

24.7

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



EL BIENESTAR SOCIAL Y LA SALUD EN MEXICO

"La Política de Salud en la década de los
setentas: Echeverría y López Portillo"



TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESCUELA NACIONAL
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES
PRESENTA

BENITO GARCIA CORDOVA

México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. CAPITALISMO, BIENESTAR SOCIAL Y SALUD.	
1.1 Bienestar Social y Desarrollo. Definición y Amplitud.	7
1.2 Formas de Producción y Planificación. Su incidencia en la satisfacción de las necesidades sociales y en la distribución del Bienestar Social.	12
1.3 Capitalismo y Políticas de Bienestar Social. Su ubicación en la estructura económica, política y social.	17
1.4 Capitalismo y Política de Salud.	24
CAPITULO II. EL BIENESTAR SOCIAL Y LA SALUD EN MEXICO. ANTECEDENTES HISTORICOS.	
2.1 El Bienestar Social y la Política de Salud de los gobiernos precardenistas: 1917-1934.	34
2.2 La Política de Bienestar Social y de Salud durante el gobierno de Cárdenas.	39
2.3 El Periodo Poscardenista. Deterioro en las condiciones de vida de la población y Redefinición de la política de Salud del Estado Mexicano: 1940-1970.	44

CAPITULO III.	LA POLITICA DE SALUD EN EL SEXENIO ECHEVERRISTA.	
	3.1 Condiciones de vida de la po- blación a principios de la década.	56
	3.2. Política de Salud y Bienestar Social del Nuevo Régimen.....	60
	3.3 El Plan Nacional de Salud. (PNS).....	68
CAPITULO IV.	LA POLITICA DE SALUD EN EL SEXENIO DE LOPEZ PORTILLO	
	4.1 Ruptura y Redefinición de la Política Social del Estado a mediados de la década de los setentas.	77
	4.2 La política de Salud en el Sexe- nio: 1976-1982.	80
	4.2.1 El Programa IMSS-COPLAMAR: Bases y objetivos.....	84
	4.2.2 El Programa de Atención a la Sa lud a población marginada en grandes Urbes (P.A.S.P.M.G.U.) Objetivos y acciones.....	87
	4.2.3 La Unificación del Sector Salud; un intento dentro de la política de salud del régimen de J.L.P.	90
CAPITULO V.	SALUD, BINESTAR SOCIAL Y TRABA JO SOCIAL.	
	5.1. El Papel del Trabajo Social den- tro de la Política de Salud Comunitaria.	96
	5.2 La formación del trabajador social y su incidencia dentro de la elaboración de programas de Bienestar Social.....	104

CONCLUSIONES	110
SUGERENCIAS	117
BIBLIOGRAFIA	122
HEMEROGRAFIA	131

INTRODUCCION

La importancia que reviste día con día el estudiar la conducta del hombre en convivencia con sus semejantes adquiere una peculiar reelevancia para los investigadores de las ciencias sociales en general. Para el trabajo Social en particular, enfrentar la resolución de problemas colectivos y afines de ninguna manera tiene un camino sencillo, por el contrario, la resolución de dichos problemas conlleva a plantear de entrada estrategias cada vez más acordes y cercanas con la realidad; conduce a plantear cuestionamientos profundos y críticos que traten de ubicar objetivamente la explicación de los fenómenos sociales, en sí conlleva a la necesidad de introducirse en el universo de la lectura sociológica y política que existe hasta nuestros días sobre las diferentes problemáticas que están determinando el desarrollo contradictorio de nuestra sociedad.

Dentro de esta gama de problemáticas que definen el perfil sociopolítico y económico de una sociedad históricamente determinada, la cuestión del Bienestar Social ha sido siempre una de las principales preocupaciones de todo Estado. Por otro lado, es en el área del Bienestar Social en donde el propio Estado ha ubicado la participación profesional del trabajo social, de ahí la importancia de profundizar en el estudio y análisis de aquel renglón de la intervención estatal en donde el trabajo social encuentra su principal campo de acción: el Bienestar Social.

El significado, la naturaleza y la orientación de las políticas de bienestar social varían de acuerdo al régimen sociopolítico que caracteriza al Estado dentro del cual se implementan, en este sentido los alcances de las mismas en cuanto a los objetivos planteados varían según se trate de un Estado Capitalista o Socialista.

Hablando en términos de los supuestos teóricos que implica hacer referencia a una economía planificada centralmente (sociedad socialista), o a una economía planificada indicativamente (sociedad capitalista), se puede decir que dentro de las primeras las políticas de Bienestar Social están inscritas dentro de una estrategia general de desarrollo a largo plazo, entendido éste no en términos puramente económicos y/o cuantitativos, sino en términos de la satisfacción de las necesidades sociales de la población y consecuentemente de la elevación del nivel de vida de sus habitantes. En las economías capitalistas por el contrario, y sobre todo en las economías capitalistas dependientes como México -en donde ubicaremos nuestro estudio- las políticas de Bienestar Social tienen un carácter eminentemente coyuntural y emergente, encaminadas algunas de ellas a tratar de dar respuesta a problemáticas sociales conflictivas generadas por un desarrollo económico "planeado" no en función de la satisfacción de las necesidades sociales, sino en función de la acumulación del capital. Esta forma de desarrollo económico hace que en dichas sociedades las condiciones de vida de la mayor parte de sus habitantes

sean muy precarias y que en consecuencia los problemas de salud, vivienda, educación, empleo, y alimentación adquieran la peculiar connotación de críticos. Este hecho explica la importancia que ha adquirido dentro de los mismos la intervención del Estado a través de sus políticas de Bienestar Social.

Las políticas de Bienestar Social en México comprenden en lo fundamental cinco rubros: alimentación, educación y capacitación, salud, vivienda y empleo. Algunas clasificaciones consideran que son seis los rubros y agregan uno más, la recreación.

Dentro de este conjunto de indicadores del Bienestar Social, en el presente trabajo nos avocaremos al estudio de la política de Salud. El problema a abordar concretamente es el análisis de las causas lógico-estructurales e históricas que dieron lugar a la aparición de la medicina comunitaria en la década de los setentas, y por lo tanto a la redifinición de la política de salud que había mentenido el Estado Mexicano durante 40 años.

Es necesario señalar que para estudiar la política de salud de la década de los setentas no la desvincularemos en ningún momento de el todo, es decir, de las políticas de Bienestar Social implementadas en dicho periodo y durante las cuatro décadas anteriores al mismo; en este sentido se tratará de analizar lo que es y ha significado históricamente el bienestar social en el contexto de la formación económico-social Mexicana, para después centrarnos en el análisis de

la política de salud diseñada por el Estado en el periodo que va de 1970 a 1982, tiempo que abarca los gobiernos de Luis Echeverría y José López Portillo.

Para analizar el problema planteado partiremos de dos hipótesis fundamentales de desarrollar a lo largo del trabajo, dentro de una perspectiva sociológica.

La primera es aquella que plantea que la política de salud es y ha sido históricamente la piedra de toque de la que se ha valido el Estado Mexicano para mediatizar en parte las demandas y movimientos de los trabajadores en los otros rubros del bienestar, sobre todo en los periodos de aguda crisis económica.

La segunda parte de la afirmación de que el viraje en la política de salud experimentada a partir de la década de los setentas, y la implementación de la política de salud comunitaria obedeció a tres razones fundamentales: en primer lugar a la incapacidad estructural de los sistemas de seguridad social de base hospitalaria para dar respuesta a la demanda de salud de la superpoblación relativa o excedente que fue generando el propio desenvolvimiento de capitalismo en México; en segundo lugar a la crisis económica prolongada que se inició en los setentas y que empieza a obligar al Estado a implementar programas austeros de salud, sustentados básicamente en la utilización de los recursos de la comunidad a través de los llamados programas de salud comunitaria; y en tercer lugar a la presión de

las movilizaciones obreras, campesinas y populares que se extendieron a lo largo de todo el país en dicho periodo.

Para llevar a cabo el desarrollo de las hipótesis planteadas, la secuencia en el abordaje del objeto de estudio se encuentra distribuido metodológicamente en cinco capítulos.

En el primer capítulo se aborda la cuestión del Bienestar Social en forma abstracta -general. En él se trata de ubicar cuál es el papel del Bienestar Social dentro de la dinámica de la sociedad y en particular dentro de la sociedad capitalista, régimen en el cual se encuentra inserto México.

En el segundo capítulo se habla de los antecedentes históricos del bienestar social y la salud en México hasta fines de los años sesentas. En este capítulo se pretende atender el estudio de los antecedentes históricos del Bienestar Social ubicados en su contexto económico, político y social, como precedente para poder entender el conjunto de acciones desarrolladas en el área del bienestar y de la salud durante la década de los setentas.

En el tercer y cuarto capítulos se analizan las causas y circunstancias que dieron lugar al viraje en la política de salud del Estado en los años setentas, y la consecuente aplicación de la estrategia de salud comunitaria iniciada por los gobiernos de Luis Echeverría Álvarez y José López Portillo; se detallan así los principales planes y pro

gramas instrumentados en el sector durante estos dos sexenios.

Finalmente en el quinto capítulo se aborda el análisis de la función que se le ha asignado al trabajo social dentro de los programas de salud comunitaria, como mecanismo de control político y social sobre los sectores populares. Se pretende ubicar además la importancia que reviste para el trabajo Social el análisis de las políticas de salud instrumentadas por el Estado Mexicano, y de explicar en sí por que al ser el área de la salud un campo tradicional de desempeño para el trabajo Social, es importante que este profesional ubique su que hacer dentro del contexto económico y político que lo esta determinando para que sea capaz de participar e incidir en el diseño de las estrategias elaboradas por el Estado Mexicano en materia de salud.

CAPITULO I . CAPITALISMO, BIENESTAR SOCIAL Y SALUD

1.1 Bienestar Social y Desarrollo. Definición y Amplitud.

En términos generales el concepto de Bienestar Social puede ser definido como el conjunto de leyes, programas, beneficios y servicios que se considera son necesarios para asegurar y robustecer la provisión de aquéllo indispensable para satisfacer las necesidades que se reconoce son básicas para lograr el bienestar humano de una sociedad históricamente determinada. (1)

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U), son ocho los indicadores que permiten medir el nivel de vida y de bienestar de la población: salud, educación, seguridad social, alimentación, vestido, trabajo, vivienda y recreación. (2)

Teóricamente la elevación del nivel de vida del conjunto de la población y la procuración de su bienestar social es el fin último que debe perseguir la producción económica, política y social de una nación. En la práctica sin embargo, el mayor o menor logro de este objetivo esta intimamente ligado a la forma de organización de la producción que se tenga en un país y consecuentemente a la

(1) GARCILITA CASTILLO, Fernando, "Política de Bienestar Social del Estado Mexicano", en Rev. Trabajo Social No. 3 México. enero-febrero. 1978.

(2) MARTINEZ MATITIELA, Gastón. "Bienestar Social y Desarrollo" en el Gallo Ilustrado Suplemento Dominical de el Día. México, 8 de abril de 1973.

concepción que se adopte del desarrollo.

En América Latina que es el área geopolítica que nos interesa por estar México ubicado en esa región, se han manejado desde hace varias décadas tres modelos de desarrollo cuya adopción en los distintos países han tenido repercusiones diferenciales en el renglón de la satisfacción de las necesidades básicas de la población y en la elevación de su nivel de vida.(3)

A excepción de Cuba, en donde a raíz de la instauración del Socialismo se adoptó una forma de organización de la producción que ha concebido el desarrollo como un proceso de incorporación progresiva de los diferentes sectores de la población al sistema de producción y distribución del ingreso con el fin último de satisfacer las necesidades de la población, en el resto de América Latina se han adoptado otros dos modelos de desarrollo cuya implementación ha generado una enorme brecha entre la producción y el consumo mayoritarios, es decir, entre la producción y la satisfacción de las necesidades básicas de la población.

Como países regidos por economías de mercado, se han concretado en primer lugar a medir el desarrollo "en términos del

(3) Ibidem. pag. 3

ritmo de crecimiento del ingreso per-cápita, en que el sujeto del desarrollo lo constituyen casi exclusivamente el proceso productivo y los incrementos de la productividad, (en este sentido) la preocupación fundamental gira en torno de la aplicación de las inversiones y su impacto sobre el producto y la ocupación, mientras los aspectos sociales (...) tienen muy poca o ninguna significación". (4)

Por otro lado en estos países ha venido ganando espacios entre los encargados de implementar la política económica, aquella tendencia que concibe el desarrollo como una serie de etapas " a través de las cuales los países avanzan de estados primitivos a fases progresivamente modernas. En este modelo las inversiones y la importación de bienes de capital y de alta tecnología constituyen un factor dinámico decisivo. La meta de este modelo (de desarrollo) es llegar a una sociedad industrial como se le concibe en el mundo occidental contemporáneo". (5)

Para esto según Marc Nerfin (6), las economías subdesarrolladas -la periferia- se ven obligadas a seguir el modelo del sistema capitalista mundial -el centro- e integrarse a su mercado. En este sentido, los modelos de desarrollo basados exclusivamente en el

(4) Loc. cit.

(5) Loc. cit.

(6) NERFIN, Marc. Hacia otro Desarrollo. México. Siglo XXI. 1978. pag. 15

crecimiento económico y en las etapas sucesivas de la industrialización han originado en América Latina y concretamente en México, la implementación de políticas económicas y culturales de penetración imperialista que finalmente han bloqueado durante décadas toda posibilidad de desarrollo independiente. Puede darse el caso por ejemplo de que la sociedad se modernice en sus pautas de consumo, educación, alimentación etc. -en términos de los patrones culturales de los países centro- sin que por ello se logre en forma correlativa un desarrollo efectivo, es decir, independiente y orientado a elevar el nivel de vida y de bienestar de la población. (7) El resultado de la adopción de dichos esquemas "de desarrollo" ha sido en consecuencia la satisfacción de las necesidades básicas de aquélla, en aras del logro de un crecimiento económico artificial medible únicamente en números.

En síntesis se puede decir que estos enfoques del desarrollo no toman en cuenta que éste es "un proceso cualitativamente diferente del crecimiento económico y por lo tanto no reducible a él". (8), es un proceso que debe contemplar los aspectos cualitativos de los grupos, relacionados con su calidad de vida y de Bienestar Social. En este sentido, según Marc Nerfin, otro desarrollo, distinto

(7) HENRIQUE CARDOSO, Fernando. Dependencia y Desarrollo en América Latina. México. Siglo XXI. 1978. pag.11-14.

(8) Loc. cit.

al concebido en las economías de mercado y dirigido a lograr el bienestar social de la colectividad, debe centrarse en el cálculo de los costos y beneficios sociales y no en la seudorracionalidad del mercado, que viene a ser la racionalidad de la acumulación y la apropiación del resultado del trabajo de la mayoría por unos cuantos. La meta sería entonces, lograr la expansión del bienestar colectivo y no un aumento de la productividad, otro desarrollo implicaría en sí un desarrollo orientado a satisfacer las necesidades básicas de empleo, educación, alimentación, vivienda, recreación, salud, seguridad social etc., de los sectores dominados y explotados que constituyen la mayoría de los habitantes de un país capitalista. Esto implica que tal desarrollo debe tener un crecimiento autónomo, ecológicamente solvente, autosuficiente y respetuoso de las características especiales, culturales y políticas de cada país, es decir un desarrollo basado en verdaderas transformaciones estructurales tanto en el aspecto económico, político como social. (9) Mientras todos estos aspectos no sean contemplados en la estrategia general de desarrollo que se adopte, cualquier política de bienestar social más que orientada a elevar el nivel de vida de la sociedad en su conjunto, estará orientada a actuar como mero paliativo de los desordenes

(9) NERFIN, Marc. op. cit. pag. 17

estructurales generados por los esquemas de desarrollo asumidos.

1.2 Formas de Producción y Planificación. Su incidencia en la satisfacción de las necesidades sociales y en la distribución del Bienestar Social.

Es evidente que el modelo de desarrollo seguido por un país está determinado por la forma o por el régimen de producción y de organización de la economía dentro del cual esta inscrito.

Esta relación explica porque las concepciones y los modelos de desarrollo varían significativamente de un régimen de producción capitalista a un régimen de producción socialista.

Para los países inscritos dentro del primer régimen, el objeto último de la producción va a ser la ganancia y la acumulación del capital, mientras que la satisfacción de las necesidades sociales del conjunto de la población son excluidas de los fines del desarrollo que impone la concepción tecnocrática que se tiene del mismo. Así pues en la sociedad capitalista no es el logro del Bienestar Social lo que pone en dinámica a la sociedad, sino por el contrario, es el logro de la máxima ganancia lo que la dinamiza.

En contraposición a estos principios de máxima ganancia y de acumulación que rigen el "desarrollo;" de un país capitalista, dentro de una sociedad socialista se pretende llevar a cabo una adaptación de la producción al consumo colectivo, en otras palabras, una

adaptación de la producción a las necesidades básicas de la población, con el propósito de elevar su nivel de vida y de bienestar social. (10) Partiendo de este enfoque, una necesidad social es concebida entonces como "una necesidad que la sociedad puede satisfacer, dado un nivel de la técnica, la importancia y la repartición de los medios de producción disponibles, satisfaciendo a la vez otras necesidades en la misma medida. Así, todo el mundo puede estimar que tiene necesidad de un automóvil pero como es imposible -por el momento- satisfacer todas esas necesidades individuales, hay que determinar entre ellas cuáles son las necesidades sociales y, cuáles no lo son, para poder adaptar la producción a las necesidades sociales únicamente". (11) Esta es precisamente la tarea fundamental de toda economía sustentada en un régimen de producción socialista. En este tipo de economías, la adaptación de la producción a las necesidades sociales y por lo tanto al consumo social se logra a través de un organismo de planificación capaz de elaborar y de hacer un plan no sólo de producción, sino también un plan de repartición (entendiendo por repartición no la de los productos, sino de la renta nacional.) Esto quiere decir que según la misma esencia del plan, se produce para el consumo y no para el beneficio como se

(10) BETTELHEIM, Charles. Problemas teóricos y Prácticos de la Planificación Madrid. Ed. Tecnos. 1971. pag. 46-47

(11) Ibidem. pag. 48

hace en aquellas economías en donde domina la ley del capital. (12)

En base a lo anterior, hasta aquí se pueden distinguir dos tipos de adaptación de la producción a las necesidades. De un lado, "un tipo de adaptación consciente que supone que las diferentes necesidades han sido contabilizadas, que se ha estimado su importancia relativa, que se han tenido en cuenta los diferentes medios de producción (comprendida la mano de obra) y que sobre esta base se ha establecido lo que se ha de producir, en que cantidad conviene producirlo y cómo ha de repartirse esta producción. De otra parte puede distinguirse un tipo de adaptación espontánea o inconsciente automática, que deja a un mecanismo social la tarea de determinar lo que se ha de producir, en qué cantidad y cómo ha de operarse la repartición". (13) El primer tipo de adaptación es la que correspondería a una economía socialista, "una economía en donde la libertad de consumo no se concibe como una libertad abstracta, sino una libertad real, una libertad que permite a los hombres fijar no ya individualmente, sino socialmente, no ya según las fluctuaciones del mercado sino en función de su voluntad". (14) El segundo tipo de adaptación, corresponde a una economía de mercado, es decir, a una economía en donde la asignación de recursos y la distribu-

(12) Ibidem. pag. 58-59

(13) Ibidem. pag. 49-50

(14) Ibidem. pag. 45

ción de bienes y servicios se hace sobre la base de la demanda efectiva sin tomar en cuenta las necesidades primordiales de la población. (15)

Tanto una como otra forma de adaptación de la producción a los requerimientos sociales, supone a su vez una determinada forma de planificación, y consecuentemente de intervención del Estado dentro de la economía.

