

Ref. 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

SEGURIDAD SOCIAL, EMPRESA TRANSNACIONAL
FARMACEUTICA Y ELEMENTOS DE
INCORPORACION DE LA DOCTRINA
NEOMALTHUSIANA EN ALGUNAS CATEGORIAS
MEDICAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. GUADALUPE AREVALOS PEÑA

México, D. F.

1987.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
Introducción.	1
Capítulo I. CAPITALISMO Y NEOMALTHUSIANISMO .	
1. Revolución Industrial.	8
2. Principio de población de Robert Malthus	12
3. Marx y la superpoblación relativa.	21
4. Neomalthusianismo.	30
5. Modelo mundial latinoamericano	40
6. Organizaciones que participan en el financiamiento - de los programas de control natal en los países sub- desarrollados.	48
7. Estado.	58
8. Políticas de seguridad social.	64
Capítulo II. SEGURIDAD SOCIAL Y PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO.	
1. Antecedentes Históricos.	72
2. Funciones de la Seguridad Social	78
3. Programa de Planificación Familiar	90

Capítulo III. EMPRESA TRANSNACIONAL FARMACEUTICA PRODUCTO
RA DE ESTEROIDES EN MEXICO.

1. Medicamentos derivados de los esteroides.	105
2. Antecedentes Históricos.	107
3. Fundación de Proquivemex.	118
4. Proquivemex división agroindustrial	123
5. Proquivemex división farmacéutica.	125
6. Industria de esteroides intermedios	126

Capítulo IV. INCORPORACION DE UNA DOCTRINA SOCIAL.

1. Informe del estudio de caso en una institución del - sector salud.	142
CONCLUSIONES.	191
BIBLIOGRAFIA.	206

INTRODUCCION

Nuestro propósito inicial al realizar la presente tesis, - era el de exponer el rol desempeñado por las empresas transnacionales farmacéuticas en la producción de anticonceptivos, y la importancia que tienen estos productos para que se puedan establecer y desarrollar los programas antinatalistas, principalmente - en las categorías sociales subordinadas al capital, en los países subdesarrollados. Por lo cual, el título era el siguiente: - "El papel de la empresa transnacional farmacéutica en el programa de planificación familiar en México: un análisis sociológico".

Pero en la investigación de campo se presentó el siguiente problema: en las empresas transnacionales farmacéuticas se negaron rotundamente a proporcionar la información referente a la - producción de anticonceptivos, su costo de producción, su valor-comercial y la distribución al sector salud y al privado, así como los volúmenes de exportación de esteroides intermedios y su - importación, por lo cual se recurrió sólo a la información proporcionada por la empresa Productos Químicos Vegetales Mexicanos S.A. de C.V., institución encargada de comercializar el barbasco.

En la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial también negaron la información referente a la venta y distribución de los anticonceptivos por las transnacionales farmacéuticas, mencionaron que si estas empresas niegan la información por ser privada, la institución no tiene por qué proporcionarla. En otras instituciones como la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación sólo proporcionan la información a los Institutos de investigación; en la Cámara Nacional de la Industria Química Farmacéutica de la cual es miembro la Asociación de Fabricantes de Esteroides, a pesar de que se presentó la solicitud por escrito de la información requerida, no dieron una respuesta a la petición.

La información que proporciona la Subsecretaría de Comercio Exterior es insuficiente, debido a que los volúmenes de esteroides intermedios exportados e importados no aparecen detallados por empresas, sino en forma global por kg., país al cual se destinan y bajo la denominación de derivados esteroideos.

Ante esta situación y por el interés de tener un mayor conocimiento de la forma en que el Estado, a través de las insti

tuciones del sector salud, impone y expande el control de la natalidad en casi todas las categorías sociales de la población, - se modificó el diseño de investigación y se le da un énfasis a - este proceso.

En el primer capítulo, se presentan los dos antecedentes - teóricos más importantes sobre estudios de población, del siglo- XIX: Malthus y su principio de población; Marx y la superpobla- ción relativa. De estos dos estudios, el principio de población de Malthus se ha retomado en los modelos de población para gene- rar la corriente neomalthusiana, que adquiere un gran auge en el presente siglo como argumento para impulsar y favorecer el con- trol de la natalidad en los países subdesarrollados.

También se exponen algunos puntos básicos del estudio lla- mado Modelo mundial latinoamericano, que representa la contrapar- tida de la corriente neomalthusiana, ya que una de sus proposi- ciones es el establecimiento de una sociedad en donde el control natal no sería necesario, debido a que se modificarán otros fac- tores como la educación.

En los siguientes capítulos se presenta el caso de México.

Los antecedentes de la seguridad social hasta llegar al establecimiento de las actuales instituciones del sector salud, que conforman la estructura de aplicación del programa de planificación familiar en el país.

La participación de las empresas transnacionales farmacéuticas fabricantes de esteroides intermedios, algunos datos de la producción del barbasco que es la materia prima con la cual se producen los anticonceptivos y el rol de Proquivemex.

El estudio de caso se refiere a la forma en que un sector del área médica ha aceptado e incorporado a su práctica cotidiana la ideología neomalthusiana de la explosión demográfica, y lo que de ella transmiten a las pacientes del sector salud, para llevar a cabo el programa de control natal institucionalizado por el Estado mexicano desde 1974.

La hipótesis de trabajo fue la siguiente:

El programa de planificación familiar que se realiza en - las instituciones de seguridad social administradas por - el Estado y los productos anticonceptivos necesarios para su funcionamiento, están íntimamente relacionados con la existencia, planteamientos, financiamiento y tecnología - de las fundaciones privadas norteamericanas, organismos - internacionales y las transnacionales farmacéuticas. Los - médicos son los agentes encargados de modificar la condug - ta reproductiva de las categorías sociales subordinadas - al capital.

CAPITULO I

CAPITALISMO Y NEOMALTHUSIANISMO

DOCTRINAS SOCIALES.

1.1. Revolución Industrial.

1.2. Principio de población de Robert Malthus.

1.3. Marx y la superpoblación relativa.

1.4. Neomalthusianismo.

1.5. Modelo Mundial Latinoamericano.

1.6. Organizaciones que participan en el financiamiento de los programas de control natal en los países sub-desarrollados.

1.7. Estado.

1.8. Políticas de seguridad social.

El trabajo se inicia con una breve descripción de la revolución industrial, ya que durante este período y sobre todo en Inglaterra se presentó un desempleo creciente debido a la introducción de nueva maquinaria en la industria textil, a una mayor productividad y al empleo de las mujeres y los niños como fuerza de trabajo, a la vez que los centros industriales se concentraron en las grandes ciudades, haciéndose más manifiestos los problemas de pobreza, insalubridad y hacinamiento del sector desposeído de los medios de producción.

También es el período durante el cual se publica el principio de población de Robert Malthus, afirmando que el proletariado es pobre porque tiene más hijos de los que puede mantener, por lo cual se debe restringir su reproducción, para que la naturaleza que proporciona los alimentos no se agote prematuramente. Por otra parte Marx aclara que no existe sobrepoblación en general, y que si hay pobreza y desempleo se debe a la acumulación capitalista.

De estos dos puntos de vista, el que Malthus presentó en 1798, es el que ha servido de inspiración en el presente siglo,

como uno de los elementos fundamentales para implantar los programas de control natal en los países pobres o subdesarrollados.

1.1. Revolución Industrial.

Se conoce como revolución industrial al conjunto de cambios de orden técnico, económico y social que han acompañado al desarrollo industrial. La expresión se aplica sobre todo al período de finales del siglo XVIII y principios del XIX, que presencié los cambios profundos de toda la vida social con el inicio de la industrialización, primero en Inglaterra, luego en el resto del mundo occidental y en los Estados Unidos. El maquinismo y su generalización originaron lo que en algunas ocasiones recibe la denominación de primera revolución industrial.

Es una época de grandes cambios, en la cual se inicia el transporte por ferrocarril y la navegación intercontinental impulsados por la máquina de vapor. Se caracteriza por marcar el tránsito de la producción de fábrica al capitalismo industrial, en el transcurso de un siglo se perfeccionaron las máquinas para la industria textil y otras ramas productivas. "...Dicha revolución se debió al invento de la máquina de vapor, de las diversas

máquinas de hilar, del telar mecánico y de toda una serie de dispositivos mecánicos.(...) transformaron completamente el antiguo modo de producción y desplazaron a los obreros anteriores, puesto que las máquinas producían mercancías más baratas y mejores - que las que podían hacer éstos con ayuda de sus ruecas y telares imperfectos(...) En cuanto se dio el primer impulso a la introducción de máquinas y al sistema fabril, este último se propagó rápidamente a las demás ramas de la industria, sobre todo en el estampado de tejidos, en la impresión de libros, la alfarería y la metalurgia. El trabajo comenzó a dividirse más y más entre los obreros individuales de tal manera que el que antes efectuaba - todo el trabajo pasó a realizar nada más que una parte del mismo.(...) Por tanto, todas estas ramas de la producción cayeron una tras otra, bajo la dominación del vapor, de las máquinas y - del sistema fabril, exactamente del mismo modo que la producción de hilados y tejidos..." (1)

En Inglaterra, la fábrica fue precedida por la manufactura que ya producía en forma capitalista, por lo que la introducción

(1) Marx, Engels. El manifiesto del partido comunista, Editorial Progreso, Moscú, p. 70.

del uso de la nueva maquinaria fue desplazando cada vez más a la fuerza de trabajo, la cual pasaba a otras ramas de la producción o a formar parte de la superpoblación relativa.

Otra consecuencia de la creciente utilización de la maquinaria en la producción, fue que las mujeres y los niños formaron parte de la fuerza de trabajo en activo. "La maquinaria, al hacer inútil la fuerza del músculo, permite emplear obreros sin fuerza muscular o sin desarrollo físico completo, que posean en cambio, una gran flexibilidad en sus miembros. El trabajo de la mujer y el niño fue, por tanto, el primer grito de la aplicación capitalista de la máquina...." (2)

Por otra parte, la fuerza de trabajo soportaba uno de los períodos de máxima explotación, las jornadas de trabajo eran hasta de quince horas, las mujeres y los niños recibían salarios menores a los de los obreros, por lo que también se optaba por el trabajo de los primeros. La obtención de plusvalía absoluta se encontraba en pleno auge. Para el proletariado las condiciones de explotación no podían ser más opresivas; los salarios eran ba

(2) Marx, Karl. El Capital, Tomo I, México: Fondo de Cultura Económica, p. 323.

jos debido al incremento de la oferta de mano de obra, el trabajo de las mujeres y los niños agravaban la situación, la concentración de la población en los centros urbanos aumentaba cada día más, las viviendas eran insalubres y el hacinamiento frecuente.

En el sector agrícola la situación no era próspera para el proletariado, la concentración de la tierra en pocos propietarios continuaba como proceso de acumulación, los pequeños propietarios y los colonos que eran desposeídos de su propiedad, ahora eran asalariados agrícolas en los campos de algodón o en las tierras dedicadas a la ganadería que se explotaban en forma capitalista para proveer de la materia prima a la industria textil. - "...En efecto, la usurpación de los bienes comunales y la revolución agrícola que la acompaña, empeora hasta tal punto la situación de los obreros agrícolas, que, (...) entre 1765 y 1780 su salario comienza a descender por debajo del nivel mínimo, haciéndose necesario completarlo con el socorro oficial de pobreza.."

(3)

Las "Poor laws" o leyes de los pobres son dictadas por los

(3) Ibid., pp. 618-619.

gobiernantes ingleses en 1795, su finalidad era ayudar a la fuerza de trabajo a soportar su explotación.

Esta era la situación de la clase obrera, en Inglaterra cuando se publica la obra de T. Robert Malthus referente a la sobrepoblación en 1798.

1.2. Principio de población de T. Robert Malthus.

Con esta obra se inicia un enfoque ideológico (representación deformada de la realidad) de la población como "problema"; en el cual se señala que el incremento desproporcionado de la población terminará con la dotación de alimentos suministrados por la naturaleza, por lo cual se debe limitar el incremento de la población.

A partir de los impulsos biológicos del hambre y del sexo, Malthus formula dos postulados básicos: "Creo poder honradamente presentar los dos postulados siguientes: Primero: el alimento es necesario para la existencia del hombre. Segundo: la pasión entre los sexos es necesaria y se mantendrá prácticamente su estado actual".-

A pesar de haber especificado anteriormente que eran postulados- (proposición cuya admisión es necesaria para una demostración) a continuación les da el carácter de "leyes fijas de la naturaleza". "Estas dos leyes, que han regido desde los tiempos más remotos - del conocimiento humano aparecen como leyes fijas de la naturaleza". (4)

La siguiente ley natural es la de la población: "La capacidad de crecimiento de la población es infinitamente mayor que la capacidad de la tierra para producir alimentos para el hombre. - La población si no encuentra obstáculos, aumenta en progresión geométrica. Los alimentos tan sólo aumentan en progresión aritmética. Basta con poseer las más elementales nociones de números para poder apreciar la inmensa diferencia a favor de la primera de estas dos fuerzas". (5)

Como demostración de su teoría de que la población aumenta en desproporción con los alimentos existentes en la naturaleza, da el siguiente ejemplo: "La población de nuestra isla es actual

(4) Malthus, Thomas Robert. Primer ensayo sobre la población. - Tr. Patricio de Ascárate Diz; México; Alianza Editorial, p. 52.

(5) Ibid., p. 53.

mente de siete millones, supongamos que la producción actual bas
te para mantener esta población. Al cabo de los primeros veinti-
cinco años la población sería de catorce millones, y como el -
alimento habría también doblado, bastaría a su manutención. En -
los veinticinco años siguientes, la población sería ya de veín--
tiocho millones y el alimento disponible correspondería a una po-
blación de tan sólo veintiún millones. En el período siguiente-
la población sería de cincuenta y seis millones y las subsisten-
cias apenas serían suficientes para la mitad de esa población. -
Y al término del primer siglo la población habría alcanzado la -
cifra de 112 millones mientras los víveres producidos correspon-
derían al sustento de treinta y cinco millones, quedando setenta
y siete millones de seres totalmente privados de alimentos". (6)

Para Malthus, la despoblación en el mundo es llevada a ca-
bo por la naturaleza, manifestada a través del hambre y de la -
muerte, a los cuales les llamaba obstáculos positivos contra el -
incremento desproporcionado de la población. "El hambre parece-
ser el último y el más terrible recurso de la naturaleza. La fuer-
za del crecimiento de la población es tan superior a la capaci--

(6) Ibid., p. 59.

dad de la tierra de producir el alimento que necesita el hombre para subsistir, que la muerte prematura en una u otra forma debe necesariamente visitar a la raza humana..." (7)

Además del agente despoblador natural, el hambre y la muerte introduce los obstáculos humanos en forma de vicios y miseria. "...Los vicios humanos son agentes activos y eficaces de despo--blación. Son la vanguardia del gran ejército de destrucción; y - muchas veces ellos solos terminan esa horrible tarea. Pero si - fracasan en su labor exterminadora, son las enfermedades, las - epidemias y la pestilencia quienes avanzan en terrorífica forma--ción (...). Si el éxito no es aún completo queda todavía en la - retaguardia como reserva el hambre..." (8)

Si la población tiene un ritmo de crecimiento lento, tam--bién lo atribuye a obstáculos que pueden ser de dos tipos preven--tivos y positivos, dependiendo la clasificación de la clase so--cial a la que haga referencia "...la aprensión ante las dificul--tades que supone el mantenimiento de una familia, lo que actúa -

(7) Ibid., p. 128.

