servicios lleven a cabo para la solución de los problemas de salud. Estas acciones dependen tanto de factores económicos, por ejemplo, la disponibilidad y administración de recursos; como de factores político-ideológicos relacionados con otras áreas, con la política adoptada en el mismo sector salud y con la concepción que de su quehacer tienen los que en él laboran. Es a esto a lo que ahora vamos a referirnos:

Como anteriormente mencionamos, ésta es la época del dominio de la Ciencia, misma que ha marcado los lineamientos del saber médico hasta constituirlo en la voz autorizada para determinar cuáles son los problemas de salud (que generalmente se plantean en base a criterios de funcionalidad y productividad) así como el modo de resolverlos, voz potente en tanto -

(4) Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política. p. 9

es respaldada por todo un aparato jurídico-político e ideológico al que a su vez resguarda. Este saber médico dominante ha venido correspondiendo al desarrollo de la sociedad capitalista que por un lado, crea las exigencias de salud de los hombres directamente afectados por un sistema de producción que los exprime y los enferma y, por otro, la obligación-necesidad del grupo que los domina de brindarles la atención que solicitan, a fin de sostener las condiciones necesarias para continuar la reproducción del sistema y evitar conflictos.

Por otra parte, este saber médico ha atendido fundamentalmente a los aspectos biológicos de la enfermedad desarrollando múltiples especialidades tanto en la investigación de factores causales, como en la terapéutica y ha subordinado a otros aspectos que son determinantes para comprender los procesos patológicos y sus soluciones en toda su dimensión.

Aquellos que detentan estos conocimientos enfrentan la problemática del proceso salud-enfermedad organizando una respuesta en forma de acción social, que es determinada por la estructura de la sociedad en la que se aplica y dirigida por el grupo que sustenta el poder, correspondiendo en alto grado a una serie de intereses económicos, políticos e ideológicos y no única ni primordialmente a las necesidades en materia de salud aunque parezca lo contrario.

Si volvemos los ojos a la historia de la práctica médica - institucional podremos constatar lo aquí expuesto:

En el transcurso de los siglos XVIII y XIX en los países de Europa Occidental se consolidó a mayor o menor ritmo el sistema capitalista, que pasó de la etapa de la producción manufacturera a la de producción industrial y que generó en su carrera la división cada vez más tajante entre las clases sociales, tanto por su posición al interior del proceso de producción, como por sus condiciones materiales de existencia, dando origen a las dos clases sociales fundamentales: la burguesía y el proletariado. Este proceso produjo cambios radicales en la estructura social que tuvieron consecuencias en la salud de la población, particularmente en la de aquéllos que, sujetos al mercado de la fuerza de trabajo, se vieron crecientemente explotados al interior de los centros de producción y orillados a sobrevivir en condiciones miserables, carentes de una adecuada infraestructura de servicios; todo ello provocó una serie de enfermedades que afectaron de manera colectiva, ya sea atacando únicamente a este grupo más débil, o bien, transmitiéndose a toda la comunidad. Ante la existencia de éstas y la necesidad de erradicarlas, se observó el proceso de cientificación de los conocimientos médicos, basado en gran medida en la facilidad de experimentar en las clínicas y hospitales, práctica que a partir de la segunda -

mitad del siglo XIX entró en auge y condujo a niveles de espe-
cialización y de sofisticación tecnológica cada vez más altos,
tal como lo podemos apreciar en nuestros días. Por otra par-
te, a finales del siglo XVIII cuando en Francia se debatía so-
bre los derechos humanos, surgió una posición respecto a la -
práctica de la medicina que señaló los cuidados necesarios pa-
ra la obtención de la salud colectiva. Se pensaba que el Es-
tado era quien debía promover estos cuidados como una de sus
principales responsabilidades mediante la práctica de una po-
lítica médica que tendiera a la prevención y al control colec-
tivo de las enfermedades. Tomemos como ejemplo uno de los -
proyectos presentados por Mathieu Géraud al comienzo de la Re-
volución Francesa, que proponía que se creara un Tribunal de -
Salubridad en el que al lado del Judicial haría falta un Eje-
cutivo que tendría "la alta y grande policía sobre todas -
las ramas de la Salubridad". Prescribiría los libros que se -
deberían leer y las obras que se deberían redactar; señalaría,
según las informaciones recibidas, los cuidados que se debe--
rían prestar a las enfermedades que reinaren; publicaría, se-
gún investigaciones hechas bajo su control, o en trabajos ex-
tranjeros lo que debería ser considerado como la práctica ilu-
minada " (5).

(5) Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica. pp. 54-55

Fue entonces cuando se planteó una vigilancia constante de los médicos en el campo, que habrían de llevar un control estadístico estricto, registrando nacimientos y decesos (mencionando las enfermedades, el tipo de vida, la causa de la muerte), así como lo referente a las condiciones de "la topografía de la región, las habitaciones, las personas, las pasiones dominantes, el vestido, la constitución atmosférica, los productos del suelo, el tiempo de su perfecta madurez y de su cosecha, así como la educación física y moral de los habitantes de la comarca" (6). Además se pedía que la conciencia de cada individuo estuviera médicamente alerta, que cada ciudadana no estuviera informada sobre las cuestiones médicas esenciales y que los médicos por su parte, procuraran las enseñanzas que evitaran la propagación de la enfermedad.

Por la misma época en Alemania, el médico Johann Peter -- Frank publicó su obra "Sistema de una política médica integral" cuyo pensamiento central es: "La política médica, como ciencia de la política en general, es un arte de la prevención, una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de las dañosas consecuencias del hacinamiento; es, en especial, un arte que alienta el bienestar corporal para que, sin sufrir un exceso -

(6) Foucault, Michel. Ibid. p. 55

de males físicos, los seres humanos puedan demorar lo más posible el momento fatal en que, por fin, deben morir" (7).

La idea de Frank era impulsar a la salud por medio del Estado que se encargaría de legislar y de hacer cumplir las leyes sanitarias. El Estado de entonces, necesitaba tanto gente como recursos económicos para apoyar la producción agrícola, el desarrollo de las industrias y el ejército que le respaldaría, por ello era importante la lucha por la salud del pueblo y nada mejor para lograrla que la política médica propuesta por Frank, que en Alemania y en otros países europeos ejerció gran influencia, al exponer claramente las implicaciones sociales de las enfermedades de la época, al reconocer en la miseria la causa de muchas de ellas y al proponer medidas higiénicas y reformas en cuanto a la infraestructura sanitaria (agua potable, alcantarillado, etc.) que resultaban factibles de realizar para el Estado, garantizándole a la par, el apoyo del pueblo.

Este fue el período de apogeo de lo que se conoce como "política médica" (por su papel vigilante sobre las condiciones de vida colectiva), que tuvo diferentes modalidades en Inglaterra, Francia y Alemania.

En Inglaterra se usó fundamentalmente como un medio de evitar el deterioro de la fuerza de trabajo y de contener posi--

(7) Sigerist, Henry. Hitos en la historia de la Salud Pública.
p. 72

bles manifestaciones en contra del sistema ya imperante (medicina de la fuerza laboral). En Francia, el desarrollo de la medicina social estuvo aparejado al desenvolvimiento de la estructura urbana para prevenir las enfermedades que se producían como consecuencia de la insalubridad del ambiente (medicina urbana). En Alemania adoptó un carácter más paternalista, con vistas a instaurar sobre bases de "legitimación" el poder del Estado como institución que "vela por el interés general".

Con la "fiebre de producción" que trajo consigo la revolución industrial, los obreros se vieron cada vez más afectados en su salud sin respetar edades o sexos de manera tan agobiante, que no pudo pasar desapercibida a la opinión pública y varias personas en la primera mitad del siglo XIX en Francia e Inglaterra principalmente, presentaron informes sobre los daños causados en la salud de los trabajadores por las condiciones de trabajo que les eran impuestas "las primeras investigaciones orgánicas fueron las de Villermé (1826) sobre la mortalidad y grado de indigencia en los arrondissements de París. Después Bonaldon, D'Espine, Bertillon y otros que introdujeron las estadísticas por profesión más que por censo. En Inglaterra, Engels (1845) hace una encuesta sobre la situación de los trabajadores en las grandes concentraciones industria-

las, que estimula la iniciación de búsquedas estadísticas más cuidadosas durante los años posteriores" (8).

En Alemania (donde el proceso de industrialización había - sido más lento) poco antes de 1848, hubo un movimiento de reforma médica que partía de la concepción de la medicina como una "ciencia social", ya que, los médicos al estar en contacto con el pueblo, conocían su forma de vida con su problemática social y se convertían en sus defensores naturales, de ahí que en el programa que formularon en 1848, se reconocía el "deber del Estado de velar por el bienestar físico de todos - sus miembros, y en consecuencia su deber de adoptar provisiones para el fomento y conservación de la salud y para la normalización de las condiciones sanitarias alteradas" (9).

Se propuso al hospital como centro de las actividades médicas, exigiendo servicios médicos para los pobres y seguro de salud para los asalariados, que se financiaría con las contribuciones de éstos y con subsidios estatales. Además, en ese mismo año, S. Neumann fundamenta el derecho a la salud diciendo que "el propósito del Estado en ese momento era, como lo - declaraban las autoridades, proteger la propiedad privada individual y que, la mayoría de la población sólo contaba con -

(8) Berlinguer, Giovanni. Medicina y Política. pp. 15-16

(9) Sigerist, Henry. Ob. cit. p. 87

su fuerza de trabajo, la cual dependía por completo de su salud. En consecuencia, el Estado estaba obligado a proteger - la salud del pueblo" (10).

El programa no tuvo éxito, pero sembró el germen de las reivindicaciones de protección a los trabajadores que en 1883-1889 florecería con la creación de un sistema de seguridad social en el que se protegía de la enfermedad, de los accidentes industriales, de la vejez y de la invalidez, y marcaría el comienzo de la preocupación de otros Estados por la seguridad social.

Estos fueron momentos trascendentes para el desarrollo de la medicina social institucional. De ellos se desprenden las dos formas principales utilizadas actualmente por el Estado para brindar atención a la salud: la asistencia social y la seguridad social.

Volviendo al aspecto científico de la práctica médica, a partir de finales del siglo pasado, sobre todo en los países más industrializados (Inglaterra y Francia) se inició una etapa de avance constante en el que se daba impulso a la investigación mediante el uso de técnicas e instrumentos cada vez más complejos que pretendían el conocimiento detallado del funcionamiento del organismo humano y sus reacciones ante to-

(10) Idem.

do a uello que lo altera. Es preciso señalar que el interés por impulsar esta medicina se debe en gran medida al deseo de generar en forma dinámica y eficaz mayores tasas de ganancia en un menor tiempo, objetivo que se podrá lograr en tanto -- aquéllos que generan esa riqueza se encuentren sanos. Esto es, según el criterio capitalista de salud: se está sano en -- tanto se puede trabajar, aunque se puezcan algunas dolencias no perceptibles a simple vista.

De esta manera, se apoyó el área de investigación precisamente en lo que se refería a la "fisiología del trabajo" con el objeto de medir los fenómenos de utilización y desgaste de energéticos, de inventar métodos para reducir la fatiga y efectuar estudios cuantitativos de racionalización biológica. En cambio, para la producción agrícola tropical era indispensable investigar las formas de patología microbiana y parasitaria -- que mermaban la capacidad de producción del trabajador campesino (11).

El apoyo al que nos referimos se vió materializado en el sistema hospitalario, en los institutos de investigación y en el desarrollo de la industria químico-farmacéutica y de equipo médico, que no hubieran sido posibles sin el respaldo de grandes capitales que sólo la empresa privada podía ofrecer.

(11) Breilh, Jaime. "La medicina comunitaria, ¿Una nueva política médica?" en Rev. Mexicana de Sociología no. 64. p. 67

De tal forma que en 1910, la Fundación Carnegie financió un estudio cuyos resultados son conocidos con el nombre de "Reporte Flexner" que sienta las bases de la institucionalización de la medicina científica en los Estados Unidos, con el apoyo de grandes corporaciones, así como del aparato estatal. El interés por la medicina científica (por el papel que juega en la reproducción de la fuerza de trabajo) traspasó las fronteras y ejerció su influencia en todos los países capitalistas. Sin embargo, en su mismo desenvolvimiento, el uso de tecnología incrementó los costos de la atención, que por el mismo motivo tenía una cobertura restringida, la que en forma creciente dejaba de lado a la mayoría de la población, sobre todo en los países latinoamericanos, cuyos recursos para el sector salud eran menores que en Europa, Canadá y Estados Unidos.

Esta situación que priva hasta los años sesentas de este siglo, lleva a la búsqueda de formas de atención colectiva que resulten más "rentables" al Estado, ya que, si es difícil sostener al sistema hospitalario en las ciudades grandes, aún más difícil resulta llevarlo a quienes como los campesinos y los no esclavizados de los suburbios, carecen de toda clase de servicios médicos, pues el hacerlo implicaría una inversión por demás abundante al requerir de recursos materiales y de personal altamente especializado y costoso, que no resuelve

rían los problemas y, por otra parte, el no hacerlo implicaría el creciente deterioro de la salud y el descontento de la población desprotegida.

Se plantea entonces como alternativa impulsar el desarrollo de la "medicina comunitaria", pues tiene las características ideales para conseguir los fines perseguidos: es de bajos costos al requerir de personal con poca preparación, mínimo instrumental especializado, etc.; es capaz de mantener las condiciones básicas de salud para los sectores productivos sin alterar las relaciones de producción y sin sacrificar las inversiones a otros sectores más estimulantes al desarrollo del sistema, etc. Aquí de nuevo interviene en la historia de este proceso la acción del imperialismo americano que a su vez se ve afectado por la situación y realiza un nuevo estudio, - el "Reporte Carnegie" que señala las deficiencias del "Reporte Flexner" y "la necesidad de una complementación de medidas financieras, administrativas y educacionales por parte del Estado y universidades norteamericanas, tendientes a lograr una deselitización de la medicina" (12). Grandes corporaciones - han financiado el impulso a esta modalidad de práctica médica que en estos momentos tiene preponderancia en la política médica estatal de algunos países de Latinoamérica.

(12) Breilh, Jaime. Ob. cit. p. 72

2. EL PROCESO DE DEPENDENCIA DE AMÉRICA LATINA Y SU INFLUENCIA EN LA POLÍTICA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 LA DEPENDENCIA DE AMÉRICA LATINA Y LOS SERVICIOS DE SALUD

El modelo de desarrollo de América Latina ha estado ligado a las economías internacionales, el resultado: la dependencia económica que hoy la caracteriza, entendida 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" (13). En este contexto - los servicios de salud también han evolucionado de acuerdo a las exigencias del mercado exterior capitalista.

Durante el período que va del siglo XVI al XVIII, la colonización es el resultado para América Latina del proceso de - expansión de los países europeos. El flujo constante de metales preciosos, la explotación excesiva de los recursos humanos y naturales y los intercambios desiguales favorecieron a los países conquistadores impidiendo, a partir de este momento, que el desarrollo hacia el interior se desarrollara bajo una dinámica propia.

(13) Marini, Ruy Mauro. Dialéctica de la dependencia. p. 18

Las consecuencias de la colonización para la población americana se tradujeron en una sobreexplotación de la fuerza de trabajo, que aunada a las enfermedades epidémicas (viruela, sarampión, tifoidea, peste) introducidas por los europeos produjo un sorprendente decrecimiento poblacional, "en 1735 la población indígena estaba calculada entre 3.5 y 6 millones, para 1754 había descendido hasta 0.6 millones" (14).

La Conquista basada en la empresa militar, en el saqueo de las riquezas, en el despojo y repartimiento de tierras y en la eliminación de los indígenas, no consideraba necesaria una política de salud. En este período el único organismo encargado de regular las acciones médicas era el Tribunal de Protomedicato, que además se dedicaba a realizar estudios botánicos en la región y en caso de epidemias, el Ayuntamiento era el que se encargaba de dictar algunas medidas higiénicas. Los hospitales de beneficencia estaban a cargo de las órdenes religiosas y daban atención primaria a los indios, que no rebasaba los límites de la caridad ni era suficiente para atender a las necesidades de la población, pero en cambio promovió la lealtad a los españoles y la fe de los conquistados. En general, la mayoría de los indígenas siguió recurriendo a la práctica médica nativa, que al combinarse con elementos --

(14) Stanley J. y Stein, Barbara. La herencia colonial de América Latina. p. 60

cristianos reforzaron las prácticas mágico-religiosas.

A principios del siglo XIX, los movimientos de independencia se desencadenaron en los países latinoamericanos, las acciones estuvieron dirigidas a liberarse de la sujeción de España y Portugal aprovechando la crítica situación por la que atravesaban estos países bajo las presiones de Inglaterra y Francia y la agudización de los conflictos de clase al interior de América Latina.