Al interior de las economías de mercado en donde la apropiación de los medios de producción es privada, es impensable hablar de la existencia de una rectoría absoluta por parte del Estado dentro de los procesos de producción, distribución y consumo; por tal motivo no se puede hablar de la existencia de una planificación real y absoluta de la economía, cuando mucho se puede hablar de la existencia de una Planificación "Flexible", "que es aquella que se pretende realizar sin actuar directamente sobre la producción, y sin que el Estado sea propietario de los medios de producción. Así como en la planificación integral (o imperativa, propia de los países socialistas) el Estado actúa como un empresario a la cabeza de una empresa única, en la planificación flexible el Estado actúa indirectamente

(15) NERFIN, Marc. op. cit. pag. 270

tamente por medio de la distribución de materias primas, del control de precios, del control de las inversiones, del control de las aperturas de crédito etc., y no actúa sino sobre una parcela del conjunto de las actividades económicas". (16) Precisamente esta ausencia de rectoría del Estado dentro del conjunto de las actividades económicas impide adaptar los fines de la producción a los requerimientos de las necesidades sociales de la población. Esto explica porque en las sociedades que se rigen bajo este esquema de organización económica, las políticas de bienestar social implementadas por el Estado más que estar inscritas dentro de una estrategia de desarrollo en base a un plan rector, tengan un carácter eminente conyuntural y/o emergente. Así las políticas de salud, educación, vivienda, alimentación, seguridad social, empleo y recreación, están encaminadas a dar respuesta a aquellas necesidades sociales no satisfechas por una economía cuya producción no está dirigida a procurar la satisfacción de las mismas, sino a obtener la máxima ganancia. Explicar precisamente cuál es la naturaleza, objetivo, función y razón de ser de las políticas de bienestar social implementadas por el Estado dentro de una sociedad capitalista es exactamente lo que nos interesa ahondar, y lo que haremos en el siguiente

(16) BETTELHEIM, Charles. op. cit. pag. 159

inciso para después centrarnos en el análisis particular de una de estas políticas de bienestar social -específicamente la de salud- dentro de una sociedad capitalista, y concretamente dentro de un país inscrito en este régimen de producción: México.

1.3 Capitalismo y Políticas de Bienestar Social. Su ubicación en la estructura económica, política y social.

¿por qué es indispensable dentro del capitalismo la intervención del Estado a través de las Políticas de Bienestar Social para producir parte de los bienes necesarios que requiere la fuerza de trabajo para su reproducción?

Como señala Christian Topalov (17) esta pregunta se responde únicamente a través del análisis de la relación que existe entre la producción y el consumo en el sistema capitalista, y concretamente entre la explotación y el consumo de los trabajadores.

En el sistema capitalista el valor de cambio de la fuerza de trabajo teóricamente está determinado por el valor de las mercancías y de los servicios necesarios para la reconstitución y reproducción de la misma, sin embargo en la práctica una parte de esos bienes requeridos para satisfacer las necesidades de los trabajadores no es

(17) TOPALOV, Christian. La urbanización capitalista. México. Edicol. 1979. pag. 30

socialmente reconocida en dicho valor de cambio, o sea, en el salario. Así pues, el valor de cambio de la fuerza de trabajo no corresponde a la satisfacción real del conjunto de las necesidades que deben satisfacerse en un momento dado para que el trabajador pueda crear plusvalía y valorizar el capital. En otras palabras, dentro del capitalismo el dueño de los medios de producción "compra la fuerza de trabajo que requiere para producir plusvalía (pero) acerta satisfacer sólo las necesidades de dicha fuerza de trabajo que están directamente ligadas a su utilización productiva". (18) Estas necesidades llamadas por topalov necesidades asociadas, son la únicas reconocidas en el salario; las otras necesidades no reconocidas en el mismo vienen a ser según dicho autor, las necesidades disociadas, es decir, el conjunto de las otras necesidades no cubiertas por el valor de cambio de la fuerza de trabajo. Es el caso de la necesidad de educación, previsión sanitaria, salud, vivienda popular, recreación, etc. Estos y otros valores de uso necesarios para la reproducción de la fuerza del trabajo no serán creados por el capital. Para estos productos no hay demanda solvente por parte de la clase trabajadora, por lo tanto no hay producción capitalista de los mismos; esto explica el porque dichos valores de uso tienden a ser excluidos de la ca-

(18) Ibidem. pag. 57-59

nasta de consumo reconocida por el salario. Por otro lado, cuando el capital llega a producir este tipo de bienes, lo hace exclusivamente para satisfacer la demanda de una fracción muy limitada de la población, como la burguesía y las clases privilegiadas, que tienen la solvencia económica necesaria para pagar el valor de las mismas; mientras tanto, para la gran mayoría de la población todas esas necesidades no pueden satisfacerse gracias a la producción capitalista. (19) Esta es la primera razón lógico-estructural del sistema que explica porque el Estado tiene que intervenir en la producción de aquellos bienes no producidos por el capital, pero que son necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo.

La segunda razón lógico-estructural que explica esta intervención del Estado es un fenómeno intrínseco a todas las sociedades regidas por el modo de producción capitalista: el desempleo.

"La acumulación del capital al incorporar necesariamente mejoras tecnológicas, tiene dos efectos contradictorios; por una parte significa un incremento de la masa de capital vertido (...) que permite crear empleo, por otra parte, va acompañado de un aumento de la productividad del trabajo, de un aumento de la composición orgánica del capital (...) lo cual actúa como un destructor de empleos.

(19) Ibidem. pag. 31-65

De aquí se deduce una ley que puede expresarse en los siguientes términos: la acumulación capitalista produce constantemente, en proporción a su intensidad una población obrera excesiva para las necesidades medidas de explotación del capital, es decir una población obrera remanente sobrante". (20)

Esta parte remanente de fuerza de trabajo que no encuentra comprador sobre todo en los periodos de crisis por no representar valor de uso para el capitalista, tampoco encontrará un reconocimiento social de sus necesidades. En este caso el Estado frecuentemente se ve en la necesidad de implementar programas conyunturales de emergencia tendientes de dar respuesta a las necesidades mínimas, sobre todo de alimentación y de salud, que demanda toda esta superpoblación relativa generada por el propio sistema. El objetivo último de esta política social asistencialista será el de disminuir los efectos de los desequilibrios estructurales intrínsecos a toda sociedad capitalista.

Finalmente, la tercera razón lógico-estructural que explica la intervención del estado en un sistema colateral de mantenimiento de la fuerza de trabajo, es que "su función última será siempre la de mantener aquellas condicio-
(20) Ibidem. pag. 122

nes necesarias (en el campo de la salud, educación, bienestar, etc.) para que la fuerza de trabajo pueda ser explotada por el capital".(21) Por otro lado, al hacerse cargo el Estado del financiamiento de una parte de los gastos de reproducción de la fuerza de trabajo, las presiones sobre el salario se atenúan, lo que representa un subsidio indirecto al capital.

En sí, el sistema público de mantenimiento de la fuerza de trabajo está integrado por dos componentes. Por una parte hay transferencia en forma monetaria: asignaciones familiares, subsidios de enfermedad, subsidios de vejez, subsidios de cesantía. Esas transferencias dan acceso a consumos mercantilizados que el salario no permite. Pero por otra parte, existe el suministro indirecto de valores de uso: escuelas y hospitales públicos, vivienda, transportes públicos, etc.

Toda esta ubicación de las razones lógico-estructurales que explican la intervención del Estado en un sistema público de mantenimiento de la fuerza de trabajo, no es suficiente sin embargo para entender en toda su magnitud porque el Estado se ve obligado en un momento dado a satisfacer aquellas necesidades de la clase tra-

(21) *Ibidem.* pag. 86

bajadora no satisfechas por el salario capitalista.

Atribuir dicha intervención únicamente a las razones lógico-estructurales ya mencionadas sería caer en un esquema de explicación reduccionista, que negaría el papel histórico que ha jugado la lucha de clases en el mejoramiento de los niveles de vida de la población.

Históricamente los trabajadores siempre han desarrollado reivindicaciones a nivel del salario a fin de tener acceso a los consumos mercantilizados exigidos por las condiciones históricas del momento. Este enfrentamiento por mejoras salariales se da directamente contra el capital, sin embargo, como el salario percibido dista mucho de satisfacer todas las necesidades requeridas para su reproducción, también históricamente los trabajadores han desarrollado distintas formas de organización (cooperativas, cajas de ahorro, seguros mutuos etc.) tendientes a satisfacer esas necesidades no reconocidas en el salario. (22)

Esta exigencia de los trabajadores de procurarse mecanismos colaterales de reproducción fue generando poco a poco la base para el surgimiento de reivindicaciones ya no sólo salariales, sino eminentes
(22) *ibidem*. pag. 60-77

temente sociales y políticas, y por lo tanto dirigidas directamente al Estado. (23)

El no soslayar el papel que ha desempeñado la lucha de clases de los trabajadores en el mejoramiento de sus niveles de vida a través de las reivindicaciones salariales y sociales arrancadas tanto al capital como al Estado capitalista, permite no caer en aquellas interpretaciones tergiversadas que se han creado acerca del Estado cuando se ha tratado de analizar su papel dentro de la sociedad. Por un lado permite superar aquella concepción que define al Estado como un ente autónomo, situado por encima de las clases, y cuya función a través de las políticas de Bienestar Social, estaría encaminada a procurar el máximo de estabilidad y armonía entre las clases.

(24) Por otro lado, permite superar también aquella concepción que ve en el Estado un mero instrumento de dominación en manos de la clase en el poder, y cuya función mediante las políticas sociales de Bienestar será la de dominación y control sobre los sectores populares. Esta concepción del Estado niega en consecuencia todo el potencial de lucha de las clases trabajadoras. En este sentido es necesario señalar que el ajuste del Estado y de las políticas sociales a las necesidades de la reproducción del capital no debe conducir a

(23) Ibidem. pag. 84-85

(24) M. VILAS, Carlos. "Política Social, Trabajo Social y la Cuestión del Estado". en Rev. Acción Crítica. No. 6 diciembre. 1979. pag. 7

soslayar el carácter histórico y contradictorio de las mismas; "ni el Estado es un instrumento inerte en manos de la clase dominante (...) ni las masas son un objeto maleable de fácil y permanente manipulación. El Estado es un espacio abierto y producto de las contradicciones de intereses y de los clivajes sociales; la política social como toda política es producto (y) expresión de la lucha de clases". (25)

Es cierto que la intervención del Estado en la satisfacción de parte de las exigencias objetivas de reproducción de la fuerza de trabajo, lo hacen ganar frente el capital cierta autonomía relativa y poder de presión al facilitarle por este medio la generación de una mayor cuota de plusvalía; es cierto también que esta misma función le permite aumentar su grado de consenso, control, dominio y cohesión entre las clases subalternas; pero es más cierto aún que las políticas sociales y de Bienestar para los trabajadores han sido "menos el producto de la acción autónoma del Estado (...) que el resultado de concretas, prolongadas y a menudo violentas demandas de las clases populares". (26)

1.4 Capitalismo y Política de Salud.

(25) Ibidem. pag. 8

(26) Ibidem. pag. 27

Una de las esferas del bienestar social en donde los trabajadores han tenido mayores avances dentro de su lucha, ha sido sin lugar a dudas la esfera de la salud y de la seguridad social.

Precisamente por las consecuencias mismas que genera sobre la salud de la clase trabajadora el alto grado de explotación capitalista a que es sometida, el ámbito de la salud ha sido desde siempre una área prioritaria dentro del conjunto de las políticas de Bienestar Social implementadas por el Estado.

La política de salud como política de Bienestar Social también tiene dentro del sistema capitalista una explicación lógico-estructural y una explicación histórica.

La explicación lógico-estructural es inherente a la ubicación que guarda la fuerza de trabajo dentro de la estructura económica de la sociedad.

Las condiciones de salud de la clase trabajadora están estrechamente ligadas a la doble explotación a que está sometida tanto en el momento productivo, como reproductivo de su relación con el sistema.

En el momento productivo el trabajador es sobreexplotado a través de la ampliación de la jornada de trabajo (plusvalía absoluta) o a través de la intensificación del ritmo de trabajo (plusvalía rela-

tiva) (27). Los incrementos tanto en horas de trabajo como en intensificación de la productividad "provocan situaciones de stress y de fatiga, causantes de cambios fisiológicos en el cuerpo que originan predisposiciones patológicas a corto y largo plazo ", (28) aunado a esto "los salarios de explotación que reciben los condicionan a un mayor riesgo de contraer enfermedades propias de la rama laboral y de los instrumentos con los que trabajan, además de las enfermedades ocasionadas por la insuficiente reposición de su fuerza de trabajo y su reproducción como clase". (29) Es precisamente en el momento reproductivo de la fuerza de trabajo en donde se ubica la segunda forma de explotación de la mano de obra, que incide definitivamente en las condiciones de salud del trabajador.

Debido a que el salario del trabajador no reconoce -tal como ya se ha analizado- parte de las exigencias objetivas necesarias para su reproducción -vivienda, educación, nutrición adecuada, capacitación, recreación, servicios sanitarios etc., - la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias no alcanza los niveles adecuados como para poder contar con buenas condiciones de salud. Para ser más precisos diremos que "la salud no se consigue sólo con proporcionar asistencia médica (...) sino que se requiere una serie de satis

(27) MERCADO, CALDERON et. al. Medicina ¿para Quién?. México.

Ediciones Nueva Sociología. 1980 pag. 27-29

(28) ROJAS SORIANO, Raúl. Capitalismo y Enfermedad. México.

Folios Ediciones. 1980. pag. 66

(29) MERCADO, CALDERON. op. cit. pag. 30

factores como seguridad en el empleo, condiciones adecuadas de trabajo, nutrición suficiente y adecuada, vivienda con los servicios básicos y medio ambiente salubre, educación, esparcimiento y otros elementos que la estructura (...) (económica del capitalismo) difícilmente puede satisfacer". (30)

Paradójicamente, aunque el capital no proporciona al trabajador los medios necesarios para conservar niveles de vida y de salud adecuados, si exige y requiere la presencia de personas en óptimas condiciones de salud para poder ser explotadas. Esta es precisamente la razón fundamental que explica porque el Estado Capitalista se ve precisado a intervenir ampliamente en el aspecto de la salud de los trabajadores.

Además de dar respuesta a una demanda popular no satisfecha por parte de la producción capitalista de bienes, son tres las principales funciones que desempeña el Estado a través de las políticas de salud dirigidas a los sectores populares.

La primera función es la de coadyuvar al mantenimiento y recuperación física de la fuerza de trabajo contribuyendo a que "luego de haber trabajado hoy pueda su propietario repetir mañana la mis-

(30) ROJAS SORIANO. op. cit. pag. 81

ma actividad en iguales condiciones de fuerza y de salud". (31)

La segunda función será la de contribuir a que las ganancias del capital no se vean afectadas por problemas relacionados con la salud del trabajador. Se ha demostrado que cuando los trabajadores y sus familias "son mantenidas en buenas condiciones de salud, disminuye el ausentismo y los accidentes de trabajo que provocan grandes pérdidas a las empresas". (32)

Finalmente la tercera función que desempeña el Estado a través de las políticas de salud es la de contribuir al aumento de la productividad del trabajador y consecuentemente al aumento de la plusvalía no sólo relativa, sino también absoluta, ya que "mantener al trabajador en buenas condiciones de salud hace posible la realización de jornadas extraordinarias de trabajo. (33)

Son claras las razones lógico-estructurales que explican la razón de ser de las políticas de salud implementadas por el Estado dentro del sistema capitalista, sin embargo, estas no son las únicas causas que permiten explicar el porque de la intervención cada vez más amplia del Estado en este renglón.

(31) Citado por DA SILVA AROUCA, Sergio. "El trabajo Médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención". s/d. Fotocopiado. pag. 42-43

(32) Loc. cit.

(33) Ibidem. pag. 44

Para entender este fenómeno es necesario no pasar por alto el papel fundamental que ha jugado la lucha de los trabajadores en el mejoramiento de sus condiciones de salud y de seguridad social. Así pues, más allá de las exigencias propias del sistema, las políticas de salud son el resultado de las constantes y prolongadas luchas que han tenido que sostener los trabajadores para conservar sus condiciones físicas de salud, dentro de un sistema económico que ha tendido desde siempre a consumirlo mediante la explotación, sin retribuirle más que los medios necesarios para su reproducción inmediata como fuerza de trabajo. Por esta razón a través de la lucha de clases los trabajadores han logrado arrancar al capital diversas reivindicaciones en el campo de lo económico, lo político y lo social que han permitido transformar algunas de las condiciones materiales adversas a la salud. (34)

Dentro del Sistema Capitalista los servicios de salud siempre han tenido una orientación eminentemente privada y elitista. La producción misma de la infraestructura y de la industria de la salud esta dirigida en mayor escala a satisfacer las demandas de aquellos sectores y grupos sociales privilegiados que concentran en sus manos el mayor ingreso, y que por lo mismo tienen la capacidad de pa

(34) ROJAS SORIANO. op. cit. pag. 25

gar los servicios de salud que son negados a aquellos sectores de la población que no tienen la solvencia económica para pagar este tipo de servicios. Ante esta tendencia privatizante de la medicina en los países capitalistas, los sectores populares han tenido que librar históricamente fuertes luchas para poder tener acceso a los servicios mínimos de salud. Uno de los resultados de estas luchas ha sido precisamente la serie de legislaciones que en materia de salud se empezaron a emitir ya desde el siglo XVIII en los principales centros industriales de los países capitalistas.

Actualmente en aquellos países que cuentan con régimen de seguridad social gracias a la lucha obrera, los trabajadores han conseguido que tanto el Estado como los empresarios se hayan visto obligados a participar conjuntamente con ellos en comisiones tripartitas tendientes a constituir fondos económicos destinados a mejorar y eficientar los servicios de salud. En relación a este punto es importante señalar que dentro de las comisiones tripartitas el obrero es en realidad el único que paga las prestaciones económicas y sociales de la seguridad social para restablecer su salud. Por un lado las cuotas que paga el patrón son parte de la plusvalía que obtiene al apropiarse del valor del trabajo no remunerado al obrero; las aportaciones que hace el Estado son parte de los impuestos directos e indirectos que el trabajador paga (con excepción de quienes perciben el salario mínimo en algunos países como México) y la cuota

que le corresponde al obrero se le descuenta de su salario, (en conclusión la clase obrera es la que paga en su totalidad el costo de la Seguridad Social". (35) A pesar de esto, lo que es importante destacar aquí como ya se ha señalado, es la importancia que ha tenido la lucha obrera para obligar a los patrones y al Estado a intervenir en los asuntos relacionados con la organización y provisión de los servicios de salud requeridos por los trabajadores y sus familias.

Otro ejemplo más que demuestra la importancia que ha desempeñado la lucha de clase en la ampliación relativa de los servicios de salud hacia los sectores mayoritarios de la población, son los logros que han obtenido en este renglón aquellos sectores de la población que por su situación en el sistema productivo no generan para el capital ningún derecho social.