(8) Ibid.

como obstáculo preventivo; y el hambre y las privaciones sufridas por la infancia en las clases humildes, que actúa como obstáculo positivo". (9)

Para Malthus el obstáculo preventivo actúa principalmente en la burguesía y pequeña burguesía, en donde se retarda la edad para contraer matrimonio debido a diversos factores. "...Hay - hombres incluso de las clases más altas, que huyen del matrimonio simplemente por el temor de sostener una familia, lo que los obligaría a reducir sus gastos y privarse de algunas caprichosas diversiones(...) Un hombre de profesión liberal pero cuyos ingresos sean escasamente suficientes para permitirle vivir entre gentlemen comprende que si se casa y tiene familia se verá obligado a alternar con agricultores modestos y pequeños comerciantes - (...) El descenso de dos o tres peldaños, particularmente en este sector de la escala social, donde termina la educación y empieza la ignorancia, es considerado por la opinión general como una desgracia grave.(...) A los hijos de los comerciantes se les aconseja no casarse, y generalmente se ven obligados a seguir este consejo, mientras no tengan establecido algún negocio..."(10)

(9) Ibid., p. 83.

(10) Ibid., pp. 83-84.

En cambio el obstáculo positivo lo señala específicamente para el proletariado. "El obstáculo positivo al incremento de la población, es decir, el que reprime un aumento ya iniciado, se limita principalmente aunque quizá no exclusivamente, a los estamentos inferiores de la sociedad. Este obstáculo no es quizá tan evidente como el anterior (...) Pero quienes se preocupan de examinar las estadísticas relativas a la mortalidad infantil observan generalmente que de la totalidad de los niños que mueren cada año, una parte totalmente desproporcionada procede de familias que pueden suponerse incapaces de suministrar a sus hijos la alimentación y los cuidados que requiere la infancia; niños expuestos a toda clase de penalidades, viviendo en tugurios malsanos y a realizar trabajos duros..." (11)

A continuación afirma que, no obstante se incrementara el efectivo monetario que recibía el proletariado por medio de las leyes de pobres, esto tendría un efecto negativo en la producción de alimentos. "...Los tres chelines y medio añadidos al jornal de cada obrero no aumentaría la cantidad de carne producida en el país y actualmente no hay suficiente carne para que-

(11) Ibid., p. 88.

todo el mundo pueda acceder al reparto. ¿Cuál sería la consecuencia?. La competencia entre los compradores en el mercado provocaría la rápida subida del precio de la carne, (...) Si suponemos que la competencia entre los compradores durante tiempo tan largo que permitiera un gran aumento de la cría de ganado, este aumento sólo puede conseguirse a costa del trigo, lo cual representa un intercambio sumamente desventajoso, ya que es bien sabido que el país no podría mantener la misma población (...). Los miembros más desafortunados (...) tendrán que resignarse a recibir la parte peor y la más pequeña". (12)

Su acometida contra el proletariado también se manifiesta en el hecho de atacar las leyes de pobres, ya que favorecían el aumento de la pobreza y no contribuían a erradicarla, por lo tanto el mal del sistema se encontraba en que eran pocos los medios de subsistencia, muchos los pobres y poco lo que se podía hacer para ayudarlos. "Las poor laws inglesas tienden a empeorar la situación general de los pobres. En primer lugar tienden evidentemente a incrementar la población sin incrementar las subsisten

(12) Ibid., p.91.

cias. Los pobres pueden casarse, aunque las posibilidades de poder mantener a su familia con independencia sean escasas o nulas. Puede decirse que estas leyes, en cierta medida, crean a los pobres que luego mantienen." (13).

Las proposiciones de Malthus para remediar el problema de la sobrepoblación son dos: primero, retardar la edad para contraer matrimonio. "Estas consideraciones están destinadas a evitar, que muchos hombres en los países civilizados, se dejen llevar por el aguijón de la naturaleza, y tomen mujer cuando son muy jóvenes. Y esta restricción conduce al vicio casi por necesidad, aunque no de forma ineludible. Sin embargo, en todas las sociedades, la tendencia hacia el enlace virtuoso es tan fuerte, que se observa una presión constante hacia el aumento de la población. Esta presión tiende, con no menos constancia, a hundir a las clases inferiores de la sociedad en la miseria y evitar toda permanente mejora considerable de su situación." (14) Y en segundo lugar practicar la restricción moral. Esta restricción sólo se presentó en la segunda edición de su obra para desaparecer en ediciones posteriores "...el tercer conten al crecimiento de la población sería la restricción moral, ninguna huelga, nin-

(13) ibid., p.95.

(14) ibid., p.62

guna caridad, ninguna regulación oficial puede ayudar al pobre - en su miseria. El mismo tiene la culpa por reproducirse tan deprisa. No se le permita casarse tan joven -no tener familia tan numerosa- así podrá ayudarse a sí mismo." (15) Y continua Malthus "...todo obrero que se case sin poder mantener a su familia puede ser considerado como enemigo de todos sus compañeros." - (16).

El modelo matemático que Malthus utiliza en su obra, basado en las progresiones aritmética y geométrica aplicados para representar el incremento de los alimentos y la población respectivamente, nos es presentado como una amenaza pesimista de la penuria de víveres inevitable en virtud del rápido crecimiento de la población, y presenta como una consecuencia de este crecimiento la miseria de los pobres, agregando además que esta situación es consecuencia ineludible de una ley natural ya que la población aumenta más rápidamente que los alimentos.

Al otorgar un papel determinante al crecimiento demográfico en el problema social, Malthus anula y encubre otros factores-

(15) Huberman, Leo, Los bienes terrenales del hombre, México: Editorial Nuestro Tiempo, 1976, p.247.

(16) Malthus, p.97

importantes como son: el avance científico y tecnológico (abonos necesarios para obtener mayores rendimientos de las tierras cultivables, mayor aprovechamiento de fuentes subutilizadas, como los recursos marinos en la alimentación) que aplicados en la producción de alimentos serían suficientes para cubrir las necesidades de la población, si estos recursos no fueran manejados como mercancías sujetas a la ley de la oferta y la demanda en el mercado capitalista.

Así Malthus traslada y atribuye la causa de la pobreza y miseria del proletariado y otras categorías sociales dominadas, a una ley que sólo rige para la naturaleza y no para el hombre que también es un ser social que participa en las relaciones de producción capitalistas, en donde el factor económico es importante para determinar el hecho de que una parte de la población se presente como excedente ante los empleos existentes y no como sobrepoblación en general, sino como población relativa a los medios de producción como lo señala Marx en El Capital.

1.3. Marx y la superpoblación relativa.

En contraposición a la teoría de la población de Malthus, Karl Marx señala que el capitalismo hace aparecer un excedente -

de población relativa a los medios y necesidades de empleo al incorporar cada vez menos fuerza de trabajo en comparación con lo que añade en medios de producción, lo cual es una condición para que la acumulación continúe en escala ascendente.

Por efecto de la acumulación de capital, una fracción de la fuerza de trabajo pasa a ser superflua al ser expulsada de la producción, por lo cual cae en la órbita del pauperismo. Por tanto, en el proceso de acumulación del capital se genera en un polo aumento de riqueza por una clase y en el otro desempleo y miseria. A medida que se acumula capital, aumenta la superpoblación relativa y se acentúa la depauperación. "...esta misma acumulación y centralización creciente se trueca, a su vez, en fuente de nuevos cambios en cuanto a la composición del capital, impulsando nuevamente el descenso del capital variable para hacer que aumente el constante. Este descenso relativo del capital variable, descenso acelerado con el incremento del capital total - y que avanza con mayor rapidez que éste, se revela de otra parte, invirtiéndose los términos, como un crecimiento absoluto constante de la población obrera, más rápido que el capital variable o el de los medios de ocupación que éste suministra. Pero este crecimiento no es constante, sino relativo: la acumulación capi-

talista produce constantemente, en proporción a su intensidad y a su extensión, una población obrera excesiva para las necesidades medias de explotación del capital, es decir, una población obrera remanente o sobrante." (17)

Si la composición orgánica del capital se mantiene constante, la plusvalía obtenida por el capital, se desdobra en medios de producción y fuerza de trabajo necesaria para poner en marcha estos medios. Por tanto, al engrosar el capital, aumenta el número de obreros explotados y la cantidad de trabajo no retribuido que se apropia y con ésta el fondo de acumulación para una nueva ampliación del volumen del capital; como consecuencia del aumento de la demanda de trabajo, se origina un alza de los salarios, pero en virtud de la naturaleza del modo de producción capitalista, la acumulación de capital no admite que el salario permanezca por un largo tiempo a un nivel más o menos alto y no le permite alcanzar el límite que ponga en peligro la producción de plusvalía.

La acumulación al impulsar la concentración de los medios de producción y al aumentar el número de capitales individuales,

(17) Marx, El capital, p.533.

crea las premisas para la centralización, en el cual se potencian la capacidad productiva del trabajo, la acumulación del capital y en consecuencia la explotación de la clase obrera. La acumulación realiza su objetivo al incrementar la productividad del trabajo introduciendo los descubrimientos de la nueva maquinaria, de esta manera se registra un decrecimiento en el número de obreros en activo. El resultado principal de la acumulación cuando hay cambios en la composición del capital, es que el capital constante aumenta continuamente y el capital variable disminuye en la misma proporción. "...Con la magnitud del capital ya en funciones y el grado de su crecimiento, con la extensión de la escala de la producción y la masa de los obreros en activo, con el desarrollo de la fuerza productiva de su trabajo, con el flujo mayor y más plétórico de todos los manantiales de riqueza, aumenta también la escala en que la mayor atracción de obreros por el capital va unida a una mayor repulsión de los mismos. (...) Por tanto al producir la acumulación del capital, la población obrera produce en proporciones cada vez mayores, los medios para su propio exceso relativo.." (18)

El resultado de la acumulación con cambios en la composición técnica del capital, es la producción progresiva de una so-

(18) Ibid., pp. 533-534.

brepoblación relativa o ejército industrial de reserva en el capitalismo, representa una ley de población inherente al modo de producción capitalista, "...Al producir la acumulación del capital, la población obrera produce también, en proporciones cada vez mayores, los medios para su propio exceso relativo. Es ésta una ley de población peculiar del régimen de producción capitalista, pues en realidad todo régimen histórico concreto de producción tiene sus leyes de población propias, leyes que rigen de un modo históricamente concreto..." (19)

La explotación creciente de los obreros en activo mediante la intensificación del trabajo, permite al capitalista disminuir el número de obreros, por lo cual se reduce la demanda de mano de obra y se extiende el desempleo. En este caso se ahorra también capital constante. "...el desarrollo del régimen capitalista de producción y de la fuerza productiva del trabajo -causa y efecto a la par de la acumulación- permite al capitalista poner en juego, con el mismo desembolso de capital variable, mayor cantidad de trabajo, mediante una mayor explotación, extensiva o intensiva, de las fuerzas de trabajo individuales. Y hemos visto asimismo que, con el mismo capital, compra más fuerza de trabajo, tendiendo progresivamente a sustituir a los obreros hábiles, por

(19) Ibid., p.534

otros menos hábiles, (...) los hombres por las mujeres, los obreros adultos por jóvenes o niños". (20)

Por otra parte, la superpoblación relativa se manifiesta sobre todo en los periodos de crisis económica, cuando la incorporación de nuevos obreros a la actividad productiva se reduce al mínimo y aumenta el ejército industrial de reserva, al mismo tiempo que se ejerce presión sobre los salarios. "...el movimiento general de los salarios se regula exclusivamente por las expansiones y contracciones del ejército industrial de reserva, que corresponden a las alternativas periódicas del crecimiento industrial..." (21)

La población excedente o ejército industrial de reserva se forma en todas las ramas de la industria y en el sector agrícola en la medida en que son dominadas por el capitalismo. Las modalidades que adquiere son las siguientes:

a). Superpoblación flotante; forman esta categoría los obreros industriales desocupados. "En los centros de la industria moderna, nos encontramos con que la producción tan pronto como repele -

(20) Ibid., p.538.

(21) Ibid., p.539.

vuelve a atraer contingentes obreros en gran cantidad, por donde el número de obreros en activo aumenta en términos generales, aunque siempre en proporción decreciente a la escala de la producción..." (22)

b). Población latente: población rural que pierde sus medios de producción y no encuentra empleo fuera de la agricultura, forma el proletariado agrícola. "Tan pronto como la producción capitalista se adueña de la agricultura, o en el grado en que la somete a su poderío, la acumulación del capital que aquí funciona hace que aumente en términos absolutos la demanda respecto a la población obrera rural, sin que su repulsión sea complementada por una mayor atracción, como ocurre en la industria no agrícola..." (23)

c). Población intermitente; fuerza de trabajo que por un tiempo tiene empleo, pero a intervalos irregulares, se incluyen las personas que trabajan a domicilio para las fábricas. "...forma parte del ejército obrero en activo, pero con una base de trabajo muy irregular. Esta categoría brinda así al capital un receptáculo inagotable de fuerza de trabajo disponible. Su nivel de vida desciende por debajo del nivel normal medio de la clase obrera y esto es precisamente lo que la convierte en instrumento

(22) Ibid., p. 543

(23) Ibid., p. 544.

dócil de la explotación del capital." (24)

Marx agrega estas tres capas una más que por sus condiciones cae en la órbita del pauperismo, forman parte de él las personas capacitadas para el trabajo, los huérfanos, los hijos de pobres que en algún momento pueden formar parte del ejército industrial de reserva, los incapacitados para el trabajo y las víctimas de la rama química y minera. No toma en cuenta en ésta esfera al "proletariado andrajoso" formado por vagabundos, criminales y prostitutas.

La ley general de la acumulación capitalista es señalada así; "Cuanto mayores son la riqueza social, el capital en funciones, el volumen y la intensidad de su crecimiento y mayores también por tanto, la magnitud absoluta del proletariado y la capacidad productiva de su trabajo, tanto mayor es el ejército industrial de reserva. La fuerza de trabajo disponible se desarrolla por las mismas causas que la fuerza expansiva del capital, - la magnitud relativa del ejército industrial de reserva crece, - por consiguiente, a medida que crecen las potencias de la riqueza. Y cuanto mayor es este ejército de reserva en proporción al ejército obrero en activo, más se extiende la masa de la población consolidada, cuya miseria se halla en razón inversa a los torment

(24) Ibid.

tos de su trabajo.." (25)

Marx propone como única solución a la situación de explotación que sufre el proletariado en el régimen de producción capitalista, la transformación del sistema al régimen de producción socialista como primera etapa hacia el comunismo o sociedad sin clases sociales, propiedad colectiva de los medios de producción; este cambio se efectuaría mediante la revolución proletaria, que llevaría a esta clase a detentar el poder político creando un Estado proletario. Las transformaciones que se realizarían en la primera etapa son: abolición de la propiedad privada de los medios de producción. "Apropiación de la propiedad territorial y el empleo de la renta de la tierra para los gastos del Estado; - abolición del derecho de herencia; confiscación de la propiedad de todos los emigrados y sediciosos; centralización del crédito en manos del Estado por medio de un Banco Nacional...(...); centralización en manos del Estado de todos los medios de transporte; multiplicación de las empresas fabriles pertenecientes al Estado y de los instrumentos de producción, roturación de los terrenos incultos y mejoramiento de las tierras, según un plan general, obligación de trabajar para todos, organización de ejércitos industriales, particularmente para la agricultura, combinación de la agricultura y la industria; educación pública y gra--

(25) Ibid., p.546.

tuita para todos los niños, abolición del trabajo de éstos en - las fábricas". (26) Con todas estas medidas se evitaría la explotación del hombre por el hombre como el principal antagonismo presente en el régimen de producción capitalista.

1.4. Neomalthusianismo.

El neomalthusianismo es una ideología que reduce el problema de la pobreza de las clases indigentes a su propio modo productivo, y atribuye la culpa de la privación económica a la responsabilidad individual. Desde este punto de vista desvía la atención del proletariado de las causas de su explotación que se encuentran en las relaciones de propiedad de los medios de producción y en el proceso de acumulación capitalista.