El desarrollo industrial alcanzado por Inglaterra y extendido al resto del continente europeo, marcó nuevos mecanismos de incorporación al proceso de expansión del capitalismo. Inglaterra buscaba las materias primas necesarias y se dirigió a los centros productores de los países latinoamericanos, que se convirtieron de esta manera en exportadores de productos básicos, a la vez que en depositarios de capital extranjero. Esta nueva vinculación marcó los lineamientos en los que habría de basarse el desarrollo capitalista dependiente de América Latina.

En cuanto a los servicios de salud, la acción del Tribunal de Protomedicato perdura hasta mediados de ese siglo debido al proceso de estructuración de los nuevos Estados independientes que aún no intervienen en materia de salud.

El desarrollo alcanzado por el Capitalismo determina la participación del Estado en la creación y evolución de los servicios de salud; así pues, en los países en los que se produce un desarrollo temprano del capitalismo se crean primero los Departamentos de Sanidad (Argentina en 1880, Uruguay en 1895, Brasil en 1895-97). Durante este período, las acciones en materia de salud estaban destinadas a mantener sana a la población de las zonas productivas tanto agrícolas como mineras.

La agroexportación hacía necesario que la productividad se mantuviera y para ello era indispensable el control de las enfermedades tropicales que sufría la población y reducían los niveles de rendimiento. La sanidad en los puertos era tan importante que en ocasiones, padecimientos tales como la fiebre amarilla (Puerto de Veracruz) y la peste (varias partes de Perú), retrasaban el comercio internacional.

En las primeras décadas del siglo XX, el resto de los países latinoamericanos crearon sus departamentos de sanidad: Perú en 1903, Bolivia en 1906, Ecuador en 1908, Venezuela en 1911, Paraguay en 1917, Chile y Colombia en 1918. En el caso de los países centroamericanos y de Panamá, la intervención directa de los Estados Unidos los había convertido en verdaderos enclaves en donde el control de la salud pública -

estaba en manos de organismos norteamericanos.

Las actividades emprendidas por Inglaterra, por ejemplo, la creación de la escuela sobre Medicina Tropical constituyeron las bases de las acciones en salud pública que poco después iniciaron los Estados Unidos a través de las fundaciones.

A raíz de la Primera Guerra Mundial, las economías europeas se ven afectadas mientras la norteamericana gana terreno. Las tareas sanitarias se van intensificando cada vez más por parte de la Fundación Rockefeller, sobre todo en aquellos países en los que se encontraban sus inversiones, por ejemplo, en Venezuela "durante el período 1913-1929 las inversiones se aumentaron en un 5252.17%, y para 1934, el monto de dichas inversiones llegaba a 274 230 000 de dólares. Para ese año el capital monopolista extranjero controlaba no sólo la explotación petrolera, sino también la de oro, cobre y magnesio; las empresas de fuerza eléctrica, los tranvías y ferrocarriles, y las compañías telefónicas" (15).

La política de salud para este período enfatizó la lucha contra las enfermedades endémicas de la población rural, sobre todo de aquélla que estaba ligada al proceso de explotación petrolera.

(15) Castellanos Luis P. "Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela". Rev. Latinoamericana de Salud. p. 15

La creciente influencia económica de los Estados Unidos se consolida como resultado de la Segunda Guerra Mundial. El poder norteamericano desplaza definitivamente del mercado internacional a las economías europeas y sienta su hegemonía como potencia económica.

Como consecuencia de los desajustes producidos por la guerra, a nivel internacional se van modificando las condiciones del desarrollo económico de América Latina, la necesidad de manufacturas que no podían producir los Estados Unidos debido a que gran parte de sus recursos estaban destinados a la actividad bélica, propició las condiciones necesarias para el impulso del proceso de industrialización en Latinoamérica, al que se le conoce como "industrialización por sustitución de importaciones" y que "consiste en un aumento de la producción industrial a consecuencia de las restricciones a la capacidad para importar como resultado del deterioro de las importaciones; el proceso consistió simplemente en sustituir unos bienes importados por otros" (16).

Dadas las condiciones provenientes del exterior que facilitaron la industrialización, ésta no redujo la dependencia, sino que por el contrario, la agravó. Para llevar a cabo dicho proceso se requería de conocimientos tecnológicos, capacidad

(16) Stavenhagen, Rodolfo. "El futuro de América Latina: entre el subdesarrollo y la revolución". Rev. Mexicana de Sociología no. 64

administrativa, recursos humanos calificados, maquinaria y -- equipo e insumos y oportos financieras que los gobiernos loca les buscaron en el exterior a través de empréstitos a los Es tados y de las inversiones directas, que por un lado incremem taron la deuda externa y por otro, permitieron la penetración de las corporaciones transnacionales. El cuadro no. 3 permiti te ilustrar el aumento de 187 corporaciones en un lapso de 27 años.

El control que ejercen las corporaciones transnacionales - sobre los ramos más dinámicos de la economía determina que el destino de las ganancias favorezca a los países inversionis-- tas, en tanto que los países receptores ven limitada cada vez más su capacidad de decisión sobre su propio desarrollo.

En la década de los cuarentas la economía de los países la tinoamericanos se basaba fundamentalmente en la agricultura, sin embargo, se podían distinguir entre ellos algunos como - Argentina, México, Brasil y Venezuela en los que se había des arrollado un incipiente proceso industrial y contaban además con cierta infraestructura urbana que había de permitir que - la industrialización por sustitución de importaciones se pro dujera de una manera acelerada. Esta circunstancia, también había permitido la formación de una burguesía nacional y de - un Estado con proyectos nacionalistas que los protegió en cier

Operaciones de 187 Conglomerados Transnacionales norteamericanos
en América Latina (No. de empresas).

	1945	1950	1955	1960	1965	1967
Firmas norteamericanas con subsidiarias en A.L. (total)	93	113	143	179	185	182
Firmas n.a. con subsidiarias manufactureras	74	90	114	152	175	171
Firmas n.a. con subsidiarias no manufactureras	19	23	23	27	10	11
Subsidiarias de firmas norteamericanas en A.L. (total)	452	606	856	1341	1813	1924
Subsidiarias manufactureras	182	259	357	612	888	950
Subsidiarias comerciales	73	86	119	198	238	233
Subsidiarias extractivas	35	38	43	57	54	56
Otras subsidiarias	70	98	166	246	308	338
Subsidiarias de actividades desconocidas	92	125	171	228	325	347

Fuente: Vapuel, J.W. and Curhan, Joanp.^r The Making of Multinational Enterprise, Boston, 1969. Harvard University Graduate School of Business Administration.
citado en: Sunkel, Osvaldo. Capitalismo transnacional y desintegración nacional en América Latina. pp. 62-63.

ta medida respecto del exterior y les confirió una autonomía relativa para negociar; en cambio, en los países en los que predominaba la clase terrateniente, el proceso de industrialización quedó en manos del capital extranjero. En cualquiera de los dos casos, el resultado del desarrollo industrial por sustitución de importaciones fue la agudización de la dependencia económica, que se tradujo en dependencia política.

En esta etapa se presenció una reorientación en las políticas de salud. La industria requirió para su funcionamiento la incorporación de grandes sectores de la población, lo que dió origen a la formación de un proletariado que para cumplir con su papel de generador de plusvalía necesitaba estar sano; fue entonces que la seguridad social tomó cuerpo en las políticas estatales. Los centros hospitalarios y de medicina preventiva debían ser accesibles a los trabajadores. El objetivo primordial fue la protección de la fuerza de trabajo.

"En Uruguay, Cuba y Argentina se establecieron las primeras cajas de seguridad, posteriormente en 1935 aparecieron regímenes que incluían de manera general la maternidad, la enfermedad, la cobertura de los riesgos profesionales y de otras contingencias (Bolivia, Ecuador, Costa Rica, Colombia y México). En 1950 los Institutos de Seguridad Social se establecieron en el resto de los países de América Latina" (17).

(17) Sandoval, Primo A. y González de León, D. "Seguridad social y capitalismo". Depto de Medicina Preventiva y Social.

El impulso de la seguridad social orientada por el modelo médico capitalista fomentó entre otras cosas, la dinamización de la industria químico-farmacéutica (IQF) que ofreció un campo abierto para la penetración de los monopolios extranjeros en esta rama, así para 1970 "las subsidiarias de estas empresas (en su mayoría norteamericanas) controlaban el 80% del mercado brasileño, el 85% del venezolano; el 80% del mexicano y el 65% del argentino" (18).

El carácter monopolístico de la IQF se distingue por el elevado grado de concentración de la producción y por su capacidad de imponer los precios en el mercado -que generalmente son mucho más elevados que el valor real de los productos- por lo que sus ganancias son excesivas. Además, la comercialización de los productos requiere de la inversión de grandes cantidades en publicidad (la IQF es una de las que más gasta en este rubro) dirigida sobre todo a los médicos que son la vía directa para inducir el consumo de los medicamentos, lo que a su vez fomenta el carácter curativo de la práctica médica.

Otro aspecto que hay que destacar es que el "crecimiento económico que resulta del proceso de industrialización, se contraponen a la existencia en la década de los setentas, de más de 100 millones de personas de la población total de Amé-

(18) Gómezjara, F. "Fábricas y supermercados de salud" en Medicina ¿para quién? p. 196

rica Latina, que padecen las consecuencias del desempleo, el subempleo, la desnutrición, las enfermedades endémicas y epidémicas, el analfabetismo y la falta de vivienda y atención médica, que muestran la agudización de las condiciones de desigualdad en que se ha desarrollado el proceso económico" (19).

Las características específicas de esta situación se originan como veremos enseguida:

El grado de concentración y control de la tierra por las oligarquías rurales que acaparan los beneficios de la producción agrícola en contraposición con un campesinado pobre, despojados de sus tierras o dotados de ellas a través de Reformas Agrarias emprendidas por algunos Estados latinoamericanos como una medida para "promover el desarrollo económico-social", pero que son de baja o nula productividad, traen como resultado el deterioro paulatino de las condiciones de vida del grueso de la población rural, que se ve obligada a contratarse como trabajador asalariado en los grandes latifundios a la vez que la modernización introducida en el campo reduce las posibilidades de contratación, por lo que este mano de obra se ve impulsado a las ciudades en busca de trabajo y mejores condiciones de vida, ilusión que se desmorona al llegar a las urbes y encontrarse con la incapacidad de la industria de absorber

(19) Barreiro, Julio. Los molinos de ira. p. 100

a la creciente oferta de trabajo, de tal forma que los migrantes pasan a engrosar las filas de desempleados y subempleados, conformando los cinturones de miseria alrededor de las ciudades que constantemente se van multiplicando. "Las características de esta población pueden resumirse de acuerdo a su marginación de las diferentes esferas de la vida: la producción, la educación, la política, la seguridad social, la protección a la salud y en fin a todo el conjunto de servicios" (20).

Stavenhagen plantea a la marginalidad como "resultado de - la polarización creciente de la estructura agraria, así como la incapacidad del sector industrial de absorber mano de obra con suficiente rapidez; la marginalidad estructural revela - también el problema del desempleo y el subempleo la marginalidad no tiende a desaparecer cuanto más crezcan - las economías en el marco de las estructuras sociopolíticas - actuales tanto mayor será la marginalidad" (21).

Los niveles de organización política que puedan alcanzar - estos sectores están determinados por el grado de conciencia que se genere hacia el interior de los propios grupos marginales y a su vinculación con los movimientos de trabajadores organizados; en este sentido se definirá el papel que tendrán en las relaciones de poder y la posición que asumirán los Es-

(20) Germani, Gino. El concepto de marginalidad. pp. 83-86

(21) Stavenhagen, Rodolfo. Ob. cit. p. 11

tados frente a la potencial amenaza que representan tanto para las burguesías nacionales como para las extranjeras, ante sus demandas de empleo, vivienda, alimentos y salud. La respuesta por parte de los Estados Nacionales en coordinación con organismos internacionales son los Programas de Planificación para el Desarrollo en los que se contempla a la medicina comunitaria como alternativa para la atención de la salud.

2.2 LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION PARA EL DESARROLLO Y LA MEDICINA COMUNITARIA

El Reporte Flexner, nacido en los Estados Unidos a principios de siglo, ha establecido las bases institucionales para el impulso de la medicina fincada en la ciencia y en la tecnología. Esta medicina requiere de la creación de centros hospitalarios y de investigación de alto costo para el sistema, solamente accesibles a un grupo reducido de la población (burguesía y clase media), dejando relativamente de lado a las grandes mayorías.

La difusión y propagación de este tipo de atención médica alcanza a los países de América Latina que, sujetas a la dinámica de las naciones desarrolladas y dependientes cultural y tecnológicamente de ellas -principalmente de Estados Unidos-, adoptan su modelo de atención para la salud, aún cuando los principales padecimientos de la población latinoamericana son la desnutrición, las enfermedades gastrointestinales, las respiratorias y otras, se invierten grandes sumas en el establecimiento de centros hospitalarios y de especialidades, de alta tecnología importada y por lo tanto cara, que no resuelven la patología mencionada y que resultan inaccesibles para las masas populares; más aún, esa estructura de morbilidad es abastecida sin inversiones directas a los servicios médicos. El cuadro no.2 nos permite ejemplificar la situación referida, en él se considera la distribución de médicos entre algunas

Cuadro no. 2

Porcentajes de distribución de médicos en algunas especialidades
en Estados Unidos y otros países latinoamericanos

País	Año	Medicina General	Salud Pública	Cirugía	Pediatría
Argentina	1969	8.5	-	26.7	8.6
Ecuador	1970	45.8	-	17.8	8.4
Paraguay	1971	8.2	0.7	15.2	8.0
Estados Unidos	1970	17.8	0.8	20.0	6.0
México (1)	1970	80.0	5.0	6.0	5.0

Fuente: Health Manpower in the Americas.
Departament of Human Pan America Health
Organization W.H.O. Washington, D.C. 1973

(1) SAN MARTIN, H. Salud-Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana
México. p. 582

' citado en: Navarro, Vicente. La medicina bajo el capitalismo.
ed. Grijalbo, España, 1978. p. 50

especialidades. Se observa que la Salud Pública cuenta con los más bajos porcentajes y que la medicina general a pesar de tener elevados porcentajes respecto a las otras especialidades, está inserta en el marco hospitalario.

La preponderancia que se da a esta práctica médica empieza a declinar en la década de los sesentas en que surgen una serie de conflictos en Estados Unidos en donde para 1965 "el desempleo total era de 4.6% y de los 76 millones de personas que componían la fuerza de trabajo total, de 25 a 30 millones trabajaban menos de un año y menos en el nivel de tiempo completo, es decir, eran obreros periféricos. Esta situación de desempleo se combina con la discriminación racial hacia negros, puertorriqueños y otras minorías étnicas en proporción en el sector periférico" (22) que por supuesto no tenían acceso a esta costosa medicina asistencial.

Así "frente a los costos en ascenso, la lenta e insuficiente oferta de servicios, la cobertura restringida y la conciencia popular golpeando al sistema" (23) es necesaria la creación de un nuevo tipo de medicina que permita extender la cobertura de servicios de salud a la población desprotegida. La medicina comunitaria surge como una medida de abaratamiento de los costos, la per que se proporcionan los mínimos ni

(22) Germani, Gino. Ob. cit. pp. 47-48

(23) Breilh, Jaime. Ob. cit. p. 17

veles de bienestar, como un medio para que el Estado y los hombres de negocios que en él participan alcancen un cierto grado de legitimidad, disminuida en ese periodo a raíz de las intervenciones en la guerra.

Con el propósito de hacer sentir partícipes del sistema económico y político a los grandes sectores de la población que estaban siendo cada vez más marginados y para reducir el creciente malestar, durante el gobierno de Kennedy se crean programas de desarrollo socioeconómico destinados a los pobres en los que la medicina comunitaria tiene un lugar importante.

En estos programas de Desarrollo participan las corporaciones monopólicas que tienen injerencia en el aparato gubernamental y que financian las acciones a través de las fundaciones, principalmente la Rockefeller y la Carnegie que a través del "Reporte Carnegie" introducen la concepción de la medicina comunitaria como alternativa para la atención popular.

El surgimiento y sorprendente desarrollo de las fundaciones en el presente siglo está estrechamente vinculado al auge económico que han tenido las grandes compañías; su participación en las artes, en las ciencias, en la medicina, en los medios de comunicación y en las universidades es cada vez más intenso, permitiendo a los grupos en el poder -cuyos miembros forman parte de los consejos directivos de las fundaciones-

asegurar el control de la sociedad en su conjunto. "... la retención del control es lo que explica en gran parte el surgimiento de las fundaciones familiares como rasgo dominante del escenario actual de las fundaciones. Individuos que han creado empresas que han tenido éxito y han visto engrosar su capital han tratado, en forma natural, de mantener el control en el seno de la familia. En consecuencia han establecido fundaciones familiares de caridad, han reducido sus impuestos, han gozado de la satisfacción de fomentar buenas obras y han retenido prácticamente todos los beneficios en dividendos de la propiedad..." (24). Las acciones filantrópicas de las fundaciones deben ser comprendidas, por tanto, en relación a los intereses económicos que representan, es decir, a los grupos monopólicos que controlan la economía norteamericana y cuyo propósito fundamental es el de obtener cada vez más ganancias.