Dentro de la misma clase trabajadora no todos los sectores gozan de derechos iguales en cuanto a los servicios de salud y seguridad social. El gran número de trabajadores eventuales y en general los amplios sectores populares que temporal o permanentemente se encuentran sin empleo, -sobre todo en los periodos de crisis-

(35) *Ibidem.* pag. 35

no pueden gozar de los servicios de seguridad social con que cuentan aquellos trabajadores que por su misma situación se encuentran más organizados. Sin embargo, sus requerimientos de salud y la presión que en un momento dado han generado para mejorar sus condiciones de vida, han influido también para que el Estado se vea obligado a dar respuesta a esta y otras demandas de dichos sectores, es así como nacen en parte las Instituciones de Asistencia Pública y los programas emergentes de salud dirigidos a estos sectores de la población tanto en el campo como en la ciudad. En México la secretaría de Salud (antes SSA) y sus programas, responden a esta problemática.

De todo lo anterior se deduce que aunque la medicina en los países capitalistas tiene una connotación eminentemente curativa debido a las funciones lógico-estructurales que desempeña dentro del sistema, las presiones obreras y populares han sido definitivas en la ampliación de la cobertura de los servicios de salud implementados por el Estado.

Para concluir, es necesario señalar en este sentido que la lucha de clases ha tenido un papel fundamental para que el proletariado una vez que ha empezado a tomar conciencia de su situación objetiva frente al capital empiece a luchar por una serie de reivindicaciones en el plano económico, político, social y de la sa-

lud (36). Tales reivindicaciones y los triunfos que se logran arrancar al capital varían según las distintas formaciones sociales insertas en el sistema capitalista y según las características que asuma la lucha de clases en cada país.

En México las características que asumió la lucha de clases antes y después de 1910, y la forma en que se dió la correlación de fuerzas entre las mismas durante el período de la posrevolución armada, influyeron definitivamente al interior del Estado para hacer avanzar o retroceder las legislaciones que en Materia de Bienestar Social y de salud se fueron emitiendo en favor de los trabajadores. Analizar precisamente como se dió este proceso es el objetivo del siguiente capítulo.

(36) Ibidem. pag. 75

CAPITULO II. EL BIENESTAR SOCIAL Y LA SALUD EN MEXICO. ANTECEDENTES HISTORICOS.

2.1 El bienestar social y la política de salud de los gobiernos precar- denistas: 1917-1934

La revolución mexicana de 1910 surgió sustancialmente de la miseria en que se encontraban las masas del campo y de la ciudad cuyos niveles de vida habían descendido estrepitosamente durante la dictadura impuesta por el general Porfirio Díaz.

El poder económico, político y social durante el porfiriato se encontraba en manos de una minoría oligarquica ligada al capital extranjero. Esta concentración de la riqueza y el poder había provocado que gran parte de la población llegara a niveles de inanición nunca antes imaginados. Sobre todo en el campo la miseria se tornó aún más desesperante debido a que solamente el 1% de la población -compuesta por latifundistas- concentraba en su poder el 97% de la tierra, mientras que las mayorías campesinas habían sido despojadas de sus tierras. (37) Por su parte en las ciudades la desorganización en la agricultura y también en la industria significó la miseria generalizada. Así pues, el modelo de desarrollo agroexportador fuertemente dependiente del exterior en que se había sustentado

(37) HEWITT DE ALCANTARA, Cynthia. "Ensayo sobre la satisfacción de las necesidades básicas de México". en Hacia otro desarrollo México. Siglo XXI. pag. 178

la economía del país, obstaculizaba por un lado el desarrollo de una industria más moderna y eficiente, y por el otro favorecía una explotación irracional de los recursos naturales, agrícolas y mineros del país en beneficio de un sector minoritario de la población.

Este modelo de desarrollo que se revertía cada día más en contra de los niveles de vida de los sectores populares del país, provocó el estallido revolucionario de 1910 y más tarde la caída de la dictadura porfirista en 1911.

Si bien con el apoyo de grandes contingentes de campesinos armados se hizo posible iniciar el proceso de restitución de miles de hectáreas usurpadas por los hacendados porfiristas, las condiciones de vida de los trabajadores agrícolas sólo mejoraron parcialmente, lo mismo ocurriría con los trabajadores urbanos.

Los distintos grupos y facciones revolucionarios urgidos en el proceso armado estaban más interesados en la disputa por el poder que en la procuración de la satisfacción de las demandas reales de las bases populares, no es sino hasta 1917 que son retomadas y reconocidas jurídicamente en la constitución promulgada ese año, las principales demandas obreras y campesinas que habían dado origen a la revolución.

Los dos artículos en donde quedaron plasmadas fundamentalmente dichas demandas son los artículos 27 y 123 constitucional.

El primero recogió todas las disposiciones legales para devolver la tierra a las comunidades rurales y expropiar los latifundios; el segundo confirmó y legalizó los derechos de los trabajadores en cuanto a formas de organización, jornada de trabajo, salario, derecho a la salud, vivienda y educación. (38)

Si bien para los sectores populares del país representaba un gran avance el reconocimiento legal de sus principales demandas en la constitución política recién promulgada, la operativización inmediata de ésta no se pudo llevar a cabo debido a la prevalencia en todo el país de la agitación política y de las pugnas entre caudillos. La mayoría de los principales jefes políticos y militares que después de la caída de Díaz ocuparon el poder, desde Madero, pasando por Huerta, Carranza, Obregón y el maximato Callista, tenía ligadas en mayor o menor grado con los terratenientes porfiristas y con los antiguos empresarios extranjeros, esto provocó que el modelo de desarrollo seguido no sufriera cambios sustanciales y que los preceptos de la constitución en materia de bienestar social no fueran llevados hasta sus últimas consecuencias. El resultado inmediato de esta situación fue que las manifestaciones de descontento popular se extendieron por todo el país, sobre todo en el norte y sur del

(38) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Congreso de la Unión. 1984.

mismo, a la cabeza de Villa y Zapata fundamentalmente.

En este contexto se puede decir que con excepción de las aisladas acciones sanitarias que se llevaron a cabo en materia de salud, el periodo que va de 1917 a 1934 se caracterizó por el predominio de la cautela e inactividad a nivel nacional en cuestiones de Bienestar Social, y en un congelamiento real de las garantías sociales contempladas en la constitución.

Después de la revolución mexicana, el renglón de la salud fue el único sector de Bienestar que recibió una relativa pero precaria y marginal atención por parte de los "dirigentes" en turno debido a las exigencias del modelo de desarrollo prevaleciente. Desde el porfiriato y hasta mediados de la década de los treinta la economía del país se siguió sustentando -como ya se mencionó- en el modelo de desarrollo agroexportador; debido a esto la política de salud de los gobiernos subsecuentes no tuvo cambios sustanciales dentro de su orientación, el esquema económico imperante exigía seguir manteniendo (como antaño lo había hecho Díaz) una política de corte sanitarista. Durante este periodo histórico, en donde el país toma parte en la división internacional del trabajo como exportador de materias primas, el Estado se ve en la necesidad de organizar campañas sanitarias en zonas portuarias, mineras, y agrícolas sobre las cuales se estaba cimentando la economía del país; su objetivo era evitar las epidemias en dichas áreas para que los trabajadores aumentaran su capaci-

dad de trabajo y para que las ganancias de las empresas explotadoras nacionales y extranjeras no se vieran afectadas. Bajo esta lógica impuesta por las exigencias del sistema económico agroexportador, lo único que hicieron los dirigentes posrevolucionarios hasta antes de Cárdenas fue emitir y crear una serie de leyes y organismos que permitieran eficientar las tareas sanitarias en los principales polos de desarrollo económico del país. Así pues, al Consejo Superior de Salubridad creado en 1872 por Díaz, se le sumaron otros dos organismos creados en 1917: el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, más tarde en 1925 se crea la Escuela de Salud Pública (39) bajo los esquemas impuestos por Estados Unidos a través de la fundación Rockefeller; esto reflejaba que aún después de la revolución, la economía seguía controlada principalmente por inversionistas extranjeros a quienes interesaba mantener dentro de sus enclaves regionales las más elementales condiciones de salud para evitar las pestes y epidemias que mermaban sus ganancias.

En este orden de cosas se puede decir que al tomar las riendas del sector salud, el incipiente y bonapartista estado posrevolucionario va a seguir dando prioridad al sanitarismo. El Estado también se

(39) FRENK; Julio. " Salud: las negligencias legislativas" en Uno más Uno. 12 marzo de 1979. pag. 6

percataba de que la mala salud y la pésima higiene pública incidían negativamente en el deterioro económico de los inversionistas nacionales y extranjeros, por lo que consideró necesario ir sentando las bases para crear una infraestructura sanitaria que permitiera seguir estimulando la reproducción directa de la fuerza de trabajo. (40)

2.2 La Política de Bienestar Social y de Salud durante el gobierno de Cárdenas.

Como ya se señaló, con excepción de estas medidas tomadas en materia de salud, los demás renglones de bienestar prácticamente estuvieron abandonados, fue hasta 1934 en que los sectores populares del país empiezan a experimentar un verdadero avance dentro de sus condiciones de vida y de salud, más allá de las acciones meramente sanitarias.

Con el ascenso de Cárdenas al poder se asiste a un cambio sustancial dentro de la política económica y social del Estado hacia los sectores populares. Durante su gestión "la orientación del desarrollo mexicano cambió drásticamente y por consiguiente las posibilidades de realizar las previsiones del Bienestar Social que establecía la constitución". (41)

(40) ALVAREZ LARRAURI, Ma. Selene. Institucionalización del Sector Salud como parte del proceso de legitimación del Estado Mexicano (1910-1946). Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. México. 1980. pag. 94-96.

(41) Ibidem. pag. 185.

Lo que posibilitó a Cárdenas llevar a cabo este proyecto fué la relativa estabilidad política que se había logrado imponer en el país desde 1929 con la unificación de los poderes regionales y la aniquilación del caudillismo mediante la creación del Partido Nacional Revolucionario (PNR), por otro lado con la expulsión de Calles del País se asesta un golpe definitivo a aquella facción política del partido ligada aún a los terratenientes y grupos empresariales extranjeros. Cárdenas se propone así sentar las bases para impulsar un modelo de desarrollo nacionalista, y por lo tanto distinto al modelo de desarrollo agroexportador. Esta tarea requería del apoyo absoluto de las mayorías populares del campo y de la ciudad, es por esto que como medida para ganar el consenso de aquéllas "los gastos gubernamentales empezaron a retirarse proporcionalmente de la administración y se canalizaron hacia la inversión pública en los sectores de la economía que podían estimular el empleo y aumentar el nivel de vida de la población. Se inauguraron (así) los organismos de primera importancia para el crecimiento económico futuro del país",⁽⁴²⁾ se hizo efectivo como nunca antes se había hecho el proceso de reforma agraria, y se impulsó la creación de las confederaciones nacionales de trabajadores y campesinos, para incluir a las masas en el proceso

(42) Loc. cit.

de toma de decisiones de las que habían sido excluidas a pesar del papel fundamental que habían jugado para el triunfo de la revolución mexicana. (43)

En general, durante el régimen Cardenista el gasto en los programas sociales alcanzó cifras que sólo se volverían a igualar a fines de los años cincuentas, de esta forma, los programas de empleo, educación, vivienda y salud pública se estimularon ampliamente tanto en el campo como en la ciudad.

En las zonas rurales, "durante el periodo de 1934-1940, las regiones de México relativamente mejor dotadas fueron escenario de los más importantes experimentos históricos en cuanto a programas de salud pública, campañas de alfabetización y la institución de escuelas regionales, agrícolas, mutualidades de seguros, organizaciones de mujeres, etc." (44)

En las áreas urbanas los esfuerzos del gobierno Cardenista por fortalecer e impulsar la inversión social, también contribuyeron a aumentar el nivel de vida de las clases trabajadoras.

(43) La función que jugarían más tarde estas confederaciones, sería sin embargo la de control y mediatización de los movimientos obreros y campesinos del país.

(44) HEWITT DE ALCANTARA, Cynthia. op. cit. pag. 186.

Dentro de las demandas del movimiento popular, sobre todo dentro del movimiento obrero, la demanda de salud estuvo siempre presente como un punto de primera importancia, debido a que las condiciones de vida distaban mucho de ser satisfactorias, a pesar de los avances que en materia de política social había logrado impulsar el gobierno Cardenista. Esta demanda latente de los sectores trabajadores obligó al Estado a dar un matiz diferente a la política de salud sanitarista prevaleciente hasta la fecha, y a crear una serie de organismos y disposiciones legales tendientes a mejorar los servicios de salud de la población. Con Cárdenas las campañas de salud pública implementadas en las zonas rurales y urbanas de todo el país, no tenían como objeto único evitar las epidemias para lograr la reproducción directa de la fuerza de trabajo como lo habían hecho los gobiernos anteriores. A diferencia de este enfoque, la estrategia sanitario-asistencial impulsada por Cárdenas estaba inscrita dentro de una estrategia general de Bienestar Social, que llevaba aparejada la introducción de una serie de obras y servicios públicos necesarios para coadyuvar al mejoramiento integral de la salud de la población: introducción de sistemas de agua, drenaje y alcantarillado, instalación de letrinas y servicios sanitarios, construcción de centros comunitarios para la salud, e implementación de campañas de educación higiénica y sanitaria.

Además del establecimiento de los convenios que dieron lugar a la aparición de los Servicios Coordinados de Salud, durante el gobierno de Cárdenas cada sector de la clase trabajadora empieza a obtener diversas prestaciones respecto a la salud, según su importancia como grupo y su lugar dentro de la producción. Para los ferrocarrileros que constituían un grupo fuerte se creó el Hospital Colonia, para los trabajadores petroleros se establecieron servicios médicos especiales, y en general para atender a los restantes sectores obreros, mujeres y niños se crea en 1936 la Secretaría de Asistencia Pública. (45) Ya en este momento el Estado sentía la necesidad de hacer algo ante las crecientes presiones obreras, y se empiezan a desarrollar los proyectos para el establecimiento de la seguridad social obrera que surgiría hasta 1944.

En sí, el gobierno de Cárdenas se caracterizó por destinar una parte importante del gasto público a los programas de Bienestar Social, hecho que se evidenció sobre todo en el sector salud en donde cada año se registraron importantes aumentos en las partidas destinadas a este renglón. En 1934 el porcentaje del presupuesto total del gobierno federal destinado a la salud fué de 3.4%, en 1935 fué de 3.86%, en 1936 de 4.2%, en 1937 de 4.6%, en 1938 de 5.0%, en 1939 de 5.5%

(45) ALVÁREZ LARRAURI, Ma. Selene, op. cit. pag. 117.

y en 1940 de 6.4%, superándose así el porcentaje previsto para fines del sexenio. (46)

Esta política dirigida a favorecer a los sectores mayoritarios del campo y de la ciudad, duró sin embargo poco tiempo, pronto los más importantes programas de bienestar social impulsados por Cárdenas sufrieron un fuerte revés al ser cancelados por los gobiernos subsecuentes.

2.3 El Periodo Poscardenista: Deterioro en las condiciones de vida de la Población y redefinición de la política de Salud 1940-1970.

" Entre 1940 y 1970 se efectuó en México un desarrollo industrial y urbano sin haberse terminado antes la tarea de resolver los problemas más graves de la población rural; bajo la dirección de una coalición de intereses comerciales, industriales, y antiagrarios, el gobierno federal abandonó la estrategia cardenista de desarrollo basada en una amplia participación de grupos de pequeños productores rurales, así como de trabajadores urbanos..., la justificación económica inmediata de esta nueva estrategia fue el crecimiento del mercado internacional de artículos manufacturados, estimulado por el desquiciamiento del comercio internacional durante la segunda guerra mundial. (47)

(46) LOPEZ ACUÑA, Daniel. La Salud desigual en México. México. Siglo XXI, 1982 pag. 215.

(47) HEWITT DE ALCANTARA, Cynthia. op.cit. pag. 188.

La coyuntura internacional impuesta por la guerra mundial creaba las condiciones para poder impulsar en el país un proceso de desarrollo "hacia adentro" a través de una política sustitutiva de importaciones. La puesta en marcha de esta estrategia de desarrollo se empezó a impulsar mediante el estímulo a la inversión extranjera a través de la suspensión temporal del pago de impuestos sobre utilidades, esto ocasionó que se limitaran los ingresos públicos de gobierno, por lo que la partida presupuestal más afectada fue la destinada a los programas de Bienestar Social.

Los resultados de la implementación de este esquema de desarrollo se empezaron a evidenciar inmediatamente en el creciente deterioro que sufrieron los niveles de vida de la población en las décadas subsiguientes. Los siguientes indicadores que ubican datos entre 1940 y 1970 revelan dicha situación. (48)

En el renglón de precios y salarios, entre 1940 y 1960 el índice del costo de la vida obrera en las ciudades aumentó 700% con incidencias claras en sus niveles de vida, esto debido a que los salarios reales de los trabajadores descendieron en el mismo periodo entre el 16 y el 10%, solamente hasta 1960, debido a la presión popular, el salario

(48) Las cifras fueron tomadas en lo sustancial del trabajo de Cynthia Hewitt. op. cit.

real logro aumentar a una tasa promedio anual del 6.8%.

En el rubro de la distribución del ingreso, entre 1950 y 1970, la participación del 50% más pobre de la población descendió del 19.1% al 15%, y la de la clase trabajadora organizada se mantuvo estacionaria.

Las consecuencias de este continuo descenso en ingresos y salarios se reflejó directamente en las condiciones de educación, nutrición, vivienda y servicios básicos de la población. En el renglón de la educación el abandono de la estrategia Cardenista que se había enfocado en dar prioridad a la educación elemental, media y técnica en el campo y en la ciudad, provocó que se fuera generando un rezago en la satisfacción de la demanda de educación de los estratos más bajos.

El creciente interés por ampliar la preparación académica en las escuelas de nivel medio superior y en las universidades, implicó que se llevara a cabo una relativa disminución de los recursos disponibles para la educación primaria, lo que significaba dejar sin enseñanza básica a millones de niños. Debido a esta tendencia en la política educativa de los años poscardenistas, entre 1940 y 1960 aumentó a 44% el número de niños en el país que ni siquiera tenían acceso al primer grado de enseñanza, por su parte en las zonas rurales, para 1957 el 81% del total de las escuelas primarias no ofrecían más de

tres años de educación.

En el aspecto de la alimentación, para 1963 las familias de más bajos ingresos tenían acceso a menos de la mitad de los vegetales y a una cuarta parte de las frutas y de los productos animales en relación con las familias de ingresos medios y altos. Por otro lado, además de reducir su consumo de frutas, vegetales y productos animales, entre 1963 y 1968 los grupos de bajos ingresos también comieron menos maíz, trigo, arroz, tubérculos y leguminosas.

En el renglón de la vivienda, para 1950 las condiciones de la mayoría de las habitaciones del país era lamentable. Para ese año 3.2 de los 5.3 millones de viviendas en la nación, disponían únicamente de un cuarto, y 1.3 millones disponían de dos cuartos, además 1.8 millones de viviendas se encontraban en estado ruinoso a lo que se sumaba un déficit de 1.1 millones de habitaciones. Esta tendencia provocó que en términos absolutos el déficit nacional de vivienda aumentara cada decenio, así para 1960, 26 millones de personas vivían hacinadas en viviendas de uno y dos cuartos, cifra que se elevó en 6 millones más para 1970.

Finalmente en el rubro de los servicios esenciales, tales como agua y drenaje, entre 1940 y 1970 el número absoluto de personas que carecían de ellos aumentó de 17 a 28 millones.