Esta corriente ideológica es iniciada por un contemporáneo de Malthus, Francisco Place, el cual, además de recitificar la doctrina de población de Malthus, introduce un factor importante; señala que el proletariado debe utilizar la anticoncepción. "Llegó a la conclusión de que la manera de mejorar la condición de vida de la clase trabajadora mundial, sería controlando su fecundidad. No se dejó impresionar con las posibilidades prácticas -

(26) Marx, Engels. El manifiesto, pp. 52-53.

que previamente había hecho Malthus, en el sentido de que las -
masas pospusieran sus matrimonios hasta edades avanzadas". (27)-
Las prácticas anticonceptivas conocidas en ese período eran el -
coitus interruptus y el uso de esponjas vaginales. "En consecuen-
cia, en 1823 redactó algunos volantes con cierta información so-
bre la anticoncepción, los cuales debían distribuirse entre las-
clases trabajadoras y los pobres en los mercados!". (28)

Durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del si-
glo XX, la propaganda anticonceptiva estuvo limitada principal-
mente a Inglaterra y en menor grado a los Estados Unidos. "Debe-
recalcarse que el movimiento en favor del control de la natali-
dad en Inglaterra durante el siglo XIX, tuvo como eje el argumen-
to de que el control de la natalidad era la forma de prevenir la
sobrepoblación y los bajos salarios resultantes de la excesiva -
mano de obra.." (29)

Las características que adquiere ésta movimiento durante -
el transcurso del siglo XX y sobre todo en el período subsecuen-
te a la segunda guerra mundial son las siguientes:

(27) Baraham, Stone, et al., Métodos prácticos para el control -
de la natalidad, México: Editorial Diana, 1975, p. 30.

(28) Ibid., p. 31.

(29) Ibid., p. 36.

a). Utilización renovada del principio de población de Robert Malthus.

La "problemática mundial" es estudiada por los intelectuales orgánicos tanto en los países imperialistas, como los de la élite burguesa de los países subdesarrollados, formando grupos interdisciplinarios de científicos en demografía, economía, sociología, administración, agronomía, expertos en ecología, etc., que aportan sus conocimientos para formular la teoría de la problemática mundial, las consecuencias de la "explosión demográfica" y la "sobrepoblación".

Así, entre varias publicaciones, en 1972 se anunciaron los resultados de la investigación llamada Los límites del crecimiento, efectuada por los científicos del Instituto Tecnológico de Massachusetts de los Estados Unidos para el Club de Roma: "...asociación privada compuesta, desinteresadamente, por hombres de empresa; científicos y participantes de la vida pública nacional e internacional, (...) desea crear conciencia del problema central, el de la capacidad del planeta en que convivimos para hacer frente, más allá del año 2000, a las necesidades y modos de vida de una población siempre creciente, que utiliza a ta sa acelerada los recursos naturales, causa daños irreparables al

medio ambiente.." (30) El interés del Club de Roma lo constituye "El futuro de la humanidad,(...) estamos convencidos de que - la presión demográfica en el mundo ha alcanzado el nivel tan elevado y una distribución tan desigual, que tan sólo este problema debe obligar a la humanidad a buscar el estado de equilibrio del planeta". (31)

La causa principal del desequilibrio entre la población y los recursos naturales es atribuida al conocimiento humano. - "...La ciencia y la técnica han acarreado la amenaza de la incineración termonuclear, tanto la salud y la prosperidad; el aumento de la población y el movimiento hacia las ciudades han originado nuevos y más humillantes tipos de pobreza." (32)

Siguiendo a Malthus consideran la "problemática mundial" - correlacionando las siguientes variables: población, producción de alimentos, industrialización y agotamiento de los recursos no renovables que sufren un incremento progresivo. "...El monto de su crecimiento anual sigue un patrón que los matemáticos llaman-

(30) Meadows, Denis L, et al., Los límites del crecimiento, Tr. Ma. Soledad Loaeza de Grama; México: Fondo de Cultura Económica, 1982, pp. 11-12.

(31) Ibid., p.39.

(32) Ibid., p.24.

crecimiento exponencial o tasa geométrica". (33) "Una cantidad - acusa crecimiento exponencial cuando aumenta en proporción constante del total en un período de tiempo también constante. Una - colonia de células en la que cada célula se divide en dos células más cada diez minutos, crece exponencialmente.." (34)

De las cuatro variables señaladas en el informe, la población es la única que se ha incrementado constantemente a un ritmo acelerado en el presente siglo en comparación con los siglos anteriores. "...En 1650 la población era de 500 millones, su tasa de crecimiento era de aproximadamente el 0.3% anual y su período de duplicación era de 150 años. En 1970 la población sumaba un total de 3600 millones y su tasa de crecimiento era del 2.1% que corresponde a un período de duplicación de 33 años. Así pues, la población no sólo ha crecido exponencialmente, sino que la tasa de crecimiento también se ha elevado, Podemos decir que el crecimiento de la población ha sido 'super' exponencial". (35)

Este crecimiento "super exponencial" de la población se debe reducir mediante el control de la natalidad. "El crecimiento-

(34) Ibid., p.45.

(35) Ibid., p.53.

abrumador de la población mundial provocado por el circuito positivo de la tasa de natalidad es un fenómeno reciente, resultado del éxito que ha tenido la humanidad al reducir la mortalidad en todo el mundo. El control que representa el circuito negativo de retroalimentación se ha debilitado y ha permitido que el circuito positivo opere casi desenfrenadamente. Existen dos maneras de restaurar el desequilibrio resultante: disminuir la tasa de natalidad hasta que iguale la tasa de mortalidad más baja o dejar subir otra vez esta última. Todos los frenos naturales al crecimiento de la población elevan la tasa de mortalidad. Toda sociedad que desee evitar ese resultado debe emprender una acción deliberada para controlar el circuito positivo de retroalimentación, es decir reducir la natalidad". (36)

b) Incremento de la población en los países subdesarrollados como problema.

En este enfoque del estudio de la población, señalan que el incremento de la población en los países subdesarrollados es un problema, debido a que es en éstos países en donde la mayoría de la población está desnutrida y ejerce una presión sobre la capacidad de la tierra para producir alimentos, que los recursos -

(36) Ibid., p.199.

tierra y agua son finitos y sería demasiado costoso recuperar -
tierras para el cultivo. "El principal recurso para la produc- -
ción de alimentos es la tierra. Estudios recientes indican que -
en el mundo hay, cuando mucho 3200 millones de hectáreas de tie-
rra potencialmente cultivable. En la actualidad se cultiva apro-
ximadamente la mitad más rica y accesible de esa tierra. La -
otra mitad exigirá inmensos insumos de capital para extenderla, -
limpiarla, irrigarla y fertilizarla. (...) En el sur de Asia, en
algunos países del Lejano Oriente, en el norte de Africa y en al-
gunas partes de América Latina casi no hay espacio para extender
el área cultivable". (37)

También señalan en el informe que el incremento de la po--
blación es el que impide un crecimiento industrial en los países-
subdesarrollados y para demostrarlo presentan el siguiente cua--
dro:

(37) Ibid., pp.68-70.

Tasas de crecimiento económico y demográfico.

País	Población 1968 millones	Tasa media anual de crecimiento de la pobla- ción % anual.	PNB per capita (dólares)	tasa media anual del cre- cimiento del PNB. Per capita % anual.
República P. de China	730	1.5	90	0.3
India	524	2.5	100	1.0
URSS	238	1.3	1 100	5.8
Estados Unidos	201	1.4	3 980	3.4
Pakistán	123	2.6	100	3.1
Indonesia	113	2.4	100	0.8
Japón	101	1.0	1 190	9.9
Brasil	88	3.0	250	1.6
Nigeria	63	2.4	70	-0.3
R.F.A.	60	1.0	1 970	3.4

Fuente: World Bank Atlas, Washington, D.C., Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 1970.

(38)

Basados en los datos anteriores realizan la siguiente afirmación. "Gran parte del crecimiento industrial se está llevando a cabo realmente en los países industrializados, donde la tasa de crecimiento de la población es baja.(...) El cuadro fundamenta el refrán 'los ricos tienen más dinero, los pobres tie--

(38) Ibid., p.62.

nen más hijos". (39)

La tercera variable problema respecto a la población es el agotamiento de los recursos naturales no renovables como los energéticos y los metales importantes para la tecnología de la energía atómica, la industria bélica y la aeronáutica; entre estos recursos se encuentran: aluminio, cobalto, cromo, hierro, mercurio, oro, plata, platino, petróleo, gas natural, etc., Las zonas con mayores reservas se encuentran en algunos países subdesarrollados de África, Asia, Medio Oriente y América Latina que también son los exportadores más importantes de estos productos; en tanto que países como Estados Unidos, Japón, Alemania Occidental y la URSS son los mayores importadores. La correlación la manifiestan de la siguiente forma: "Es impresionante ver los datos estadísticos de los desarrollos de América Latina (v.gr. 3% del crecimiento anual de la población), pero lo es aún más analizar (...) las crisis de alimentos, población y energéticos y otras que acosan a América Latina a diferentes niveles, día a día surgen acontecimientos que afectan esta situación (tales como los nuevos descubrimientos de yacimientos de petróleo en el sureste de México) y que generan constantes cambios en la posición del -

(39) Ibid., p.63.

poder internacional que compone el nuevo sistema mundial. Pero es importante aceptar que ese 'poder' ya no es sólo de tipo económico o militar; los alimentos, los energéticos, son recursos - que con actitud egoísta y miope se pudieran convertir en peligrosas armas portadoras de conflictos y promotoras de un mayor distanciamiento entre el 'norte' y el 'sur', el 'rico' y el 'pobre'. La responsabilidad que esto implica requiere de una conscientización de ambos bandos para que acepten su dependencia y necesidad de cooperación y no de confrontación..." (40)

La solución a las crisis que afectan a todos los países - del mundo se encuentra en un crecimiento controlado de la población, para lograr un equilibrio entre la población, el crecimiento económico y el agotamiento de los recursos naturales. "...El equilibrio exigiría cambiar ciertas libertades humanas como la - de la producción ilimitada de niños o el consumo irrestrictas de recursos, por otras libertades como el alivio de la contaminación y el hacinamiento y estar a salvo de la amenaza del colapso que amenaza al sistema mundial". (41) Por lo cual se debe iniciar "...una regulación de la natalidad cien por ciento afectiva

(40) Mesarovic, E. Pestel, La humanidad en la encrucijada, Tr. Miguel A. Cárdenas; México: Fondo de Cultura Económica, 1975, p.11.

(41) Meadows, Los límites, p.225.

y el promedio deseado de la familia es de dos hijos". (42)

Así, quedan fundamentados dos puntos importantes: se debe reducir la natalidad por familia al nivel mínimo de reproducción y es en los países subdesarrollados en donde se deben establecer los programas de control natal con más urgencia.

1.5. Modelo Mundial Latinoamericano.

Cinco años después de publicado el informe al Club de Roma llamado Los límites del crecimiento; la Fundación San Carlos Bariloche de Argentina publica los resultados de la investigación sobre población para América Latina, con el título de ¿Catástrofe o nueva sociedad? Modelo Mundial Latinoamericano; la cual fue realizada con el apoyo financiero del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá.

En esta investigación los autores señalan que su objetivo es utilizar el modelo matemático para demostrar que es posible la creación de una nueva sociedad, en la cual no sería necesario imponer un control natal, sino que este modelo de sociedad sería factible "...mediante el uso óptimo de los recursos existentes, mejorar las condiciones de vida de la población, sin necesidad -

(42) Ibid., p.209.

de controles a la natalidad. Ello no implica, el rechazo de toda forma de planificación de la familia, supone si que cualquier política en este sentido sólo puede ser decidida, tanto en forma individual como colectiva por sociedades que hayan alcanzado elevados niveles de educación, participación y educación..." (43)

La investigación destaca cuatro puntos importantes:

a). Resistencia a aceptar los modelos de población anteriores, como el modelo Mundo III o Los límites del crecimiento; en donde el incremento de la población es señalado como el problema principal al cual se enfrenta la humanidad actualmente, ellos divergen éste punto de vista y afirman que "...los problemas más importantes que afronta el mundo moderno no son físicos sino sociopolíticos y están basados en la desigual distribución del poder tanto internacional como dentro de los países en todo el mundo. El resultado es una sociedad opresiva y alienante, asentada en gran parte en la explotación"... (44)

Impugnan la tesis de que los límites físicos al desarrollo impuestos por la naturaleza sean insuperables. "Concebir los

(43) Herrera O, Almicar, et al., ¿Catástrofe o nueva sociedad? Modelo mundial latinoamericano. Fundación San Carlos Bariloche, Argentina, 1977, p.61.

(44) Ibid., p.12.

recursos minerales como un stock fijo e inmutable es absolutamente erróneo....".(45) Basados en la investigación Natural Resources, Latin American World Model, de la Fundación San Carlos Bariloche, realizada en 1975, señalan lo siguiente: "Los recursos minerales, pueden aumentar, e históricamente esa es la regla y no la excepción, aún sin el descubrimiento de nuevos depósitos".(46) El mismo criterio es aplicado a los energéticos: petróleo, gas y carbón.

Señalan también que la contaminación ambiental en el mundo y en los países desarrollados puede ser controlada y "...es una decisión de carácter político y económico...".(47) En cambio la contaminación en los países subdesarrollados sólo puede ser controlada en el marco de una nueva sociedad; "...En los países subdesarrollados, además de la asociada con el consumo, que obviamente es mucho menor, la mayor fuente de contaminación es la pobreza: aguas contaminadas, condiciones higiénicas deficientes debido a la precariedad de la vivienda y la falta de redes públicas de drenaje. Este tipo de contaminación desaparecerá a medida que se satisfagan las necesidades básicas de la manera prevista-

(45) Ibid., p.37.

(46) Ibid., p.40.

(47) Ibid., p.44.

en el modelo". (48)

b). Para los investigadores de la Fundación San Carlos - Bariloche, la miseria y el sobreconsumo son los dos problemas - más importantes del mundo occidental: ". .dos tercios de la huma- nidad viven abrumados por la miseria y la escasez en sus manifes- taciones más degradantes, mientras la minoría que resta comien- za a percibir los efectos del sobreconsumo producido por un cre- cimiento económico cada vez más alienante.(...) Esta desigual- dad tiene su manifestación en la presente división del mundo en- países desarrollados y subdesarrollados". (49)

Esta consideración de la problemática imperante en el mun- do los lleva a establecer las siguientes premisas como prerequi- sito de su proyecto de nueva sociedad. a). "Los países subdesa- rrollados no pueden progresar copiando las pautas seguidas en el pasado por los países actualmente desarrollados. b). Cualquier - política de preservación del ecosistema o de reducción del consu- mo de recursos naturales será difícil de ejecutar, hasta que ca- da ser humano haya logrado un nivel de vida aceptable. c). Los - sectores privilegiados de la humanidad deben reducir su tasa de-

(48) Ibid.

(49) Ibid., p.17.

crecimiento económico para aliviar su presión sobre los recursos naturales y el medio ambiente". (50)

c). Modelo matemático. La hipótesis principal que manejan los investigadores es, que se deben de satisfacer las necesidades primarias del hombre como el medio para controlar el incremento de la población. "El modelo matemático se construyó alrededor de las necesidades básicas. Es esencialmente un modelo económico o más exactamente un modelo del sistema productivo, donde se diferencian cinco sectores: alimentación, educación, vivienda, bienes de capital y bienes de consumo.(...) Una característica muy importante del modelo, es que la población la genera en forma endógena, un submodelo que relaciona las variables demográficas con las sociopolíticas". (51)

Sector vivienda: "En el caso de la vivienda, a diferencia de la alimentación, no existen límites físicos que obstaculicen la solución al problema. Los materiales con que se construyen, son abundantes y se encuentran prácticamente en cualquier región del planeta.(...) Dado el enorme déficit existente, la construcción de viviendas representa la mayor inversión por habitante entre todas las necesidades básicas". (52)

(50) Ibid., p. 31.

(51) Ibid., p. 13.

(52) Ibid., p. 81.