Así pues, los programas de desarrollo económico se empiezan a promover en los países periféricos como una respuesta - por parte de la administración Kennedy a los movimientos revolucionarios que en la década de los cincuentas se habían desencadenado y que ponían en peligro la hegemonía de las potencias capitalistas. La nueva modalidad -que trataba de impedir la intervención militar directa, inconveniente después - del fracaso de la guerra fría- correspondía al carácter "lite

(24) Donhoff, William. ¿Quién gobierna los Estados Unidos?
p. 95

rol" que enarbó el Estado norteamericano en esta etapa; su función primordial consistía en prevenir la subversión partiendo del supuesto de que las tensiones se generan en las zonas de mayor pobreza lo que hace necesario "... desarrollar e implementar un modelo dinámico de sistemas sociales que permi-ten: a) identificar los indicadores de condiciones y tenden-cias sociales que de continuar presentes, probablemente condu-cirán a una guerra interna y b) determinar los probables efec-tos que ciertas medidas de parte de los gobiernos locales ee-jercen sobre los procesos sociales y culturales, para así con-trolar esas tendencias...." (25) y mantener el dominio sobre el área asegurando las condiciones de estabilidad para la ob-tención de los recursos naturales indispensables para su pro-pio desarrollo económico, como lo menciona Kolko "... la mayo-ría de las fuentes de abastecimiento se encuentran en los com-tinentes que están en revuelta y revolución. Más del 50% de la importación de hierro en 1960 provino de Venezuela y de 3 países latinoamericanos. Más de la mitad de las reservas de manganeso están en Rusia y China y más del resto en el Brasil, Gabón y Africa del Sur. Africa del Sur y Rodesia representan casi todas las reservas mundiales de romo. Cuba y Nueva Caledonia representan la mitad del níquel, China más de las dos

(25) Saxe-Fernández, J. De la Seguridad Nacional. p. 160

terceras partes de tungsteno; Chile y Rodesia, Congo y Perú mucho más de las dos terceras partes de cobre. Guyana tiene alrededor de seis veces las reservas norteamericanas de bauxita y China tres veces. Himalaya, Indonesia y Tailandia tienen las dos terceras partes de las reservas mundiales de estaño y Bolivia y Congo poseen la mayor parte del resto. Sólo el zinc y el plomo se encuentran en regiones estables desde el punto de vista norteamericano" (26).

Como vemos, la importancia estratégica de estas áreas geográficas las convierten en puntos de interés para Estados Unidos y es en muchas de ellas donde se encuentran las más grandes inversiones norteamericanas, ya sean directas o a través de las corporaciones transnacionales y en donde el "orden" es requisito indispensable para asegurar las relaciones de poder económico y político prevaletentes.

La creación de instituciones internacionales para financiar y promover los programas de desarrollo económico para los países dependientes (BID, FMI, BM, fundaciones, etc.) tienen como objetivo regular las relaciones entre ellas y los países "subdesarrollados" ocultando la participación abierta de los intereses de los Estados Unidos.

En América Latina, la Alianza para el Progreso (ALPRO) que

(26) Kolko, Gabriel. Las raíces de la política exterior norteamericana. p. 75

incluye los programas de desarrollo económico comunitario, se convierte en el mecanismo de "prevención" contra el malestar social.

Así pues, a partir de los años cincuenta se ha visto la - tendencia a impulsar a través de organismos internacionales - el desarrollo capitalista de los países latinoamericanos vía una política que busca "planificar para el desarrollo" y pretende motivar la participación conjunta del pueblo, de las - instituciones privadas y del Estado para la solución de los - múltiples problemas prevaletentes empleando como una de sus estrategias fundamentales la "organización de la comunidad" - inscrita en programas específicos de "desarrollo de la comu - dad" que deben lograr transformaciones sociales en forma racio - nal a un bajo costo social (inspirados en el método de plani - ficación utilizado en los países socialistas).

En el transcurso de la década de los sesenta, los teóri - cos de estos organismos internacionales incorporan las dimen - siones sociales y políticas al concepto de desarrollo que ha - ta entonces se había manejado, al considerarlo ya no solamen - te como el crecimiento del Producto Nacional Bruto (PNB) sino además como "los diversos cambios estructurales e institucio - nales y las transformaciones individuales y sociales que en - conjunto sustentan y elevan la capacidad de la sociedad y de

sus individuos para lograr niveles más altos de producción y - bienestar" (27).

En los años setentas se genera un plan de desarrollo que - insiste en que el proceso de cambio social debe ser racionali- zado y fija formalmente los siguientes objetivos:

- La incorporación de todos los sectores de la población a los procedimientos de producción y distribución de la riqueza.
- La participación popular en todas las tareas de organización y ejecución del desarrollo.
- La organización y el funcionamiento de los servicios refe-- rentes al bienestar social.

Se piensa que la población (en particular la marginada) de be participar a través de organismos formales -Estado o gru- por políticos o de carácter espontáneo- para llegar a la ace- leración del proceso de modernización, lo que facilitará la - movilidad social , la consolidación del nivel de bienestar so cial y respaldará una política económica en función de todos los sectores de la población.

Suponen que la participación de la comunidad combatirá el subdesarrollo y que según ellos, esto implica la falta de - participación popular, la ausencia de mecanismos para afron- tar la resistencia a este tipo de programas, la falta de apo- yo político y el drenaje de recursos vitales hacia fuentes no

(27) OMS. "El desarrollo de la infraestructura de los servi- cios de salud frente a la necesidad de la extensión de cobertura" p. 2

productivas. Sin embargo, se reconoce que en última instancia, la capacidad de decisión es privativa del Estado, pero se considera útil para la eficacia de las acciones perseguidas que la comunidad esté adecuadamente informada, que tenga la oportunidad de discutir los planes y que sus observaciones puedan influir en la determinación de los objetivos finales.

En base a esta política de planificación para el desarrollo se intenta la solución a los problemas que enfrentan los habitantes de los países dependientes. Se busca el camino que los conduzca a lograr su completo desarrollo como países capitalistas y para ello se ha encontrado la cómoda vía de implementar programas de "desarrollo de la comunidad" en los que se contempla como una área de atención prioritaria la de la salud, bajo las circunstancias que enseguida explicaremos:

Dada la situación de salud y de disposición de servicios de las poblaciones rurales y de los cinturones de miseria que existen en el Continente Americano, los gobiernos de la región en "compromiso solidario" establecieron como objetivo primordial extender la cobertura de servicios de salud a toda la población del Continente adoptando la estrategia de poner a su alcance servicios mínimos de salud interconectados con otros niveles de atención de complejidad creciente, dentro del contexto de sistemas nacionales de salud.

Para acordar tanto los objetivos como las metas que debían plantearse en la conformación de estos servicios, se crearon los "Planes decenales de salud para las Américas" en las reuniones de los ministros de salud de las Américas (1960, 1968 y 1970) en las que se hicieron balances de la situación de salud de los países del continente y se establecieron las metas a seguir, tratando fundamentalmente aspectos tales como:

- el estado de salud de la población
- las condiciones del medio ambiente que se asocian con los niveles de salud
- los recursos de personal y establecimientos
- las actividades de los servicios nacionales y locales de salud
- la utilización de asistencia médica.

Desde la segunda reunión de los ministros, sobre todo, se reconoce y enfatiza el carácter biológico-social de la enfermedad y por ende, la necesidad de la integración de la medicina con otras ciencias que permitan la resolución integral de los problemas que confluyen en el nivel de salud de la población y que obstaculizan su "desarrollo". La participación activa de la comunidad juega un papel preponderante.

Esta política de extensión de cobertura de los servicios de salud contempla cinco áreas prioritarias:

- reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades -
transmisibles
- atención materno-infantil activa y programada
- atención de los enfermos en un nivel primario y su referen-
cia sistemática
- reducción de la desnutrición proteico-calórica
- saneamiento básico del medio ambiente

que se integran a los programas nacionales de medicina comuni-
taria.

Más tarde, en septiembre de 1978 en la Conferencia sobre -
Atención Primaria a la Salud efectuada en Alma Ata, organiza-
da por la OMS y por el Fondo de las Naciones Unidas para la -
Infancia (UNICEF) en respuesta a la invitación del gobierno -
de la URSS se establecieron los lineamientos generales para -
la atención primaria a la salud como parte de los sistemas na-
cionales de asistencia sanitaria completa.

Ahí definen a la Atención Primaria a la Salud 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 comuni-
dad, mediante su plena participación y a un costo que la comu-
nidad y el país pueden soportar en cada una de las etapas de
desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autoce--

terminación" (28).

La atención primaria a la salud abarca los siguientes aspectos:

- promoción de una nutrición apropiada
- abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico
- la asistencia materno-infantil y planificación familiar
- 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
- tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- suministro de medicamentos esenciales.

Se recomienda la formación de personal técnico y profesional que pueda efectuar la atención a la salud con una clara convicción de servicio a la comunidad; también se considera pertinente la formación de equipos integrados por personal sanitario de la comunidad y por la participación de curanderos tradicionales y parteras empíricas.

(28) OMS-UNICEF. "Informe final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud". Alma Ata, URSS. 1978

Como hemos visto, la medicina comunitaria forma parte de los programas de desarrollo socioeconómico para los grupos marginados tanto hacia el interior de los Estados Unidos como hacia el exterior. El objetivo en el primer caso es el de recuperar la legitimidad frente a las masas populares y en el segundo, asegurar su dominio en zonas estratégicas "conflictivas" combinando las acciones pacíficas como la "ayuda externa" y los programas de desarrollo económico con las acciones militares.

La medicina comunitaria se presenta como una alternativa para disminuir los costos excesivos que implicaría utilizar la medicina científico-hospitalaria para la atención de los grupos populares y su adopción en América Latina constituye una política que asume a fin de satisfacer las demandas en materia de salud de la población desprotegida y como un mecanismo de reducción del gasto público.

3. POLITICA DE EXTENSION DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

3.1. DESARROLLO DE MEXICO A PARTIR DE LA DECADA DE LOS CUARENTAS

La crisis económica que estalla desde los inicios de la década de los setentas es el resultado del "agotamiento" del modelo de crecimiento económico mexicano desenvuelto en el marco del capitalismo dependiente. Este modelo despunta y adquiere sus matices esenciales a partir de la década de los cuarentas, como a continuación señalaremos.

Durante la Segunda Guerra Mundial la economía norteamericana concentró todas sus fuerzas en la producción masiva de material bélico, este hecho posibilitó y obligó a México a dirigir su entonces débil aparato productivo a la elaboración de bienes de consumo demandados por el mercado interno que no provendrían más de Estados Unidos.

Al finalizar la Guerra y con el reordenamiento de la economía mundial que la acompaña -que dispone la recuperación y crecimiento de los países capitalistas bajo la tutela norteamericana-, el desarrollo industrial mexicano se encuentra inerte en esta dinámica: producir bienes de consumo e importar bienes de capital. Esta es la lógica que rige el período de sustitución de importaciones al interior del país, este modelo de sustitución de importaciones adquiere las siguientes caracte-

terísticas: ante la necesidad de producir satisfactorios y bienes de consumo duradero , se abre la posibilidad para un crecimiento industrial acelerado, como se muestra en el cuadro no. 3.

El proceso de acumulación nacional inició una etapa de crecimiento en el sector industrial y en la producción agrícola, pero la imposición de una producción de bienes suntuarios supeditada a los intereses de los países imperialistas no lograron fortalecer a la industria nacional. La clase trabajadora se vio cada vez más incapacitada para adquirir estos productos debido a los bajos salarios a los que la sometía la superexplotación del capital monopólico. Sólo la pequeña burguesía tenía la posibilidad de adquirirlos.

La rápida acumulación de capital se apoya en el deterioro absoluto de los salarios de los trabajadores de la industria, quienes se ven sometidos a la burocracia sindical incorporada al partido oficial (CTM,CNC) que convierte en mecanismos de contención y control vertical a aquellos que anteriormente fueron mecanismos de movilización popular. Además, el Estado apoyó la tendencia a la acumulación al llevar a cabo una política de amplia protección arancelaria, de estímulos fiscales y de bajo gravamen al capital que se tradujo en superganancias, ya en la década de los sesentas la economía mexicana se

Cuadro no. 3

Comportamiento de la Industria Mexicana por Ramas
1940 - 1950

(primera parte)

R A M A	1940		
	Núm. de establ.	Valor Producido	Personas ocupadas
Alimentaria	8 595	640	76 040
Textiles	1 060	519	84 057
Química	400	151	12 991
Gen. de electricidad	256	141	10 495
Fund. y manuf. art met.	459	138	37 810
Indumentaria y tocador	828	86	17 943
Tabaco	53	70	4 160
Artes gráficas, foto, cine	332	44	9 829
Papel	73	42	5 002
Construcción y materiales	193	39	9 860
Madera y muebles	374	38	11 392
Cuero y Pieles	174	27	3 125
Cerámica y vidrio	50	21	4 379
Aparatos y mat. eléctricos	36	7	857
Joyas y objetos de arte	14	2	339
Total	12 954	1 972	290 602

Cuadro no. 3

Comportamiento de la Industria Mexicana por Ramas

1940 - 1950

(segunda parte)

R A M A	1945		
	Núm. de establ.	Valor Producido	Personas ocupadas
Alimentaria	15 109	952	126 436
Textiles	2 103	827	115 692
Química	1 095	202	21 664
Gen. de electricidad	324	157	13 526
Fund. y manif. art. met.	2 224	173	36 241
Indumentaria y tocador	3 867	189	32 458
Tabaco	69	56	4 574
Artes gráficas, foto, cine	989	56	37 811
Papel	154	64	7 029
Construcción y materiales	1 096	73	21 694
Madera y muebles	1 682	82	26 757
Cuero y pieles	727	42	5 904
Cerámica y vidrio	176	28	7 873
Aparatos y mat. eléctricos	305	10	2 664
Joyas y objetos de arte	244	8	2 541
Total	30 606	2 919	475 461

Cuadro no. 3

Comportamiento de la Industria Mexicana por Ramas
1940 - 1950

(tercera parte)

R A M A	1950		
	Núm. de Establ.	Valor Producido	Personas Ocupadas
Alimentaria	29 790	1 677	174 274
Textiles	4 997	1 447	148 828
Química	2 389	541	39 414
Gen. de electricidad	883	566	16 608
Fun. y manif. sr. met.	7 206	593	65 770
Indumentaria y tocador	10 945	247	49 794
Tabaco	87	130	4 641
Artes gráficas, foto, cine	1 434	130	17 606
Papel	242	121	9 655
Construcción y materiales	3 135	384	88 914
Madera y muebles	6 101	217	43 391
Cuero y pieles	1 590	63	8 325
Cerámica y vidrio	1 011	55	11 476
Aparatos y mat. eléctricos	1 502	100	10 735
Joyas y objetos de arte	1 509	21	4 176
Total	73 336	6 292	698 611

Fuente: IV y V Censos Industriales de los Estados Unidos Mexicanos, 1940, 1950. Citado por Cabral Roberto - "Industrialización y Política económica" en Desarrollo y Crisis de la economía mexicana. FCE, México, 1981. p. 104

♦ Millones de pesos a precios de 1940.

encontraría en franco crecimiento rápido y sostenido, y enfrentando una tasa de inflación mínima.

Según la lógica del desarrollo que hemos señalado, este crecimiento incrementó la dependencia de la economía mexicana que no podía funcionar sin la maquinaria, refacciones y bienes de capital que provenían del exterior así pues, a mayor crecimiento mayor endeudamiento y dependencia del país. "Los créditos brutos del exterior se incrementaron en más del 100% entre 1960 y 1970, ascendiendo de 317 millones de dólares a 880 millones al fin del período. Además, en la medida en que la política fiscal ha permanecido prácticamente inmutable, buena parte del endeudamiento se orienta a cubrir las amortizaciones de la deuda previamente contraída, llegando a representar este concepto cerca del 64% (560 millones de dólares) del total de créditos contratados en 1970". (29)

Este desarrollo "estabilizador" o "sostenido" implicaba una serie de situaciones en diversos ámbitos de la política y de la economía del país como veremos ahora:

El sector agrícola, ya sea como minifundio, como pequeña explotación familiar, o bien como gran productor capitalista, respondió a las exigencias del capitalismo industrial, pro-

(29) Cordera Campos, Rolando. "Estado y desarrollo en el capitalismo tardío y subordinado: el caso de México, 1929-1970". p. 473

veyéndolo de divisas, de materias primas, alimentos y mano de obra".(30)

El dinamismo relativo de la oferta de productos agrícolas y el control sindical contribuyeron a la estabilidad interna de los precios, lo que dió mayor seguridad a las empresas monopolísticas para la planeación de sus operaciones de largo plazo.