Todas estas cifras que reflejaban el deterioro creciente de las

condiciones de vida de la población, ratificaban a su vez la derrota de los principales ideales revolucionarios del pueblo, y el triunfo de una estrategia económica cuyo objetivo había sido estimular el crecimiento económico y la productividad, a costa del bienestar social de las mayorías populares del campo y de la ciudad. Con una estrategia de esta naturaleza la política poscardenista se logró, "el producto nacional bruto de México aumentó aproximadamente a 6% anual entre 1940 y 1968, y el producto pércapita ascendió en casi el 3%. La producción manufacturera que creció a una tasa media anual de 4.6% entre 1930 y 1940, aumentó a 8% anual entre 1940 y 1950, 7.3% entre 1950 y 1960, y aproximadamente 8.2% entre 1960 y 1968. (por su parte) el producto agrícola había aumentado a 4.6% anual entre 1935 y 1967". (49) Sin embargo los beneficios de este crecimiento tan notable fueron alcanzados por un sector muy reducido de la población total, con implicaciones desastrosas -tal como se ha demostrado en párrafos superiores- para el bienestar general de la mayoría de la población. Por lo demás, la implementación de esta estrategia de desarrollo había sido posible gracias al control político que habían ejercido las principales organizaciones obreras y campesinas del país sobre sus agremiados, hecho que de ninguna manera significó el in-

(49) Ibidem. pag. 190

movilismo total. De cualquier forma las consecuencias de esta política económica y social pronto empezaron a reflejarse en las condiciones de salud de los trabajadores del campo y de la ciudad. La carencia cada vez más grande de los satisfactores necesarios en materia empleo, educación, vivienda y servicios básicos, se revertían negativamente en contra de los niveles de salud de la clase trabajadora. Este hecho explica porque la demanda por la ampliación de los servicios de salud y seguridad social, siempre estuvo a la orden del día dentro de los movimientos encabezados por los principales sectores obreros del país.

Por otro lado, como desde 1940 el país empieza a asistir a la más importante experiencia de industrialización interna, el Estado se ve en la necesidad de empezar a impulsar el mejoramiento de los servicios de salud y la instauración de los sistemas de seguridad social, para proteger por un lado a los trabajadores de los sectores clave de la economía, y procurar por el otro mantenerlos en las condiciones óptimas de salud que requiere el capital para poder explotarlos. Este requerimiento del sistema capitalista mexicano, sobre todo en este momento histórico de intensa industrialización, y la necesidad de mediatizar las luchas obreras por mejores condiciones de vida, explica porque el rubro de la salud fué el único que recibió relativamente más atención por parte del gobierno Federal en el periodo poscardenista.

Cuando el país inicia el proceso de sustitución de importaciones y empieza a crear una industria, el panorama cambia y el Estado fija su atención en la clase sobre la cual se asienta el modo de producción: la clase obrera, desde este momento son los asalariados a los que interesa mantener en buenas condiciones de salud para la producción y reproducción de la fuerza de trabajo, por esta razón se empiezan a crear las instituciones de Seguridad Social. Así pues, desde 1940 se da un cambio en la política de salud del Estado Mexicano, la antigua estrategia sanitario-asistencial que había prevalecido hasta la época cardenista, con diferentes matices y orientaciones, es abandonada sustancialmente para adoptar una política que empieza a dar mayor prioridad a la consolidación de una estructura científico-hospitalaria más acorde con las exigencias de la reproducción directa e inmediata de la fuerza de trabajo. Dentro de esta línea de acción, el 19 de enero de 1943 se reglamenta la disposición constitucional respectiva y se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social, (50) paralelamente se empieza a reducir el presupuesto asignado al renglón de salud y asistencia pública, así del 6.4% alcanzado en 1940 con Cárdenas, quien dió prioridad a las acciones de salud pública, se pasó en 1945 al 4.9%, esto reflejaba la tendencia del gobierno a disminuir la

(50) PATIÑO CAMARENA, Javier. "Evolución de la Seguridad Social" El Día. 13 de diciembre de 1977. pag. 5

atención prestada a los grupos "marginados" del campo y de la ciudad, y a enfocar todos sus esfuerzos a dar respuesta a la demanda de salud de los sectores trabajadores ligados directamente al proceso productivo. (51)

La única acción trascendente que se dió en materia de asistencia pública en el sexenio que corrió de 1940 a 1946, fue la constitución de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública en 1943, al fusionarse el Departamento de Salubridad con la Secretaría de Asistencia Pública. (52) Esta acción fue pensada como una medida necesaria para atender al resto de la población trabajadora -sobre todo rural- sin derecho a la seguridad social, y a la indigente como una simple medida de atención médica legitimadora.

Durante los dos sexenios siguientes que abarcaron el periodo comprendido entre 1946 y 1958, la política del gobierno en materia de salud no tuvo cambios sustanciales.

El rezago en materia de empleo, educación, alimentación y vivienda se agudizó considerablemente sobre todo en el sexenio Alemánista, mientras tanto la ampliación relativa del sistema de seguridad social entre los grupos trabajadores de mayor importancia dentro de

(51) Para entender más detalladamente las razones lógico-estructurales que explican este comportamiento del Estado, ver el capítulo I

(52) FRENK, Julio. op. cit. pag. 6

la economía, y las aisladas acciones de salud dirigidas a los grupos "marginados", siguieron siendo la única salida mediatizadora que continuó utilizando el Estado para seguir haciendo frente a su incapacidad para dar respuesta estructural a las principales necesidades básicas de la población, en tanto continuaba destinando la mayor parte del presupuesto Federal a estimular a los inversionistas nacionales y extranjeros, a través de diversos programas de apoyo a la productividad.

Por otro lado, el acelerado proceso de industrialización que había seguido el país desde 1940, no sólo trajo consigo el crecimiento absoluto de la población obrera, también el gobierno mismo experimentó un significativo crecimiento en sus dependencias, y por consiguiente en el número de empleados, es decir, la burocracia se multiplicó de tal forma que los conflictos generados al interior de la misma por mejores condiciones de vida, obligaron al propio Estado a ampliar los sistemas de seguridad existentes hacia este relativamente nuevo sector de trabajadores, que resultaba ser clave dentro de la estructura administrativa del gobierno. Es por esta razón que se crea durante el sexenio de López Mateos el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959. (53)

(53) ORTIZ QUESADA, Federico. "La Medicina Institucional". Unión más Uno. 15 mayo de 1980. s/p.

Esta concesión que hacía el Estado en materia de salud a sus trabajadores, iría acompañada de un relativo aumento al presupuesto en bienestar social después de más de 15 años de su congelamiento casi absoluto. La decisión del gobierno de destinar el 23.4% de la inversión pública al rubro del bienestar, había sido determinada también por el auge de las demandas y movilizaciones obreras, y por la multiplicación de los conflictos populares. El movimiento ferrocarrilero de 1958 fué la prueba más evidente de esta situación, por otro lado, la implementación del modelo de desarrollo estabilizador en esa época, requería del mantenimiento del orden social, por lo que el Estado se vió obligado a dar ciertas concesiones a los trabajadores en materia de salud y bienestar social; es precisamente en este contexto económico y político en que se ubica la ampliación relativa del gasto en bienestar social y el surgimiento de los servicios de salud y seguridad social para los trabajadores del Estado (ISSSTE). Más adelante sobre la misma base, en el transcurso de los años sesentas se fueron creando -y en algunos casos sólo ampliando- las instituciones de salud y seguridad social dirigidas a sectores clave de la burocracia estatal y paraestatal como PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, Secretaría de la Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En general, de todo lo expuesto anteriormente se puede decir que la orientación de la política de salud de los gobiernos poscarde-

nistas, caracterizada por la preferencia dada a la consolidación de los regímenes de Seguridad Social de base hospitalaria, en detrimento de las acciones de asistencia y salud pública, fueron dando lugar a la conformación de un sistema de salud fuertemente atomizado y diferencial, cuya ineficiencia e incapacidad para dar respuesta eficaz a los problemas de salud de la población se dejó ver más claramente en los años setentas, cuando se empieza a manifestar abiertamente la crisis del modelo de desarrollo que había seguido el país desde 1940.

Ya para la segunda mitad de la década de los sesentas se encuentran bien definidos y diferenciados los tres grandes sistemas institucionales que integran el Sistema de Salud en México:

En primer lugar el Sistema de Seguridad Social (IMSS), al cual tienen acceso los grupos obreros más organizados del país pertenecientes a la iniciativa privada; en segundo lugar el sistema de seguridad social destinado a los trabajadores del Estado de dependencias públicas y empresas paraestatales (ISSSTE, PEMEX, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, etc.); y en tercer lugar el Sistema de Asistencia Pública dirigido a prestar atención médica a los sectores "marginados" de la población.

El favorecimiento de una política de salud que dió lugar a la conformación de un sistema de atención médica tan atomizado, en donde la prioridad en el gasto destinado al sector se orientó a fortalecer los sistemas de seguridad social, finalmente se revirtió en con-

tra de los postulados constitucionales del derecho a la salud de todos los mexicanos. El crecimiento industrial del país había dado lugar también a la generación de un considerable contingente de mano de obra excedente cuyo número rebasaba en mucho las posibilidades de la Asistencia pública para cubrir la demanda de toda esa población; a esta incapacidad del Estado para satisfacer la demanda de salud de dicha población se sumaba su incapacidad para atender sus otras demandas en materia de educación, empleo, alimentación y vivienda.

Este rezago estructural que venía arrastrando el Estado en materia de bienestar Social se agudizó aún más debido a la crisis generalizada del modelo de desarrollo, es por esta razón que entrada la década de los setentas, el Estado al mando de Luis Echeverría se ve en la necesidad de dar un giro sustancial a la política de Bienestar Social y de salud mantenida por los gobiernos poscardenistas hasta 1969. Las condiciones de vida y de salud que presentaban las mayorías populares del país en 1970 -como a continuación se detalla- así lo demandaban.

CAPITULO III. LA POLITICA DE SALUD EN EL SEXENIO ECHEVERRISTA.

3.1 Condiciones de vida de la población a principios de la década.

A pesar de que los sectores obreros más organizados del país habían logrado obtener durante varias décadas de lucha importantes avances dentro de sus reivindicaciones sociales, sobre todo en materia de salud y seguridad social, a fines de los años sesentas e inicios de los setentas, las mayorías populares del país seguían careciendo -después de mas de cincuenta años de "revolución"- de los más elementales niveles de bienestar social que la constitución contemplaba como derecho instrínseco de todo ciudadano mexicano.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, el modelo de desarrollo que siguió México a partir de los años cuarentas no sólo agudizó el proceso de concentración y centralización del capital, sino que también aceleró el proceso de proletarización, empobrecimiento y pauperización de grandes núcleos sociales de la población. Este proceso de expoliación capitalista se revirtió desde el principio en contra de las condiciones de vida y de salud de la población (ver cifras del capítulo I), sin embargo, sus efectos más negativos se hicieron aún más evidentes entrada la década de los setentas. Basta mencionar las siguientes cifras que revelan las condiciones de vida que caracterizaban a la población del país para 1970. En ese año en el rubro de empleo, el 84% de los trabajadores del campo trabajaron

menos de la mitad de los días laborables en el año. El resultado de este descenso de oportunidades de empleo en el campo, fué que el ingreso promedio mensual de los trabajadores agrícolas era ya desde 1968 aún más bajo que el de cualquier otro tipo de trabajador en el país. (54) Por su parte en las ciudades el desempleo y subempleo urbano también se vieron incrementados. De acuerdo a algunas investigaciones citadas por Cynthia Hewitt de Alcántara, en 1970 cuando menos el 35% de la población económicamente activa del Distrito Federal era subempleada. En general para ese mismo año, entre el 35% y el 45% de la fuerza de trabajo total del país (o sea entre 4.8 y 5.8 millones de personas) estaban subempleadas, mientras que aproximadamente 3 millones se encontraban absolutamente sin trabajo. (55) Aunado a esta situación, para principios de los años setentas los ingresos reales de los trabajadores empezaron a descender marcadamente.

En el rubro de nutrición y alimentación la situación de la población del país presentaba cifras igualmente desoladoras. De acuerdo a estimaciones registradas en el censo de ese año, en 1.1 millones de viviendas los habitantes no habían consumido durante la semana

(54) HEWITT DE ALCANTARA, Cynthia. "Ensayo sobre la satisfacción de las necesidades básicas del pueblo mexicano entre 1940 y 1970".

Cuadernos del CES No. 21 Centro de Estudios Sociológicos. Colegio de México. 1977. pag. 20

(55) Ibidem. pag. 22

en estudio, carne, pescado, leche, ni huevos. Por otro lado, estudios sucesivos más concretos demostraron que para ese mismo año, 4.3 millones de familias o sea el 49% del conjunto de la población del país presentaba algún problema de desnutrición. (56) Esta afirmación se corroboraba con el hecho de que según datos del mismo censo el 20% de la población censada no comía carne ni huevos, el 70% nunca comía pescado, el 23% no probaba el pan de trigo y el 38% no tomaba leche. (57)

En el renglón de la educación, para 1970 solamente en lo que se refiere a la educación básica, 3 millones de niños no lograron inscripción en las escuelas primarias, y un número similar de jóvenes tampoco lograron ingresar a las escuelas secundarias. Estas cifras ponían en evidencia que "las oportunidades de estudio continuaban concentrándose en las regiones más ricas del país y entre los estratos de ingresos más altos de la población, mientras que la gran mayoría de los que nunca se habían inscrito o que habían abandonado la escuela antes de la secundaria se encontraban entre los sectores urbanos y rurales marginados".(58)

En el rubro de la vivienda y de los servicios básicos el panora-

(56) Ibidem pag. 42

(57) LOPEZ ACUÑA, Daniel. La Salud Desigual en México. México Siglo. XXI. pag. 3

(58) HEWITT DE ALCANTARA, Cynthia. op. cit. pag. 66

ma para 1970 se presentaba de la siguiente forma: aproximadamente 32 millones de personas vivían hacinados en viviendas de uno y dos cuartos, mientras que el déficit total de habitaciones se calculó en aproximadamente 4 millones de unidades. (59)

Por otro lado la distribución de servicios básicos para las viviendas también presentaba serias deficiencias. De acuerdo a datos proporcionados por Daniel López Acuña, en ese año" el 41% de las viviendas censadas que alojaban casi 20 millones de personas, tenían instalaciones de drenaje intradomiciliario para el manejo de las excretas, mientras que el 59% donde habitaban más de 28 millones de personas, no contaban con servicios de esta naturaleza". (60) Por otro lado, de las 8 286 000 viviendas censadas, sólo 5 millones disponían de agua entubada, a su vez 3 230 000 casas que alojaban más de 18.5 millones de personas no contaban con agua potable para el consumo. Además de esto el 41% de la población vivía en casas de piso de tierra y sólo el 31% de las viviendas tenían baño. Aunado a lo anterior el hacinamiento era otro problema real ligado a su vez a la problemática habitacional. Para el año en cuestión el 40% de las viviendas tenía un sólo cuarto, el 29% dos cuartos, el 13% tres cuartos y el resto más de cuatro habitaciones. Es en los dos

(59) Ibidem. pag. 49

(60) LOPEZ ACUÑA, Daniel. op. cit. pag. 21

primeros grupos de casas en donde vivía alrededor del 70% de la población con un promedio de 6 habitantes por vivienda. (61) Paralelamente a esta situación los sistemas de alcantarillado eran igualmente deficientes. En localidades mayores de 2500 habitantes sólo se encontraban beneficiadas con este servicio 11 millones de personas, mientras que 10.5 millones de habitantes carecían de él; por lo que toca a las localidades menores de 2500 habitantes, sólo 50 mil personas contaban con dicho servicio, mientras que 19.5 millones se encontraban privados del mismo. (62)

3.2 Política de Salud y Bienestar Social del Nuevo Régimen.

El anterior panorama definía el perfil socioeconómico en que se encontraba la mayoría de la población del país al asumir el poder en 1970 Luis Echeverría Álvarez. Dicha situación explicaba a su vez la ola de movilizaciones populares que tanto en el campo como en la ciudad empezaron a perfilarse como una constante durante todo el sexenio Echeverrista. El régimen en turno tuvo entonces que hacer frente a las consecuencias sociopolíticas generadas por un modelo de desarrollo que había entrado en un periodo de abierta crisis. En efecto, desde el inicio de la década de los setentas México empezó a

(61) Loc. cit.

(62) Loc. cit.

atravesar un crisis general del sistema que se tradujo en pésimas condiciones económicas y sociales para las mayorías populares del país, y que se materializaron en la carencia de empleo, vivienda adecuada, alimentos, educación y servicios eficientes de salud. (63)

Ante tal situación y debido a la presión que estaba ejerciendo la multiplicación de las movilizaciones populares en todo el país, Luis Echeverría trató de implementar una política económico-social de corte "neopopulista" para intentar frenar en parte la efervescencia popular. Así pues, las políticas de bienestar social pasaron a ocupar un lugar importante dentro de las prioridades del régimen presidido por él, cuando menos "empieza a haber un reconocimiento estatal de las grandes carencias en materia de salud, alimentación, seguridad social, vivienda y educación" (64) que venía padeciendo la población del país. De esta forma "el periodo echeverrista además de caracterizarse por una ampliación importante del gasto público total, implicó un crecimiento absoluto y relativo de los recursos destinados a los diferentes capítulos de Bienestar Social", (65) en consecuencia, de 1971 a 1976 el gasto público en Bienestar Social pasó de 6.6 a 9.3%. En este sentido esta política redistributiva canalizada a través del aumento del gasto en el rubro de bienestar social" se anunciaba como un factor esencial ...

(63) ROBLED, Cecilia. Análisis Social de las Políticas de Cobertura de los Servicios de Salud en México. tesis de maestría. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM. pag. 80

(64) LOPEZ ACUÑA, Daniel. op. cit. pag. 221-222

(65) Ibidem. pag. 170-173

en la orientación de la nueva política económica (del desarrollo compartido), y tenía la intención de atenuar las desigualdades sociales, regionales y sectoriales mediante la canalización de recursos a los llamados sectores marginados" (66) del país.

Aunque todos los rubros del bienestar Social-educación, alimentación, vivienda, servicios, recreación, etc., vieron aumentados sus presupuestos reales, fué el área de la salud a la que se le otorgó especial atención dentro de los planes y programas del régimen.

En la situación de abierta crisis en que se inicia el sexenio echeverrista la solución estructural a las grandes carencias nacionales de educación, vivienda, alimentación y empleo era casi imposible de resolver, a menos de que se plantearan cambios radicales en la estructura económico y política del país. Esto explica porque "ante estas carencias estructurales difíciles de resolver, se plantea solventar el descontento generado por la misma situación a través de las políticas de salud. Esa fué precisamente la línea seguida por el régimen Echeverrista". (67)

Si por un lado cada vez se presentaban más problemas para dotar de los mínimos de bienestar a los sectores obreros y campesinos

(66) GOMEZ S, Pedro. Análisis Comparativo de las Políticas Económicas de Luis Echeverría y López Portillo. Cuaderno de la Facultad de Economía. UNAM. pag. 75

(67) LOPEZ ACUÑA, Daniel. op. cit. pag. 46

ligados directamente al proceso productivo, más difícil resultaba aún resolver las demandas que en ese mismo sentido presentaba la enorme masa de superpoblación relativa que había generado el propio sistema durante varias décadas de "crecimiento" expoliador.

La única forma de acallar el descontento manifiesto de estos amplios sectores de la población era la implementación de una política innovadora, mínimamente en aquel renglón del bienestar ligado directamente a su reconstitución física como personas, más no como fuerza de trabajo.