En el sector alimentación especifican que "...de acuerdo con las estimaciones de la FAO, la producción actual de alimentos es en la práctica suficiente para satisfacer las necesidades básicas de todos los habitantes de la tierra. (...) en la mayor parte de los países regidos por economías capitalistas, la producción de alimentos se basa en la demanda del mercado, y como la mayoría de la población tiene una bajísima capacidad adquisitiva, la demanda no es suficiente para estimular la producción". (53)

Los niveles mínimos de educación que son indispensables y deseados en su proyecto de nueva sociedad son los siguientes: "Educación inicial básica de la población a partir de los seis años (...), con una escolaridad que oscile entre los ocho y doce años. Educación de nivel medio y superior destinada a la formación de una masa crítica de cuadros medios y superiores. (...) Educación continua. Toda la población entre los 20 y 50 años de edad aproximadamente gozará de tres años de educación, distribuidos en 30 módulos. Educación compensatoria. (...) ha de procurar que todos los adultos carentes de educación alcancen el estándar mínimo propuesto para la educación inicial juvenil". (54)

(53) Ibid., p.65.

(54) Ibid., p.91.

d). Por los puntos anteriormente señalados, el proyecto de nueva sociedad tendría las siguientes características: sería "Una-sociedad igualitaria, tanto social como internacionalmente. Su principio básico lo constituye el reconocimiento de que cada ser humano -por el sólo hecho de existir- tiene derechos inalienables a la satisfacción de las necesidades básicas.(...) Una sociedad-no consumista, donde la producción esté determinada por las necesidades sociales y no por la ganancia.(...) El concepto corriente de propiedad debe ser reemplazado por el más universal de uso de los bienes de producción y de la tierra. No existiría propiedad de estos bienes, sino gestión de los mismos". (55)

Los autores de la investigación señalan que el medio para lograr la meta deseada es la solidaridad internacional, como único medio de crear la nueva sociedad internacional. "Los países -desarrollados destinan el 2% de su PNB a la ayuda económica. Dicha ayuda adquiere la forma de transferencia netas de capital -sin compromiso de devolución. La ayuda se vuelca exclusivamente hacia Africa y Asia, las regiones más necesitadas. La distribución de la ayuda a esos dos bloques es directamente proporcional a la población de cada uno, e inversamente proporcional a la esperanza de vida al nacer. Esta distribución se realiza cada año.

(55) Ibid., pp. 32-33.

La transferencia de capital comienza en el año de 1980, con el 0.2% del PNB de los países industrializados por un lapso de 10 años.." (56)

El Modelo Mundial Latinoamericano no es específicamente para esta región y los países que lo conforman, sino que los autores de la investigación dividen al mundo en los bloques ya conocidos como: el capitalista, el socialista y los países subdesarrollados, pero sin realizar una investigación detallada de algún país de América Latina.

El punto más vulnerable que presenta este proyecto de nueva sociedad en los países subdesarrollados, es que requiere para su implantación de la ayuda o solidaridad internacional (léase países imperialistas) y es poco factible que la burguesía y gobiernos de estos países y sobre todo los Estados Unidos permitan cambios cualitativos en el actual sistema de producción dominante en el mundo occidental, ya que como se sabe, obstaculizan hasta donde es posible la instauración de sistemas democráticos y socialistas en el continente (Chile y Nicaragua).

El modelo de población que finalmente se impone en los paí

(56) ibid., p.115.

ses subdesarrollados es el neomalthusiano, apoyado económicamente por las fundaciones privadas y organismos multilaterales.

1.6. Organizaciones que participan en el financiamiento de los programas de control natal en los países subdesarrollados.

El movimiento en favor del control natal en el presente siglo, fue iniciado por organizaciones privadas de los Estados Unidos, campo en el cual son pioneras. De ellas una de las primeras en iniciar actividades fue la Oficina de Referencias de Población Inc. fundada en 1929. "Su objetivo básico es informar e interesar al público sobre la crisis cada vez mayor que entraña el crecimiento de la población, suponiendo que las personas tomarán medidas correctivas para controlar los nacimientos cuando comprendan que el crecimiento demográfico disminuye los niveles de vida". (57)

Las organizaciones que participan en el financiamiento de los programas de control natal en los países subdesarrollados se pueden clasificar en tres tipos que son: privadas, gubernamentales y multilaterales.

(57) Hyde y Block, Educación médica y planificación familiar, Tr. José Rafael Blengio; México: Editorial Pax, 1973, p.412

a). Las organizaciones privadas otorgan asistencia principalmente a otras organizaciones, tanto en los Estados Unidos, como en los países subdesarrollados. También otorgan financiamiento a las principales Universidades de la Unión Americana. Sus aportaciones pueden ser: monetarias en forma de donaciones, técnicas o de ambos tipos. Son los principales innovadores en investigación, capacitación y suministro de anticonceptivos.

Las cuatro organizaciones más importantes son: las Fundaciones Ford y Rockefeller que son esencialmente donantes de orden financiero y la Federación Internacional de Planeación de la Familia que puede ser catalogada como organización operativa. La fundación Rockefeller es fundada en 1913, "...para promover el bienestar de la humanidad en todo el mundo (...) financia investigación y capacitación en biología reproductiva, demografía, ciencias sociales y en tecnología anticonceptiva".(58) La Fundación Ford, "...apoyó actividades de población por primera vez en 1952 y posteriormente se convirtió en una fuente primordial de financiamiento para la investigación en ciencias de la reproducción y seguridad anticonceptiva.."(59)

(58) "Programas de planificación familiar", en Population Reports, Serie J. No. 26, marzo 1984, p.18.

(59) Ibid., p.19.

Otras organizaciones de éste tipo son: Asia Foundation - (1954); Programa de Población y Vida Familiar del Servicio Mundial de Iglesias (1965); General Service Foundation; William & Flora Hewlett Foundation; Population Crisis Committee/Draper Fund (1965).

Federación Internacional de la Planeación de la Familia - (1952). Su oficina central se encuentra en Inglaterra y actualmente trabaja por medio de 117 organizaciones distribuidas en todo el mundo. "Presta servicios de planificación familiar y ofrece programas de apoyo en pro de una mayor conciencia pública y gubernamental en cuanto a los programas de población". (60)

Population Council (1952), establecido por John D. Rockefeller III. "Trabaja en los campos de investigación biomédica, planificación familiar y población. Recibe gran parte de sus fondos de la US AID; Fundación Ford y Rockefeller, gobiernos,...) entre los proyectos recientes incluyen la investigación en implantes subcutáneos, anillos anticonceptivos y Dius liberadores de progestina..." (61)

(60) Ibid., p.23.

(61) Ibid.

También se encuentran otras organizaciones como: Association for Voluntary Sterilization (AVS, 1937); Family Health International (FHI, 1971); Family Planning International Assistance (FPIA-1971); Futures Group, Compañeros de América (1964); Population Services International (1970); Program for Applied Research on Fertility Regulation (1972); Vecinos Mundiales; Centro de Población y Salud Familiar de la Universidad de Columbia (1975); Programa de Capacitación Internacional en Salud (1979); Johns Hopkins Population Center; World Organization of the Ovulation Method (1977). Estas organizaciones tienen un denominador común: dedicarse a actividades de investigación en biología de la reproducción y proporcionar los anticonceptivos a la Federación Internacional de la Planeación de la Familia, al Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población y recibir también fondos de la US AID de los Estados Unidos.

b). La segunda fuente de ayuda a los programas de control natal proviene de los gobiernos de los países industrializados encabezados por los Estados Unidos, que también es el mayor contribuyente. "Un número relativamente pequeño de países aporta el grueso de la asistencia, en 1981 en orden descendiente del monto de sus aportaciones: Estados Unidos, Japón, Suecia, Noruega, República Federal de Alemania, Inglaterra, Países Bajos, Canadá, -

Dinamarca, Bélgica, Suiza y Australia. Esta ayuda es suministrada en forma multilateral mediante el FNUAP o la IPPF, también - hacen donaciones en equipo y suministro de anticonceptivos". (62)

El financiamiento del gobierno de los Estados Unidos es distribuido por la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID);- en 1967 se creó la división de Servicios de Población de la Agencia, "...la ayuda directa de la AID durante 1968 se extendió a - 26 países de Asia, Africa y América Latina, además de muchas organizaciones regionales, nacionales e internacionales que participen en muchísimos problemas que conlleva el planeamiento familiar". (63)

c). Organizaciones multilaterales o intergubernamentales.

Las dos organizaciones principales son: El Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) y el Banco Mundial (BM). Ambos son organismos especializados de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El BM antes Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento inició sus actividades en 1947,- en tanto que el FNUAP las inicia en 1967.

(62) Ibid., p.21.

(63) Hyde y Block, Educación, p.410.

El hecho más importante que se desea señalar, es que, el presidente del BM Robert S. McNamara y U Thant como secretario de la ONU, inician la campaña antinatalista a nivel mundial durante la década de los 60's, en su discurso se utiliza la "explosión demográfica" como un obstáculo para el desarrollo en los países subdesarrollados. "McNamara, advirtió contra el peligro del crecimiento de la población para el desarrollo económico 'la explosión de la población hace mayor la separación entre los países pobres y los ricos, es falso el argumento de quienes sostienen que hay países que necesitan más población para acelerar el desarrollo, no hay tierras valdías equipadas con carreteras, escuelas, casas, o empleos. La tragedia humana es la sobrepoblación'. El presidente del Banco Mundial expuso con singular franqueza los problemas de población y desarrollo, en discurso ante la junta de gobernadores del Banco". (64) Por su parte U Thant menciona "No deseo aparecer en exceso dramático, pero a partir de la información de que dispongo como Secretario General, no puedo sino concluir que a los miembros de las Naciones Unidas restan, tal vez diez años para controlar sus antiguas querellas y lanzarse a una participación global que frene la carrera armamentista, mejore el medio ambiente, limite la explosión demográfica

(64) García Peña, Alvaro. "Programas internacionales de población. Población y desarrollo", en Population Reference Bureau, octubre 1968, p.1.

fica y de por fin el impulso necesario a los esfuerzos orientados hacia el desarrollo..”(65) Fue durante el período que fungió como Secretario General de la ONU, cuando se creó el FNUAP.

El FNUAP "...es el principal beneficiario de fondos para población de gobiernos donantes y la principal fuente de ayuda en materia de población a gobiernos. Ha suministrado donaciones para asistir a 130 países y territorios en desarrollo".(66) En tanto que el BM "...en el campo de la población provee fondos para proyectos de población integrados y de largo plazo que son parte de programas nacionales y suele concertar acuerdos de financiamiento con otros donantes internacionales". (67)

De los organismos de la ONU que también otorgan asistencia en materia de control natal destacan: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). "La OMS ha apoyado la introducción de la planificación familiar dentro de los servicios de salud y en especial dentro de los programas de salud materno-infantil, desde inicios de los años setenta.(...) Puede colaborar con los gobiernos del Caribe y América Latina o los organismos por ellos designados en la formula-

(65) Meadows, Los límites, p.32.

(66) Programas, Population, p.14.

(67) Ibid., p.17.

ción e implantación de programas de políticas de población y de planificación familiar..”(68)

El mecanismo de transferencia de fondos y tecnología anti-conceptiva para el control natal en los países subdesarrollados es el siguiente: las fuentes primarias son los gobiernos de los países desarrollados, encabezados por los Estados Unidos a través de la AID y las Fundaciones Rockefeller y Ford, estos suministran los fondos al FNUAP y a la IPPF, que a su vez los otorgan a los gobiernos de los países subdesarrollados y a las organizaciones privadas que efectúan su labor en estos países.

La tecnología anticonceptiva con que cuentan esas organizaciones para el control natal es la siguiente: 14 modelos de Dispositivos intrauterinos (Dius), iniciando su comercialización en el año de 1962; dos inyectables hormonales de acción prolongada, uno de los cuales el Depo-provera fue prohibido en 1978 por la Federación de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos por los efectos carcinógenos que provoca, "Un total de 10 386 700 dosis de este producto fueron suministradas por los organismos norteamericanos a los países subdesarrollados durante el período de 1975 a 1982. El FNUAP y la IPPF son los donantes principales".

(68) ibid.

(69) Actualmente el Population Council está desarrollando nuevos productos anticonceptivos como son: los anillos vaginales liberadores de hormonas, implantes subdérmicos anticonceptivos y sistemas biodegradables.

El fin de las organizaciones privadas, las multilaterales y los gobiernos de los países imperialistas es reducir las tasas de natalidad, el medio no importa. Las consecuencias del uso de la tecnología anticonceptiva no sólo las sufren las mujeres con los efectos secundarios que provocan, como son las perforaciones e infecciones pélvicas por el uso de los Dius, tromboflebitis y otras alteraciones por efecto de los anticonceptivos hormonales, sino también las nuevas generaciones ya que no se conocen las alteraciones genéticas que su uso puede provocar. "...el programa de inundación de la AID en Bangladesh tuvo el sello de un desastre biológico. La mujer promedio de Bangladesh pesa unas 92 libras y sufre desnutrición crónica. Incluso en el caso de una norteamericana que pesa 135 libras, se sabe que la píldora agota las reservas de vitaminas A,B-6,D, y ácido fólico (por lo cual en Estados Unidos se venden vitaminas especiales como suplemento de la píldora). Además, no menos del 90% de las mujeres que aceptaron -

(69) "Anticonceptivos inyectables e implantes" en Population Reports, Serie K, No. 2, mayo 1984, p.8.

tomar la píldora en Bangladesh estaban amamantando. Según un estudio realizado por la IPPF, los bebés alimentados por madres que usaban la píldora crecían a un promedio dos tercios menor que los bebés alimentados por madres que no usaban la píldora. Acabar con el hambre en el mundo es la racionalización más común del enfoque global del control de la población, pero en Bangladesh la US AID estaba creando su propia versión de una hambruna inducida por medios químicos." (70)

Asimismo, el análisis de costos y beneficios en los programas de control natal no han escapado en la programación de la "ayuda filantrópica" de estas organizaciones. En un estudio "... se concluyó que los fondos utilizados directamente en planificación familiar tenían una mayor eficacia en función de los costos para reducir la fecundidad que los fondos empleados en otros tipos de programas, (...) El gasto de US \$ 1.000 en un programa de nutrición en un país pobre evitaría aproximadamente un nacimiento, y el mismo gasto en un programa de educación rural evitaría unos seis nacimientos, mientras que el gasto de US \$ 1.000 en un programa de planificación familiar evitaría unos 45 nacimientos..." (71) Estos ejemplos nos permiten tener ciertas reservas fren

(70) Ehrenreich, Bárbara, et al., "Cargo: ginecidio. Acusado: EUA", en Contextos, SPP, Año 1, No. 11, 2-8 octubre 1980, p. 29.

(71) "Efectos de los programas de planificación familiar en la fecundidad", en Population Reports, Serie J, No. 29, diciembre 1985, p. 35.

te a las acciones de estas organizaciones que se autodenominan - "filantrópicas".

1.7. Estado.

En varias sociedades antiguas ya se conocían ciertos métodos anticonceptivos: "...algunos africanos empleaban el coitus in interruptus y tapones de pasto en la vagina. Los Djukas una tribu del norte de Africa usaban una especie de preservativo o condón - femenino. (...) La operación mika practicada en Australia, consistía en hacer un corte en la uretra masculina para que durante la eyaculación el semen saliera por sobre los testículos, desviándolo de su curso natural. El Talmud de los antiguos hebreos hace referencia a sustancias esponjosas usadas como tapón vaginal. (..) Sorano quien ejerció en Roma describió una colección muy completa de tapones y supositorios muchos de esos dispositivos vaginales empleaban la lana como base o estaban hechos con sustancias gomosas como la miel, goma de cedro o aceites. Otras recetas incluían ácidos de frutos.(...) Aecio médico del siglo VI menciona un período estéril durante la menstruación". (72)

Durante el período de la revolución industrial, el método-

(72) Stone, Barham, et al., Métodos prácticos para el control de la natalidad, México: Editorial Diana, 1975, pp.25-27.

anticonceptivo más practicado era el coitus interruptus y el "... condón que apareció en Inglaterra en el siglo XVIII, se fabricó - con caucho durante la segunda mitad del siglo XIX, (...) en 1880 - aparecieron el diafragma vaginal, la capota cervical y algo después los espermaticidas químicos". (73)

Es hasta el período capitalista, cuando se genera el movimiento en favor del control de la natalidad como hecho generalizado, recomendando el uso de los productos anticonceptivos y asumiendo el Estado el papel de rector en los programas de control natal.