La concentración de las ganancias producida por la situación mencionada, llevó a la expansión de la gran empresa y a la propensión al "consumo" por parte de los capitalistas y sectores de altos ingresos con la capacidad de adquirir lo que la gran empresa produce.

En todo este proceso se vió también el surgimiento y la expansión de los grupos medios al interior de la empresa, o bien, al servicio del Estado (tecno-burocracia) que manipulados por la ideología consumista se incorporaron al mercado de los monopolios.

La generalización del "consumismo", sobre todo en las ciudades, afectó a las clases explotadas y dió lugar a una brutal distorsión del consumo familiar proletario; por otra parte, "la creciente demanda de bienes de producción importados fue cubierta con las divisas producidas por la exportación

(30) Cordero Campos, R. et al. "La crisis económica: evolución y perspectivas" en México, hoy. p. 44

de productos agrícolas y por el turismo, y a medida que avanzó la década de los cincuentos, con endeudamiento externo e inversión extranjera directa, principalmente de origen norteamericano". (31) (Cuadros no. 4 y 5.)

El desarrollo del capitalismo industrial en México, al darse en un contexto internacional dominado por el capitalismo monopolístico, originó fenómenos concomitantes, los que de acuerdo con diversos autores (Cordera, Blanco, Ayala y otros) son:

- "El sector agrícola, debido a una permanente relación de intercambio desfavorable y a la baja tasa de inversión pública en el campo, sufrió una continua descapitalización, que afectó profundamente su crecimiento.
- "El crecimiento de los salarios que tuvo lugar en esta fase propició una mayor estratificación de los ingresos de los salarios urbanos, lo cual, unido a la creciente pobreza campesina y a la irrupción masiva de los marginados urbanos conformó una mayoría sumida en la pobreza frente a una minoría encumbrada en la riqueza. Como lo menciona Cordera ".....en 1950 las familias con más bajos ingresos, 50% del total, recibían el 19% del ingreso personal disponible, para 1963 sólo recibían el 16%; en el otro extremo, las fami-

(31) Cordera, R. et al. ob cit. p. 45

Cuadro no. 4

Composición sectorial de la Inversión Extranjera Directa, 1940-1974
(porcentajes)

	1940 ⁽¹⁾	1960 ⁽¹⁾	1970-1974 ⁽²⁾
Total	100.0	100.0	100.0
Agricultura	1.9	1.8	1.2
Minería	23.9	15.6	5.0
Sector Industrial	38.8	59.9	76.1
Petróleo	0.3	2.0	0.3
Manufacturas	7.1	55.7	75.5
Construcción	-	0.3	0.2
Electricidad	31.4	1.4	0.1
Comercio	3.5	18.1	14.9
Transportes	31.6	2.8	0.3
Otros	0.2	1.7	2.5

- Fuente:
- (1) Sepúlveda, Bernardo y Chumacero, Antonio. La inversión extranjera en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1977
 - (2) Banco de México. Información Económica, Sector Externo, cuaderno mensual, 17 de agosto de 1979, p. 32

Cuadro no. 5

Países de origen de la Inversión Extranjera 1970-1974
(porcentajes)

	Total	Sector Industria	Sector Manufacturero
Total	100.0	100.0	100.0
Estados Unidos	79.6	77.8	77.7
Canadá	2.0	2.0	2.0
Japón	1.2	1.2	1.3
Países europeos (1)	16.7	18.1	18.2
Otros	1.5	0.9	0.2

(1) incluye Alemania, España, Francia, Holanda, Inglaterra, Italia, Suecia y Suiza.

Fuente: Banco de México, S.A. Información Económica, Sector Externo. Cuaderno mensual, 17 de agosto de 1979, p.32

lias con más altos ingresos, el 20% del total, recibían en 1950 el 60% del ingreso personal disponible y, en 1963 cerca del 63% ". (32)

Debido al proteccionismo que favoreció a las industrias de consumo, nacionales y extranjeras, y al estímulo que se dió a la importación de bienes de capital, no se propició una mayor capacidad de exportación, ni tampoco la integración nacional de la industria. "Así, junto con la estructura y dinámica de la demanda ya mencionadas, se gestó por el lado de la oferta, un patrón de acumulación autolimitativo. Como resultado, la dependencia externa del proceso de inversión se hizo aún más férrea y la reproducción del sistema más vulnerable".(33)

- La tendencia a utilizar cada vez más los recursos financieros del exterior, reforzó y le dió impulso a la dependencia externa al incrementarse los pagos por intereses y la remisión de utilidades.
- La expansión acelerada del sistema financiero antes señalada fue directamente apoyada por el Estado, que se subordinó a los objetivos y necesidades de corto plazo de la acumulación privada y a los criterios dominantes de estabilidad financiera interna y externa a toda costa. El re-

(32) Corcera, Rolando. ob cit. p. 466

(33) Corcera, R. et al. ob cit. pp. 44-45

sultado fue el descuido progresivo de sectores estratégicos cuya expansión, por lo demás, era indispensable para la continuidad y estabilidad sostenidas de la forma de crecimiento adoptado. La ilustración más clara de esta política fue el rezago del sector agrícola (en especial de la agricultura de temporal) y de los energéticos (en especial del petróleo).

- La suma de estos resultados y su interrelación comenzó a expresarse en las erupciones políticas y sociales de 1968 y a partir de 1971 desemboca en la crisis económica más profunda del capitalismo mexicano'. (34)

(34) Cordera, R. et al. ob cit. p. 47

3.2. EL DESARROLLO DE LA MEDICINA SOCIAL A PARTIR DE LA DECADA DE LOS CUARENTAS.

Como hemos visto, a partir de la década de los cuarentas, el impulso a la industrialización de México fue sorprendente en comparación con el desarrollo anterior, la separación campo-ciudad se hizo más aguda al originarse un reacomodo demográfico que llevó a un abandono relativo del campo por la población que, o no se había visto favorecida por los beneficios de la Reforma Agraria Cardenista o buscaba nuevas perspectivas y migró a las ciudades a vencer su fuerza de trabajo, que precisamente requería la industria para su crecimiento; ello indujo a una creciente concentración demográfica en las ciudades en contraposición con la dispersión de la población campesina que fue rezagada de los beneficios del desarrollo acelerado, además de verse francamente afectada en su estructura económica y social.

Se dilucidaron así, los grupos de campesinos y trabajadores asalariados que en determinados momentos históricos han jugado papeles preponderantes en la economía y en la política del país. A partir de esta etapa (década de los cuarentas) es precisamente el proletariado quien por su creciente número y por su importancia como motor de la industrialización, es objeto de una atención especial por parte del Estado y de los empresarios capitalistas que deberán garantizar la reproducción y el mantenimiento de la fuerza de trabajo

en buenas condiciones para la extracción de plusvalía que re-
dituará en ganancias, la seguridad social será el mecanismo
de contención de reivindicaciones tales como el alza de sa-
larios; que por entonces se mantenían bajos para permitir la
acumulación de capital y, además, cumplirá un papel ideológi-
co al aparecer como concesión y no como una conquista de los
trabajadores, de ahí se desprende la urgencia de la creación
del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La creación del IMSS tuvo sus antecedentes a fines de la
década de los veinte, con la promoción de una reforma consti-
tucional que obligó a dictar leyes separadas en materia la-
boral y en materia de seguridad social obligatoria y que en
1913 se concretó en la Ley Federal de Trabajo que limitaría
su esfera a la protección contra accidentea y enfermedades
ocupacionales.

En 1936, el presidente Cárdenas aprobó el proyecto de Ley
del Seguro Social que se promulgó hasta 1943 con el General
Avila Camacho, que la define como un régimen de financiamien-
to tripartita: Estado, patrones y trabajadores.

En 1944 el IMSS inicia sus servicios en el Distrito Federal
y los extiende a las cuatro ciudades principales del país en
los siguientes dos años.

Fue hasta 1954 cuando se extendieron los servicios -que
antes sólo cubrían a los trabajadores urbanos- a pequeños

propietarios y ejidatarios, miembros de cooperativas de producción o asociaciones de crédito. De ahí en adelante se notará un incremento en la prestación de servicios de seguridad social dirigida principalmente a la protección de los sectores de trabajadores que son vitales para el fortalecimiento de la economía y de la política nacional, lo que consolida a la seguridad social como una de las formas de prestación de servicios médicos en la que el Estado participa más significativamente y a la que designa los recursos más abundantes.

Fero.....¿y el resto de la población, aquélla que permaneció en el campo sin seguridad social y la que en la ciudad tampoco la obtuvo?

A ella, hasta antes del sexenio de Lázaro Cárdenas, se le había atendido mediante la beneficencia pública y privada y en forma precaria por la promoción estatal de acciones de asistencia médico-social.

Precisamente en la etapa cardenista surgió la idea de que los servicios de salud y asistencia social debían ser una función obligatoria del Estado. Su política no se olvidó de las necesidades de los campesinos e inició acciones de atención a la salud mediante servicio social obligatorio de los pasantes de medicina y los servicios médico-sanitarios ejidales que en 1941 pasaron a ser servicios rurales cooperativos. Se

impulsaron también acciones para la integración de los pueblos indígenas que incluyen la prestación de servicios médicos y se creó la Secretaría de Asistencia Pública que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad Pública constituyendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que se encargaría de llevar a toda la población carente de ellos, los servicios básicos de salud mediante "una red hospitalaria dispensarios, centros de salud y consultorios, además de mantener campañas nacionales contra enfermedades transmisibles, presidir las Instituciones médicas descentralizadas, elaborar productos biológicos de interés comunitario, intervenir en todos los casos de desastres naturales, mantener escuelas para formar personal de salud y coordinar actividades de los pasantes de medicina". (35).

Desde entonces en la práctica esta Secretaría ha contado con recursos muy limitados para desarrollarse, lo que puede explicarse al tomar en cuenta que su atención se dirige a los grupos de baja o nula productividad por lo que también puede suponerse que es un instrumento para el reforzamiento del control del Estado sobre esta población, ya que constituye un canal de transmisión de la ideología dominante que fortifica la imagen paternalista del Estado.

(35) Kumate, J. et al. La salud de los mexicanos y la medicina cit. por Vargas, Virginia. Tesis, 1980

Sin embargo, como dice López Acuña "da la impresión de que la administración cardenista intentó echar a andar reformas sociales que alcanzaron el campo de la Salud Pública, como parte de una política de masas que...se vió rebasada por la dinámica de las fuerzas capitalistas del país y por las exigencias que éstas impusieron al modelo de desarrollo" (36).

En los dos sexenios siguientes fueron más las concesiones del Estado a particulares para favorecer la formación de capital y los gastos de la infraestructura, que las inversiones en favor del bienestar social.

A principios de los sesentas la estabilidad política se vió en peligro ante el estallamiento de conflictos sociales importantes como por ejemplo, el de los ferrocarrileros, el de los electricistas, el del magisterio y otros. La respuesta inmediata del Estado Mexicano ante ciertos conflictos fue la represión, en seguida, la concesión de demandas tales como el mejoramiento de los servicios de beneficio social cada vez más requeridos ante el crecimiento demográfico aparejado al relativo abandono en que se habían tenido los programas de bienestar social por los dos gobiernos anteriores. Así, en 1959-61 la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

(36) López Acuña, Daniel. La salud desigual del mexicano
p.216

para los trabajadores del Estado (ISSSTE), responde a las movilizaciones de los trabajadores al servicio del Estado; además de corresponder a la política sugerida por los acuerdos de la Alianza para el Progreso (ALPRO), implícitos en el "Plan de Acción Inmediata" que se formuló en 1962.

Aunque no se conformaron programas sanitario-asistenciales relevantes en las políticas generales del Estado, se incrementó la capacidad hospitalaria, habiendo inaugurado entre 1961 y 1964, 11 hospitales dependientes del IMSS, que en ese año contó con el 17% de la población total del país como derechohabiente y con el 10% de la población económicamente activa, cifra importante sobre todo si tomamos en cuenta que con las modificaciones a 26 artículos de la Ley del Seguro Social (en 1959) se facilitó la incorporación a esta institución de ejidatarios, pequeños agricultores y otros trabajadores del campo, lo que se tradujo en un incremento de su cobertura en el sector agrícola que pasó de incluir en 1958 a 27 886 personas a 277 632 en 1964 (37).

También en ese período se creó en la Secretaría de Salud y Asistencia el sistema de Atención Médica Escalonada con Centros de Salud tipo "A", "B" con o sin hospitalización y Centros de Salud tipo "C" que incrementen su número consi-

(37) IMSS. Memorias 1958-1964

derablemente: de 90 en total en 1959 pasan a 472 en 1964; también se incrementa el número de hospitales: de 238 en 1958 a 731 en 1964 (3B).

En esa misma etapa también se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI).

Se ve entonces que la creciente participación del Estado en la creación de Servicios Médicos en este período no es gratuita, sino que corresponde a su interés de mantener el control político para la paz social que peligraba en esos momentos (ISSSTE). Cabe además señalar que a pesar del incremento de servicios médicos, la inversión más importante se dirige a favorecer la operación del sistema hospitalario, que no corresponde a las necesidades que en primera instancia tiene la población ya que las acciones que se realizan son fundamentalmente de tipo personal, especializado, curativo y rehabilitatorio, dejando de lado los servicios no personales y los de tipo preventivo, que evitarían en gran medida los problemas que se resuelven en los hospitales; sin embargo, esto es comprensible dado que el modelo de atención hospitalario es importado de los países que imponen los criterios tanto de lo que debe considerarse como enfermedad (en base a la productividad) como el tratamiento que se le debe dar así como la

atención prioritaria a ciertos grupos.

Si tomamos en cuenta que esta modalidad de atención médica es de alto costo, nos preguntamos cómo es que el sistema pudo sufragar los gastos que implica su operación, lo que en parte nos podemos explicar con la introducción del internado médico rotatorio de pregrado a estudiantes de especialidad pasantes en servicio social, ya que, a diferencia de lo que ocurre con los médicos graduados, no establecen relaciones laborales formales con las instituciones, lo que para éstas significa no sólo la reducción de los costos, sino una mayor flexibilidad en cuanto a la ubicación de ese personal y la definición de sus condiciones de trabajo.

3.3 LA CRISIS DE LOS SETENTAS Y EL INICIO DE LA RECUPERACION

Como hemos expuesto, el desarrollo industrial sostenido por México a partir de los años cuarentas generó la crisis que se desarrolló desde el fin de los sesentas y que aún hoy pal-
pamos en cada una de las manifestaciones de la vida del país.

A continuación expondremos las características propias de esta crisis y los inicios de su recuperación para posteriormente, ver su repercusión en la política de salud adoptada a partir de entonces.

En la década de los setentas la tendencia al estancamiento con inflación acelerada es sin lugar a dudas la característica más general e inmediata que muestra la economía mexicana.

El rezago productivo del campo que había tenido sus primeras manifestaciones desde unos años antes, se transforma en una crisis profunda de producción de bienes básicos, el Producto Interno Bruto (PIB) agrícola se estanca durante 1970-73 y decrece a una tasa de casi 2% en el lapso 1974-77. La pérdida de la autosuficiencia alimentaria se agravó notoriamente y entre 1970-75 el consumo interno superó a la producción interna, medidos ambos en términos físicos. El problema es mayor si se considera que para algunos años los consumos disminuyen en términos absolutos como resultado del lento crecimiento del ingreso, al mismo tiempo que aumenta la población. En este período se presencia la crisis alimentaria a nivel

mundial, lo que influye en el crecimiento de los precios de los productos agropecuarios en el exterior y en el interior del país.

Esta dinámica de la inflación repercute en el sector industrial "que se veía sujeto a diversas presiones que impulsarían sus propios precios, con lo cual el fenómeno inflacionario se acelera y generaliza. Por una parte este sector recibiría un efecto directo en sus costos debido al aumento de los precios agropecuarios. En el caso de estos últimos, el efecto en los costos operó en una doble vía: por la compra de insumos de origen interno provenientes del sector primario y por la vía del aumento de los precios de los alimentos que, aunque con rezagos permanentes, impulsaban a los salarios industriales que en una alta proporción se destinan al consumo de sus productos. Ciertamente lo anterior fue resultado de una política salarial sostenida por el régimen de gobierno 1970-76, que decidió evitar que los salarios reales disminuyeran" (39).

El sector industrial mostró una gran ineficiencia para dinamizar su producción, sobre todo en la rama manufacturera que se enfrentó a la contracción del mercado y a la disminución de la inversión privada.

(39) Blanco, José. "El desarrollo de la crisis en México, 1970-1976" en Desarrollo y crisis de la economía mexicana. pp. 368-369

Las presiones en los costos y la ambición desmedida de ganancias de los capitalistas contribuyeron al crecimiento de los precios internos.