Hasta antes de la década de los setentas la política de salud había estado dirigida a satisfacer predominantemente la demanda de los grupos obreros más organizados del país, y en general a proporcionar servicios médicos suficientes a aquella población ligada directamente al proceso productivo. La demanda de servicios hecha por la mano de obra excedente recibió en cambio menos atención dentro de la política de salud del Estado, a pesar de ser aquél un sector de la población que había crecido considerablemente como resultado del desarrollo del capitalismo en México. A medida que el país pasó de su fase extensiva de acumulación de capital a su fase intensiva -aproximadamente a fines de los años cincuentas-, la mano de obra excedente aumento considerablemente; no fué sin embargo hasta fines de los años sesentas que el Estado empieza a concebir como problema el aumento de esta superpoblación relativa, y la profundización de los pro-

blemas ligados a ella: falta de servicios, vivienda, alimentos y sobre todo falta de servicios médicos suficientes. Por otro lado, la política de salud de las décadas anteriores -como ya se vió en el capítulo anterior-, había llevado a la conformación de una infraestructura médico-hospitalaria muy costosa a la cual difícilmente podían tener acceso estos sectores de la población. En este sentido la nueva coyuntura de crisis en la que emergen los años setentas, hacía difícil implementar una política de salud tendiente a hacer crecer una infraestructura de este tipo para hacerla llegar a una población desocupada y subempleada, cuya protección y mantenimiento ha resultado ser siempre un gasto improductivo para el sistema capitalista, y que distrae además fondos que podrían incorporarse a la dinámica del capital.

(68) Es por esta razón que la política de salud innovadora que se empezó a implementar apartir de los años setentas con Echeverría, se caracterizó por tener una orientación racionalizadora que posibilitaba el ahorro de gastos en la atención de las demandas en salud, permitiendo destinar esos fondos ahorrados a la esfera productiva, es así como surge la medicina comunitaria y con ella la política comunitaria de salud. Esta política permitiría economizar gastos en el pago de personal porque empieza a utilizar recursos propios de la comunidad, personal de baja calificación y estudiantes universitarios de diversas

(68) BREILH, Jaime. "La Medicina Comunitaria: ¿Una Nueva Política?" en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. No. 84. México. UNAM. 1976, pag. 65-71

disciplinas. (69) A partir de entonces la medicina comunitaria se empezó a convertir en la única salida del capitalismo mexicano para dar respuesta a los problemas de salud popular.

Ya desde principios de los años sesentas el Estado Mexicano preocupado por el rápido crecimiento de la mano de obra excedente, empezó a buscar alternativas que dieran respuesta a los problemas de salud y enfermedad de dicha población. En aquellos años, el conjunto de los países del continente americano, incluido México, empezaron a proyectar planes decenales de salud. Las reuniones celebradas para este fin recibieron el nombre de "Reuniones de Ministros de Salud de las Américas". En estas reuniones se establecieron planes para dos periodos: de 1960 a 1970 y de 1970 a 1980. Los planteamientos de la medicina comunitaria aparecen sin embargo hasta el Segundo Plan Decenal de las Américas (1970-1980) (70) debido a la influencia del "Reporte Carnegie" que surge en Estados Unidos en 1970 y es en donde por primera vez se habla de una medicina de la comunidad! (71)

Apartir de entonces en América Latina se da un cambio absoluto en la política de salud, este cambio se empezó a manifestar en la disminución del estímulo que se otorgaba a los servicios de alta com-

(70) VARGAS, Virginia. Análisis Social de las Políticas del Estado Mexicano. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. pag. 49-59

(71) Loc. cit.

plejidad de base hospitalaria, y en la provisión de una masiva entrega de fondos para la extensión de cobertura en medicina "social" de nivel primario y/o preventivo. (72)

El Segundo Plan Decenal de las Américas consideraba los siguientes aspectos como los ejes a partir de los cuales se debería llevar a cabo la operativización de la medicina comunitaria:

- Ser la comunidad el elemento decisivo de trabajo para aprovechar el potencial de la población canalizando sus inquietudes hacia actividades encaminadas al mejoramiento del ambiente y la salud Pública. En consecuencia el personal de salud debiera salir a la comunidad con el objetivo de poner en práctica la medicina preventiva, así como capacitar y asesorar a la población en las actividades de higiene y saneamiento.
- Coordinar los programas comunitarios de salud a través de profesionales y técnicos pertenecientes no sólo al área médica, sino también a través de profesionales vinculados a las demás disciplinas sociales, es decir, constituir equipos multidisciplinarios de salud utilizando principalmente el potencial de los pasantes en las diversas disciplinas.

(72) BREILH, Jaime, op. cit pag. 57

- Dar prioridad a la habilitación e instalación de centros de salud comunitaria que ofrece una forma de disminuir la tasa de incremento en los gastos de salud, por encima de la construcción de grandes y costosos centros de atención hospitalaria.

Precisamente en congruencia con las directrices del Segundo Plan Decenal de las Américas, el régimen echeverrista empezó a instrumentar, aunque tardíamente, una serie de planes y programas encaminados a concretizar las acciones recomendadas por dicho plan.

En 1973 se introducen modificaciones a la Ley del Seguro Social y se empieza a instrumentar el llamado "Programa de Solidaridad Social A" en el campo. Ese mismo año se plantea la elaboración del Primer Plan Nacional de Salud.

La política de salud comunitaria dentro de la cual se inscribían estas acciones planteaba la enorme importancia que tenía la participación y organización de la comunidad en las diversas actividades de higiene y salud pública. El programa de "Solidaridad Social A" establecía por ejemplo, "que los sujetos de solidaridad social en el campo apartarían diez jornadas de trabajo anual en obras de beneficio para la comunidad, mientras que los costos para el programa serían absorbidos por partes iguales entre el gobierno federal y el IMSS". (73) El

(73) ROBLEDO, Cecilia. op. cit. pag. 85

Estado encontraba así una forma más económica de resolver los problemas de alcantarillado, agua potable, vivienda, pavimentación etc., que requerían numerosas localidades en las comunidades rurales del país. A través de este programa el Estado pretendía además, mediatizar las numerosas movilizaciones campesinas que se extendían a lo largo del territorio nacional por problemas relacionados con la tenencia de la tierra y que habían repercutido en el deterioro de vida y de salud de la población campesina.

El programa de Solidaridad Social A, se planteaba así, otorgar atención médica y hospitalaria a 1 300 000 personas en 266 unidades médicas rurales y clínicas hospitales ubicadas en el campo.

3.3. El Plan Nacional de Salud (PNS)

Paralelamente a la implementación de los programas de solidaridad social en el campo, la agudización de los problemas de salud de la población debido el empeoramiento de sus condiciones de vida a consecuencia de la crisis, llevó al gobierno de Luis Echeverría a plantear la necesidad de establecer una serie de medidas encaminadas a coordinar todas y cada una de las acciones y políticas implementadas por las diversas instituciones de salud existentes en el país, se elabora así el primer Plan Nacional de Salud cuya publicación se hace en el año de 1974 bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El Plan Nacional de Salud se propone desarrollar todas sus acciones en dos periodos: el primero de 1974 a 1976, y el segundo de 1977 a 1983, este último pensando en la continuidad que podría tener el mismo, en base a la evaluación de los programas alcanzados en el primer periodo.

"Con el PNS se pretendía la extensión de cobertura de servicios de salud mediante la medicina comunitaria" (74) con el propósito de penetrar en aquellas regiones del país de más difícil acceso.

Las principales políticas que se planteó llevar a cabo el PNS fueron las siguientes: (75)

- 1) Incrementar las acciones educativas populares en favor de la salud individual y colectiva. Para esto se establecía como meta preparar 800 profesionales especializados en salud pública para alcanzar un índice de un profesional por cada 50 mil habitantes.
- 2) Mejorar las condiciones Nutricionales del pueblo en general, con atención preferente a los individuos económicamente débiles, a los niños y a las mujeres gestantes y en periodo de lactancia. Esto debido a que en 1973 la

(75) Documentos del Plan Nacional de Salud de la SSA. Mimeografiado.

mortalidad infantil presentaba un panorama aterrador; en los niños de preescolar la sexta causa de muerte obedeció a problemas de desnutrición y avitaminosis. Por otro lado, en la población infantil en general, el 54% de las causas de muerte se debieron a enfermedades infecciosas relacionadas con las malas condiciones higiénico-nutricionales de los infantes, mientras que el 20% de las mismas se debió a complicaciones durante el parto y el periodo neonatal en las madres. (76)

- 3) Proteger la salud del grupo de población económicamente activa, y de la población "marginada".
- 4) Continuar con ritmo creciente los programas de higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente. Este punto se consideraba de vital importancia ya que en 1973 los datos de mortalidad general arrojaron la cifra de cerca de medio millón de defunciones al año, de ellas alrededor de 200 000 obedecieron a causas infecciosas. Las dos primeras causas de muerte fueron las neumonías y la influenza con cerca de 80 000 muertes y la enteritis y

(76) LOPEZ ACUÑA, Daniel. op. cit. pag. 6

otras enfermedades diarreicas con alrededor de 60 000 fallecimientos. (77) Dichas cifras se encontraban intimamente relacionadas con las pésimas condiciones de higiene y saneamiento, tanto de la habitación como del medio ambiente, en que se encontraban viviendo millones de mexicanos.

- 5) Alentar la participación activa de la población en los trabajos para la salud mediante el servicio social voluntario y a través de la integración de comités de salud destinados a mejorar el bienestar de las colectividades. Para ello se planteaba establecer en coordinación con los colegios respectivos el servicio social de profesionales de las disciplinas para la salud.
- 8) Reforzar la lucha contra las enfermedades transmisibles, así como contra las enfermedades degenerativas, neoplásicas y metabólicas más frecuentes.
- 9) Ampliar la cobertura y eficiencia de la atención médica. Para esto se pensó en la constitución de un Sistema Nacional de Hospitales que abarcara tanto a las Institucio-

(77) Loc. cit.

nes de Seguridad Social como a las instituciones médicas de carácter privado.

- 10) Fomentar la investigación para la salud, así como formar equipos de personal en función de las necesidades de la comunidad. Para lograr esto último se planteaban como metas:
- Adiestrar mil 100 médicos generales por año para alcanzar la cifra de 10 mil médicos comunitarios en 1983;
 - formar un mínimo de 25 mil enfermeras para disponer de un índice de 6.7 por 10 mil habitantes, preparar 14 mil técnicas y, 79 mil 200 auxiliares de enfermería para obtener un índice de 14.5 por 10 mil habitantes y
 - adiestrar mínimamente 10 mil empíricos de la medicina, principalmente parteras y 20 mil auxiliares voluntarias para las comunidades rurales.

Los objetivos de la implementación de dichas políticas eran básicamente 4:

- Extender la cobertura de los servicios sanitario-asistenciales a la totalidad de la población.
- transformar las condiciones adversas del medio en circunstancias propicias para la salud.
- Incorporar a la población por sí misma y a través de su organización social en el desarrollo de programas de sa-

lud y

- promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos y el aumento de la actividad de los servicios. (78)

Entre otros aspectos reelevantas que planteaba el PNS, estaba la formulación de proyectos de introducción de agua en poblaciones urbanas y rurales y la constitución de un Fondo Nacional de Alimentos.

No obstante que el PNS contemplaba importantes aciertos como el de ampliar la atención de la salud en las áreas rurales y urbanas a través de la instalación de centros de salud comunitarios, en general el Plan se planteaba metas que dada la crisis económica resultaba utópico su cumplimiento. Como señala Daniel López Acuña, "entre la realidad y las metas propuestas siempre hubo una brecha profunda, lo que hizo del Plan un documento demagógico y voluntarista con planteamientos puramente propositivos que nunca se convirtieron en instrumentos normativos o definitorios de estrategias reales". (79)

Por otro lado, uno de los obstáculos más importantes que encontró el PNS para su implementación, fué que la institución encar-

(78) Documentos del Plan Nacional de Salud de la SSA. Mimeografiado

(79) LOPEZ ACUÑA, Daniel. op. cit. pag. 221,222

gada de su aplicación seguía siendo dentro de la estructura institucio_ de salud, la dependencia que siempre ha contado con menos recursos financieros.

Para 1970 cuando Echeverría asume el poder, la SSA contaba con un presupuesto de 10 a 20 veces menor que el de las diversas instituciones de la Seguridad Social -IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.(80), esto a pesar de que la SSA ha tenido siempre como una de sus principales tareas la de organizar todas las actividades sanitarias del país. Con estos recursos eran casi imposible alcanzar las metas planteadas por el Plan Nacional de Salud. De hecho, para fines del sexenio la SSA que tenía que atender además una población 3 veces mayor que la atendida por el IMSS y el ISSSTE, seguía contando tan sólo con la tercera o quinta parte de los recursos de las otras instituciones de salud y seguridad social. (81)

Bajo estas circunstancias, para 1976 las condiciones de vida y de salud de la población seguían siendo tan precarias como al inicio del sexenio, incluso se puede decir que éstas empeoraron a causa de la crisis económica.

A pesar de que uno de los principales objetivos del PNS era el

(80) LAURELL, Cristina. "Medicina y Capitalismo en México" en Cuadernos Políticos. No. 5 México. julio-septiembre.1975. pag. 90

(81) LOPEZ ACUNA, Daniel.op. cit. pag. 174

de extender los servicios médicos a la totalidad de la población " se tiene que para 1976, de los 62 millones de habitantes, únicamente 22 millones tenían algún régimen de seguridad social, el resto de la población, más de 40 millones deberían de ser atendidos por la SSA, sin embargo con sus recursos materiales y humanos sólo alcanzaba a cubrir entre 13 y 15 millones de personas, por lo tanto entre 20 y 25 millones (seguían) sin servicios de salud".(82) De igual forma, más de 60 000 comunidades continuaban carentes de servicios higiénicos básicos, mientras que las dos primeras causas de mortalidad seguían siendo los problemas infecto-contagiosos; además, la desnutrición había alcanzado cifras que sobrepasaban el 40% de la población y en algunas zonas el 80%. En definitiva los propósitos de PNS en estos renglones no se lograron, menos aún se logro establecer el proyectado Sistema Nacional de Hospitales.

Por otro lado, no obstante que las acciones del Plan estaban encaminadas a extender la medicina comunitaria y las medidas de salud pública, el 64.4% de la investigación seguía siendo clínica, el 31.3% básica y sólo el 4.3% se dedicaba a la salud pública. (83)

En conclusión se puede decir que el destino final que tuvieron

(82) VARGAS, Virginia. op. cit. pag. 36-39

(83) LAURELL, Cristina. op. cit. pag. 92

los planes y programas elaborados durante el sexenio echeverrista fue su cancelación definitiva por parte del nuevo régimen. Con López Portillo el programa de Solidaridad Social A para el campo vió reducido su presupuesto considerablemente, de tal forma que del 65% bajo al 0.1% en 1978; por su parte el Plan Nacional de salud con sus 20 programas y 56 subprogramas fue totalmente abandonado.

CAPITULO IV. LA POLITICA DE SALUD EN EL SEXENIO DE LOPEZ PORTILLO.

4.1 Ruptura y Redefinición de la Política Social del Estado a mediados de la década de los setentas.

La cancelación definitiva del Plan Nacional de Salud y la disminución del gasto público en los programas dirigidos al campo, empezaron a definir la tendencia que asumiría el nuevo régimen en el área del bienestar social.

Durante el transcurso de dicho sexenio no solamente el sector salud vió reducido su presupuesto, también las áreas de alimentación, educación y vivienda se vieron afectadas con las políticas de corte monetarista que adoptó el gobierno de López Portillo.

Por otro lado, la redefinición de la correlación de fuerzas al interior del Estado en favor de los sectores empresariales nacionales y extranjeros, influyó de manera decisiva en el viraje que tuvo la política económica y social del Estado durante la segunda mitad de la década de los setentas.

Aunado a lo anterior, el reflujo en que entra el movimiento obrero, campesino y popular permitió al Estado ampliar sus márgenes de maniobra para poder ubicar en segundo plano el rubro del Bienestar dentro de sus programas económicos y sociales.

Si bien con Echeverría se mantuvo constante la inversión en

bienestar social, ello se debió en gran parte a que la correlación de fuerzas entre las clases se encontraba marcada por el ascenso del movimiento popular en su conjunto, ésto orilló a Luis Echeverría a tener que implementar una política "neopopulista" en donde al rubro de Bienestar Social se le dió importancia prioritaria dentro del gasto público federal. En los planes de este sexenio, tal como se se ñaló en el capítulo anterior, el gasto en beneficio social -con fines redistributivos- ocupó un lugar preminente, lo que cuantitativamente significaba sostener al menos la participación de los gastos de beneficio total de la inversión pública al nivel de los últimos seis años, es decir, al nivel de cerca de un cuarto de la inversión pública federal.

(84) Esto no sucedería en cambio con López Portillo, a diferencia de la política Echeverrista, su administración se caracterizó por una reducción drástica en los gastos de Bienestar Social. La razón de esto encuentra su causa última en la agudización de la crisis que presentó la economía del país en 1976, y en la política de austeridad aplicada por el gobierno a raíz de los acuerdos firmados con el FMI.

La prioridad de dinamizar el ritmo de acumulación de capital e impulsar el aumento de la rentabilidad del mismo -que durante la gestión estatal anterior había sufrido un estancamiento drástico- deter-

(84) GOMEZ SANCHEZ, Pedro. op. cit. pag. 75

minó la necesidad de agilizar el "crecimiento económico" a costa del bienestar social de la población. Así pues, López Portillo diseña una política que en lo sustancial propone orientaciones nuevas: contraponer a los devaneos populistas y tercermundistas de Echeverría una política más coherente de impulso a la acumulación del capital. Esta cuestión se sintetizó en la llamada "Alianza para la Producción" que reflejaba un aspecto esencial de su política: la subordinación de lo social a las consideraciones de productividad. (ver capítulo 1) (85)

Frente a tal política de "crecimiento" la solución a los grandes problemas nacionales de educación, vivienda, alimentación, empleo y salud, continuó resagándose en detrimento de las cada vez más empobrecidas mayorías populares del país.

"Al revisar el gasto el gasto en Bienestar Social como porcentaje del gasto total del sector público se aprecian algunos aspectos importantes. Durante el sexenio Echeverrista se mantuvo por encima del 21% del gasto sectorial total, mientras que en 1979 (ya con López Portillo) descendió a los niveles más bajos del sexenio anterior, y en 1977 y 1978 cayó por debajo de ellos pues significó respectivamente el 20.5 y el 19.9% del gasto sectorial total que fue presupuestado". (86)

(85) Ibidem. pag. 100

(86) LOPEZ ACUÑA, Daniel. op. cit. pag. 170-173

Concretamente el rubro de la salud que es el que nos interesa, tuvo decrementos sustanciales dentro de los porcentajes del gasto total del sector público destinados al Bienestar. Mientras que en 1971 el gasto en salud y seguridad social fué del 13.8%, en 1979 había descendido al 9.6%. Así pues, la política general del régimen Lópezportillista caracterizada como restrictiva en el gasto público y por consecuencia impopular, se expresó en el sector salud de manera clara. A continuación detallaremos la situación que prevaleció en este sector durante esta gestión.