Michel Foucault señala que la intervención del Estado en la regulación de la natalidad y de la población, se inicia por medio del conocimiento científico sobre la sexualidad del organismo humano, creando una "tecnología del sexo" a través del cual se tiene un poder único sobre la vida y la muerte (biopoder) que tiene como función administrar y regular la vida en todas sus etapas.

Las etapas de constitución de ese biopoder son las siguientes:

a). Control del "...dispositivo de alianza: sistema de ma-

(73) Pressat, Roland, Introducción a la demografía, Tr. Julia Escobar; México: Siglo XXI Editores, 1977, p. 78.

rimonios, de fijación y de desarrollo del parentesco, de transmisión de nombres y bienes..."(74). En este mecanismo la familia se vincula a la economía "...a causa del papel que puede desempeñar en la transmisión o circulación de riquezas". (75) y a las instituciones jurídica y religiosa, en tanto que estas regulan a diferente nivel las relaciones sexuales dentro de la familia, dictando normas de lo permitido y de lo ilícito.

b). Formación a partir del dispositivo de alianza pero sin sustituir al "dispositivo de sexualidad" el cual continua formado por el eje marido-mujer y su sexualidad, permitiendo una extensión del poder hasta los placeres del cuerpo, "...el dispositivo de sexualidad no tiene como razón de ser el hecho de reproducir, sino el de proliferar, innovar, anexar, inventar, penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de manera cada vez más global.(...) Este dispositivo se encuentra vinculado de la economía a través del cuerpo que produce y consume.."(76) mercancías.

(74) Foucault, Michel, Historia de la sexualidad: la voluntad de saber, Tr. Ulises Guinazú; México: Siglo XXI Editores, 1977, p.129.

(75) Ibid., p. 130.

(76) Ibid.

Hay dos hechos importantes que señala Foucault para que la familia sea el centro en torno al cual giran los programas de control natal:

Primero, la utilización de la ciencia por parte del Estado, como parte integrante de una de sus funciones, del conocimiento - que la ciencia médica, la pedagogía y la psiquiatría desarrollaron sobre la sexualidad humana; conocimiento en dos niveles fundamentales: lo normal y lo patológico, para conformar un programa - de eugenesia. Y la implantación como "problema" de la población. - "...En el siglo XVIII una de las grandes novedades en las técnicas del poder fue el surgimiento, como problema económico y político, de la 'población'; la población riqueza, la población mano- de obra, la población en equilibrio entre su propio crecimiento y los recursos de que dispone. Los gobiernos advierten que no tienen que vérselas con individuos simplemente, ni siquiera con un 'pueblo', sino con una 'población' y sus fenómenos específicos, - sus variables propias, natalidad, morbilidad, duración de la vida, fecundidad, estado de salud, frecuencia de enfermedades, formas - de alimentación y vivienda", (77) generándose el auge de la demografía como saber especializado.

(77) Ibid., pp.34-35.

En segundo lugar señala que, el dispositivo de sexualidad no se inició como un medio de control político sobre el proletariado, sino que fue la burguesía la primera que se dotó a través de la tecnología del sexo de un programa de eugeneia de un cuerpo y una sexualidad a la que debía cuidar para tener una descendencia sana y erigirse a través de esta tecnología en una clase dominante, "...más que una represión del sexo de las clases explotables, se trató del cuerpo, del vigor, de la progenitura y de la descendencia de las clases dominantes,(...) hay que sospechar en ello la autoafirmación de una clase más que el avasallamiento de otra; una defensa, una exaltación que luego fueron extendidas a las demás como medio de control económico y sujeción política". (78)

Las causas que el autor menciona como importantes, para que este dispositivo de sexualidad se extendiera al proletariado son las económicas y los conflictos derivados de las deficientes condiciones de vida en las zonas industriales, "...Para que el proletariado apareciera dotado de un cuerpo y de una sexualidad, para que su salud, su sexo y su reproducción se convirtieran en problemas se necesitaron conflictos (en particular a propósito del espacio urbano; cohabitación, proximidad, contaminación, epidemias y aún prostitución y enfermedades venéreas) fueron necesarias". (78) Ibid., p.149.

rias urgencias económicas (desarrollo de la industria pesada con la necesidad de una mano de obra estable y competente, obligación de controlar el flujo de la población y lograr regulaciones demográficas) fue finalmente necesaria la elección de toda una tecnología de control que permitiese mantener bajo su vigilancia ese cuerpo y esa sexualidad que al fin se le reconocía". (79)

El fenómeno más importante que señala Foucault, es que, el biopoder que detenta el Estado en la sociedad capitalista tiene - como función administrar la vida en todo el grupo que conforma la sociedad, lo realiza en virtud del derecho del cuerpo social a - sobrevivir como tal: "...Si el genocidio es por cierto el sueño - de los poderes modernos, no se debe a un retorno, hoy, del viejo derecho de matar. Se debe a que el poder reside y se ejerce en - el nivel de la vida, de la especie, de la raza y de los fenómenos masivos de población. (...) se mata legítimamente a quienes significan para los demás una especie de peligro biológico." (80)

Así los programas de control natal y su medio la anticoncepción, tratan de impedir desde su raíz la reproducción de los seres humanos, los hormonales orales e inyectables impiden la ma-

(79) Ibid., p.153.

(80) Ibid., pp.166-167.

duración de los óvulos en la mujer; los abortivos como el Dispositivo intrauterino impiden la implantación del óvulo ya fecundado; las sustancias químicas destruyen los espermatozoides antes de fecundar al óvulo y las esterilizaciones son los medios científicos y modernos que se imponen como única salida al problema del superpoblamiento indiscriminado de la población en el mundo, especialmente de los pobres.

1.8. Políticas de seguridad social.

El primer antecedente de seguridad social en el mundo se encuentra en Alemania, a finales del siglo XIX durante el gobierno de Bismark.

Manuel Zuñiga menciona que Bismark "...buscaba formar una nación unida y fuerte, dirigida por un gobierno monárquico y que (...) como obstáculo principal para su empresa, se encontraba frente a los partidos socialistas, a la vez partidarios de un sistema constitucionalista, parlamentario responsable de medidas de justicia para el proletariado, cada vez más numeroso y combativo. Tal vez su relación con Lassalle, uno de los jefes socialistas de más influencia, le dieron la idea de neutralizar el pujante movimiento obrero al arrebatarle una de sus banderas principales: las medidas de seguridad social y tomarlas como iniciativa del go-

bierno". (81)

Durante un lapso de diez años se decretaron en Alemania - una serie de seguros, los cuales en conjunto conformaron la seguridad social. "El 13 de junio de 1883 se decreta la ley del seguro obligatorio de enfermedad, el 6 de julio de 1884, la ley del - seguro obligatorio de accidentes de trabajo, el 22 de junio de - 1889, la ley del seguro de vejez e invalidez, en 1891 se recopi-- lan todas las leyes de seguros en el Código Federal de Seguros so ciales". (82)

Un aspecto importante que señala Foucault respecto a la or ganización de los servicios de salud después de la segunda guerra mundial, es que la salud se constituye como un derecho de todos - los individuos y al mismo tiempo el Estado se hace cargo de la sa lud. "En Inglaterra en el año de 1942, se elaboró el Plan Beverid ge, en plena guerra mundial en la que perdieron la vida más de - cuarenta millones de personas, se consolida no el derecho a la - vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el de recho a la salud,(...) la sociedad asume la tarea explícita de -

(81) Zuñiga Cisneros, Manuel. Seguridad social y su historia, Argentina: Editorial IME, 1963, p.438.

(82) Ibid., p.439.

garantizar a sus miembros no sólo la vida sino también la vida en buen estado de salud.." (83)

El Plan Beveridge destaca los siguientes puntos:

1.- Estatización de la salud, el Estado se hace cargo de la salud, "...hasta mediados del siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, así como la defensa y ataques militares, (...) la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente por ellos mismos sino para los individuos, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en la propia acción del Estado.." (84)

El Estado utiliza un determinado porcentaje de su presupuesto en gastos de salud, dependiendo del régimen vigente en cada país. "Con el Plan Beveridge la salud entra al campo de la macroeconomía. Los déficits debidos a la salud, a la interrupción del trabajo y la necesidad de cubrir esos riesgos dejan de ser fenómenos que podrían ser resueltos con las cajas de pensiones, o -

(83) Foucault, Michel, "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina" en Educación médica y salud, Vol. 10. No.2, 1976, p.152.

(84) Ibid., p.153-

con los seguros. A partir de entonces, la salud o su ausencia (...) se convierte en un desembolso por su cuantía, a nivel de las grandes partidas del presupuesto estatal". (85)

3.- Lucha política por la salud. "...A partir del fin de la guerra no hay partido político ni campaña política que no plantee el problema de la salud y la manera en que el Estado garantizará y financiará los gastos de los individuos en ese campo".(86)

Los puntos anteriores llevan a Foucault a señalar la ampliación del poder del Estado sobre el cuerpo de los individuos, al cual denomina "somatocracia". "Una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud, uno de los grandes objetos de los que el Estado debe hacerse cargo".(87)

La publicación del Plan Beveridge es contemporáneo al establecimiento de los sistemas de seguridad social en otros países del mundo que han adoptado diversos sistemas de legislación: Alemania, Suiza y México han instituido el seguro obligatorio bajo un instituto determinado; Dinamarca ha instituido el seguro obli-

(85) Ibid.

(86) Ibid., p.154.

(87) Ibid., p.155.

gatorio con libertad de elegir el instituto asegurador.

Como se ha presentado en el desarrollo del capítulo, las políticas antinatalistas que surgen en la segunda mitad del presente siglo, con un auge inusitado a nivel mundial, utilizan como argumento principal las progresiones aritméticas y geométricas que Malthus presentó en 1798.

El neomalthusianismo, al igual que antaño, presenta en forma ideológica mediante los modelos matemáticos de población, la visión de que el principal factor de que exista la pobreza en los países subdesarrollados y no logren un desarrollo económico igual al alcanzado en los países industrializados, se debe, a que son altas las tasas de natalidad en las categorías sociales subordinadas al capital, por lo que, los recursos naturales y económicos no cubren las necesidades de la mayoría de la población en empleos, alimentación, vivienda, educación, etc.; La única solución en esta visión es, limitar la reproducción humana para lograr la meta del "desarrollo".

Así, el neomalthusianismo al proporcionar estos argumentos encubre los siguientes factores importantes: primero, los recursos naturales que existen en el mundo, son suficientes para cubrir las necesidades de la población actual, sobre todo en el ru-

bro de la alimentación, pero estos recursos son manejados como - mercancías sujetos a la ley de la oferta y la demanda.

Segundo, a nivel económico, la causa principal de que - exista pobreza, miseria y desempleo en las categorías sociales su bordinadas al capital, se debe a la acumulación capitalista y no a que exista una mayor fecundidad en éstos estratos sociales. Ade-- más, los países subdesarrollados son pobres porque durante varios siglos fueron sometidos a una extracción de recursos económicos - en los períodos coloniales, que crearon las condiciones de subde-- sarrollo y pobreza. Actualmente, estos rasgos se acentúan por la dominación imperialista en el mundo occidental.

La clave de la política antinatalista formulada en los Es-- tados Unidos, reside en que se conjugan varios factores: el neo-- malthusianismo como doctrina social, presenta los argumentos teó-- ricos, el capital norteamericano y europeo a través de las trans-- nacionales proporcionan los anticonceptivos para que la limita-- ción de la reproducción humana se lleve a cabo entre los pobres - de los países subdesarrollados.

Un factor importante, que contribuye para que los progra-- mas antinatalistas sean instituidos en los países subdesarrolla--

dos, lo constituye el hecho, de que el Estado, como en el caso de México, legitima las actividades de las fundaciones privadas en materia de planificación familiar y las expande posteriormente a la mayoría de la población, a través de las instituciones de beneficiencia y seguridad social a su cargo, como se presentará con más detalles en el siguiente capítulo.

CAPITULO II
SEGURIDAD SOCIAL Y PLANIFICACION
FAMILIAR EN MEXICO

- 2.1. Antecedentes históricos.**
- 2.2. Funciones de la seguridad social.**
- 2.3. Programa de planificación familiar.**

En México, las actuales instituciones que otorgan servicios médicos y que conforman el sector salud, se crearon en el transcurso de los últimos cincuenta años. Son instituciones administradas por el Estado, ya que se fundaron por decretos presidenciales y entre las más importantes se encuentran las siguientes: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Además del Programa para el Desarrollo Integral de la Familia.

Con la creación de estas instituciones, el Estado toma a su cargo, una parte de las funciones que anteriormente realizaba la beneficencia privada y religiosa.

Al mismo tiempo que se crean las instituciones de salud, se modifican los términos para denominar las actividades de estas instituciones, ya que no se utilizan los términos de caridad y asistencia con los que se designaban a la beneficencia privada y religiosa en el siglo XIX.

El Estado mexicano, al institucionalizar el programa de control natal, utiliza los servicios médicos de las instituciones del sector salud y al mismo tiempo los extiende a los sectores carentes de ellos en las poblaciones más pequeñas, mediante los con

venios entre la Secretaría de Salud y el IMSS, como el programa -
IMSS-COPLAMAR.

2.1. Antecedentes históricos.

En México, González Navarro remonta los antecedentes de la beneficencia al siglo XIX, en donde se encuentran ya presentes - las dos instituciones más importantes que se encargaran de proporcionar a los pobres y marginados algunos medios para su subsistencia (alimento, techo, vestido y servicios médicos). Estas instituciones son: el Estado y la Iglesia.

La beneficencia de la Iglesia se inicia con la creación a principios de siglo de asilos para mendigos, hospicios para huérfanos, dormitorios públicos, hospitales, etc., a través de diversas instituciones religiosas. También impulsaba a la burguesía para que otorgara caridad a los pobres y necesitados, así, se fundaron por ese conducto asociaciones privadas como los Montes de Piedad y Loterías. La Iglesia durante este período se caracteriza por su eclecticismo. "...Precisamente la Voz de México, les recordaba con frecuencia a los ricos su obligación de dar limosna y buen ejemplo, y a los pobres la sobrellevar con paciencia la miseria.. ." (1)

(1) González Navarro, Moisés, La pobreza en México, Colegio de México, 1985, p.63.

Esta situación se modificó con la Reforma, ya que se realizó la desamortización de los bienes de la Iglesia, con la cual - "...disminuyó la creación de instituciones de beneficencia privada. (...) Los economistas habían considerado siempre la caridad privada como el medio de sustituir a la oficial, pues el Estado no tenía obligación de ser filántropo, su misión se concretaba a procurar la manera de desarrollar sus propias facultades. La caridad pública sólo debería intervenir en los infortunios inevitables, la privada de amparar huérfanos, proteger ancianos y curar enfermos, con lo cual el Estado se quitaría de encima enorme peso." (2) Acorde con el Darwinismo social: "...Spencer limita el papel del Estado a la defensa externa o interna y rechaza el - cruel error de legar a la posteridad una población creciente de - criminales y de incapaces, porque la verdadera beneficencia no debería favorecer a los inferiores en perjuicio de los superiores. - ..." (3)

Al finalizar la revolución de 1910, el Estado ratificó su posición anticlerical ya que deseaba que la beneficencia privada redujera su campo de acción, porque sus bienes estaban ligados a la Iglesia. Pero a su vez el Estado debía hacerse cargo de las -

(2) Ibid., p.84.