En lo que respecta a la deuda externa, en este período aumentó considerablemente. Mientras que en 1970 era de 4 262.0 millones de dólares, para 1976 se había incrementado a 19 600.2 millones como se aprecia enseguida:

Cuadro no. 6
Deuda externa del sector público
(millones de dólares)

1970	4 262.0
1971	4 545.8
1972	5 064.6
1973	7 070.4
1974	9 975.0
1975	14 266.4
1976	19 600.2

Fuente: SPP. Información económica y social básica. Vol. 1, núm. 4 y vol. 3, núm. 1

La profundización de la dependencia era evidente y el desequilibrio externo se presentaba manifiesto y aún alarmante desde la perspectiva de la política estabilizadora.

Las finanzas públicas se hallaban debilitadas y habían generado una dependencia creciente respecto al capital financiero nacional e internacional.

En 1973 la clase dominante (el gran capital industrial, comercial y bancario) mostró su franca oposición a la política del gobierno a la que juzgaron "populista y nacionalista" y por tanto, en contra de sus intereses de clase; ello ocasionó la disminución de la inversión privada y la remisión de capitales hacia el exterior.

En lo referente al gasto público, durante 1972 y 1973 predominó una política más expansiva.

Por su parte, la captación de la banca empezó a enfrentar dificultades crecientes: la dolarización del sistema bancario comenzaba a acelerarse. También comenzaba a crecer la desconfianza de los ahorradoree y a acelerarse la fuga de capitales, lo que se tradujo en el incremento de la deuda pública externa. Resumiendo, el cuadro económico que venía conformándose en 1973 (precios y déficit externo y fiscal acelerados) preparaba todo para la intervención de la política restrictiva.

De 1974 a 1976 se precipitó la crisis. El margen de acción del gobierno se redujo rápidamente y la austeridad alcanzó al gasto público.

Así, el aceleramiento del proceso inflacionario, el incre-

mento de los precios internos en desproporción con los del mercado internacional, el déficit en la cuenta corriente de la balanza de pagos en el exterior, la ineficacia de la inversión pública y la contracción de la inversión privada conatuyeron factores que antecedieron a la devaluación del peso en agosto de 1976, cercana al 100% con respecto al dólar.

Poco después de la devaluación se firmó un convenio de facilidad ampliada con el Fondo Monetario Internacional (FMI) que contemplaba la canalización de recursos financieros por 900 millones de dólares. El gobierno mexicano se tuvo que sujerter a las siguientes condiciones (40):

1. Disminuir el déficit del sector público del 8.2% en 1976 al 2.5% para 1979.
2. Que los salarios no aumentaran más allá del 10% en 1977.
3. Restringir el ritmo de crecimiento del medio circulante.
4. Buscar la eliminación gradual en cuenta corriente.
5. Limitar el incremento del empleo por parte del sector público en 2.0% máximo.

Como resultado del convenio en 1977 la recesión productiva y el desempleo se exacerbaron.

A partir de esta situación general se comprenden los pro--

(40) Ramírez Brun, R. "Política económica y empleo en México" en la Rev. Coyuntura no. 2. p. 57

blemas sociales acumulados que se manifestaron en un rápido aumento de la miseria de las mayorías y en el deterioro de las condiciones de vida de los sectores medios.

El desempleo y el subempleo se elevan considerablemente mientras que, tanto la concentración del ingreso, como la de la propiedad privada en el campo, en la industria, en la banca y en los servicios se acentuaban continuamente. "El 10% más pobre de la población vio deteriorada sistemáticamente su participación en la distribución del ingreso; en 1963 percibía el 1.6% del ingreso; en 1968, el 1.21% y para 1977, ese 10% (1 100 000 familias o 6.05 millones de personas aproximadamente) percibía el 1.08% del ingreso total" (41). Esa redistribución dejó fuera al 30% de la población más empobrecida.

En todo este contexto, es obvio el descontento de las mayorías afectadas, basta recordar que entre 1973 y 1974 se presentaron miles de emplazamientos a huelga en demanda de aumento salarial, lo que finalmente se resolvió después de una serie de fricciones entre el gobierno y las organizaciones patronales con un aumento real del 12.5%. De ahí en adelante se observó una política de ingresos tendiente a favorecer a los trabajadores organizados sindicalmente, aunque dentro de un marco altamente concentrado: "en 1968 el ingreso del 5% de

(41) Blanco, José. Ob. cit. p. 316

las familias más ricas era 44.88 veces más alto que el 10% de de las familias más pobres; para 1977 esa relación se elevó a 47.26 veces. En 1963 la proporción de familias con un ingreso inferior al ingreso medio nacional era del 70%, proporción que se mantuvo sin variación entre 1968 y 1977" (42).

En el sector agrícola la política emprendida por el Estado benefició la reproducción y modernización de las estructuras de dominación tradicionales (caciquismo) a la par que se aumentaba el deterioro de las condiciones de vida de la población campesina.

Las luchas campesinas se intensifican en los años 75 y 76 con la obtención de tierras como demanda principal, por ejemplo, las luchas por obtener la afectación de los latifundios en Sonora y Sinaloa por parte de campesinos sin tierra; En Chiapas, Veracruz y las Huastecas, en donde se defienden las tierras del avance de los ganaderos sobre terrenos productores de granos básicos, propiedad de las comunidades indígenas y ejidaterías.

La organización campesina también se dirige a desligarse del control sobre la producción que estaban ejerciendo los organismos estatales (Banrural, Aseguradora Hidalgo, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, CONASUFO) con

(42) Idem. p. 318.

el propósito de lograr que el Estado los apoye y no los subordine.

Los conflictos generalizados producen la erosión del consenso social y la pérdida de legitimidad del Estado que toma medidas para recuperarla a través de cierta "apertura democrática".

Dada la penuria con que se había llevado a cabo el proceso económico durante los primeros años de la década de los setentas con sus consecuencias sociales y políticas era indispensable el salir adelante, el recuperarse; justamente en 1976, cuando la crisis estalla más violentamente, se da el cambio de gobierno que tendrá que enfrentar la situación y plantear nuevas alternativas, mismas que más tarde se expusieron en una reforma económica que incluyó la participación de todos los sectores de la sociedad: la Alianza para la Producción, que se topa con las restricciones impuestas al Estado mexicano con la firma del convenio de facilidad ampliada del FMI que, como hemos dicho, establecía la reducción de la inversión pública, misma que se encontraba con el limitante de la estrechez de la inversión privada que en 1977 se disminuyó en un 40%, mientras que otro 47% retiró sus inversiones. Aunado a esto, el tope salarial para los trabajadores se mantuvo en un 10%, lo que aumentó el proceso inflacionario, incrementó el

desempleo y fomentó la distribución desigual del ingreso y las tensiones sociales.

El descubrimiento de nuevos yacimientos petrolíferos puso a México frente a nuevas perspectivas para su recuperación económica, recuperación que sería parcial al dedicar los mayores esfuerzos al impulso de la industria de hidrocarburos y a la producción de bienes de consumo duraderos; como lo señala Tello:

"La reanimación de la economía fue satisfecha primero mediante una mayor utilización de la capacidad instalada y la importación de equipos, materiales y materias primas. Sólo después se hicieron esfuerzos de inversión pública y privada para aumentar la base productiva del país. La expansión de la base productiva ha encontrado severos límites para continuar su desarrollo, los cuales no pueden ser resueltos por entero mediante una mayor importación. Así, han surgido numerosos cuellos de botella que frenan el crecimiento y presionan aún más las finanzas públicas y la balanza de pagos, a pesar de los cuantiosos recursos - fiscales y de divisas - que el auge petrolero ha proporcionado a la economía nacional. Ello ha provocado desde luego presiones inflacionarias adicionales que limitan y condicionan la recuperación. La crítica situación de las economías capitalistas desarrolladas occidentales

-a las cuales México está integrado- se suma a lo anterior"
(43).

De acuerdo a esta dinámica, el impulso que el petróleo da a la economía no soluciona las necesidades de las clases explotadas, a partir de ello, crece la necesidad de una "planeación integral del desarrollo" que más tarde se formula y se da a conocer en el "Plan Global de Desarrollo" que no sólo responde a los intereses nacionales sino que también se establece en función de los intereses de organismo internacionales como el FMI y el Banco Mundial (BM) que en la reunión efectuada en Washington en septiembre de 1978 toman en consideración la protesta de los países latinoamericanos en relación a la aplicación de las medidas de carácter técnico que han sido sugeridas por el FMI y que no contemplen los problemas sociales y políticos. Ante esto, la respuesta se da en los términos siguientes: "El Presidente del Banco Mundial recomendó a 57 países de ingresos medios como México, la aplicación de una firme reforma fiscal para que se amplíe y aumente el gasto público y advirtió que es urgente que los gobiernos desarrollen una acción inmediata para abatir la pobreza que impulsa, entre otras cosas, las presiones sociales" (44).

(43) Tello, Carlos. "Las utilidades, los precios y los salarios: los años recientes" en Desarrollo y crisis de la economía mexicana. pp. 749-750

(44) Ramírez Brun. Ob. cit. p. 58

El Plan Global de Desarrollo se diseñó como "una estrategia de desarrollo orientada a aumentar en forma permanente las fuentes de empleo productivo para la población mexicana y lograr que las mayorías accedan a la obtención de mínimos de bienestar en alimentación, salud, seguridad social, educación y vivienda, como un medio indispensable para alcanzar una más justa distribución del ingreso" (45). Se plantean cuatro objetivos (46):

1. Reafirmar y fortalecer la independencia de México como nación democrática, justa y libre en lo económico, lo político y lo cultural.
2. Proveer a la población de empleo y mínimos de bienestar, atendiendo con prioridad las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda.
3. Proveer un crecimiento alto, sostenido y eficiente.
4. Mejorar la distribución del ingreso entre las personas, los factores de producción y las regiones geográficas.

Estos objetivos se realizarán bajo los lineamientos de la Reforma Económica (Alianza Popular Nacional y Democrática para la Producción), la Reforma Política y la Administrativa.

Dentro del Plan se enfatiza la urgencia de cubrir las necesidades de la población marginada, que a lo largo del desarro

(45) SFF. Plan Global de Desarrollo 1980-1982. p. 3

(46) Idem. p.6

llo histórico del país ha sido la más afectada y que a raíz de la crisis aumentó su número considerablemente (en 1977, de los 23 millones de habitantes del área rural, 41% del total nacional, 10 millones se consideraban población marginal).

De ahí la creación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (CG-LAMAR) que engloba programas dirigidos a las regiones más pauperizadas con el propósito preciso de coordinar el gasto público ejercido a través de distintas dependencias con el fin de "lograr la incorporación al desarrollo del país y dotarle de un nivel apropiado de atención en alimentación, salud, vivienda y educación" (47).

Los resultados de la crisis han sido claramente evaluados por parte del Estado Mexicano; sin embargo "el retraso en la atención de las necesidades sociales es, por lo demás, irrecusable: la atención médica debe ser oportuna, las condiciones de salubridad deben estar presentes, la alimentación debe ser suficiente y continua, y la vivienda debe estar disponible, todo ello a riesgo de causar daños que en definitiva nos van a subvenir por más que se le exija en el futuro una alta prioridad a estas actividades" (48).

(47) SPP. Ob. cit. p. 47

(48) Tello, Carlos. Ob. cit. p. 750



3.4. REFERENCIA DE LA CRISIS EN LOS SERVICIOS DE SALUD PROGRAMAS DE EXTENSION DE COBERTURA

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, desde el inicio de la década de los setentas México atraviesa una crisis general del sistema que se traduce en pésimas condiciones económicas y sociales para las mayorías, que se materializan en la carencia de empleo, de vivienda adecuada, de alimentos, de servicios de salud, etc., estas condiciones se reflejan en su situación de salud que presenta un cuadro de morbi-mortalidad en el que prevalecen las enfermedades que caracterizan por su predominio a las sociedades en vías de desarrollo: estas, aquellas de origen infeccioso (vías respiratorias, padecimientos digestivos, etc.) agudizadas por una deficiente nutrición y combinadas -sobre todo en el proletariado- con los padecimientos del corazón, diferentes tipos de cáncer y todos los males que se relacionan con la inserción de este grupo a diferentes industrias y al proceso de urbanización. (Cuadro no. 7)

Si atendemos a las causas de mortalidad por grupos de edad nos encontramos que en la población infantil las predominantes son debidas a enfermedades infecciosas; mientras que para la población en edad productiva, entre 15 y 44 años, se derivan principalmente de los efectos producidos por su inserción en el mercado de trabajo, como los accidentes, las lesiones provocadas intencionalmente, enfermedades del corazón. (Cuadros no. 8 y 9).

Cuadro No. 7

Diez principales causas de muerte en México

1975

(Tasa por 100 000 habitantes)

Causas	Núm. de defunciones	Tasa
1.- Influenza y Neumonías	53 868	89.6
2.- Enteritis y Otras enfermedades <u>dia</u> <u>rréicas</u>	51 061	84.9
3.- Enfermedades del corazón	45 642	75.9
4.- Accidentes	27 140	45.1
5.- Causas de la <u>mor</u> <u>bilidad</u> y la <u>morta</u> <u>lidad</u> perinatales	21 765	36.2
6.- Tumores malignos	21 674	36.0
7.- Enfermedades ce- rebrovasculares	12 827	21.3
8.- Cirrosis <u>hépática</u>	12 236	20.3
9.- Lesiones en que se ignora si fueron - accidental o inten- cionalmente inflin- gidas	11 364	18.9
10.- Homicidios o lesio- nes provocadas in- tencionalmente por otras personas (intervención legal)	10 632	17.7

Fuente. Compendio de estadísticas vitales de México 1975,
SSA, 1978

Cuadro No. 9

Principales causas de morbi-mortalidad en el grupo de
15 a 24 y 25 a 44 años de edad en México. 1975

(tasa por 100 mil habitantes)

Causas	15 a 24 años (tasa)	25 a 44 años (tasa)
1. Accidentes	45.5	55.0
2. Lesiones en las que se ignora si fueron provocadas intencionalmente o accidentales inflingidas	21.5	27.4
3. Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas; intervención legal	20.1	36.7
4. Enfermedades del corazón	11.2	31.0
5. Influenzas y Neumonías	7.7	17.0
6. Cirrosis hepática	-	25.2

Fuente: elaboración propia en base a los datos proporcionados por el compendio de Estadísticas Vitales de México.

1975, SSA, México, 1976.

Cuadro no. 8

Principales causas de mortalidad infantil en México
1975

(tasa por 100 000 nacidos vivos registrados)

Causas	No. de defunciones	tasa	%
1 - Neumonías, influenza y otras enfermedades respiratorias	31 868	1311.5	26.8
2 - Enteritis y otras enfermedades diarreicas	28 376	1167.8	23.9
3 - Causas de mortalidad perinatal	20 985	863.7	17.6
4 - Anomalías congénitas	3 778	155.5	3.2
5 - Bronquitis, enfisema y asma	2 851	117.3	2.4
6 - Enfermedades del corazón	2 812	115.7	2.4
7 - Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	2 615	107.6	2.2
8 - Accidentes	1 596	65.7	1.3
9 - Meningitis	981	40.4	0.8
10 - Tétanos	750	30.9	0.6
11 - Todas las demás	22 356	920.0	18.8
Total	118 968	4 896.2	100.0

Fuente: SSA. Compendio de Estadísticas Vitales, 1975.

ante el panorama de necesidades de atención a la salud de las mayorías, se ha respondido de manera totalmente incongruente implementando prioritariamente una medicina con orientación importada de los centros hegemónicos política y económicamente heblando, cuyas características como hemos visto, la definen como dominante en relación a la que conocemos como medicina tradicional o popular llevada a cabo por curenderos, brujos, parteras, etc.; altamente costosa en comparación con los resultados que se obtienen, concentrada en pocas instituciones hospitalarias, en pocas lugares -sectores urbanos- dirigida especialmente a ciertos grupos sociales, monopolizada por grupos profesionales, individualista, curativa, mercantilista, etc.

La distribución de servicios es desigual en cuanto a tipo de recursos, a su calidad y al presupuesto asignado, según la importancia que tiene el grupo para el sistema; para 1979, 27 948 000 habitantes de la población total del país (aproximadamente 67 millones) eran derechohabientes de algún régimen de seguridad social (49); mientras que el resto de la población, cerca de 41 millones de mexicanos recurría a los servicios sociales (Secretaría de Salubridad y Asistencia, Desarrollo Integral de la Familia -DIF-, Departamento del Distrito Federal -DDF-) y a la medicina privada.

(49) SHF. Cuadernos de Informaciónoportuna del Sector Salud No. 2. México, 1980 p. 34

Se puede comprender que se deje de lado a los grupos que por su posición respecto al aparato productivo no son redituables, aunque este "dejar de lado" sea relativo, ya que, en los momentos en que estos grupos constituyen un peligro al luchar políticamente por sus reivindicaciones, entre otras cosas, se les controla mediante la concesión de servicios de salud.