4.2 La Política de Salud en el sexenio 1976-1982.

Las acciones de salud implementadas por el régimen de López Portillo estuvieron determinadas en sus tres primeros años por la política de austeridad impuesta por el Fondo Monetario Internacional (1976-1979). Debido a esta situación en este primer periodo "hay un crecimiento en el presupuesto en salud a precios corrientes, pero a precios constantes hay un estancamiento -cuando no una franca disminución- en algunas instituciones. Por ello todas las instituciones de salud disminuyeron el porcentaje de sus egresos destinados al pago de servicios personales (y) congelaron el crecimiento de las plazas". (87) Paradójicamente el gobierno se lanza a la tarea de au-

(87) RODRIGUEZ AJENJO, Carlos. Políticas de Salud. Aproximaciones a un balance del Sexenio 76-82. Ponencia presentada en el encuentro "Balance de un Sexenio". Acapulco, Guerrero. marzo. 1982. pag. 17.

mentar la cobertura de los servicios de salud hacia la población. Obviamente esta situación contradictoria que define la política de salud inicial del sexenio: aumento de cobertura con estancamiento y/o reducción del gasto, es resuelta estatalmente por la vía del aumento en la productividad y explotación per cápita de los trabajadores de la salud. (88) Efectivamente, ante la carencia de presupuesto debido a la austeridad económica, la única forma que se encontró para extender los servicios médicos fue la intensificación de las cargas de trabajo del personal de salud existente. Este hecho explica porque en este periodo se da un resurgimiento de las luchas de los trabajadores del sector en contra de la política de salud impulsada por el gobierno.

En sí, entre 1976 y 1979, después de la cancelación definitiva del P.N.S., el gobierno de JLP emprendió muy pocas y aisladas acciones de salud; la austeridad económica así lo imponía. En estos años se trabajaron básicamente siete programas: atención preventiva, atención curativa, capacitación de la población para la autoprotección de la salud, saneamiento y mejoramiento del medio, formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, ciencia y tecnología, y producción de bienes. (89)

(88) Loc. cit.

(89) ROBLEDO, Cecilia. op. cit. pag. 88

Inicialmente estos programas fueron elaborados al margen de un programa general de salud bien definido. Esto impidió en un primer momento evidenciar cual sería la orientación que adoptaría el nuevo régimen en materia de salud; sin embargo, en 1977 con el surgimiento de 3 programas: el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud al medio rural y suburbano (PEC-SSA), el Programa Comunitario Rural (PCR) y el Programa de Atención Primaria en Areas Marginadas del Distrito Federal, se definió claramente la orientación de la política general de salud que guiaría las acciones del régimen en esta materia. Al igual que en el sexenio anterior, con López Portillo la orientación de la política de salud se encuadro dentro de los lineamientos básicos de la medicina comunitaria. (90) En este sentido, todos estos programas se planteaban ejecutar sus acciones con recursos propios de la comunidad mediante la instalación de centros comunitarios de salud y a través de la capacitación de auxiliares y técnicos extraídos de la misma comunidad.

A pesar del ahorro en gastos que significaba utilizar recursos propios de la comunidad, la política de austeridad impidió que estos programas de desarrollaran con la eficacia planeada; no es sino hasta 1979 que el panorama para el sector salud empieza a tornarse apa-

(90) Ibidem. pag. 89-91

rentemente diferente. La finalización de los acuerdos pactados con el FMI y el inesperado "Boom" petrolero, hacen que el Estado incrementa el pago en salud y seguridad social, esto explica porque en 1980 después de un periodo de estancamiento se asiste a un discreto aumento del presupuesto para la salud. (91) Este relativo crecimiento del gasto en salud favorecido por los recursos que permitió canalizar el auge petrolero al renglón del Bienestar, posibilitó la implementación de los que se pueden considerar los dos programas más importantes del régimen en material de salud: el Programa Coordinado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (IMSS-COPLAMAR), y el Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grados Urbanos (P.A.S-P.M.G.U.)

Aunque las movilizaciones populares no tuvieron el auge que alcanzaron en el sexenio anterior -incluso tuvieron un repliegue defensivo- la presión popular no dejó de estar presente tanto en el campo como en la ciudad durante el régimen de JLP. Es en este periodo, y concretamente apartir de 1979, que importantes sectores del

(91) RODRIGUEZ AJENJO, Carlos. op. cit. pag. 17

movimiento obrero, campesino y popular empiezan a coordinarse a través de frentes sectoriales, nacionales y regionales. (92)

Este proceso que se empezó a gestar al interior del movimiento popular en su conjunto, obligó en parte al Estado a tener que implementar una serie de programas conyunturales de atención prioritaria a las áreas marginadas del campo y de la ciudad. Así, en el sector salud se impulsa el Programa IMSS-COPLAMAR dirigido a las zonas rurales y el P.A.S.P.G.U.M., dirigido a las zonas urbanas.

4.2.1 El Programa IMSS-COPLAMAR: Bases y objetivos.

A raíz del fracaso del programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud al medio rural y suburbano (PEC), y después de la elaboración del Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982), se firma a mediados de 1979 el convenio IMSS-COPLAMAR.

El IMSS-COPLAMAR vino a ser concretamente parte del Programa Quinquenal del sector y la continuación del programa de Solidaridad Social "A" implementando en el sexenio Echeverrista, por esta razón también se le dió el nombre de Programa de Solidaridad Social

(92) En el transcurso del sexenio de López Portillo surgen organizaciones como la CNPA, la CONAMUP, el FNCR, la COSINA, etc. Ver Flores Lúa, Ma. Graciela. La Insurgencia Obrera, Campesina y Popular en la década de los setentas y el Frente Nacional de Acción Popular (FNAP). Tesis. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. 1984

de Participación Comunitaria B. (93) El IMSS-COPLAMAR se planteó dos objetivos fundamentales: el primero, proporcionar asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a toda la población rural del país, y segundo, crear una red nacional de infraestructura sanitario asistencial.

Para el logro de estos objetivos el programa se planteó las siguientes bases:

- 1) Construir una infraestructura de atención médica a nivel primario poniendo énfasis en la promoción y protección a la salud. Para tal efecto se proyectó la construcción de 1798 Unidades Medicas Rurales (UMR) en donde se proporcionarían los siguientes servicios: Consulta externa, asistencia farmacéutica, atención materno-infantil y planificación familiar, educación para la salud, orientación nutricional, inmunizaciones y control de enfermedades transmisibles.
- 2) Apoyar la atención medico-quirúrgica e implementar acciones curativas suficientes a través de la construcción de 24 clínicas hospitales de campo (CHC) que otorgarían

(93) ROBLEDO, Cecilia. op. cit. pag. 93 y ASA LAURELL, Cristina. "La Política de Salud en los ochentas" en Cuadernos Políticos No. 23. Enero-Marzo. 1980. pag. 96

ocho servicios básicos: consulta externa (medicina familiar), medicina preventiva, atención odontológica, asistencia farmacéutica, y hospitalización en pediatría, ginecobstetricia, cirugía y medicina interna.

- 3) Promover la capacitación, cooperación y participación organizada de la población en los programas de medicina comunitaria impulsados. En este sentido, la comunidad mínimamente aportaría diez jornadas de trabajo anual en los programas de COMPLAMAR y de las demás secretarías participantes (SEP, SAHOP, SARH, etc.) (94)

Bajo estas bases el programa IMSS-COPLAMAR principió su operación basicamente a través de la contratación de pasantes de medicina en servicio social y con el trabajo de la comunidad para las obras de infraestructura necesarias.

A pesar de su importancia, dada la carencia de servicios médicos en el campo, el programa IMSS-COPLAMAR tuvo un auge inicial que duró muy poco tiempo. Apartir de 1982 el IMSS-COPLAMAR manifestó un significativo decaimiento en cuanto a su operatividad. El impulso y promoción de los primeros años se vió disminuido debido a

(94) Secretaría de la Presidencia. Programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria: IMSS-COPLAMAR. México, 1979 pag. 2-4 (Resumen Fotocopiado).

las reducciones presupuestarias del 3 y 4% anunciadas en julio de 1981 y febrero de 1982. A raíz de esto muchas de las unidades médicas rurales del IMSS-COPLAMAR pasaron a tener caducidad en cuanto a la efectividad del servicio prestado, otras desaparecieron por completo a consecuencia de que el propio COPLAMAR desaparece como organismo gubernamental asistencial, y finalmente otras fueron rescatadas por el IMSS ocupándolas como centros de promoción de la salud y de medicina externa. Debido a que el financiamiento para los programas de extensión de cobertura provenía del presupuesto destinado a COPLAMAR, con la desaparición de este organismo el programa impulsado en coordinación con el Seguro Social prácticamente se vino abajo, lo único que hizo el IMSS fue seguir sosteniendo algunas de las Unidades Médicas Rurales (UMR) más importantes dentro de los estados más conflictivos: Oaxaca, Chiapas, Hidalgo, San Luis Potosí y Guerrero.

4.2.2. El Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en grandes Urbes (P.A.S.P.M.G.U.). Objetivos y acciones.

El P.A.S.P.M.G.U. surge jurídicamente en 1980 como resultado de los planteamientos hechos por el Plan Global de Desarrollo (1980-1982) en materia de salud y Seguridad Social.

El Plan Global de Desarrollo proponía 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 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. (95)

Precisamente para dar respuesta a estas necesidades planteadas por la población marginada de las zonas urbanas del país, se elabora el Programa de Atención a la salud a Población marginada en Grandes Urbes.

La institución encargada de su elaboración e implementación fue la SSA, aunque los recursos destinados al mismo se obtuvieron de los Fondos de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.

Los principales centros metropolitanos en donde se impulso el programa fueron: el Distrito Federal, Estado de México, Monterrey, Guadalajara, León, Puebla, Veracruz, Tijuana, Mexicali y Torreón entre otros. (96)

De hecho aunque el programa se dió a conocer en 1980, su operatividad real se inició en junio de 1981.

(95) Secretaría de Programación y Presupuesto. "Plan Global de Desarrollo". Resumen. Uno más Uno 1980. S/F.

(96) ROBLEDO, Cecilia. op. cit. pag. 98

Los objetivos generales del programa fueron los siguientes:(97)

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

Bajo estos objetivos el programa se empezó a operativizar apartir de las siguientes acciones:

- 1) Se promovió la integración de equipos interdisciplinarios formados por un médico, una enfermera y un promotor de salud. Cada equipo interdisciplinario formaba un módulo comunitario a cuyo cargo se asignó la atención de 500 familias o 3 mil habitantes de una área geográfica determinada.
- 2) Se promovió la construcción de centros comunitarios de salud por parte de la SSA y
- 3) Se impulsó la sistematización regionalizada y escalonada

(97) S.S.A. Coordinación General de Planeación. Programa de atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes. México. 1981.

de servicios de atención a la salud, de la cual el módulo comunitario se constituyó en el primer nivel para la resolución de los problemas frecuentes de salud.

A través de estas acciones el P.A.S.P.M.G.U. pretendía beneficiar a 9298 744 personas de las principales ciudades industriales del país. Esta meta de hecho no se logró, debido a que el P.A.S.P.M.G.U. como programa tuvo una escasa vida de dos años. A mediados de 1983 el nuevo régimen presidido por Miguel de la Madrid inicia informalmente la descentralización de los servicios de salud y la reprogramación de los planes y proyectos de la SSA a nivel local, regional y nacional; a consecuencia de esto el P.A.S.P.M.G.U. es desplazado por los "nuevos" programas de atención médica general y preventiva.

Por otro lado, como parte de la reprogramación de las acciones y programas de la SSA, ésta pasa a ser el organismo rector normativo de todas las instituciones de sector salud (IMSS, ISSSTE, DIF, etc.), para esto deja de denominarse Secretaría de Salubridad y Asistencia y adopta el nuevo nombre de Secretaría de Salud.

4.2.3. La Unificación del Sector Salud: un intento dentro de la política de salud del régimen de JLP.

Un hecho muy importante de destacar dentro de la política de Salud del sexenio Lopezportillista, fué el intento de unificación que

se pretendió hacer entre todas las instituciones públicas y descentralizadas del sector. El objetivo de este proyecto era lograr la integración de un Sistema Nacional de Salud, ante la prevalencia, generada históricamente, de un sistema de servicios de salud compuesto por instituciones independientes y sin coordinación alguna.

Los intentos del Estado Mexicano por llevar atención médica a todos los sectores de la población habían tenido siempre como primer obstáculo la descordinación de las instituciones de salud con los resultados lógicos: duplicación de esfuerzos, anarquía en la utilización y distribución de los recursos, y consecuentemente, ineficiencia en las acciones dirigidas a resolver tanto los problemas de cobertura, como los de salud y enfermedad.

La existencia dentro de la estructura estatal de salud de un sistema de Seguridad Social por un lado (IMSS, ISSSTE, PEMEX, MARINA NACIONAL, SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL, etc.,) y de un sistema de Asistencia Pública por el otro (SSA, DIF, Servicios Médicos del DDF, INI, etc.,) reflejaba la prevalencia de un esquema de salud clasista que finalmente había llevado a la implementación de una política de salud diferencial dentro de las instituciones públicas del sector. Este hecho se manifestaba (y aún se sigue manifestando) en las disparidades presentadas entre ambos sistemas en cuanto a la asignación de recursos en general.

Para 1977 el IMSS tenía un gasto per cápita de salud seis veces mayor que el de la SSA, a pesar de que ésta tiene que cubrir a más del 50% de la población. Para ese año los gastos en salud del IMSS representaron entre el 1.8 y el 1.57% del gasto total del sector, mientras que los gastos de la SSA fueron del 0.33 al 0.55%.

En lo que se refiere a recursos humanos (médicos y personal paramédico) y materiales, para el año en cuestión difícilmente se habían superado las cifras registradas en 1974. En relación a los médicos, en las instituciones de Seguridad Social había 1.34 médicos por cada 1000 habitantes, y 0.44 en la asistencia pública; por lo que toca al personal paramédico, en la asistencia pública había 0.65 enfermeras por cada mil habitantes y en la seguridad social 1.66; finalmente en relación al número de camas, en la asistencia pública había 1.07 camas por mil habitantes y en la seguridad social 1.74. Esta disparidad de recursos entre los distintos canales estatales de atención médica se había convertido en el principal obstáculo para dar respuesta efectiva a los requerimientos de la población en materia de salud.

La solución a este problemática fué precisamente la que llevó a plantear la necesidad de integrar un Sistema Nacional de Salud como un primer intento para resolverla. (98)

(98) VARGAS, Virginia. op. cit. pag. 36-39

Para llevar a cabo tal empresa, JLP nombró al exrector de la UNAM, Guillermo Soberón Acevedo, como coordinador general de los servicios de Salud Pública de la presidencia en septiembre de 1980. El mandato expreso de Soberón fue el de buscar la coordinación de acciones en el sector con miras a su integración final en un sólo sistema, sin embargo, a pesar de que el gobierno de JLP trató de lograr esta coordinación-integración de los servicios de salud, la ilusión duró poco, la situación económica y financiera que empieza a atravesar el país desde 1981 hace que se abandone el proyecto. La disminución del precio del Petróleo en 1981, la devaluación de peso en febrero de 1982 y la consecuente reducción del presupuesto, reflejado ampliamente en el sector salud, provocó la imposibilidad de canalizar al mismo los recursos necesarios para llevar a cabo tal empresa, (99) a esto se aunaban los intereses creados en las distintas dependencias, que obstaculizaban la integración. El propio Soberón declaró el 4 de marzo de 1982 que "por problemas organizativos, de administración, económicos y jurídicos entre otros, la unificación del sector salud tardará mucho tiempo en concretarse"!(100)

En realidad, a pesar del esfuerzo que se intento hacer en el

(99) RODRIGUEZ AJENJO, Carlos. op. cit. pag. 12

(100) Uno más Uno, 4 de marzo de 1982. pag. 4

sexenio de JLP por integrar un sistema único de atención a la salud, el balance general de su política arroja resultados negativos en cuanto a la resolución de los principales problemas de salud de la población.

En términos generales se puede decir que durante dicho sexenio -a pesar de los programas implementados-, no se registraron cambios sustanciales en los patrones de enfermedad y en las principales causas de mortalidad de la población.

Las influencias, neumonías, enteritis y otras enfermedades diarreicas continuaban ocasionando el 25% del total de las muertes del país en un año, con tasas del 89.6 y 84.9 por 1000 000 habitantes respectivamente. (101) Este hecho reflejaba a su vez que las condiciones nutricionales y de vivienda de la población seguían teniendo deficiencias graves que se manifestaban en última instancia en sus condiciones de salud. Para 1982 México continuaba ocupando el octavo lugar continental en mortalidad por causas infecciosas y parasitarias, el séptimo por enteritis y diarreas, y el cuarto por influencias y neumonías. (102)

La prevalencia de esta situación en las condiciones de salud de

(101) RODRIGUEZ AJENJO, Carlos. op. cit. pag. 12

(102) Ibidem. pag. 13

la población a la vuelta de la década de los ochentas, era la prueba más clara de que la política de salud implementada por el Estado durante varias décadas, más que enfocada a erradicar las causas reales de los problemas de salud, continuaba dirigiendo su acción a paliar por un lado las secuelas físicas derivadas de los bajos niveles de vida de las mayorías populares, y a mediatizar por el otro sus movimientos y reevindicaciones por mejores condiciones de bienestar (vivienda, educación, empleo, etc.)

CAPITULO V. SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL.

5.1. El Papel del Trabajo Social dentro de la política de salud comunitaria.

Hemos analizado en los cuatro capítulos anteriores, tanto el fundamento teórico como el desenvolvimiento histórico de la política de Bienestar Social y de salud en México, y concretamente de la política de salud comunitaria en la década de los setentas. Se ha hecho el análisis sociopolítico de la naturaleza y razón de ser de los programas de salud comunitaria, toca ahora señalar que todos los programas de bienestar social son puestos en marcha y operacionalizados por equipos de personal bien definidos, en este sentido, los programas de salud comunitaria impulsados por el gobierno, han adquirido concreción principalmente a través de los equipos de salud del IMSS y de la SSA. Dentro de estos equipos, el trabajador social siempre ha jugado un papel muy importante como promotor de los programas implementados.

Precisamente el hecho de haber centrado el objeto de estudio de esta investigación en el análisis de la política de salud de la década de los setentas, radica en que además de ser éste un campo de desempeño tradicional para la profesión, a raíz de la instrumentación por parte del Estado de estos programas de salud, al trabajo social se le empieza a dar una nueva ubicación dentro de la maquinaria de

control estatal; empieza a ser desplazado del ámbito estrictamente hospitalario, al ámbito de la comunidad rural y urbana. Cabría entonces preguntarse ¿cuál es el papel que se le asigna al trabajo social dentro de los programas de salud comunitaria?, para responder a esta pregunta es necesario recapitular algunos puntos considerados en los capítulos anteriores.

En el primer capítulo del presente estudio se habló de que dentro del sistema capitalista, el no reconocimiento en el salario del trabajador de parte de sus exigencias objetivos de reproducción, y la sobreexplotación a que es sometido a través de la extracción de plusvalía absoluta y relativa, mermaban considerablemente sus condiciones de salud. Se demostró entonces que debido a esta regla del sistema, el Estado tiene que intervenir a través de un sistema colateral de mantenimiento de la fuerza de trabajo para proporcionar al trabajador aquellos satisfactores no reconocidos por el capital, se señaló que consecuentemente las políticas de Bienestar Social en materia de salud, educación, vivienda, alimentación etc., diseñadas por el Estado capitalista tenían precisamente este objetivo.

Posteriormente, concretizando en la Formación Social Mexicana, se demostró que en épocas de aguda crisis económica, como la crisis prolongada que vive el país desde la década de los setentas, el Estado se ve en serias dificultades para aumentar el presupuesto en los programas de bienestar social, antes bien tiende a disminuir los

fondos destinados a este renglón, el resultado lógico es el empeoramiento de las condiciones de vida y de salud de la clase trabajadora, y sobre todo de los sectores desempleados y subempleados, también llamados superpoblación relativa.