(3) Ibid., p.23.

funciones que en este campo realizaba la beneficencia privada, - por lo cual se operaron dos cambios, primero, en los términos utilizados para denominar éste tipo de actividades y en segundo lugar, el Estado asume la tarea de proporcionar la asistencia al lumpenproletariado y a los proletarios, no por ellos mismos, sino porque constituyen la patología social, "...el objeto del Estado era alcanzar la solidaridad social, razón por la cual atendía a los desvalidos, pues su miseria era foco de delitos, carga para la sociedad y peligro para la desintegración social." (4) A partir de entonces, se limitan las actividades de la beneficencia de la Iglesia, las asociaciones privadas y las del Estado. El Estado proporciona seguridad social a la fuerza de trabajo industrial y a los marginados asistencia y solidaridad social, política que se cristaliza en el gobierno de Cárdenas con la creación de la Secretaría de Asistencia Pública, a la vez que se inicia el proyecto de creación del Seguro Social, que ya tenía como antecedente - las asociaciones mutualistas de artesanos constituidas en gremios.

Anteriormente, el único servicio de salud que el Estado mexicano proporcionaba a la población era el relativo a la atención de algunas enfermedades endémicas, como el paludismo y la tuberculosis, a través del Departamento de Salubridad que dependía direc

(4) Ibid., p. 378.

tamente del presidente de la República, según el artículo 73, fracción XVI de la Constitución de 1917.

Durante el período cardenista, se dió una apertura política a la organización de la clase trabajadora, tanto entre el proletariado industrial como en el sector campesino, creando cooperativas, sindicatos, la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM), la Confederación Nacional Campesina (CNC), pero siempre dentro del Estado de derecho, fue en estos años cuando se inició la lucha por la implantación del seguro social.

En los años de 1943-1944 se crean las dos instituciones, que brindarán en teoría la asistencia médica a todas las categorías sociales: la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Seguro Social. "En 1943 la Secretaría de Asistencia Pública se fusionó con el antiguo Departamento de Salubridad Pública, surgiendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (...) La labor sanitaria se ofrece a todos los mexicanos, pero los servicios asistenciales se prestan preferentemente a las personas de bajos recursos." (5)

La asistencia pública pasó a considerarse como una obliga-

(5) López Rosado, Diego, Problemas económicos de México. UNAM: Textos Universitarios, 1975, p. 549.

ción del Estado. "Avila Camacho, exaltó al IMSS y dijo que se trataba de una demostración de la solidaridad nacional que suprimía la errónea noción de que la ayuda al trabajador era un acto de beneficencia o caridad. (...) México legislaba tarde sobre esta materia porque la totalidad de los países europeos y el 90% de los americanos ya lo habían establecido." (6) Recordemos que las instituciones de seguridad social en Europa, se reorganizaron a iniciativa del Plan Beveridge en 1942.

El seguro social se creó como institución el 31 de diciembre de 1943, con la publicación en el Diario Oficial de la Ley del Seguro Social, para proporcionar servicios médicos al sector más productivo del país, al proletariado industrial urbano; el artículo tercero de esta ley comprende los seguros de "...riesgos de trabajo, enfermedades, maternidad, invalidez, vejez y muerte, cesantía en edad avanzada." (7)

Debido al crecimiento de la burocracia estatal, el 30 de diciembre de 1959, se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En la misma línea, se crearon los servicios médicos de algunas instituciones descentralizadas como Petróleos Mexicanos (PEMEX) Comisión Fede-

(6) González, La pobreza, p. 378.

(7) Ley del Seguro Social, Editores Unidos Mexicanos, p. 8.

ral de Electricidad (CFE), Secretaría de Marina, Secretaría de Defensa, Ferrocarriles Nacionales, y el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

En el año de 1973, se inicia el programa de solidaridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el que amplía su cobertura a sectores campesinos, esto simultáneamente con acciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, bajo la política de extensión de cobertura, creando las casas de salud en poblaciones de 500 habitantes o menos. En 1977 se crea el progrma IMSS-COPLAMAR, para dar atención médica a la población en áreas marginales rurales.

Otro tipo de instituciones que proporcionan servicios médicos son los establecimientos privados.

Por el acceso que tiene las clases sociales a los servi- cios de salud institucionales, López Acuña los divide en la si- guiente forma: "...la burguesía y algunos sectores de la clase me día tienen poder de compra suficiente para adquirir servicios pri privados, el segundo grupo lo forman los trabajadores afiliados a al gún régimen de seguridad social y sus familiares. El tercero lo in tegran quienes, sin derecho a la seguridad social no tienen re cursos necesarios para adquirir servicios privados: ejidatarios,-

peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, núcleos marginados, la gran mayoría de la población sólo cubierta - parcialmente por la SSA". (8)

La Secretaría de Salubridad y Asistencia a partir del año de 1984, se denomina Secretaría de Salud y es el organismo tutelar de las acciones en cuanto a las políticas de salud, coordina - las relaciones que se establecen entre las diversas instituciones del sector salud, incluidas la elaboración del Cuadro Básico de - medicamentos y la supervisión a las empresas fabricantes de medicamentos.

2.2. Funciones de la Seguridad Social.

Las funciones económicas son:

i.- Gastos del Estado. El servicio de seguridad social dominante en el país, se basa en contribuciones tripartitas, - obreros, patrones y Estado, para proporcionar servicios que sólo cubren a los trabajadores que aportan una cantidad determinada de su salario y a sus familiares directos. "La contribución del Estado es una forma más de subsidio al capital, dado que significa la

(8) López Acuña, Daniel. "Salud, seguridad social y nutrición", en México Hoy, Siglo XXI Editores, 1981, p.195.

canalización de fondos públicos no a los problemas de toda la población, sino a un sector clave de la acumulación capitalista. El Estado asume parte del costo social de la fuerza de trabajo industrial". (9)

2.- Pedro Crevenna señala que la intervención del Estado en el área de la salud produce una ampliación del mercado en dos aspectos: "...en la producción y venta de medicamentos, en la medida que el acto médico se orienta casi exclusivamente hacia la curación, en esa medida se enfatiza la utilización de medicamentos. Segundo es resultado de la necesidad de consumo de tecnología y renovación casi permanente de equipo, como una más de las expresiones de dependencia respecto a los países capitalistas avanzados a través de las transnacionales". (10)

3.- Mantiene y reproduce a la fuerza de trabajo, "...como condición indispensable para la reproducción del capital, se hace necesario cuidar a la fuerza de trabajo, especialmente a aquella con más alto grado de capacitación técnica y permitir su reproducción". (11)

(9) Laurel, Asa Cristina, "Medicina y capitalismo en México", en Cuadernos Políticos, No.5, julio-sept, 1975, p.90.

(10) Crevenna, Pedro, Medicina y salud, México: Ediciones de Cultura Popular, 1978, p.25.

(11) Ibid., p.24.

A nivel superestructural el mismo autor anota: "...que la enfermedad es concebida como un fenómeno puramente biológico, como un desequilibrio entre los componentes de una máquina y a centrar su atención sobre el órgano y el aparato afectados, (...) se considera a la enfermedad como un fenómeno individual y no colectivo". (12)

Con esto no se quiere afirmar que la seguridad social y el enfoque biologista de la enfermedad no sean útiles y necesarios para la población que los utiliza, sino que en el sistema capitalista, tienen primordialmente la función de reproducir y mantener a la fuerza de trabajo en buenas condiciones de salud para elevar la productividad y que aquélla no sufra un desgaste rápido.

Finalmente González Navarro anota que el capitalismo de Estado favorece el predominio de la asistencia pública y la seguridad social sobre la beneficencia privada.

El hecho de que el Estado otorgue mayor importancia a los servicios de seguridad social, se manifiesta a través de algunos rasgos característicos como son los siguientes:

(12) Ibid., p.26.

a). Concentración de mayores recursos por parte de las instituciones de seguridad social y en especial el IMSS frente a los servicios de salubridad y asistencia. En el año de 1983 el Estado asignó al IMSS el presupuesto de "\$ 408,268.00 millones de pesos- y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la cantidad de \$ 60.646.00 millones de pesos". (13)

Esta concentración también se manifiesta en los recursos humanos: "...las instituciones de seguridad social concentran a más del 50% de los médicos y enfermeras generales del país. Las instituciones de asistencia en cambio, sólo reúnen cerca del 20% de los recursos médicos y de enfermería. En tanto, las instituciones privadas agrupan entre el 15 y el 25% de los recursos mencionados". (14)

En el año de 1981 la población amparada por el régimen de seguridad social fue de "34 millones, correspondiendo al IMSS la atención de 27 millones de los cuales 17 millones corresponden al programa IMSS-COPLAMAR, 5 millones al ISSSTE, 2 millones a Pemex, Marina y Defensa, quedando 35 millones bajo la cobertura de la Se

(13) SPP, Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social, 1981-1983.

(14) López Acuña, Salud, p.202.

cretaría de Salud, cuando la población total en el país era de 69 millones de habitantes". (15)

b). Específicamente en el programa de planificación familiar, se encuentran los siguientes datos del año de 1979, en cuanto a la distribución de recursos:

La Secretaría de Salud contaba con la siguiente infraestructura: "...dependencias de la misma Secretaría y de otras instituciones públicas y privadas, con las cuales la Dirección General de Salud Materno Infantil y la Planificación Familiar ha establecido convenios.(...) El número de unidades aplicativas incorporadas fue de 3 334, de las cuales 464 están ubicadas en zonas urbanas, en tanto que 2 880 operan en el medio rural. (...) El programa contaba con 375 auxiliares voluntarias de salud comunitarias, agrupadas en 21 núdulos". (16)

El IMSS contaba en el mismo año con los siguientes recursos: "...área urbana: 615 unidades de primer y segundo nivel, 9 hospitales de Gineco-obstetricia, 17 unidades para no derecho-ha-

(15) SPP, Estadísticas vitales, Derechohabientes en diversas instituciones de seguridad social, 1981-1983.

(16) Segunda Reunión de Evaluación, Sector salud y seguridad social. Programa Nacional de Planificación Familiar, agosto - 1979, pp.24-25.

bientes. En el área rural con: 53 Clínicas hospital de campo, 41-Clínicas de campo, 338 Unidades médicas rurales y 84 Brigadas de medicina preventiva, además con 2 190 parteras empíricas". (17)

Los recursos del ISSSTE eran los siguientes: "...otorga - los servicios de planificación familiar a través de 39 hospitales 117 Clínicas, 654 Periféricos y 56 Consultorios auxiliares en todo el país.(...) En casi todas las unidades el programa ha servido de adiestramiento a médicos generales, y los internos y residentes ayudan en la prestación de los servicios clínicos. El personal paramédico apoya el desarrollo de actividades con la prestación de servicios de promoción, educación y registro de actividades". (18)

Como hecho notorio, se observa en los datos anteriores, - que tanto el IMSS, como la Secretaría de Salud ampliaron su infraestructura en el área rural, a la vez que promovieron la participación del personal en las mismas comunidades (parteras empíricas y promotores de la salud) para dar a conocer y fomentar el uso de la tecnología anticonceptiva, ya que se presenta una mayor fecundidad entre la población de estas zonas que en las áreas me-

(17) Ibid., p.34.

(18) Ibid., p.52.

tropolitanas. "Considerando el tamaño de la localidad de residencia, se observa que el promedio de hijos nacidos vivos por mujer, es, para el área rural, de 6.9; para el área urbana, de 6.2 y para las áreas metropolitanas, de 5.5". (19)

Otro problema que guarda estrecha relación con el sector salud, es el referente a los recursos humanos y la educación de los médicos en los siguientes aspectos:

a). Incremento del estudiantado en el área médica, y el subempleo posterior. "Ingresan anualmente 23 mil alumnos a las escuelas de medicina y egresan 8 mil médicos cada año. Las instituciones de salud sólo captan unos 2 mil médicos cada año, casi todos en plazas de entrenamiento para la especialización. En 1978 sólo 1 800 encontraron acomodo en las instituciones de salud el resto ha engrosado las filas de la medicina liberal". (20)

b). Problemas en cuanto al plan de estudios. "La explosión irracional de alumnos que se forman bajo programas librescos y anacrónicos, los enfoques de especialización, la discriminación hacia los aspectos preventivos de la medicina, el olvido de la fa

(19) CONAPO, Programa Nacional de Acción para la Mujer en el Desarrollo, 1983, p.11.

(20) López Acuña, Salud, p.205.

se promotora de salud". (21)

En éste apartado merece especial atención el hecho de que los médicos son formados bajo el enfoque biólogo de la enfermedad, por lo cual, una de sus funciones consiste básicamente en prescribir los fármacos como única terapéutica contra la enfermedad. La farmacología clínica no se enseña en forma regular, sólo llevan en la carrera un semestre de farmacología; el médico aprende a prescribir por propaganda directa en: revistas médicas, folletos, y en el Diccionario de Especialidades Médicas que es publicado con la información sobre los medicamentos como es la dosis, vía de administración, duración del tratamiento y efectos colaterales o adversos, que proporcionan las empresas transnacionales farmacéuticas, creándoles al mismo tiempo a la población la idea de que una gran parte de las enfermedades se alivian con los medicamentos.

Al entrevistar a un médico interno de la Facultad de Medicina de la UNAM, que realiza su año de internado previo al servicio social, mencionó lo siguiente: "en el semestre de farmacología no me enseñaron nada sobre productos anticonceptivos, en el

(21) López Acuña, Daniel, "La crisis de la medicina mexicana", en Serie Controversia, UAP, No.17, 1976, p.26.

trimestre que llevé la materia de gineco-obstetricia me dieron sólo una clase sobre métodos anticonceptivos, mecanismos de acción de los anticonceptivos de barrera, en sus diferentes presentaciones; Dius, de los hormonales que son combinaciones de estrógenos y progestinas, y los definitivos que son: la salpingoclasia y la vasectomía. La clase fue de una hora. Los nombres comerciales los aprendemos por nuestra cuenta en revistas y libros de texto". (22)

Como puede observarse, los médicos están muy condicionados por la publicidad dirigida a los profesionales de la salud por las empresas farmacéuticas.

El 7 de febrero de 1984 se publicó la Ley General de Salud, en ella se establecen algunos puntos de interés por las relaciones que se decretan entre las instituciones del sector salud y las empresas farmacéuticas, como son: primero, establecimiento de un Cuadro Básico de medicamentos para todas las instituciones del sector salud. Segundo, la compra de medicamentos por estas instituciones, se realizará por concursos entre las empresas farmacéuticas y sólo "...de los medicamentos que se encuentran in-

(22) Médico Interno de Presgrado, entrevista, 14 de enero de 1987.

cluidos en el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud". (23)

Los productos anticonceptivos que actualmente se encuentran en el Cuadro Básico de medicamentos son:

Hormonales orales: Noretindrona 1.0 y etinil estradiol 0.050 mg. fabricado por la empresa transnacional Syntex S.A., y Noretindrona 0.4 y etinil estradiol 0.035 mg. producido por Schering Mexicana filial de Schering A.G. de Alemania. Al preguntarse por cuál de estos dos productos hay preferencia al prescribirlos, un médico gineco-obstetra contestó: "siempre el de Schering ya que tiene menor cantidad de hormonas y el de Syntex sólo se utiliza como último recurso porque provoca más efectos colaterales". (24)

Dispositivos intrauterinos: T de cobre 220C, distribuido por Finishing Enterprises de los Estados Unidos, y la T de cobre 220C modificada, que es distribuida por dos empresas: Promotora e Importadora PEISA y Laboratorios Biotec, ambas de México. (25)

(23) "Algunas disposiciones jurídicas para la industria farmacéutica de México", en Comercio Exterior, Vol.34, No.6, junio de 1984, p.567.

(24) Médico gineco-obstetra, entrevista, 20 de febrero de 1987.

(25) No se obtuvo información sobre los otros productos anticonceptivos del Cuadro Básico de medicamentos, como son: el hormonal inyectable bimestral y los productos locales, por no disponer de ellos en la farmacia del IMSS cuando se realizó la investigación.