Es precisamente en este contexto en el que queremos situar la explicación de la política de salud en México, que se inicia en la década de los setentas durante el régimen de Luis Echeverría, gobierno que como hemos visto, vive el desenvolvimiento de una etapa de crisis económica y social que tiene como una de sus consecuencias el deterioro de la salud de las mayorías, aunado a la insuficiente e ineficaz oferta de servicios. Es así como en 1973 se plantea la elaboración del primer Plan Nacional de Salud, que pretendía la integración de políticas y programas de todas las instituciones públicas de salud abarcando dos periodos: de 1974 a 1976 y de 1977 a 1983 y planteaba la implementación de 26 programas y 56 subprogramas que estuvieron alejados de la realidad ya que, como menciona López Acuña: "se careció de un modelo rector de atención a la salud en el país que orientara las metas adoptadas, las subordinara a objetivos generales sensatos y las adaptara a

las circunstancias regionales" (50). Este Plan, que técnicamente no correspondía a las necesidades de la población, políticamente respondió a los intereses del Estado.

Además, en congruencia con la política de salud promovida a nivel continental a raíz de la declaración de los Ministros de salud de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1968 y reafirmada en 1972, que hace patente la "preocupación de los gobiernos por los derechos de salud de sus pueblos" -mismos que manejan ideológicamente hasta con vertirlos en obligación del propio pueblo-, se pretende la extensión de cobertura de servicios de salud mediante la medicina comunitaria que tiene la capacidad de penetrar en aquellas regiones de difícil acceso y a muy bajos costos operativos. Se pretendía la expansión de la medicina en las zonas rurales al abrir diez mil plazas de médico comunitario por parte de la SSA y otras diez mil por el IMSS. De ahí que en 1973, se introdujeron modificaciones en la estructura interna de la Ley del Seguro Social, al implantar el programa de Solidaridad Social "A", que establece entre sus objetivos la atención médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria a 1 300 000 personas en 266 unidades médicas rurales y en las clínicas hospitalares de campo. Los sujetos de solidaridad social aportarían diez jornadas de trabajo anual en obras de be

(50) López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. p.22

neficio para la comunidad, mientras que los costos para el programa serían absorbidos por partes iguales entre el Gobierno Federal y el IMSS.

Así la implementación del programa correspondía a "la necesidad de extender los servicios de la seguridad social a los grupos marginados como una política que plantea una mejor distribución del ingreso nacional como expresión de justicia social y solidaridad colectiva" (51)

Según esas declaraciones oficiales, la extensión de la seguridad social al campo en un programa de solidaridad social, daría respuesta a las demandas en materia de salud de grandes grupos sociales que carecían de la posibilidad de participar en algún régimen de seguridad social y con la participación de la población a través de su trabajo, se evitaría darle al programa el carácter de beneficencia social.

Las movilizaciones campesinas que se extendían a lo largo del territorio nacional, provocadas por cuestiones relacionadas con la tenencia de la tierra o por problemas de empleo que llevaron al deterioro de las condiciones de vida y de salud, fueron en última instancia el motor que impulsó al Estado a extender la cobertura de los servicios de salud; por ejemplo, la extensión a la zona henequenera de Yucatán como

(51) IMSS. Ley del Seguro Social de 1973. "Exposición de motivos". México, 1977. p.43

una respuesta a la organización de los ejidatarios henequeneros que en 1975 tomaron Mérida para exigir aumento en los anticipos.

Se destinó entonces presupuesto para la formación de personal médico y técnico, mismo que más tarde es recortado al dirigirse los esfuerzos del gobierno al impulso de la "Alianza para la producción", lo que relacionado con la situación fiscal y la deuda pública obliga a un recorte en el gasto estatal sacrificándose aquellos gastos referentes a los servicios de salud de manera que la tasa de crecimiento del Programa de Solidaridad Social fue en descenso, pudiéndose observar que del 65% bajó al 0.1% en 1978 (52).

Durante el gobierno de López Portillo, el Plan Nacional de Salud es totalmente abandonado, oficialmente se reconoce su falta de concreción y de congruencia con la realidad. En los tres primeros años de gobierno se emprendieron pocas acciones de salud que no estuvieron enmarcadas en una política general de salud y de Seguridad Social.

En estos años se trabajó básicamente en función de siete programas: 1) Atención Preventiva; 2) Atención Curativa; 3) Capacitación de la población para la autoprotección de la salud 4) Saneamiento y mejoramiento del medio; 5) Formación y dese-

(52) Laurell, C. y Enriquez, E. "La política de salud en la crisis económica: 1976-1978" en la Rev. Territorios No. 2, p. 5

rollo de recursos humanos; 6) Investigación, Ciencia y Tecnología; 7) Producción de bienes.

A fines de 1977 fue aprobado el Plan Nacional de Planificación Familiar que incluye cinco objetivos generales y ocho estrategias básicas, además de un programa rural, uno urbano y tres de apoyo: educación, investigación biomédica e investigación social. Este programa reviste una importancia especial dado el hecho de que a partir de su inicio ha recibido un gran apoyo financiero (ha captado gran parte de los recursos destinados al sector salud) y político por parte del Estado, lo que no es sino una más de las manifestaciones de la manera en la que se intenta plegar el desarrollo de la Nación Mexicana a los intereses económicos y políticos extranjeros.

El crecimiento demográfico se ha acelerado en las últimas décadas, el control sobre la reproducción se constituye en un objetivo primordial, no sólo por parte del Estado Mexicano, sino también de los centros hegemónicos, principalmente de Estados Unidos que contemplan el peligro que reviste el crecimiento de la población y la reorientación en la distribución de la riqueza que implicaría la "explosión demográfica" y sus necesidades manifiestas.

En un informe sobre políticas de abastecimiento presentado al gobierno de Estados Unidos, queda claramente expuesta la

necesidad de los programas de control de la natalidad:

‘..... Estados Unidos cuenta con los recursos necesarios pero solamente si se puede confiar en los suministros del Tercer Mundo....el crecimiento de la población en los países del Tercer Mundo puede ejercer una "fuerte presión" sobre los recursos naturales disponibles’ (53).

A partir de lo anterior se puede entender el énfasis puesto en los programas de Planificación Familiar.

También se dió a conocer el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano (PEC) que pretendía ampliar la oferta de servicios de salud para cubrir aproximadamente a 28 millones de personas, habitantes de 13 666 localidades para 1982. La atención estaría a cargo de auxiliares de salud comunitaria principalmente mujeres de las mismas comunidades, formadas técnicamente por personal de la SSA, que recibirían un sueldo de 500 pesos mensuales (sin establecimiento de contrato) pagados a través de los Comités de Salud para evitar problemas y derechos laborales.

Casi simultáneamente empezó a operar el Programa Comunitario Rural (PCR), derivado de las proposiciones del Plan Nacional de Planificación Familiar. El esquema básico de este programa fue el adiestramiento de auxiliares comunitarios de Pla

(53) Barclay, W; Enright, J; Reynolds, R. "Control de la población en el Tercer Mundo" en Enfermedad y Sociedad. p.267

nificación Familiar coordinado en forma modular por una enfermera adiestrada especialmente. El resultado final fue la multiplicación de esfuerzos y recursos de los programas que actuaban simultáneamente sin coordinación alguna, por lo que más tarde, ante los descubrimientos experimentados, la SSA unificó el PEC y el PCR en el Programa de Salud Rural (PSR), pero no consiguió eliminar la incoordinación.

También en 1977 se planeó la implementación del Programa de Atención Primaria en áreas marginadas del Distrito Federal que llevaría atención médica primaria a través de la medicina comunitaria a una población de 672 UCO habitantes en un lapso de tres años para lo que se entrenó a personal médico, de enfermería y de trabajo social en cursos de dos meses para el manejo de siete programas básicos: 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 se ejecutarían en Centros Comunitarios de Salud construidos, prestados o donados por la propia comunidad y con equipos de la SSA hasta llegar a poner en marcha 224 Centros Comunitarios de Salud para 1980.

En 1978 la Secretaría de Programación y Presupuesto (SEP) dió a conocer el Programa de Acción del Sector Público para 1978-1982, que en el área de Salud y Seguridad Social propone

17 objetivos; entre los que tienen que ver con la salud están:

1) ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada; 2) proteger en particular a la niñez y a las mujeres; 3) promover las acciones preventivas mediante la vacunación, la educación higiénica, la Planificación Familiar y el saneamiento del ambiente.

Entre todos los proyectos mencionados hay dos elementos comunes: la preocupación por extender la cobertura de servicios de salud a la población marginada y la planificación familiar; sin embargo, ninguno de estos proyectos ha logrado cumplir con éxito los objetivos que se han propuesto, hecho que se deriva de razones tales como las que enseguida enumeraremos:

Los programas de salud son agregados de programas políticos sexenales que no guardan relación con las necesidades reales y sentidas de la población al carecer de un diagnóstico preciso que permita apreciar la situación de salud de las poblaciones a las que se dirigen.

Las acciones que se implementan parten de los esquemas manejados por la "medicina científica" emprendiendo fundamentalmente acciones curativas sin establecer una coordinación adecuada con instituciones tanto intra como extra sectoriales para la promoción de obras de infraestructura (alcantarillados, agua potable, mejoramiento de la vivienda, caminos, etc.)

que permitan mejorar ciertas condiciones que influyen en el estado de salud de la población.

Ante esta limitada capacidad de las instituciones de seguridad social y de salubridad y asistencia frente a una creciente población marginal, el Estado busca nuevos modelos de atención que permitan sufragar los rezagos, integrando las acciones de salud a las de otras instituciones que pretenden la mejoría de las condiciones económicas y sociales de esta población mediante el convenio IMSS-COPLAMAR establecido en mayo de 1979.

Este convenio constituye la continuación del Programa de Solidaridad Social "A", por lo que también se le conoce como Programa de Solidaridad Social de participación comunitaria O, sus objetivos pueden resumirse de la siguiente manera (54):

1. proporcionar asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a toda la población rural del país que constituye polos de marginación
2. crear una red nacional que refuerce la infraestructura sanitario-asistencial con disponibilidad de recursos materiales
3. desarrollo de los programas de Medicina Comunitaria

(54) Flores I., Gilberto. Manual de organización. Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios Médicos en Estado, campo y Solidaridad Social. México, 1978

Según el convenio (55), el IMSS participa en promover y fomentar la salud; programar los trabajos comunitarios, establecer el registro adecuado para incorporarlo a los informes de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COFLAMAR) .

La participación de COFLAMAR se centra en los siguientes puntos: promover, coordinar y acreditar los trabajos comunitarios de los sujetos de solidaridad social; procurar el apoyo de las otras dependencias en materia de programación, aportación de materiales, instrumentos de trabajo, ayuda alimenticia, recursos económicos, etc.

La comunidad a cambio de los servicios deberá contribuir con diez jornadas de trabajo anual que son acreditadas de acuerdo a su participación, no sólo en las actividades que establece la unidad médica rural (UMR), sino también en los programas de las demás dependencias que forman parte de la Coordinación (Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, Gobiernos de los Estados, etc.)

Para proporcionar los servicios, se proyectó la construcción de 1798 UMR y 24 Clínicas Hospitalares de Campo (CHC) que aunadas a las 110 UMR y a las 28 CHC del programa de Solidaridad

(55) Secretaría de la Presidencia. Programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria: IMSS-COFLAMAR. México, 1979. pp. 2 y 4

Social A serían en total 2104 UMR y 52 CHC distribuidas en 1017 municipios con una cobertura de 21 406 localidades rurales y con población de 11 840 000 personas beneficiadas.

Las bases del programa son:

- Construir una infraestructura de atención médica a nivel primario
- Proporcionar acciones curativas
- Énfasis en la promoción y protección de la salud
- Apoyo de atención médica-quirúrgica a nivel secundario en casos de mayor riesgo
- Participación organizada de la población y capacitación
- Ampliación del ámbito de cobertura de los servicios de solidaridad social
- Consolidación de un sistema de cooperación comunitaria

En la Unidad Médica Rural, se proporcionan los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Asistencia farmacéutica
- Atención materno-infantil y planificación familiar
- Educación para la salud
- Orientación Nutricional
- Inmunizaciones
- Control de enfermedades transmisibles.

En las Clínicas Hospitales de Campo se proporciona:

- Consulta externa de la especialidad de Medicina Familiar
- Medicina Preventiva
- Atención Odontológica
- Asistencia farmacéutica
- Consulta externa y hospitalización de las divisiones básicas de la medicina: Ginecobstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna.

Cuando se requiere atención de tercer nivel se recurre a las canalizaciones a los hospitales de la SSA y a los Centros Hospitalarios de las Universidades de los Estados.

Posteriormente en 1980, el Plan Global de Desarrollo, en el apartado sobre políticas de Salud y Seguridad Social (56) recoge las experiencias obtenidas por la operación de los programas promovidos con anterioridad y se plantean las metas para el lapso 1980-1982.

Las acciones están encaminadas a lograr "la ampliación de la cobertura a través del escalonamiento de servicios, con especial énfasis en las actividades de carácter preventivo. El otorgamiento de servicios mínimos de salud con de prioridad a la población de las áreas marginales rurales y urbanas" (57)

(56) Secretaría de Programación y Presupuesto. Poder Ejecutivo Federal. Plan Global de Desarrollo. pp. 191-195

(57) Ídem.

En materia de Seguridad Social las acciones se dirigen a garantizar a los derechohabientes una protección integral contra daños y riesgos, entre ellas resaltan las actividades de protección a la salud y la promoción de prestaciones económicas y sociales.

Así pues, los metas que se proponen son básicamente las mismas que se plantearon en el programa de acción del sector público (1978-1982).

El Plan propone reforzar las acciones y mecanismos de otras áreas de la política social que inciden en la prevención de enfermedades y saneamiento del ambiente entre los que se destacan, en el área educativa, los programas de salud e higiene, los de mejoramiento de niveles alimenticios y nutricionales y los de construcción de vivienda y dotación de servicios urbanos, agua potable y alcantarillado, entre otros.

Partiendo de las proposiciones del Plan Global de Desarrollo se crean el Programa de Atención a la Salud a la Población Marginada en Grandes Urbes (PASPMPGU), que la SSA dió a conocer en 1980 (58).

El programa pretende brindar atención a la población marginada de las ciudades con mayor índice de industrialización de la República abarcando una población de 9 298 744 personas en

(58) SSA, Coordinación General de Planeación. "Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes". México, 1981

las áreas correspondientes a catorce centros metropolitanos: Distrito Federal, Estado de México, Monterrey, Guadalajara, León, Puebla, Veracruz, Tijuana, Mexicali, Torreón y otras.

El antecedente inmediato del programa es el Plan de Atención Primaria en las Áreas Marginadas del Distrito Federal del que se han retomado los principios teóricos y prácticos fundamentales. Se organiza en base a tres elementos básicos:

1. Un equipo interdisciplinario compuesto por un médico titulado, una enfermera y un promotor de salud, equipo al que se le denomina "Módulo Comunitario" responsable de la atención a la salud de 500 familias o 3 mil habitantes de un área geográfica determinada.
2. Centros comunitarios de Salud construidos por la SSA conforme criterios de accesibilidad para la población e integrados al control de la estructura técnico-administrativa de la Secretaría.
3. La sistematización regionalizada y escalonada de servicios de atención a la salud, de la cual el módulo comunitario constituye el nivel primario para la resolución de problemas frecuentes de salud y apoyado por niveles secundarios y terciarios para referencia de problemas de mayor complejidad.

Los objetivos generales son:

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

La magnitud de la problemática social que representa la existencia de un enorme número de "marginados" ha obligado al Estado a buscar las estrategias más adecuadas para "incorporarlos al desarrollo" considerando que el deterioro de su salud está estrechamente relacionado con las condiciones materiales de vida; plantean que para lograr un "cambio" por vías pacíficas es necesario que los planes de desarrollo, en los que se incluyen los programas de extensión de cobertura de servicios de salud, logren la aceptación y la participación por parte de la población de las acciones gubernamentales. En este sentido, se manifiestan dos intenciones: que los grupos marginados reconozcan el papel de benefactor del Estado, con lo que su imagen se ve reforzada y la disminución del gasto del sector público en el terreno de la salud.

Como ya se ha mencionado, la crisis económica de los setentas planteó la necesidad de racionalizar la inversión pública, de ahí que los gastos dirigidos al sector Bienestar Social se hayan visto sujetos a altibajos según fueren las presiones económicas del Estado pero en general tendieron a disminuir: "las inversiones en bienestar social que en los cuarentas y los cincuentas representaban alrededor del 10% de la Inversión Pública Federal total, tuvieron incrementos amplios en el régimen lopezmatefata, descendieron durante el periodo de Díaz Ordaz, volvieron a crecer en el sexenio echeverrista y han retornado, en 1977, 1978 y 1979 a los mismos niveles porcentuales de la inversión pública federal que tuvieron hace 30 o 40 años" (59).

Ahora bien, en el presupuesto destinado a este sector en el apartado "Salud y Seguridad Social" encontramos diferencias en cuanto a la distribución del mismo por institución (Cuadro No. 10)

Durante este periodo como en los anteriores, se nota claramente que la mayor parte de los recursos financieros se destinan a las instituciones de Seguridad Social, mientras que la Asistencia Pública (S.A), que abarca al 50% de la población

(59) Angeles L. "El Estado en la Economía de México 1976: hechos y tendencias". México, Banco Nacional de Comercio Exterior 1976.