Basándonos en el caso de México se analizó también, como la respuesta de los sectores explotados de la población, ante los estragos de la crisis, agudizada en la década en cuestión, fué la movilización popular que siguió en pie a pesar de la represión. Se señaló que ante esta efervescencia popular, y ante la incapacidad del Estado para dar respuesta estructural a las principales demandas de la población, en materia de educación, vivienda y empleo, se buscó en la política de salud comunitaria un medio para tratar de mediatizar y controlar la organización popular en las otras áreas del bienestar. Así pues desde el primer programa de salud comunitario instrumentado por Luis Echeverría, una constante de todos los programas aplicados con posterioridad, ha sido que el principal objetivo de los mismos es trascender la función meramente médica de los módulos de salud, para tratar de organizar a la gente de las comunidades rurales y urbanas, con el propósito de que con sus propios recursos resuelvan sus principales problemas de saneamiento, dotación de servicios públicos, vivienda, y abasto, que inciden directamente en sus condiciones de salud, con esto el Estado, a través de una política de salud aparentemente integral trata de resolver el problema de su falta de liquidez

financiera para dotar de los equipamientos colectivos de consumo necesario a los amplios sectores populares del campo y de la ciudad. Es por esta razón que una de las condiciones que contemplan los programas de salud comunitaria, es la aportación por parte de los miembros de la comunidad, de "X" número de horas de trabajo al día, para realizar las obras de saneamiento requeridas por la misma. Para esto siempre ha sido necesario contar con un mínimo de organización entre la gente. Precisamente para llevar a cabo esta tarea de organización y promoción entre la población, se encontró en los trabajadores sociales a los profesionales óptimos para fungir como promotores. La función del Trabajador Social dentro de estos programas, sería entonces la de tratar de organizar a la gente fundamentalmente alrededor de las acciones sanitarias de salud. En la práctica se embargo, y sobre todo en las zonas urbanas, el trabajador social muy difícilmente ha logrado este objetivo. Primero por el manejo político y de control que le ha dado el Estado a los programas de salud comunitaria; segundo por la falta de recursos económicos con que operan los programas y que impiden incorporar más personal a las tareas de promoción; y tercero por la carencia de elementos que tiene el trabajador social para analizar y adaptar los programas de salud a los requerimientos específicos de cada comunidad.

De estos tres puntos, es sin embargo el primero el que ha impedido llevar hasta sus últimas consecuencias la labor organiza-

tiva promovida por el trabajador social. En aquellas comunidades en donde se ha logrado alcanzar un mayor grado de organización entre la gente, sus gestiones frecuentemente se ven obstaculizadas por las trabas burocráticas y políticas impuestas por los organismos gubernamentales encargados de dotar los equipamientos colectivos de consumo relacionados con el aspecto sanitario.

Por otro lado, debido al carácter institucional de los programas de salud comunitaria, la organización popular promovida o detectada por el trabajador social, tiene que ser canalizada obligatoriamente a través de los canales institucionales existentes, a través de las organizaciones obreras, campesinas y de colonos pertenecientes al partido oficial, concretamente, a través de los comités ejidales y de manzana reconocidos por las autoridades tanto en el campo como en la ciudad. En este sentido, el trabajador social dentro de los programas de salud comunitaria es empleado más que como promotor de la organización popular para el mejoramiento de la comunidad, como canalizador, controlador y mediatizador de los procesos organizativos gestados en la comunidad, así pues, dentro de los programas de salud comunitaria promovidos por el gobierno, el trabajador social tiene como principal función organizar a la comunidad en relación a la salud, pero únicamente dentro de las instancias permitidas por el Estado, así por ejemplo, cuando se trata de dar solución a los problemas de drenaje, agua, alumbrado público, alcantarillado

etc., que son necesarios para lograr un estado adecuado de salud, el promotor de la salud, debe promover un tipo de organización que no se salga fuera de los caminos burocráticos viciados del aparato institucional estatal. (103)

Este papel que se le asigna al trabajo social al interior de los programas de salud comunitaria, ha impedido que en la práctica este profesional haya logrado concretizar verdaderas experiencias de organización popular que hayan dado respuesta satisfactoria a los problemas de salud de la población.

En este orden de cosas es importante señalar que no solamente dentro de los programas de salud comunitaria se le asigna al trabajo social el papel de contenedor y canalizador institucional de la organización popular, dentro de todos los programas de bienestar social, al trabajo social se le asigna esta función, es por esta razón que se dice que dentro de los programas de Bienestar Social el trabajo social funje como un instrumento de control y dominio del Estado hacia los sectores populares, y que debido a ello su rol dentro del marco institucional del capitalismo esta bien definido: operacionalizar las políticas sociales del Estado y servir de mediador entre éste y la organiza-

(103) El Programa de atención a la salud a población marginada en grandes urbes. Ponencia presentada en el Primer Foro Nacional de Trabajo Social. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. pag. 15.

ción popular.

Esta ubicación que se le ha dado al trabajo social al interior de la estructura organizacional del Estado capitalista es lo que impide al trabajo social trascender su acción hacia la promoción de una verdadera organización popular.

En el caso de los programas de salud comunitaria implementados en los años setentas, la traba estructural con que se enfrentó la nueva corriente "concientizadora" del trabajo social, surgida a raíz del movimiento de reconceptualización, fué que el verdadero propósito del Estado al tratar de motivar la participación comunitaria a través de los programas de salud, era el de establecer mecanismos de control de liderazgos y mediatización de los movimientos gestados en esos años tanto en el campo como en la ciudad. Ante tal propósito, directamente al trabajador social y al equipo de salud comunitario en general, se les empieza a asignar el papel de policías de la salud, como ha denominado Breilh Jaime a la función de la medicina comunitaria dentro del capitalismo. (104)

No obstante lo anterior, es importante señalar que la medicina comunitaria en su esencia más profunda, y ubicada dentro de otro en

(104) BREILH, Jaime. La Medicina Comunitaria. ¿Una Nueva Policía Médica?. op. cit.

foque de desarrollo, ofrece al trabajo social un potencial incalculable para motivar la participación y reflexión de la población en relación a la problemática cotidiana en que vive en cuanto a sus condiciones generales de vida. En este sentido para que el trabajador social realmente pueda fungir como un verdadero promotor de la salud comunitaria, es necesario que dichos programas dejen de ser en su objetivo organizativo meros mecanismos de control político entre la población. Aquí cabría preguntarse ¿es esto posible dentro de los límites impuestos por el sistema Institucional del Estado Capitalista?. Desafortunadamente no, dentro de cualquier programa de Bienestar surgido a iniciativa del Estado, y dado al papel que se le asigna a la profesión dentro de los mismos, el trabajador social siempre verá limitadas sus posibilidades para motivar la organización y movilización popular más allá de los límites permitidos por el Estado. Es por esta razón que consideramos que una de las alternativas que tiene el trabajo social dentro del capitalismo para desarrollar proyectos y programas de salud comunitaria comprometidos con las necesidades reales de la gente, son las instituciones de la sociedad civil -sindicatos, asociaciones civiles, de colonos, religiosas, empresas particulares, e instituciones de educación superior, etc.,- que ofrecen la posibilidad de elaborar y financiar proyectos relativamente autónomos y alternativos. Solamente a través de estas instancias es posible tratar de desarrollar y poner en práctica programas de salud comunitaria autogestionarios, apegados a los requerimientos de salud de la población, y de acuerdo de sus

características culturales y geopolíticas propias.

Hasta aquí es importante señalar, que no sólo el papel que le asigna el Estado al trabajo social dentro de los programas de bienestar, le impide a este profesional realizar un verdadero trabajo de organización popular, consideramos que a este factor, se suma otro de gran importancia que también se ha presentado como obstáculo para que el trabajador social pueda dar derroteros nuevos a los programas de Bienestar Social, ese otro factor, es el relacionado con su formación profesional, punto que a continuación abordaremos.

5.2. La formación del Trabajador Social y su incidencia dentro de la elaboración de programas de Bienestar Social.

Se puede decir derivado de lo anterior, que el trabajo social como profesión cuenta en la práctica con dos campos de desenvolvimiento: la instancia gubernamental y las instituciones privadas de la sociedad civil; en ambos campos su labor es ubicada fundamentalmente en el rubro del Bienestar Social.

Lo que es importante destacar, es que tanto en una como en otra instancia, la tendencia actual debido a la crisis económica, es impulsar programas de organización económica y social para la autosuficiencia y con recursos propios de la población, del corte de los programas de salud comunitaria, es así como han surgido los programas de autoconstrucción de la vivienda, y los programas de autoorganiza-

ción para el abasto, a través de cooperativas de consumo etc.

Esta orientación que se le está dando a los programas de Bienestar Social tanto a nivel institucional Gubernamental, como a nivel de las instituciones privadas de la sociedad civil, demanda valorar, que tanto la formación del trabajo social está respondiendo a esta orientación que la situación socioeconómica del país está imponiendo a los programas de bienestar social.

En relación a esto, consideramos que la formación actual del trabajador social no responde a los requerimientos que demanda la nueva tendencia de las políticas de bienestar social centradas en la organización popular para la autosuficiencia.

Dentro de la instancia gubernamental, a pesar de las limitaciones que impone al trabajo social el papel mediatizador que se le asigna en los programas de Bienestar, la orientación de las políticas sociales actuales basadas en la organización popular, permiten encontrar ciertos espacios que sabiéndolos aprovechar dan la posibilidad de inyectar un derrotero más democrático a los programas -por más reformista que suene este planteamiento.- Para esto necesariamente hay que estar capacitado para poder analizar la política social respectiva en su contexto económico y político, con el propósito de proponer alternativas de acción programáticas a las ya existentes. Creemos sin embargo que las carencias en la formación del trabajador

social para analizar las políticas sociales, le han impedido poder actuar a este nivel; dicha aseveración se refuerza con el hecho de que aún dentro de los proyectos de Bienestar Social auspiciados por organismos privados de la sociedad civil, el trabajador social tampoco se ha destacado en la elaboración de propuestas programáticas innovadoras en el área del Bienestar.

En este sentido es necesario remitirse al papel que esta jugando la universidad en la capacitación de profesionales realmente preparados para dar respuesta a los requerimientos que impone la actual situación económica del país. Hemos visto que en la cuestión del Bienestar Social el trabajo social tiene un campo muy amplio para que a nivel de la investigación desarrolle, proponga y asesore programas alternativos de participación comunitaria, que en un momento dado podrían ser adoptados y puestos en marcha tanto a nivel gubernamental como a nivel de los organismos de la sociedad civil que se encargan de promover proyectos de organización comunitaria para la autosuficiencia en el área del bienestar, sin embargo esto no se ha logrado, consideremos que en la Escuela Nacional de Trabajo Social en cierta forma no se ha explotado el potencial que ofrece la práctica en las colonias populares para desarrollar y capacitar al alumnado en la elaboración de programas de bienestar social específicos. En el caso de la salud por ejemplo, no existe todavía una experiencia dentro de la práctica académica en donde se haya hechado a an-

dar un programa de salud comunitaria con todo lo que esto implica, y menos proyectos comunitarios de vivienda, educación, alimentación, recreación, etc.(105) Creemos que ello se debe en gran parte a la existencia de una desvinculación entre el plan de estudios de la profesión y la realidad social, económica y política que presentan los centros de prácticas. Pongamos un ejemplo, para el análisis de los problemas de salud únicamente se imparten algunas materias des_uordinadas entre sí: demografía, salud pública, salud mental y psicología, sin embargo, éstas no son suficientes como para proporcionar todos los elementos requeridos para diseñar programas alternativos de salud comunitaria.

Esta deficiencia en la formación, se refleja por otra parte en la escasa o nula participación que tiene el trabajo social en el diseño de programas de salud comunitaria al nivel institucional.

Lo mismo sucede en las otras áreas del bienestar, ante tal situación es de suma importancia llevar a cabo las acciones tendientes a diseñar un plan de estudios que se apegue más a las exigencias impuestas por la problemática social imperante en los centros de práctica en las distintas áreas del bienestar, esto con el propósito de ir

(105) En este renglón existe una experiencia que sin embargo fue el resultado del compromiso que adquirieron algunos alumnos de la ENTS con su comunidad, y no el resultado de un proyecto surgido de la escuela: Ver. Rodríguez Velázquez, Daniel. et. al. La Política Urbana del Estado en la ciudad de México y el Movimiento Urbano Popular 1977-1980. Tesis profesional. Esc. Nacional de Trabajo Social. UNAM. 1985.

haciendo de los trabajadores sociales especialistas capaces de intervenir en el diseño de programas específicos de Bienestar Social: salud, educación, vivienda, educación, alimentación etc.

Mientras no se den los pasos encaminados a lograr este objetivo la incidencia del trabajo social en el diseño de programas de Bienestar Social, seguirá siendo precaria y sin trascendencia. De todo lo anterior se extrae, que para que el trabajo social pueda diseñar verdaderos programas alternativos de acción a nivel comunitario, no sólo en el renglón de la salud, sino en cualquier renglón del Bienestar, es necesario que tenga un conocimiento amplio y profundo de las políticas que el Estado Mexicano tiene diseñadas para ese rubro en particular, de ahí la importancia de una tesis de esta naturaleza que tiene como objetivo ser un aporte del trabajo social al análisis de la política de salud y bienestar social en México y concretamente un aporte al análisis de la política de salud comunitaria, con miras a proporcionar elementos que den una visión general del derrotero que ha seguido en su orientación esta política de salud, para que el trabajo social en base a ella pueda proponer otras alternativas, con el fin de poder coadyuvar a la implementación de una política de salud comunitaria realmente vinculada a los requerimientos reales de la población.

Es de suma importancia que en la Escuela Nacional de Trabajo Social se motive la elaboración de este tipo de tesis de análisis de políticas sociales con el propósito de que el alumnado amplie y pro-

fundice su conocimiento y su capacidad de crítica sobre las problemáticas a las que profesionalmente se enfrentará, para que pueda realmente llegar a incidir en la elaboración de los programas de Bienestar Social imperantes.

CONCLUSIONES

El sistema de producción capitalista genera en su desenvolvimiento una serie de patologías que se reflejan diferencialmente en los distintos grupos y clases sociales, siendo los más afectados el proletariado y la superpoblación relativa.

La explotación doble a que es sometida la clase trabajadora tanto en el momento productivo como reproductivo, la ha llevado históricamente a luchar en contra de la explotación, y en pro de mejores condiciones de vida y bienestar.

Ante la incapacidad del Estado capitalista Mexicano para dar respuesta estructural a las principales reivindicaciones populares de empleo, vivienda, educación, servicios, etc., la política de salud ha sido la piedra de toque de la que se ha servido históricamente el Estado, para paliar las movilizaciones y las luchas de los sectores populares en los otros renglones del bienestar.

Esto explica porque el renglón de la salud ha ocupado siempre un lugar prioritario dentro de los planes y programas del Estado.

En México la política de salud estuvo orientada desde los años cuarentas a consolidar y fortalecer los sistemas de seguridad social para los sectores obreros más organizados del país. En este sentido, la preocupación fundamental del Estado hasta la década de los sesen

tas fué apoyar la medicina científico-hospitalaria de corte curativo, para mantener en condiciones óptimas de salud la mano de obra requerida por el capital y ligada directamente al proceso productivo. Debido a esta política los trabajadores eventuales y la población de -empleada y subempleada del campo y de la ciudad, fué siendo marginada de los beneficios otorgados por la seguridad social, por no representar en sí valor de uso para el capital. Precisamente para atender a esta población excedente es que se crea la Asistencia Pública.

La evolución misma que siguió el desarrollo del capitalismo en México de 1940 a 1960, fué generando el aumento de esta superpoblación relativa y con ello las dificultades para dotarla de los satisfactores básicos de bienestar. Aunado a esto, la crisis económica que se empieza a manifestar en el país desde mediados de los años sesentas, sobre todo en el sector agropecuario, provoca que los recursos destinados al renglón del bienestar se vean disminuidos. Esta escases de recursos empezó a obligar al Estado a buscar cambios alternativos para atender la satisfacción de las necesidades básicas de la población: la efervescencia popular así lo empezó a demandar.

En el área de la salud la crisis económica agudizada en los años setentas obligó al Estado a reorientar su política ante la imposibilidad de seguir priorizando, dada la escases de recursos, el costoso sistema de salud médico-hospitalario que sólo cubría a los trabajadores organizados, y marginaba a la población excedente, por esta

razón el Estado adopta la medicina comunitaria como la única vía alternativa en época de crisis, para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

Con la adopción de la medicina comunitaria a partir de los años setentas, se redefine la política de salud que había seguido el Estado durante varias décadas, así pues, con Luis Echeverría y López Portillo los problemas de extensión de cobertura comienzan a tener un lugar prioritario dentro de la política de salud.

La utilización de la medicina comunitaria, que se ha constituido en la opción más viable para el gobierno en las actuales condiciones de crisis, tiene como propósito fundamental, tal como ya se ha señalado en páginas anteriores, proporcionar a los amplios sectores populares del país atención médica a bajo costo, al mismo tiempo que se les dota de servicios de salud con la participación directa de la comunidad, logrando así dar respuesta a una de las reivindicaciones sociales más importantes y reforzando a su vez la legitimidad del Estado.

Por otra parte, al ofrecer servicios de salud a bajo costo mediante una medicina simplificada que no requiere de tecnología sofisticada, la medicina comunitaria ha permitido al Estado reducir su inversión en el renglón de salud, canalizando los recursos ahorrados de esta parte del presupuesto federal a cumplir con sus compromisos internacionales como serían el pago de la deuda externa, en-

tre otros.

En conclusión, tal como lo ha demostrado la revisión de los planes y programas de salud comunitaria impulsados por los gobiernos de Luis Echeverría y López Portillo, los resultados obtenidos en la práctica por estos programas estuvieron muy lejos de alcanzar el mejoramiento real de la salud de la población; sin embargo, creemos que la medicina comunitaria encierra en sí misma una alternativa que ubicada dentro de un optica concientizadora puede llevar a la población a la discusión de su propia problemática, y en el largo plazo al planteamiento de sus propias alternativas.

Hecha esta consideración, es importante señalar que mientras se continúe prolongando y agudizando la crisis económica del país, como es previsible dado el desorden económico internacional, la medicina comunitaria seguirá siendo en el actual sexenio, la única alternativa del Estado no sólo para dar respuesta a los problemas de salud de la superpoblación relativa, sino de la población trabajadora en general. Hasta el momento las acciones instrumentadas por el presente sexenio en el sector salud reflejan el propósito de dar continuidad a la política de salud del gobierno anterior. Esto no es de extrañar si se considera que el actual secretario de salud, Doctor Guillermo Soberón Acevedo, fué uno de los principales funcionarios encargados de diseñar las estrategias de salud durante la gestión de López Portillo. Es por esta razón que la integración de un Siste-

ma Nacional de Salud impulsado por él desde entonces, sigue siendo una de las prioridades del actual régimen, la única diferencia es que ahora para sortear las dificultades que impidieron lograr dicho objetivo en el sexenio anterior, se han tomado una serie de medidas como las siguientes: se ha integrado el Gabinete de salud y el Consejo de Salubridad General, se han sentado las bases jurídicas del Sistema Nacional de Salud con la promulgación de la Ley General de Salud en julio de 1984, y se han puesto en marcha cuatro estrategias de acción básica para lograr la consolidación del SNS: la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa y la coordinación intersectorial del sector salud. Estas medidas que tuvieron un impulso inicial lento, a raíz de los sismos de septiembre de 1985 fueron agilizadas sobre todo las referentes a la sectorización y descentralización de los servicios de salud.