La importancia que adquieren las instituciones que otorgan servicios médicos en el país: seguridad social (IMSS, ISSSTE) y beneficencia pública (Secretaría de Salud, DIF, y el programa - para áreas marginadas IMSS-COPLAMAR), es que conforman la estructura mediante la cual, el Estado proporciona materialmente a los diversos estratos sociales los productos anticonceptivos para el programa de control natal que se institucionalizó en 1974, primero con la publicación de la Ley General de Población, más tarde con las modificaciones al artículo 4º de la Constitución y finalmente con la Ley General de Salud en febrero de 1984; en la cual se establece en el artículo 67º que "...la planificación familiar tiene carácter prioritario". (26) en los problemas de salud, - agregando además, en la fracción IV del mismo artículo que se - brindara "...apoyo y fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana y planificación familiar", (27) se menciona el artículo y la fracción, ya que es importante señalar, que si bien las empresas transnacionales farmacéuticas prueban sus productos entre la población de los países subdesarrollados, ahora el Estado mexicano otorga legitimidad a estas accio--

(26) Ley General de Salud, 1987, Editorial libros económicos, p.42.

(27) Ibid., p.43.

nes ejecutadas por las transnacionales en el país, enarbolando a la salud como un bien al que tiene derecho todo individuo, cuando ya se han publicado algunos reportes médicos en los que se señalan que los productos anticonceptivos son agentes creadores y catalizadores de enfermedad. (28)

En este trabajo no se cuestiona el grado de positividad que las instituciones de salud crean en otros niveles de atención a la población: inmunizaciones, cirugía, rehabilitación, etc., que son acciones que sí favorecen la salud de los individuos, a pesar de que son insuficientes en el país, debido a que un gran sector de la población queda al margen de estos servicios; sólo se cuestiona el hecho de que el Estado a través de las instituciones de salud, recomiende y fomente la utilización de anticonceptivos que causan daño al organismo de las mujeres, principalmente, además, de que se mencione y reglamente como una medida para favorecer la salud, que se desvíen recursos económicos y humanos para el programa de control natal, cuando son más necesarios en otras áreas: control de enfermedades infecto-contagiosas que afectan a los infantes y es la principal causa de mortalidad en el país.

(28) Los efectos colaterales de algunos métodos anticonceptivos, se presentan con más detalles en el capítulo IV.

2.3. Programa de Planificación Familiar.

El crecimiento medio anual de la población en México durante la década de los sesentas, fue de "3.1% y durante los años sesentas de 3.4%", (29) hecho que fue considerado como problema, al igual que la de otros países subdesarrollados por las asociaciones privadas norteamericanas, por algunos científicos sociales de los Estados Unidos en un primer momento, después, por otros agentes sociales en los países subdesarrollados, al igual que por algunos funcionarios políticos norteamericanos. Como lo manifestó William Colby exdirector de la CIA: "...no necesitamos buscar muy lejos las amenazas a la seguridad nacional norteamericana, ya que las amenazas más grandes están cerca de nosotros, - México y el Caribe. Con 60 millones de habitantes hoy, y 120 millones en el año 2000, México sería la mayor amenaza a causa de la pobreza de su población y la consecuente tentación de entrar ilegalmente a los Estados Unidos, minando el bienestar económico de los norteamericanos, (...) Similarmente el Caribe, esa letrina de corrupción, pobreza y sobrepoblación se presenta como una amenaza mayor dada su turbulencia y conflicto".(30) Así, debido

(29) CONAPO, México Demográfico, 1980-81, p.81.

(30) Saxe-Fernández, John, "La crisis termonuclear", en Nueva Política, No. 5-6, abril-septiembre, 1977, p.52.

a la pobreza que genera el modo de producción dominante y el imperialismo en los países subdesarrollados y a causa de una supuesta explosión demográfica se impone una limitación a la reproducción humana.

El trabajo realizado por Luis Astorga, investigador del IISUNAM, titulado ¿Políticas de población o modelo de control de los modos de reproducción de las clases trabajadoras? (31) constituye una excelente fuente sobre el proceso de gestación e implantación del neomalthusianismo en los países subdesarrollados - el cual fue encabezado por los Estados Unidos a través de las asociaciones privadas como la Fundación Rockefeller, el Population Council y otras instituciones de carácter internacional como el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Población y el Banco Mundial, especialmente cuando McNamara fue su director- y en particular en México, donde las actividades de las fundaciones privadas: Asociación Pro-Salud Materna! (APSM), la Asociación Mexicana de Población A.C. (AMEP) y la fundación para Estudios de la Población (FEPAC), fueron pilares en la difusión y enraizamiento de esa doctrina social en el país. (32)

(31) IISUNAM, 1985, (mimeo).

(32) Para mayor información consultar la fuente.

Por regla general; en los países latinoamericanos los programas de control natal se iniciaron a través de las asociaciones privadas, y son seguidas por una fase de estatización.

La fase privada del programa de control natal en México, - es iniciada en la década de los sesentas por asociaciones que establecieron clínicas en el país y se dedicaron a distribuir los productos anticonceptivos existentes en el mercado. "En el sector privado dos instituciones comenzaron a adquirir experiencia en la planificación familiar: la Asociación Pro-Salud Maternal - desde 1959 y la Fundación para Estudios de la Población desde - 1965. Esta última institución mantenía a fines de 1973, 91 centros de planificación familiar de los cuales 21 funcionaban en - el Distrito Federal y 70 en el resto del país". (33) Otra fuente señala que la FEPAC fue fundada en 1965 y es miembro de la Federación Internacional de la Paternidad Planeada desde 1967, "...ha sido reconocida por el gobierno mexicano como un pionero de la - planificación familiar en México", (34) además, en los años de - 1972 a 1975 recibió financiamiento norteamericano a través del - FNUAP por la cantidad de \$ 1.4 millones de dólares.

(33) Alba, Francisco, La población de México: evolución y dilemas, Colegio de México, 1977, p.148.

(34) Inventory of Population Projects in Developing Countries, - around the world. FNUAP, 1982-83, p.282.

Estas asociaciones continuaban trabajando hasta 1976, año en el cual la FEPAC contaba con "83 mil usuarias activas y la Asociación Pro-Salud Maternal con 8 mil usuarias", (35) a pesar de que ya se había iniciado la fase estatal en 1974, durante estos años las actividades del sector privado y las instituciones del sector salud complementan sus actividades en aras de la misma finalidad, reducir las tasas de natalidad en el país.

En México, el programa de control natal es legitimado por el Estado con la publicación en el Diario Oficial el 7 de enero de 1974 de la Ley General de Población, con la cual se inicia oficialmente la fase estatal.

Los artículos de la Ley General de Población que llaman la atención son los siguientes: artículo 2º, "...el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Gobernación dictará, promoverá y coordinará en su caso las medidas adecuadas para resolver los problemas demográficos nacionales", se señala en primer lugar, que, existe un problema demográfico en el país, y que el Estado es el encargado de solucionarlo, a través de las normas que él dicte en materia de planificación familiar; artículo 3º, fracción II, el objetivo es, "...realizar programas de planificación-

(35) Alba, La población, p.150.

familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y los que realicen organismos-privados", y el artículo 5º, con el cual el Estado crea una institución rectora en la planeación demográfica: el CONAPO, "...se crea el Consejo Nacional de Población que tendrá a su cargo la planeación demográfica del país, con el objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo que se formulen dentro del sector gubernamental". (36)

En el Consejo Nacional de Población (CONAPO) hay representantes de las siguientes Secretarías: "Gobernación que será el titular del ramo, de Educación Pública, Salubridad y Asistencia, Hacienda y Crédito Público, Relaciones Exteriores y de la Presidencia". (37) Así, el sector salud, se encuentra representado en este organismo, a través de la Secretaría de Salud y con ella las instituciones de seguridad social.

Dos años después de promulgada la Ley General de Población, se suma a esta ley, el Reglamento que en la Sección II ratifica la modificación hecha un mes antes al artículo 4º constitucional, en el cual, la planificación familiar es presentada como un dere

(36) México, Leyes, estatutos, etc. Ley General de Población, México, D.F., Diario Oficial, 7 de enero de 1987, Ed. Consejo Nacional de Población, p.3.

(37) Ibid., p.5.

cho de los individuos, otorgado por el Estado, se puede decir - que gratuitamente, "...la planeación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos".(38). En esta forma quedan delimitadas las actividades que corresponden a las instituciones involucradas en el control natal: corresponde al CONAPO proporcionar la información necesaria sobre planificación familiar y coordinar el programa a nivel nacional, y al sector salud proporcionar la tecnología anticonceptiva. Como dato singular, en la Ley no se mencionan como tales los productos anticonceptivos sino como: "servicios idóneos", que además, "...serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos - del sector público". (39)

El CONAPO tiene como objetivos: "...promover, apoyar y coordinar estudios e investigaciones que se efectúen para los fines de política demográfica. Asesorar y asistir en materia de población a toda clase de entidades nacionales o extranjeras y celebrar con ellas los acuerdos que sean pertinentes. Elaborar y difundir programas de información y orientación públicos y evaluar

(38) Ibid., p.13.

(39) Ibid.

los programas que llevan a cabo diferentes dependencias y organismos del sector público de acuerdo con los planes demográficos". (40) De acuerdo a sus objetivos, el CONAPO cuenta con un programa continuo de información a la población, a través de la radio y la televisión que procura crear un ambiente favorable y propicio a las decisiones individuales respecto al número de hijos que la pareja debe tener: "pocos hijos para darles mucho"; a este respecto también hay que señalar que el símbolo o logotipo que representa a esta institución, presenta a una pareja y a su descendencia: un niño y una niña, ¿será que tienen como objetivo fundamental que la pareja sólo tenga los hijos a un nivel mínimo de reproducción y que dos hijos sea el número ideal de descendientes?.

Para ejecutar algunos de sus objetivos, el CONAPO, ha recibido financiamiento de organismos internacionales como el FNUAP. En el año de 1981, recibió la cantidad de "\$ 1,700,000 dólares para el Proyecto de Apoyo al Programa Nacional de Educación Sexual y en Población".(41) El proyecto estaba programado para realizarse en cuatro años, el cual tiene como objetivo: "Provo--

(40) CONAPO, México.

(41) CONAPO, Proyecto de Apoyo al Programa Nacional de Educación Sexual y en Población (Extensión del MEX/75/PO2), 1981, p.1.

car cambios en los valores, conocimientos, actitudes y comportamientos con respecto a la sexualidad, la organización familiar y en la dinámica de población". (42)

En octubre de 1977, se efectuó la IX sesión del CONAPO, en la cual se presentó al presidente López Portillo, el Plan Nacional de Planificación Familiar del sector salud por su coordinador el Dr. Jorge Martínez Manatou, en la presentación del plan se enfatiza que, "...el programa está integrado por los programas rural y urbano, que las instituciones del sector salud llevarán a cabo como acción prioritaria en todas las entidades federativas", (43) la acción prioritaria consiste en implantar el programa de control natal, cuando en el año de 1976, las defunciones por infecciones parasitarias e infecciosas ocupaban el primer lugar con "83,166 casos y las ocurridas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio ocupaban el décimo tercer lugar con 2,561 defunciones, de acuerdo a la Clasificación Internacional de enfermedades". (44)

El principal objetivo del Plan era: "...promover y prestar-

(42) Ibid., p.4.

(43) CPNPF, Plan Nacional de Planificación Familiar, 1977, p.6.

(44) SPP, Estadísticas Vitales, Defunciones por Causas, Cuadro 3 2.7, 1976.

servicios de planificación familiar, (...) para dar lugar a una -
 regulación de la fecundidad y así una reducción de la natalidad-
 en todo el país, (...) La segunda meta es la de ampliar la cober-
tura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS y el
ISSSTE".(45). La diferencia en cuanto a los programas rural y -
 urbano, además, del área a donde son dirigidos los objetivos del
 programa de planificación familiar son: en el programa rural, -
 "...incrementar los servicios de salud y de planificación fami- -
 liar para alcanzar una cobertura mayor", y como estrategia: -
 "...se incorporarán como mediadores y agentes de enlace a los li-
 deres locales y los grupos voluntarios de la comunidad".(46) En
 tanto que el programa urbano tiene como objetivo: "...establecer-
 los servicios de planificación familiar post-parto y post-aborto,
 para extender las acciones de cobertura y proporcionar los méto-
 dos anticonceptivos definitivos para quien los solicite", y la -
 estrategia: "...informar y motivar a todo el personal de las uni-
 dades aplicativas según sus actividades". (47)

El programa de educación del Plan, tiene como objetivo el-
 asimilar y adiestrar a los agentes del cambio: médicos, enferme-

(45) CPNPF, Plan, p.7.

(46) Ibid., p.11.

(47) Ibid., p.18.

ras y trabajadoras sociales, para modificar la conducta respecto al control natal, "...en el sector salud a través de las facultades y escuelas de medicina, enfermería y trabajo social. El dirigido al personal de salud en servicio y orientado hacia el desarrollo de recursos humanos requeridos por los programas de planificación familiar". (48)

Y finalmente, el programa de investigación biomédica, en el cual citan además, que "...es recomendable que todos los productos anticonceptivos que se usen en el programa, se produzcan en México y se utilicen los que se obtienen del barbasco, (...) - por su bajo costo y por el mínimo de motivación para su uso, los dispositivos intrauterinos deberán ser una de nuestras armas para la regulación de la fertilidad". (49)

La meta demográfica fijada por el gobierno, por lo menos - para la primera etapa a 1980, parece que cumplió su finalidad ya que la tasa de crecimiento de la población se redujo: "...durante la década pasada en México se inició un leve descenso en la fecundidad, este hecho aunado a la política demográfica dada por - el gobierno de México ha permitido disminuir la tasa de creci-

(48) Ibid., p.23.

(49) Ibid., pp.30-31.

miento del 3.4% en 1970 al 2.7% en 1980, lo que hace preveer que el ritmo de crecimiento de la población llegará a fin de siglo - de una tasa semejante a la observada en 1980". (50)

Los puntos anteriormente expuestos, denotan que la política demográfica del gobierno de México a partir de 1974, realiza sólo un énfasis en la reducción de la natalidad, por lo cual, se utiliza el término de control natal como sinónimo del concepto - planificación familiar.

En México, tanto la fase privada del programa de planificación familiar, como la estatal, han recibido apoyo financiero de las fundaciones privadas norteamericanas, a través de los organismos internacionales: la FEPAC como ya se presentó en otro - apartado, recibió apoyo financiero de la Federación Internacional de la Paternidad Planeada. El sector estatal también recibe donativos en efectivo, los cuales se distribuyen entre las diversas instituciones que conforman el sector salud y el CONAPO, el FNUAP ha entregado a México, la cantidad de "\$ 23,958,574 millones de dólares de 1972 a 1985, la OMS donó \$ 1,998,400 dólares - en el año de 1984". (51)

(50) CONAPO, México Demográfico, p.8.

(51) Véase, Inventory of Population projects, p. 288.

En el caso particular de México y durante el transcurso - del presente siglo, el Estado toma a su cargo una parte de las - funciones que anteriormente realizaba la beneficencia privada y algunos grupos religiosos, a través de la denominada beneficencia social (que tiene como finalidad mejorar las situaciones de enfermedad que sufren los estratos sociales que no participan en el proceso productivo, y es asignada esta función a la Secretaría de Salud, a sus diferentes hospitales y al DIF que además de los servicios médicos, cuenta con instituciones de beneficencia; casa cuna para huérfanos. La beneficencia privada es aceptada y complementaria a la del Estado.

También se establecen los regímenes de seguridad social, - para la fuerza de trabajo industrial y se extienden a sectores - clave para el funcionamiento del poder del Estado: ISSSTE para - la burocracia estatal y servicios médicos para los militares. - Asimismo, se establecen programas de cooperación entre las insti - tuciones de seguridad social y beneficencia, para extender su - cobertura a la población marginada en áreas rurales mediante el - convenio IMSS-COPLAMAR.

El Estado, para desarrollar e institucionalizar el programa de control natal en el país, utiliza los servicios médicos de

las instituciones del sector salud a su cargo. Reforma el marco legal: decreta la Ley General de población en 1974, fundamenta la creación del CONAPO como organismo rector en materia de población. En 1984, decreta la Ley General de Salud, que tiene como punto importante, reglamentar las relaciones que se establecen entre las instituciones del sector salud y las empresas transnacionales farmacéuticas, en cuanto a la compra de medicamentos, y en especial en el rubro de planificación familiar legitima las actividades que las transnacionales farmacéuticas realizan en investigación de nuevos productos anticonceptivos y su prueba en seres humanos.