Cuadro no. 10

Porcentajes de la Inversión Pública Federal por
Instituciones de Salud y Seguridad Social
1978,1979,1980,1981

Año	IMSS	ISSSTE	SSA
1978 (1)	56.0	32.0	12.0
1979 (2)	51.2	33.9	12.8
1980 (2)	53.1	32.6	12.4
1981 (3)	51.2	35.8	10.9

Fuente: (1) Laurell, C. y Enríquez, A. "La política de Salud en la crisis económica: 1976-1978". Rev. Territorios No. 2 p.2

(2) López Portillo, J. 4o. Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1980. pp.133 y 199.

(3) López Portillo, J. 5o. Informe de Gobierno. Diario Uno más Uno. 7 de septiembre de 1981.

sigue contando con los recursos más bajos.

Por otra parte, el financiamiento requerido por los programas de extensión de cobertura de servicios de salud, se obtiene en el caso del convenio IMSS-COPLAMAR, del presupuesto destinado a COPLAMAR que, para 1980-81, le correspondieron 2 145 millones de pesos; mientras que el PASPMGU fue financiado con 4 000 millones de pesos aproximadamente, provenientes de los fondos de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.

Si relacionamos estas cantidades con el número de personas a las que se destinan los servicios -aproximadamente 20 millones de habitantes de las zonas "marginadas" rurales y urbanas, la inversión es muy baja, ya que se destinan alrededor de 307.25 pesos por persona.

La atención que se brinda es de nivel primario, y en el caso del IMSS-COPLAMAR se sustenta en la contratación de personal de medicina en Servicio Social y en el trabajo de la comunidad para las obras de infraestructura necesarias.

Lo importante ahora es puntualizar sobre los resultados que se están obteniendo. Tomemos como un ejemplo las experiencias del funcionamiento del IMSS-COPLAMAR en Chiapas:

"Se ha instalado aceleradamente la infraestructura física para procurar la atención médica, pero aún ésta se ve limitada por fallos humanos, administrativos y de planeación. El

sentido de solidaridad social no se materializa y se queda en lo asistencial, y la organización del trabajo comunitario es prácticamente nula, como lo reconocen los propios responsables del programa. Suscintamente esta es la nómina de los problemas operativos constatados en el estado: escasez, ausentismo y constante recambio de médicos; graves deficiencias en el abastecimiento de medicamentos y materiales de curación; defectos de construcción y mala conservación de las unidades; ausencia de actividades de difusión del programa; rechazo o indiferencia por parte de las comunidades indígenas" (60).

Si atendemos a la información sobre la reposición de médicos en las UMR por Estados en el lapso de un año, nos encontramos con un alto índice de bajas, lo que nos permite afirmar que el Programa atraviesa por serios problemas para su operación eficaz en toda la República. (Cuadro No. 11)

En este cuadro observamos que los estados que cuentan con mayor número de UMR establecidas son: Oaxaca, Chiapas, Hidalgo, San Luis Potosí y Guerrero, que corresponden a las zonas más conflictivas del país y de mayor pobreza y en donde se hallan las más grandes concentraciones de población indígena.

Del Programa de la SSA aún no se pueden adelantar resultados debido a que se puso en marcha a partir de junio de 1981.

(60) Ortiz Pinchetti, F. "Al rechazo indígena se unen las deficiencias de las clínicas IMSS-COPLAMAR" en Proceso, mayo de 1981. pp. 6-7

Cuadro no. 11

Reposición de médicos en U.M.A. por Estados

(Números absolutos y relativos)

1979-1980 (1)

Estados	No. U.M.A.	Número de Bajas por:				Total de re- posi- ciones	%
		Resci- sión	Abando- no	No presen- tados	Renun- cias		
Agca.	16	-	-	-	3	3	18.8
B.C.N.	4	-	-	-	-	-	-
B.C.S.	2	-	-	-	-	-	-
Camp.	12	-	-	-	-	-	-
Coah.	29	-	-	-	5	5	18.0
Col.	7	-	-	-	-	-	-
Chis.	214	-	4	28	80	112	52.0
Chih.	49	-	-	2	5	7	14.0
Dgo.	42	-	-	-	6	6	14.0
Oto.	50	-	1	-	1	2	4.0
Gro.	118	-	1	2	44	47	40.0
Hgo.	122	-	-	-	12	12	10.0
Jal.	31	-	-	-	1	1	3.0
Kax.	61	-	-	-	3	3	5.0
Mich.	74	-	1	1	2	4	5.0
Mor.	12	-	-	-	-	-	-
Hay.	32	-	-	-	1	1	3.0
N.L.	29	-	-	-	2	2	7.0
Oax.	234	-	12	4	56	72	31.0
Pue.	118	-	-	-	7	7	6.0
Qro.	40	2	-	-	3	5	12.0
Q.hoo	23	-	-	-	-	-	-
S.L.P.	116	-	-	1	16	17	15.0
Sin.	60	-	-	-	2	2	3.0
Son.	34	-	-	-	-	-	-
Tab.	25	-	-	-	-	-	-
Tamps.	33	-	-	-	4	4	12.0
Tlax.	11	-	-	-	-	-	-
Ver.	97 ^a	3	1	-	11 ^b	15	15.0
Yuc.	30	4	-	-	-	4	13.0
TOTAL	1793	9	20	38	266	333	18.5

a) Ver. Nte. = 64

b) Ver. Nte. = 9

Ver. Sur = 33

Ver. Sur = 4

(1) de mayo de 1979 a marzo de 1980

Fuentes: IMSS-COPLAMAR. "Proyecto para políticas de incentivos motivacionales". Departamento de Programación del Área Médica. marzo, 1980. p. 10 (Documento de circulación interna).

Los intentos del Estado Mexicano por llevar atención médica a todos los sectores de la población no han tenido los resultados esperados, ello en gran parte se ha debido a la incoordinación de las instituciones de salud, que lleva a la duplicación de esfuerzos y a la ineficacia en las acciones.

La necesidad de constituir un Sistema Nacional de Salud ha sido visualizada por el gobierno que, en un intento por resolver la problemática, crea en este mismo año (1981) una iniciativa para la coordinación nacional de servicios de salud, cuyos resultados podrán ser contemplados en un futuro próximo.

Sin embargo, los rezagos en materia de salud de la población arrancan como ya hemos visto, del propio desarrollo económico y político asumido por el país, por lo que todos los intentos por resolverlos totalmente en los marcos de la estructura actual no serán más que meros paliativos.

CONCLUSIONES

El sistema de producción capitalista genera en su desenvolvimiento ciertas patologías específicas que repercuten en los hombres según la posición que tengan en el proceso productivo siendo los más afectados el proletariado y la superpoblación relativa.

La dinámica del sistema requiere del buen funcionamiento de la fuerza de trabajo que lo alimenta, de ahí que cuando la salud colectiva se ve afectada se busquen los medios más eficaces para conocer las causas que lo perjudican, así como la forma de eliminar los padecimientos, lo que explica el impulso al desarrollo de la medicina científica y la implementación de una práctica médica que tiende a la vigilancia de las condiciones de vida de las mayorías lo que da al Estado la facultad de ejercer control sobre ellas, permitiéndole a la vez, presentar la imagen de benefactor y así aumentar su legitimidad.

Ante la ambición desmedida de ganancias de los capitalistas, se incrementa la explotación a que son sometidos los trabajadores y, por tanto, continúa y se exagera el deterioro de su salud y de sus condiciones de vida en general, lo que los lleva a organizarse y a luchar en contra de los explotadores. Esto obliga de nuevo al Estado y a la clase dominante a combinar sus acciones y a ofrecer seguridad social para evitar obstáculos a su desarrollo.

La expansión del capitalismo requiere de materias primas que se buscan en el exterior (América Latina y África principalmente) en donde, en zonas económicamente estratégicas se concentra una población que es sobreexplotada y cuyas condiciones materiales de existencia son pésimas -insalubridad, hacinamiento, condiciones climáticas adversas- que disminuyen su productividad y por ende hacen peligrar la obtención de recursos naturales que redundarán en ganancias para los capitalistas. De ahí el interés en promover acciones sanitarias e investigaciones médicas que intentan la prevención y control de las enfermedades que merman la salud de los trabajadores, por parte de organismos, instituciones y universidades patrocinados por capitales provenientes de las grandes corporaciones a través de sus fundaciones.

De acuerdo a la dinámica de subordinación impuesta por esta expansión del capitalismo, en la década de los cuarentas, en Latinoamérica se acelera el proceso de industrialización basado en la sustitución de importaciones, que agudiza la dependencia al requerir de capital y tecnología extranjeros.

El incremento de la población obrera, su importancia económica y política determina que las políticas de salud se orienten a su protección y se creen los sistemas de seguridad social en el Continente.

El modelo de desarrollo económico trae aparejado un acelerado proceso de urbanización a la par que se produce la subordinación del campo a las necesidades de la industria y se agudizan las contradicciones entre las clases sociales.

Los movimientos migratorios a las grandes urbes aumentan la superpoblación relativa en el campo y en la ciudad, lo que se caracteriza por vivir en condiciones de extrema pobreza y con bajos niveles de educación, vivienda, salud y sin acceso a un trabajo fijo. Ello obliga a los Estados Nacionales en coordinación con organismos internacionales (FMI, BID, BM, Fundaciones) a adoptar medidas tendientes a paliar las necesidades de la población con el objetivo de evitar tensiones sociales.

La utilización de la medicina comunitaria como parte de los proyectos internacionales de "planificación para el desarrollo" tienen como propósito fundamental proporcionarles atención médica a bajo costo, al mismo tiempo que, al dotarles de servicios de salud con la participación directa de la comunidad, se responde a una de las reivindicaciones sociales más importantes como medio de contención de conflictos, se refuerza la legitimidad del Estado, se expande el mercado para la industria químico-farmacéutica y se extienden los programas de planificación familiar.

En este contexto, la política de extensión de cobertura de los servicios de salud en México responde a la existencia de grandes sectores de superpoblación relativa -a la que el Estado denomina "marginada"- como consecuencia del desarrollo desigual del país.

En la década de los setentas el capitalismo mundial padece una de las más severas crisis con sus consecuentes repercusiones en los países dependientes. En México se manifiestan un aceleramiento del proceso inflacionario, en el aumento de la deuda externa, en altos índices de desempleo y subempleo que afectan principalmente a las clases explotadas.

Dentro de este cuadro social, los servicios de salud relativamente incrementados y eficientes hacia los ámbitos de los trabajadores organizados, principalmente en las industrias de punta, no alcanzan a la población "marginada" en la que inciden la desnutrición y las enfermedades. Sobre esta población numéricamente mayor que la ocupada y organizada recaen las políticas de extensión de cobertura de servicios de salud que se constituyen en el medio que utiliza el Estado para satisfacer las demandas de salud a bajos costos al ofrecer medicina simplificada que no requiere de tecnología sofisticada, a la vez que contiene por vías pacíficas la explosión de movimientos sociales.

Por otra parte, contribuyen con la política económica y social del Estado, al permitirle reducir su inversión en el bienestar social y así darle margen para cumplir con sus compromisos internacionales y lograr el consenso social que necesita para su legitimación.

Todo lo expuesto nos lleva a confirmar que los políticos de salud emprendidas por el Estado Mexicano están determinadas por la dinámica de su estructura económica y por la influencia de factores externos que actúan directamente sobre su proceso histórico.

Los acuerdos internacionales en materia de salud son implementados en el país considerando las exigencias particulares, esto es, tratan de dar respuesta a la patología de las mayores que el mismo modelo de desarrollo les ha provocado. Su justificación es "cuidar la salud de todos", cuando lo que en última instancia se pretende es garantizar la reproducción del sistema en lo económico y lo político.

A través de la medicina comunitaria se trata de proporcionar los servicios mínimos para el cuidado de la salud; el discurso político lo maneja como una muestra de la preocupación del Estado por resolver los problemas que aquejan al pueblo. Los resultados obtenidos en la práctica evidencian que se está muy lejos de alcanzar el mejoramiento real de las condiciones

de salud y de los servicios, ya que esto implicaría:

Que los escasos recursos de que dispone el sector se aumenten y administren racionalmente.

Que los esfuerzos no se desperdicien por falta de coordinación institucional.

Que los intereses individuales se supediten efectivamente a los colectivos.

Que se promuevan investigaciones de carácter sociológico - que contribuyan al conocimiento de la problemática social y que colaboren para la planeación adecuada de los programas de atención a la salud.

Todo ello dentro del marco del Estado que, como ya repetidamente mencionamos, pretende primordialmente el apoyo y reforzamiento de las condiciones actuales de dominación.

Creemos, sin embargo, que la reunión de los grupos en los trabajos comunitarios les deja una puerta abierta para la discusión de su propia problemática y que, a mediano o largo plazo contribuirá al planteamiento de sus propias alternativas.

ANEXOS

Anexo no.1
 Población con acceso a los servicios de Seguridad Social
 1965 - 1976

Año	I.A.S.S.	I.S.S.S.T.E.	S.D.N.	S.Marina	PEMEX	FF.CC.	Total
1965	6 815 685	1 029 654	195 910	79 315	232 636	212 711	8 566 511
1966	7 175 360	947 684	262 000	85 304	250 799	337 500	9 058 047
1967	7 611 395	1 162 796	302 500	85 304	274 524	355 691	9 792 210
1968	8 186 716	1 191 388	303 000	72 544	291 176	239 316	10 284 140
1969	9 076 408	1 327 114	433 270	75 278	300 557	269 779	11 482 406
1970	9 895 629	1 347 470	443 277	78 728	327 164	276 169	12 370 457
1971	10 676 747	1 584 792	434 740	116 362	521 471	317 501	13 651 613
1972	11 603 579	1 873 747	349 428	103 992	510 513	339 498	14 750 757
1973	12 660 702	2 088 924	310 990	123 750	497 678	375 145	16 057 089
1974	14 778 046	2 905 486	461 301	157 046	520 000	399 648	19 221 527
1975	15 815 646	3 448 568	530 924	153 259	526 000	415 659	20 884 066
1976	16 631 542	3 918 514	504 023	137 893	546 876	500 157	22 239 005

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto. Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas. No. 1. Sector Salud y Seguridad Social
 México, 1979. p.586

Anexo no. 2

Gastos en el Sector Salud a precios constantes
1968-1976

(Millones de pesos)

AÑO	S.S.A	I.M.S.S.	ISSSTE	D.I.F	Otros	Gastos Totales	P.I.B.
1968	1 362	6 538	3 212	-	3 024	14 137	339 145
1969	1 398	7 650	3 583	-	2 591	15 220	362 222
1970	1 541	9 131	3 861	-	2 311	16 843	385 189
1971	1 505	10 315	4 012	-	2 783	18 616	394 764
1972	2 112	10 450	4 836	-	5 342	22 741	425 852
1973	2 438	11 560	5 992	-	5 392	25 383	459 643
1974	2 649	14 969	8 726	283	3 845	30 472	487 829
1975	3 054	17 158	8 897	378	4 872	34 359	521 846
1976	3 271	18 496	10 048	400	8 070	40 284	549 662

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto. Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas

Sector Salud y Seguridad Social. México, 1979
p.440

Anexo no. 3
 Comparación entre la asignación definitiva de la SSA, IMSS, ISSSTE y DIP
 con respecto al presupuesto total de la Federación
 (precios constantes)
 1968 = 100
 1968 - 1976
 (miles de pesos)

Años	Presu- puesto total	Presu- puesto Federal	Presu- puesto de la SSA	Presu- puesto Parcestatel	Presu- puesto IMSS	Presu- puesto ISSSTE	Presu- puesto DIP	Presupues- to total del Sector
1968	94 292 212	48 046 910	1 461 972	46 245 302	6 157 587	2 439 636		10 109195
1969	104 291 670	52 974 481	1 502 091	51 317 189	7 214 357	2 766 438		11 432886
1970	110 056 255	53 732 344	1 609 755	56 323 910	8 385 046	3 033 274		13 033075
1971	113 458 413	53 265 666	1 597 409	60 192 746	9 289 703	3 073 484		13 965596
1972	131 156 970	69 947 156	2 234 317	61 209 813	9 301 707	3 812 989		15 349033
1973	159 550 471	82 212 242	2 493 091	77 338 228	10 395 699	4 413 534		17 303324
1974	173 077 218	84 493 148	2 601 597	86 584 070	13 455 176	6 416 298	282 415	22 955486
1975	217 315 224	111 937 238	3 276 548	105 377 985	12 042 942	6 517 651	378 271	22 215412
1976	251 344 914	139 785 694	3 667 854	111 559 219	16 623 251	7 546 802	400 312	28 244219

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto. Cuadernos de Información Oportuna del Sector Salud no. 1 México, 1979. p. 452

Anexo no. 4

Unidades médicas hospitalarias y número de camas por
Instituciones del Sector Salud y Seguridad Social