El fin último de todas estas medidas es lograr la integración de un Sistema Nacional de Salud compuesto a su vez por Sistemas Estatales de Salud, en donde se de prioridad al primer nivel de atención médica, teniendo como estrategia de acción básica la participación comunitaria.

En sí la política de salud del actual régimen no rompe con la orientación del gobierno anterior, el soporte fundamental sigue siendo la medicina comunitaria, sólo hay acciones y medidas nuevas dirigidas a tratar de fortalecer proyectos ya elaborados con anteriori-

dad como el Sistema Nacional de Salud; la única interrogante que queda, es qué tanto la crisis actual, y los problemas monetarios del país, serán un obstáculo como sucedió anteriormente para la integración del sector salud, y consecuentemente para la consolidación del SNS, el tiempo dará la respuesta.

Por ahora sólo resta señalar que por más medidas que se tomen para eficientar los servicios de salud existentes, con una política presupuestal como la que ha aplicado el gobierno de De la Madrid desde 1982, se ponen en peligro aún más los precarios niveles de vida y de salud alcanzados, y se compromete el desarrollo de las potencialidades humanas y productivas de la población.

Este panorama económico que preludia para los sectores populares del país un futuro inmediato difícil y conflictivo, plantea más y mayores retos para los profesionales de las ciencias sociales, plantea la urgente necesidad de buscar a los difíciles problemas económicos, políticos y sociales del país soluciones más acordes con las necesidades reales de la población; para ello se requiere de profesionales realmente preparados e imbuidos de un conocimiento profundo de la realidad nacional, y además comprometidos con un enfoque del desarrollo encaminado a beneficiar efectivamente a los sectores mayoritarios de la población. Este reto que impone la situación actual del país a los profesionales de las ciencias sociales, compromete e incluye obligatoriamente al trabajo social como profesión cuyo desenvolvi-

miento práctico se encuentra ligado directamente a los problemas de los sectores populares del país. En este sentido el reto actual para la Escuela Nacional de Trabajo Social gira en torno a la necesidad de coadyuvar a la formación de profesionistas lo suficientemente preparados para entender y analizar la caótica situación nacional, y consecuentemente capaces de proponer alternativas reales de solución a los problemas que plantea el desarrollo socioeconómico del país.

SUGERENCIAS

Tomando en cuenta que debido a la crisis económica por la que atraviesa el país, la tendencia del Estado actual en materia de política social, es y será promover en todas las áreas del bienestar programas sociales que motiven la participación de la población en formas de organización económica y social para la autosuficiencia; y considerando que uno de los principales retos que tiene la Escuela Nacional de Trabajo Social en las actuales condiciones de crisis, es precisamente coadyuvar a la formación de profesionales capaces de dar respuesta a las necesidades y problemas que plantea el desarrollo socioeconómico del país, se sugiere lo siguiente:

- 1.- Llevar a cabo una revisión evaluativa del actual Plan de estudios de la carrera para analizar si realmente las materias que lo integran, y su articulación metodológica, siguen respondiendo a la formación que exige la actual situación económica del país y los problemas sociales derivados de ella.
- 2.- Fomentar la investigación en materia de política social y programas de desarrollo, a través del departamento de investigación de la escuela, haciendo énfasis en la ubicación y participación del trabajo social dentro de estos últimos.
- 3.- Ampliar el cuerpo de investigadores de la escuela con

el propósito de ir integrando una plantilla de especialistas en materia de política social dentro de las diferentes áreas: alimentación, vivienda, educación, salud, empleo, recreación etc., esto con el fin de que el alumnado que realice trabajos de investigación o tesis relacionados con cualquiera de estas áreas específicas, pueda tener acceso a una asesoría especializada en la materia. Ello por otra parte coadyuvaría a elevar el nivel académico de la escuela y la competitividad de la misma en materia de investigación social, dentro del conjunto de centros de investigación de la propia universidad.

4. - Analizar la viabilidad de diseñar un Plan de Estudios en donde se contemple la apertura de áreas de especialización en los distintos renglones del bienestar, o en su defecto valorar la necesidad de incluir dentro del Plan de estudios vigente la impartición de seminarios optativos de materias relacionadas específicamente con el análisis de las distintas políticas de Bienestar Social, por ejemplo: Seminario de la Política de Salud en México, Seminario de la Política Educativa del Estado Mexicano, Seminario de la política alimentaria en México, etc. La inclusión de estos seminarios en el Plan de Estudios daría al alumnado la opción de irse

adentrando en el conocimiento más profundo de aquel renglón del bienestar que vaya más acorde con sus inclinaciones profesionales.

- 5.- Promover a través del Departamento de prácticas, en coordinación con el Departamento de investigación, la elaboración de Programas integrales de Desarrollo Comunitario -integrados por subprogramas de educación, alimentación, vivienda, salud, recreación, etc.- que sirvan de directrices generales para que aprovechando la alternativa de las prácticas en comunidad el alumno pueda aplicar prácticamente sus conocimientos sobre el diseño de programas en materia de Bienestar Social, sin dejar de lado que los subprogramas específicos tendrían que hacerse en base a lineamientos generales que permitieran su adaptación a las necesidades concretas -culturales, sociales, económicas y políticas- de cada comunidad.
- 6.- En relación a lo anterior se sugiere que uno de los proyectos con los que se podría "pilotear" inicialmente en la práctica la propuesta planteada, serían los Programas de Salud. Primero por que es una de las áreas donde el trabajo social cuenta con una mayor campo de acción; segundo, porque dentro de una comunidad los programas

de salud son fácilmente aceptados por la gente debido a que es una necesidad manifiestamente sentida por la población dadas sus condiciones de vida. En este sentido se plantea que tomando en cuenta que los niveles de atención dentro de los que se podrían elaborar programas de salud son tres: preventivo, curativo y de especialización, se hace necesario que la elaboración de los programas de salud a desarrollar en los centros de prácticas se ubiquen en el nivel de atención primaria o preventiva, estableciendo como ejes programáticos alrededor de los cuales se elaboraría el programa general, los siguientes puntos:

- atención médica general o consulta externa.
- inmunización o vacunas
- orientación nutricional
- atención materno-infantil y planificación familiar
- saneamiento ambiental
- control de enfermedades transmisibles
- educación higiénica y educación para la salud.

El papel fundamental del Trabajo Social dentro del Programa General de Salud Comunitaria estaría ubicado en el sentido de llevar y coordinar la operatividad del mismo en función de dos aspectos principales: primero, promoviendo la organización social a través de gru-

pos que contribuyan efectivamente en la educación para la salud comunitaria y para el bienestar de la comunidad, apoyados en un estudio previo de la misma sobre su contexto social y cultural, con el fin de poder motivar en sus habitantes la participación en la elaboración y evaluación de dichos programas, así como también en el cuestionamiento de la estrategia de ejecución para su aplicación.

Segundo, realizando una promoción continua en la capacitación a miembros y grupos de la comunidad en el ámbito general de la salud comunitaria, para que actúen como promotores dentro de los programas de educación para la salud.

En base a lo anterior la función central del trabajo social dentro de los programas de salud comunitaria diseñados, se ubicaría en torno a los aspectos de organización, educación y capacitación para la salud entre los habitantes de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- AGUILAR GARCIA, Leopoldo. Medicina Social y medicina Institucional en México. México. Costa Amic. 1979.
- ALVAREZ BALBAS, Luis A. "Aspectos Económicos y Sociales en relación con la Salud" en Anuario de actualización en Medicina vol. VII, fascículo 22.
- ALVAREZ LARRAURI, Ma. Selene. Institucionalización del sector salud como parte del proceso de legitimación del Estado Mexicano (1910-1946). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Tesis de Maestría, UNAM. 1980.
- ANDER EGG, Ezequiel. Desarrollo de Comunidad. Ed. humanitas. B. Aires. 1976.
- ANDER EGG, Ezequiel. Formación para el trabajo social. Ed. ECRO. Apuntes de T.S.I.B. Aires, 1975.
- ANDER EGG, Ezequiel. Historia del Trabajo Social. Ed. ECRO. Buenos Aires. 1975.
- BAENA PAZ, Guillermina. Instrumentos de Investigación. México. editores Mexicanos. 1981.
- BAENA PAZ, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de Investigación documental. México Ed. Mexicanos Unidos. 1983.

- BOSH GARCIA, Carlos. La Técnica de Investigación Documental. México.FCP y S./UNAM. 1972.
- BREILH, Jaime. "La Medicina Comunitaria, ¿Una nueva policía médica?" Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, No. 84. México. UNAM. 1976.
- BERLINGUER, Giovanni. Medicina y Política. Ediciones Circulo de Estudios. México.
- BERNAL SAHAGUN, Victor M. "Las Empresas Transnacionales y el desarrollo de la Industria de la Salud en México. IIEC. UNAM 1978.
- BETTELHEIM, Carles. Problemas teóricos y prácticos de la planificación. México Edit. TECNOS. 1971.
- CARDOSO, F.H.Y ENZO, Faletto. Dependencia y Desarrollo en América Latina. México. siglo XXI. 1978.
- COLLADO A. Rolando Médicos y Estructura Social.México F.C.E. 1976.
- Convenio IMSS-COPLAMAR para el establecimiento de Servicios de Salud en el medio rural. Palacio Nacional. México. Mayo 1979.
- DA SILVA AROUCA, Antonio Sergio. El trabajo Médico. La producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención. FOTOCOPIADO.

- DE MARIA Y CAMPOS, Mauricio "La Industria Farmacéutica en México". Comercio Exterior Vol. 27, No. 8. México. Agosto 1977.
- DRUCAROFF, Jacob. et. al. Cambio Social y Trabajo Social. Ed. ECRO. B. Aires. 1977.
- DUBOS, René. El espejismo de la Salud. México F.C.E. 1975.
- El Bienestar Social, las Políticas Sociales y la Profesión de Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Colombia. Ponencia presentada al V Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Bogotá, Colombia. 1976.
- FAJARDO ORTIZ, Guillermo. La Atención Médica en México. México. Fco. Méndez Editor. 1979.
- FAVREAU, Pierre. Medicina Preventiva y Social. México. Fernando Adalpe Editor. 1975.
- FERNANDEZ DE CASTRO, Ignacio "La Sociedad capitalista goza de mala salud". Revista Transición Núm. 3. Año 1. Barcelona. 1978.
- FLORES LUA, Ma. Graciela. La Insurgencia Obrera, Campesina y Popular en la década de los sesentas y el Frente Nacional de Acción Popular (FNAP). Tesis. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. 1984.

- GAETE, Jorge. "Medicina comunitaria, un ensayo de interpretación". Estudios Indígenas. Vol. VI. Núm. 3. Marzo, 1977.
- GARCIA HERNANDEZ, Mario. "Deformaciones Estructurales en la Industria médico-farmacéutica". Comercio Exterior. Vol. XXIV. México. Junio, 1974.
- GARCILITA CASTILLO, Fernando. "Política de Bienestar Social del Estado Mexicano". en Trabajo Social. Núm. 2 México. enero - febrero. 1978.
- GOMEZJARA, Francisco, et. al. El diseño de la investigación social. México. Ediciones Nueva Sociología 1979.
- GOMEZJARA, Francisco Técnicas de Desarrollo Comunitario México. Nueva Sociología. 1977.
- HERRASTI, Ma. Luisa, et. al. Aportes para la búsqueda de un nuevo Trabajo Social en México. México. Centro de Investigación y Capacitación Social. A.C. 1980.
- HEWITT DE ALCANTARA, Cynthia. "Ensayo sobre la satisfacción de las necesidades básicas en México. 1940-1970" en Hacia otro Desarrollo. México. Siglo XXI. 1978.
- LAURELL ASA, Cristina. "La política de salud en los ochenta" en Cuadernos Políticos. Núm. 23 enero-marzo. 1980.

- LAURELL ASA, Cristina. "Medicina y Capitalismo en México", en Cuadernos Políticos. Núm. 5 Julio- Septiembre 1975.
- LAURELL ASA, Cristina y ENRIQUEZ, Ma. Esther. "El Gasto en Salud en la Crisis", en Territorios. Núm. 2. Mayo-Junio. 1980.
- LIMA, Boris. Epistemología del Trabajo Social. Buenos Aires: HUNANITAS. 1976.
- LIMOEIRO CARDOSO, Miriam. La construcción de conocimientos. Cuestiones de teoría y Método. México. Era. 1977.
- LOPEZ ACUÑA, Daniel. "La Crisis de la Medicina Mexicana". Revista la Cultura en México. Suplemento de siempre. Núm. 760. México. Septiembre. 1976.
- LOPEZ ACUÑA, Daniel. La Salud Desigual en México. México. Siglo XXI. 1982.
- LOPEZ ACUÑA, Daniel. "Salud y Seguridad Social: problemas recientes y alternativas", en México Hoy. Siglo XXI. 1980.
- MARIAYCAMPOS, Mauricio, de. "La Industria Farmacéutica en México", Comercio Exterior. Vol. 27 Núm. 8. México. Agosto 1977.

- MARRONI DE VELAZQUEZ, Da Gloria. Elementos sobre el origen y desarrollo del Trabajo Social en México. Escuela de Trabajo Social Vasco de Quiroga. México. 1976.
- MERCADO CALDERON, Francisco. et. al. Medicina ¿Para Quién?. México. Ediciones Nueva Sociología. 1980.
- NERFIN, Marc. Hacia otro Desarrollo: Enfoques y Estrategias. México. Siglo. XXI 1977.
- PAREDES LOPEZ, Octavio "Características generales de la Industria Farmacéutica". Comercio Exterior. Vol. 27. Núm. 8. México. Agosto de 1977.
- PARDINAS, Felipe. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. México. Siglo XXI. 1978.
- PARODI, Jorge. "La Política Social y los Trabajadores Sociales", en Acción Crítica. Núm.7. CELATS-ALAETS. Julio. 1980.
- PAULA FALEIROS, Vicente de. "Política Social en la Teoría del Trabajo Social", en Acción Crítica. Núm.12. CELATS-ALAETS. Diciembre 1982.
- PATIÑO CAMARENA, Javier. "Política de Trabajo y Bienestar Social del Gobierno Mexicano". en Trabajo Social. Núm. 3. México Septiembre, Octubre, Noviembre. 1977.

- Plan Nacional de Salud. Ed. S.S.A. México. 1974.
- POZAS HORCASITAS, Ricardo "El Movimiento Médico en México. 1964-1965". en Cuadernos Políticos, Núm. 11. Enero-Marzo. 1977.
- Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México. 1981.
- R. ALAYON, Norberto. Planificación, Política Social y Trabajo Social. Ponencia presentada al VIII Seminario de Trabajo Social. Guayaquil, Ecuador. 1978.
- ROBLEDO, Cecilia. Análisis Social de las Políticas de Cobertura de los Servicios de Salud en México. Tesis de Maestría. Fac. Ciencias Políticas y Sociales/ UNAM. 1981.
- RODRIGUEZ AJENJO, Carlos. "Política de Salud: Aproximaciones a un Balance del sexenio 76-82!" Ponencia presentada en el encuentro Balance del Sexenio. Acapulco, Gro. Marzo 1982.
- RODRIGUEZ VELAZQUEZ, Daniel. et. al. La política Urbana del Estado en la Ciudad de México y el Movimiento urbano popular 1977-1980. Tesis. Escuela de Trabajo Social. UNAM. 1985.
- ROJAS SORIANO, Raúl. Capitalismo y Enfermedad. México. Folios Ediciones. 1982.

-ROJAS SORIANO, Raúl.

Guía para realizar investigaciones sociales. México. UNAM. 1980.

-SANJAYA, Lall.

"Los efectos de la tecnología avanzada en los países en desarrollo; el caso de la Industria Farmacéutica". Revista Comercio Exterior. Vol. XXVI Núm. 11. México. 1976.

-SOMIS, Abraham.

"Salud, Medica y Desarrollo Económico y Social". Buenos Aires. Eudeba. 1975.

-TECLA, Alfredo.

Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación Social. México. Ediciones de Cultura Popular. 1980.

-TIMIO, Mario.

Clases Sociales y Enfermedad. México. Nueva Imágen. 1981.

-TOPALOV, Cristian.

La Urbanización Capitalista. México. Edicol. 1979.

-VARGAS, Virginia.

Análisis Social de las Políticas de Salud del Estado Mexicano. Tesis de Maestría Fac. de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. 1981.

-VASCO URIBE, Alberto.

Salud, Medicina y Clases Sociales. Colombia. Ed. la Pulga. 1975.

-VILAS, Carlos.

"Política Social, Trabajo Social y la Cuestión del Estado". en Acción Crítica. Núm. 6. CELATS-ALAETS. Diciembre 1979.

-VILLAR ROJAS, Alejandro.

"Las transnacionales en la industria químico-farmacéutica".
Rev. el Economista Mexicano.
Vol. 13. Núm. 3. México. Junio. 1979.

HEMEROGRAFIA

- A. BOLAÑOS, Laura. "El hambre y las transnacionales". El Universal. 26 de mayo de 1979.
- ALPONTE, Juan María. "Desarrollo y Población". Uno más Uno. 10 de febrero de 1979
- AZAR, Héctor. "Educación para la salud". El Universal. 24 de mayo de 1979.
- CASTERAN, Francois. "Para evitar el hambre en el mundo, reconocida la FAO cambios a la política agroalimentaria". El Universal. 19 de noviembre de 1979.
- CECEÑA, José Luis. "Médico y Medicinas para todos". Excélsior. 21 de agosto de 1979.
- "El derecho a la atención a la salud y el desarrollo nacional". El Día. 25 de octubre de 1979.
- "El hambre, consecuencia del egoísmo de la raza humana". El Día. 14 de noviembre de 1979.
- FERREYRA, Carlos. "La expectativa de vida en países subdesarrollados es de veinte años menos que en los industrializados". Uno más Uno 13 de noviembre de 1979.

- FRENK, Julio. "Salud: las negligencias legislativas".
Uno más Uno. 12 de mayo de 1979.
- LEON S, Julio. "Aún no es tarde para resolver los
problemas mundiales de salud:
Uowck". Excélsior. 10 de noviembre
de 1979.
- MARTINEZ MATIELA, Gastón. "Bienestar Social y Desarrollo".
El Gallo Ilustrado, Suplemento Domini-
cal de El Día. 8 de abril de 1979.
- "Muchas personas fallecen por carecer de dinero para curarse".
El Día. 30 de abril de 1979.
- NUÑEZ ESCALANTE, Roberto. "Monstruosidad de los servicios socia-
les". El Universal. 11 de enero de 1980.
- ORTIZ QUEZADA, Federico. "La medicina institucional".
Uno más Uno. 15 de mayo de 1980.
- ORTIZ QUEZADA, Federico. "El médico en México". El Día 21
de abril de 1980.
- PATIÑO CAMARENA, Javier. "Evolución de la Seguridad Social".
El Día 13 de diciembre de 1977.
- QUINTERO, Laura. "Dos millones de dólares destinará la
UNICEF para la niñez mexicana".
El Día. 16 de mayo de 1979.

-RUIZ REDONDO, Mario.

"La Salud en México depende de decisiones Políticas, señala Gonzalo Gutiérrez Trujillo". Excélsior. 2 de junio de 1979.

"Una medicina socializada, el único camino: Garza Garza".
El Universal. 27 de octubre de 1979.

"Servicios vitales: cada día más precarios para millones de gentes".
Uno más Uno. 8 de abril de 1980.