1978 - 1979

Institución	1978			1979		
	U. Médicas Hospitalarias	Camas construibles	Camas por mil hab.	U. Médicas Hospitalarias	Camas construibles	Camas por mil hab.
Total	680	62 997	9.41	699	65 790	9.48
Seguridad Social	155	36 141	13.76	166	38 037	13.55
IMSS	30	25 495	12.88	32	26 671	12.71
ISSSTE	45	4 529	5.53	49	4 721	8.89
PENEX	14	693	11.70	14	839	12.98
FF.CC.	22	1 697	32.81	22	1 697	32.41
SDN	16	1 825	51.72	16	1 825	52.48
SMN	6	236	17.00	6	280	21.17
SHCP	1	196	19.60	1	184	18.40
CPE	21	1 470	131.89	26	1 820	146.75
Asistencia Social	525	26 856	-	533	27 753	-
SSA	494	24 043	-	502	24 704	-
SNBIP	3	426	-	3	710	-
DDF	28	2 387	-	28	2 339	-

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto. Manual de Estadísticas sociodemográficas. Sector Salud y Seguridad Social. México, 1979. p. 82

Anexo no. 5

Camas de las Instituciones de Asistencia Social
y su relación con la población total del país
1970 - 1978

Año	SSA		S.N.D.I.F		D.D.F.	
	Camas	por 10mil habn.	Camas	por 10mil habn.	Camas	por 10 mil habn.
1970	12 915	2.55			2 448	0.48
1971	20 458	3.90			2 313	0.44
1972	14 465	2.66			1 607	0.30
1973	16 826	3.00			2 271	0.40
1974	17 384	2.99			2 309	0.40
1975			379	0.06	2 251	0.37
1976			375	0.06	2 389	0.38
1977			426	0.07	2 364	0.37
1978	24 043	3.59	426	0.06	2 399	0.36

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto. Cuadernos de Información Oportuna del Sector Salud. no.1
México, 1979. p. 57

Anexo no. 6

Características de las principales empresas
farmacéuticas ordenadas según
su posición en el mercado
1974, 1969, 1965

(primera parte)

Empresas Farmacéuticas	No. de Producción	Capital social	% de inv. ext.	Origen del capital
Ciba-Geigy Mexicana	66	210 000	000	100 Suizo
Laboratorios Pfizer	46	87 500	000	100 EU
Wyeth-Valeo, S.A.	30	20 000	000	75 EU
Upjohn, S.A. de C.V.	33	10 125	200	100 EU
Scheramex, S.A.	45	50 000	000	100 EU
Productos Roche, S.A.	59	108 000	000	100 Suizo
Ely-Lilly Cia. de Méx.	82	25 000	000	100 EU
Lab. Promeco de Méx.	31	85 000	000	100 Argentino
Grupo Roussel, S.A.	61	25 000	000	100 Francés
Abbott Lab. de Méx. S.A.	61	13 000	000	100 EU
Kerck Sharp-Dohme de Méx.	44	36 312	500	100 EU
Lab. Bristol de México	21	2 725	000	100 GB
Syntex, S.A. Div. Farma.	37	100 000	000	100 EU
Aesd Johnson de Méx.	47	17 000	000	100 EU
E.R. Squibb & Sons de Méx.	71	38 500	000	100 EU
Parke Davis y Cia.	66	48 000	000	100 EU
Shering Mexicana, S.A.	47	23 500	000	100 Alemán
Bayer de México S.A.	45	50 000	000	100 Alemán
Boehringer Ingelheim	28	20 000	000	100 Alemán
Farmacéuticos Lakeside	56	25 000	000	100 Canadá
Ayerst-ICI	32	12 000	000	100 EU/GB
The Sydney Ross Co.	42	50 000	000	100 EU
Juifco Hoechst	45	3 000	000	50 Alemán

Anexo no. 6

Características de las principales empresas
farmacéuticas ordenadas según
su posición en el mercado
1974, 1969, 1965

(segunda parte)

Empresas Farmacéuticas	No. de pro- ductos	Capital Social	% de inv. extran.	Origen del capital extranjero
Sandoz de México	98	66 386 000	100	Suizo
Richardson Merrell	33	75 000 000	100	EU
Cysamid de Méx. S.A.				
Lederle División	52	50 000 000	100	EU
Lao. Senfer, S.A.	12	8 500 000	100	GB
Lab. Lepetit de Méx.	50	26 250 000	100	Italiano
Lab. Grossman, S.A.	67	18 750 000	100	EU
Cia. Medicinal la Campuna, S.A. de C.V.	65	18 000 000	100	EU
Productos Gedeon Richter		37 000 000	100	Bahamas
APR. Robins de México	33	16 700 000	100	EU
Glexo de México	27	17 211 000	100	GB
Searle de México	25	34 000 000	100	EU
Orgenon Mexicana	55	9 000 000	100	Holandés
Merck-México	47	21 000 000	100	Alemán
Lab. Cernot Produc- tos Científicos, S.A.	99	36 000 000	---	Mexicano
Rhodie Mexicana	36	14 000 000	100	Francia
Johnson and Johnson	36	30 000 000	100	EU
Chinoín, Productos Farmacéuticos, S.A.	62	30 000 000	---	Mexicano

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto.
Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográ-
ficas. Sector Salud y Seguridad Social.
México, 1979. pp. 607

BIBLIOGRAFIA

ACHARD, Pierre et al. Discurso biológico y orden social. Ed. Nueva Imagen, México, 1980.

AGUILAR Monteverde, A. Dialéctica de la economía mexicana. 9a. ed., Ed. Nuestro tiempo, México, 1976. (Col. Desarrollo económico).

ALTHUSSER, Louis. La Filosofía como arma de la Revolución. Cuadernos Pasado y Presente, Argentina, 1974.

ANGELES, L. "El Estado en la economía en México, 1976: hechos y tendencias" en Rev. del Banco Nacional de Comercio Exterior, México, 1976.

BAMBIRRA, Vanis. El Capitalismo Dependiente Latinoamericano. 2a. ed., Siglo XXI editores, México, 1975.

BAQUEDANO, Rafael et al. Aspectos teóricos de la medicina comunitaria. OPS/OMS, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, 1970.

BASAGLIA, Franco et al. La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. 2a. ed., Ed. Nueva Imagen, México, 1980. (Serie Salud e Ideología).

BARREIRO, Julio. Los Molinos de Ira. Siglo XXI editores, México, 1979.

BERLINGUER, Giovanni. Medicina y política. Ed. Círculo de Estudios, México, 1977.

CARMLLA, F. et al. El milagro mexicano. Ed. Nuestro Tiempo, México, 1977.

CELIS, A. NAVA, J. "La patología de la pobreza" en Rev. del Hospital General 33:31, México, 1970.

COE, Rodney M. Sociología de la Medicina. Alianza Editorial, Madrid, 1973.

CORDERA C., Rolando. "Estado y Desarrollo en el Capitalismo Tardío y Subordinado: el caso de México, 1929-1970". Mimeo.

- CORDERA C., Rolando (compilador). Desarrollo y crisis de la economía mexicana (ensayos de interpretación histórica). FCE, México, 1981. El trimestre económico (serie Lecturas no. 39).
- CORDERA C., R. y TELLO, Carlos. México: la disputa por la nación. Perspectivas y opciones del desarrollo. Siglo XXI editores, México, 1981.
- CORDOVA, Arnaldo. La formación del poder político en México. Ed. Era, México, 1974.
- CORDOVA, Arnaldo. La política de masas del cardenismo. Ed. Era, México, 1974. (Serie Popular).
- CORDOVA, Arnaldo. Sociedad y Estado en el mundo moderno. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1973. (Serie Estudios 38).
- CRAVIGTO Meneses, A. "Avances del Programa de extensión de cobertura de servicios de salud al medio rural de México durante 1977". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OMS. Washington, 1980.
- CREVENNA, Pedro. "Un pueblo sin salud" en Seis aspectos del México Real. Ed. Universidad Veracruzana, México, 1979.
- DE LA PEÑA, Sergio. "La crisis económica en México" en Rev. Historia y Sociedad no. 6, México, 1975.
- OGNHOFF, William. ¿Quién gobierna los Estados Unidos? Siglo XXI editores, México, 1975.
- DUNLS, René. El espejismo de la Salud. FCE, México, 1975.
- FAC. DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES. "Medicina, economía y política" en Rev. Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales no. 84, México, 1976.
- FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la Clínica. 3a. ed. Siglo XXI editores, México, 1979.
- FOUCAULT, Michel. "Historia de la medicalización" en Rev. Educación Médica y Salud, Vol. 11, no. 1, OMS/OPS, 1977.
- FRENK, Julio et al. "El mercado de trabajo médico: evolución - histórica en México" en Rev. Foro Universitario. Sindicato de Trabajadores de la UNAM. Núm. 2 y 3, enero y febrero de 1981.

- GERMANI, Gino. El concepto de marginalidad. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.
- GONZALEZ Casanova, Pablo y FLORESCAM, Enrique (compiladores). México, hoy. Siglo XXI editores, México, 1979.
- GONZALEZ Soriano, Raúl. "El Estado Mexicano y la crisis económica 1971-1974" en Rev. Historia y Sociedad no. 6, México, 1975.
- HERNANDEZ Prada, Antonio. "El hospital básico y su función en los programas de extensión de cobertura de los servicios de salud". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OMS, Washington, 1980.
- HUACUJA, Mario y WALDENBERG, José. Estado y lucha política en el México actual. Ed. El Caballito, México, 1976.
- KAPLAN, Marcos. Estado y Sociedad. Ed. UNAM, México, 1978.
- KLLKO, Gabriel. Las raíces de la política exterior norteamericana. Ed. Grijalbo, España, 1975.
- KUMATE, J. et al. La salud de los mexicanos y la medicina en México. Ed. Colegio Nacional, México, 1977.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. "Exposición de Motivos". Ley del Seguro Social de 1973. México, 1973.
- IMSS-COFLAMAR. "Formulario". México, 1980.
- IMSS-COFLAMAR. "Guía para la organización y funcionamiento de Comités de promoción del trabajo comunitario". México, 1980.
- IMSS-COFLAMAR. "Acuerdos con Dependencias y tablas de equivalencias". México, 1980.
- LAURELL, A. Cristina. "Notas para un marco teórico para la investigación en Sociología Médica", Maestría en Medicina Social, U.A.M. Xochimilco, México, 1976. Mimeo.
- LAURELL, A. Cristina. "proceso de trabajo y salud" en Rev. Cuadernos Políticos no. 17, Ed. Era, México, 1976.
- LAURELL, A. Cristina. "La política de salud de los ochenta" en Rev. Cuadernos Políticos no. 23, Ed. Era, 1980.

- LAURELL, A. C., ENRIQUEZ, Alicia. "La política de salud en la crisis económica: 1976-1978" en Rev. Territorios no. 2, U.A.M. Xochimilco, México, 1980.
- LEAL, Juan Felipe. La burguesía y el Estado Mexicano. Ed. El Caballito, México, 1972.
- LENIN, V. I. Estado y Revolución. Ed. Progreso, Moscú, 1974
- LOPEZ Acuña, Daniel. La salud desigual en México. Siglo XXI editores, México, 1980.
- MARINI, Ruy Mauro. Subdesarrollo y Revolución. 5a. ed, Siglo XXI, editores, México, 1975.
- MARINI, Ruy Mauro. Dialéctica de la Dependencia. 3a. ed, Ed. Era, México, 1977. (Serie Popular no. 22).
- MENDIZABAL, L., CORNEJO Rosello V. "Extensión de la cobertura de servicios de salud en Puno, Perú". Coletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OMS. Washington, 1980.
- MARX, Carlos. El Capital. Tomo I, FCE, México, 1974.
- MORONES Priato, Ignacio. Tesis mexicanas de seguridad social. Centro de Documentación del IMSS, México, 1971.
- NAVARRO, Vicente. La medicina bajo el capitalismo. Ed. Grijalbo, España, 1978.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. 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.
- OFS. El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de cobertura. Discusiones técnicas. Washington, 1976.
- OFS, Consejo Directivo. Servicios Comunitarios de la salud y participación de la población. Washington, 1974.
- OFS. Las Condiciones de Salud de las Américas, 1969-1972. Washington, 1974.
- CRITZ Finchetti, F. "El programa IMSS-COPLAMAH, costosa improvisación" en Rev. Proceso no. 236, México, mayo de 1981.

POLACK, Jean-Claude. La medicina del capital. Ed. Fundamentos, España, 1971.

PORTELLI, Hugues. Gramsci y el bloque histórico. 4a. Ed., Siglo XXI editores, México, 1978.

RAMIREZ Brun, R. "Política Económica y empleo en México" en Rev. Coyuntura no. 2, ENEF Aragón, México, 1979.

REVISTA LATINOAMERICANA DE SALUD No. 1, Ed. Nueva Imagen, México, julio de 1981.

RIARCON Vallaverde, Jorge. "La medicina social en el Perú. Evolución, situación, tendencias" en Cuadernos médico-sociales, Círculo de investigaciones médico-sociales, Lima, Perú, 1978.

SANDOVAL Aguiler, Primo A. "Medicina Náhuatl", elaborado para Difusión Académica, Programa Introducción a la Universidad, UNAM, 1981. Mimeo.

SANDOVAL Aguiler, Primo A. y GONZALEZ De León, D. "Seguridad Social y Capitalismo", Departamento de Medicina Preventiva y Social, Fac. de Medicina, UNAM, 1978. Mimeo.

SAN MARTIN, Hernán. Salud-Enfermedad, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1980.

SAXE Fernández, John. De la seguridad Nacional. Siglo XXI editores, México, 1978.

SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA. Programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria: IMSS-COPLAMAR. SP, México, 1979.

SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA. Convenio IMSS-COPLAMAR para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural. SP, México, 1979.

SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA-COPLAMAR. Bases para la acción 1977-1982. SP, México, 1977.

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Plan Global de Desarrollo, SPP, México, 1980.

SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. "Cuadernos de información oportuna del Sector Salud 1 y 2, SPP, 1979 y 1980.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Plan Nacional de Salud 1974-1976 y 1977-1983. SSA, México, 1974.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, Dirección General de Salud Pública en el D.F. Plan de Atención Primaria en Areas Marginadas; Resumen y Programas. SSA, México, 1980.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, Coordinación General de Planeación. Programa de atención a la salud a población marginada en Grandes Urbes. SSA, México, 1981.

SRIA. DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL, SRIA. DE AGRICULTURA Y RECURSUS HIDRAULICOS, COPLAMAR. Programa de capacitación y empleo cooperativo para el fomento de recursos naturales en zonas marginadas. México, 1980.

SIGERIST, Henry E. Hitos en la historia de la Salud Pública. Siglo XXI editores, México, 1981. (Serie Salud y Sociedad).

STANLEY J. y STEIN, Barbara. La herencia colonial en América Latina. Siglo XXI editores, México, 1976.

STAVENHAGEN, Rodolfo. "El futuro de América Latina; entre el sub desarrollo y la revolución " en Rev. Mexicana de Sociología no. 64, FCPS, UNAM, México, 1974.

SUNKEL, Osvaldo. Capitalismo transnacional y desintegración en América Latina. Ed. Nueva Visión, México, 1977.

TELLU, Carlos. La política económica en México 1970-1976. 2a. ed. Siglo XXI editores, México, 1979.

TERRIS, Milton. La revolución epidemiológica y la Medicina Social. Siglo XXI editores, México, 1980.

YEXIER, Jacques. Gramsci, teórico de las superestructuras. Ed. Cultura Popular, México, 1975.

TIMIU, Mario. Clases sociales y enfermedad (introducción a una epidemiología diferenciada. Ed. Nueva Imagen, México, 1979.

TORANZO, Carlos. "Notas sobre la teoría de la marginalidad social" en Rev. Historia y Sociedad no. 13, México, 1977.

TRINCOSO Muñoz, Ramón. "Medicina, Capitalismo y trabajadores de la Salud". Depto. de Medicina Preventiva y Social, Fac. de Medicina, UNAM, México, 1980.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, Depto. de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina. "Diagnóstico de la Salud en México", México, 1978.

UNION NACIONAL DE MEDICOS. Medicine: ¿para quién?. Coedición de Unión Nacional de Médicos y ediciones Nueva Sociología, México, 1980.

VARGAS De La Mora, Virginia. Análisis sociológico de las políticas del Estado Mexicano en el Sector Salud (Sanitarismo, Seguridad social, Medicina Comunitaria). Tesis. FCPS, UNAM, México, 1980.

VASCO Uribe, Alberto (compilador) Enfermedad y Sociedad. Ed. Hombre Nuevo, Colombia, 1979.

VERNON, Raymond. El dilema del desarrollo económico de México. Ed. Diana, México, 1973.

VIDAL, Carlos. "Medicina Comunitaria: nuevo enfoque de la medicina". Mimeo.

WEINSTEIN, Luis. Salud y democratización. Ed. Villalar, España, 1977.