Debido a éste hecho y también a que las transnacionales farmacéuticas son las fabricantes principales de los anticonceptivos, se presenta en el siguiente capítulo: los antecedentes históricos del establecimiento de estas empresas en el país, la utilización del barbasco como materia prima para la producción de los anticonceptivos hormonales, la creación de Proquivemex, como institución encargada de regular la compra-venta del barbasco y la importancia económica que las transnacionales representan a nivel oligopolio.

CAPITULO III

EMPRESA TRANSNACIONAL FARMACEUTICA PRODUCTORA DE ESTEROIDES EN MEXICO

3.1. Medicamentos derivados de los Esteroides.

3.2. Antecedentes Históricos.

3.3. Fundación de Proquivimex.

3.4. Proquivimex División Agroindustrial.

3.5. Proquivimex División Farmacéutica.

3.6. Industria de Esteroides Intermedios.

La importancia que tienen las empresas transnacionales farmacéuticas y por la cual se presentan en este trabajo, es que son las fabricantes principales de la tecnología anticonceptiva moderna: anticonceptivos hormonales en sus diferentes presentaciones, tabletas, inyectables; espermaticidas, dispositivos intrauterinos, que son necesarios para que se lleve a cabo la política de control natal a nivel mundial, pues si estos productos no se fabricaran a gran escala, sería difícil que sólo con los métodos naturales, las tasas de natalidad se redujeran en pocos años (tal vez los antinatalistas emplearían las esterilizaciones como único método), y la política de control natal no fuera tan efectiva en la limitación de la reproducción humana.

El segundo aspecto importante, es que las transnacionales farmacéuticas en búsqueda de nuevas fuentes de esteroides descubrieron en México una fuente de origen vegetal (barbasco) que producía una mayor cantidad de diosgenina que la obtenida de los ácidos grasos de origen orgánico, factor que determinó que las transnacionales europeas y norteamericanas establecieran sucursales en el país y controlen a nivel oligopolio desde la década de los cincuenta la producción de esteroides intermedios.

3.1. Medicamentos derivados de los Esteroides.

Los esteroides empleados como medicamentos y teniendo en cuenta su aplicación, se clasifican en tres grupos principales: corticosteroides, hormonas sexuales y compuestos anticonceptivos.

Corticosteroides: se utilizan en el tratamiento de diferentes patologías; artritis, antiinflamatorios (reacciones alérgicas agudas como dermatitis por hiedra venenosa, reacciones a drogas), alergias crónicas, edema cerebral, etc., "Estos agentes no parecen curar, su acción parece ser una modificación de la actividad o permeabilidad celular para que las toxinas ya no puedan afectar a la célula, cuando el medicamento se discontinúa la enfermedad vuelve a aparecer". (1)

Hormonas sexuales: testosterona, hormona sexual masculina que estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. La testosterona se emplea en el tratamiento de la insuficiencia testicular y como agente anabólico (formador de tejido en ambos sexos). Hormonas ováricas: a). Estrógenos; son tres hormonas, estradiol, estriol y estrona, hormonas sexuales primarias que son responsables de las características sexuales femeninas.

(1) Hilton, J.C., et al., Manual de práctica médica. Manual Moderno, 1969, p.585.

b). Progesterona, hormona sexual secundaria que es necesaria para que se complemente el ciclo menstrual, hace posible la implantación del huevo en la pared uterina, inhibe las contracciones uterinas e impide que se expulse el huevo en implantación o el feto en desarrollo.

Compuestos anticonceptivos: combinación de estrógenos y progesterona que impiden la ovulación.

El principio activo con el cual se producen estos medicamentos son los esteroides, derivados químicos del colesterol.

El orden cronológico en que se utilizaron estos medicamentos comercialmente es uno de los principales hechos que llaman la atención: primero se utilizaron las hormonas sexuales como terapia de reposición, supliendo en el organismo las deficiencias de estas hormonas; los corticosteroides en diversas alteraciones patológicas y finalmente después de casi treinta años de comercializadas las hormonas ováricas, se lanzaron al mercado los productos anticonceptivos orales en el año de 1960 en los Estados Unidos y en México.

3.2. Antecedentes Históricos.

La historia de la producción en forma sintética de los esteroides, es el mismo tiempo la historia de las transnacionales-farmacéuticas a nivel oligopolio, la lucha entre el cartel europeo y americano por controlar la materia prima y la tecnología - que permite la síntesis química y la participación de México como fuente de recursos naturales (barbasco) para la elaboración - de la diosgenina, precursor de los esteroides.

Se dividió la historia en tres etapas, de acuerdo a la utilización de las diferentes fuentes de materia prima para la síntesis de los esteroides, la primera etapa corresponde a las fuentes de origen orgánico, la segunda a las de origen vegetal (barbasco) y la última a otras fuentes como el estigmasterol además del barbasco.

Primera etapa: (1929-1944), obtención de los esteroides de fuentes de origen orgánico, de 1929 a 1935 síntesis de las hormonas sexuales en forma pura, de 1935 a 1938 síntesis de los corticosteroides. Las fuentes eran "...toneladas de ovarios de cerda, testículos de toro, orina de caballo y posteriormente se utilizó

el colesterol de la médula espinal del ganado". (2)

El control de los patentes y comercialización de los esteroides estaba controlado por el cartel europeo formado por tres empresas: Schering A.G. de Alemania, Ciba de Suiza y Organon de Holanda.

Segunda etapa: (1944-1960), se caracteriza principalmente porque durante éste período se inicia la fabricación de esteroides a partir de fuentes de origen vegetal, se descubre la dioscorea llamada barbasco en México y a nivel mundial se utilizan los corticosteroides como medicamentos panacea.

Se inician las investigaciones sobre la raíz conocida como cabeza de negro y posteriormente de la diosgenina obtenida de una de las variedades del barbasco. Es el primer intento de romper el cartel europeo basado en la tecnología cautiva de la industria de esteroides europea por parte de las empresas transnacionales farmacéuticas norteamericanas. "La investigación fue patrocinada por Parke Davis sabiendo que el cuello de botella la materia prima debía romperse, Marker había dirigido su investi--

(2) Gereffi, Gary, "Los oligopolios internacionales; el Estado y el desarrollo industrial en México: el caso de la industria de hormonas esteroides", en Foro Internacional, No. 68, Colegio de México, abril-junio 1977, p.494.

gación hacia las plantas en la búsqueda de hormonas más barata y abundante." (3)

Gereffi señala que por desavenencias del investigador Marker con la compañía patrocinadora se dió por terminado el contrato y se asoció con los propietarios de los laboratorios Hormona, S.A. y se constituyeron en la compañía Syntex S.A. en el año de 1944, con lo que esta empresa logra por varios años (1944-1955) controlar el mercado mundial de hormonas esteroides debido a tres descubrimientos importantes, "En 1949 fue descubierta en México una nueva variedad de la familia botánica de la dioscorea, denominada barbasco, producía cinco veces más diosgenina que la cabeza de negro y era casi inagotable en México. En la clínica Mayo de los Estados Unidos se efectuó el descubrimiento de que la cortisona tenía propiedades antiinflamatorias y que podía mitigar los síntomas de la artritis reumática. De la noche a la mañana se etiquetó a la cortisona como la droga maravilla (...). La única productora de cortisona en el mundo era una compañía norteamericana, Merk & Co, cuya única fuente de materia prima era la bilis de buey. En 1951 la Upjohn desarrolló el proceso de oxidación fermentativa de la progesterona, (...) lo decisivo de este descubrimiento fue permitir que los esteroides obtenidos a par--

(3) Ibid., p.495.

tir de la diosgenina se emplearán como materias intermedias para la elaboración de cortisona y sus derivados." (4)

Así la conjunción de estos tres descubrimientos, permitió el aumento de la demanda de la materia prima, que en ese momento se encontraba disponible en territorio mexicano y era controlada por la empresa Syntex.

Es también en este período cuando se establecen en México las empresas transnacionales (ET) farmacéuticas que dominan la industria de esteroides. Gereffi señala que su establecimiento se efectuó en dos fases, la primera corresponde al establecimiento de las ET norteamericanas y la segunda fase a las europeas. "Seis de las siete empresas transnacionales norteamericanas que participan en la industria mexicana de hormonas esteroides se establecieron entre 1956 y 1961: General Mills (1956), Ogden Corporation (1956), Syntex (1958), G.D. Searle (1958), American Home Products (1959) y Smith Kline French (1961). La única excepción fue Schering Corporation que mantuvo a su subsidiaria hasta 1957. (...) Las transnacionales farmacéuticas europeas que formaron parte de la industria, Schering A. G. de Alemania (1963), Organon de Holanda (1969) y Ciba de Suiza (1970) eran exactamente las mismas industrias que habían dominado la producción a ni-

(4) Ibid., p.498.

vel mundial en los años treinta y cuarenta". (5) Gereffi, en su trabajo, no presenta la referencia de donde tomó las fechas del año de establecimiento de las ET en México y difieren con las que presenta Mauricio de Maria y Campos para algunas de estas empresas." Syntex (1956), Searle (1955), American Home Products hoy Wyeth Valeo S.A. (1944), Schering Corporation (1950), Schering de Alemania (1955), Organon de Holanda (1955)". (6) Como se observa, las fechas presentadas por Maria y Campos sitúan el establecimiento de las ET europeas con una anterioridad de ocho a veintiséis años de las fechas que presenta Gereffi.

Tercera etapa. Utilización de fuentes de materia prima diferente al barbasco, principalmente el estigmasterol. "Upjohn el mayor consumidor de esteroides intermedios en el mundo, empleo como materia prima a principios de 1960, el estigmasterol que se obtenía en los Estados Unidos a partir de los esteroides de la soya." (7) La obtención del estigmasterol se encuentra vinculado a la industria alimenticia de la soya y anteriormente formaba parte de los productos de desecho, también es fuente para la producción de otro medicamento de amplia demanda como los diuréticos.

(5) Ibid., p.510

(6) Mauricio de Maria y Campos, "La industria farmacéutica en México", en Comercio Exterior, Vol.27, No.8, agosto de 1977, p.889.

(7) Gereffi, p.553.

cos. "La espironolactona es uno de los casos en que el barbasco puede ser substituido por subproductos de la soya. El estigmasterol y el sistosterol que contienen, necesitan ocho pasos químicos menos para llegar al producto final. Searle fue uno de los pioneros en la fabricación de anticonceptivos y el primero en producirlo en México" (8) Otras materias primas alternativas al barbasco son: "...el henequén (agave sisalana), la palma china (yucca filifera) y las solanaceas en especial el jitomate". (9) que actualmente se investigan en Productos Químicos Vegetales Mexicanos S.A. de C.V.

El rol desempeñado por el Estado Mexicano, durante los veinticinco años siguientes a la fundación de Syntex en 1944 se puede sintetizar de la siguiente forma:

a). Protección a Syntex (empresa de capital mexicano durante diez años 1944-1955) mediante las siguientes medidas: "Decretos presidenciales que fijaban tarifas de exportación prohibitivas a los principales productos manufacturados por otras empresas". (10) Estos productos son la harina de barbasco de la cual se obtiene la diosgenina y el siguiente producto el 16-Dehidro--

(8) Proquivimex, Industria de esteroides, mimeo (s/f), p.12.

(9) Ibid., p.25.

(10) Gereffi., p.510.

pregnenolona o 16-D y por medio de un proceso de fermentación se obtienen oxima, epóxido y pregnenolona de los cuales se obtienen más derivados para llegar finalmente a la testosterona, el estradiol, la progesterona y los corticoides. El proceso de fermentación no se realiza en México, "...algunas empresas, como Syntex, decidieron que su proceso de fermentación debía realizarlo un especialista internacional como la compañía Delft en Holanda, (...) otras transnacionales como Schering A.G. de Alemania y la Schering Corporation norteamericana, cuentan con sus propias plantas de fermentación en sus respectivos países". (11) Esta práctica de las ET implica un proceso de sobrefacturación ya que exportan productos poco elaborados e importan el agente activo para la producción final de los medicamentos.

b). La única acción que desempeñó el Estado como medida de control sobre la materia prima fue la siguiente. "La explotación del barbasco silvestre fue controlada por la Secretaría de Fomento Forestal, en el cual se indicaba la capacidad de las zonas barbasqueras y los ciclos de reproducción las transnacionales solicitaban a la SFF un permiso para el aprovechamiento de cierta cantidad de toneladas de barbasco. La SFF verificada que las empresas contarán con la instalación adecuada para procesar la

(11) Ibid., p.521.

cantidad de barbasco solicitada". (12) Las instalaciones de las ET eran los beneficios los cuales se encontraban diseminados en las zonas recolectoras de los Estados de Veracruz, Puebla, Oaxaca, Tabasco y Chiapas; ahí el rizoma era transformado en harina, la cual se transportaba directamente a los laboratorios de las transnacionales.

Al parecer durante éste período el Estado no intervino en momento alguno para fijar o regular el precio del barbasco, ya que las ET farmacéuticas compraban directamente a los campesinos o mediante intermediarios el barbasco. Hay divergencias en cuanto a los precios pagados a los campesinos: en un documento de Proquivemex lo sitúan de "25 a 75 centavos el kilogramo de rizoma verde". (13) y en otro documento de la misma institución lo sitúan de "diez a veinte centavos por kg. de raíz, y los volúmenes de producción fueron de 3 000 a 14 000 toneladas de rizoma seco y molido durante el período de 1949 a 1974". (14)

(12) Instituto de Investigaciones Forestales, El barbasco mexicano, condiciones y perspectivas para su aprovechamiento, Publicación especial No.29, 1981, p.15.

(13) Proquivemex, Industria, p.5.

(14) Proquivemex, Proquivemex y la explotación del barbasco en México, Documento Ejecutivo, 1983, p.2.

c). También el Estado brindó apoyo a las ET farmacéuticas - a través de la Secretaría de Fomento Forestal, para que efectuaran investigaciones con la finalidad de crear campos de cultivo del barbasco para fines comerciales. "Entre 1968 y 1969 se inició el primer ensayo, destinado a hacer real la posibilidad de cultivar dioscorea en México, tuvo lugar en Tapachula, Chiapas y fue patrocinado por la Asociación de Fabricantes de Esteroides, una organización en la cual participan las seis empresas transnacionales fabricantes de esteroides -Beisa depende de Schering - Corp. Estados Unidos; Química Esteroidal de Diosynth Holanda; Proquina de Schering A.G. de Alemania Occidental; Searle Co. de los Estados Unidos; Steromex de Ciba Geigy de Suiza y Syntex de Syntex E.E.U.U. El experimento tuvo cierto éxito en el sentido de que logró demostrar que el cultivo de dioscorea era factible, aunque los costos involucrados eran todavía altos, por lo cual la investigación no concluyó en la meta deseada". (15)

También es importante señalar que durante este período México ocupó el primer lugar en la producción de diosgenina a nivel mundial: "México ocupó un lugar preponderante en el mercado mundial de productos esteroides llegando en los años cincuenta a concentrar entre el 80 y 90% de la producción total. No obstante (15) Instituto, El barbasco, p.16.

te esto, desde 1979 la producción del barbasco mexicano va a experimentar bajas, descendiendo por lo tanto su participación dentro del mercado mundial, llegando a representar entre el 12 y - 20% del total. Esta baja se debió, entre otras cosas, al descubrimiento de sustitutos más económicos y a la aparición de la - diosgenina china". (16)

Resumiendo, el predominio de las ET farmacéuticas europeas y norteamericanas en México, en la rama productora de esteroides sintéticos, se debió a:

1.- Descubrimiento en México de la diosgenina que se obtiene de la raíz del barbasco, planta silvestre que se localiza en los estados de Veracruz, Puebla, Oaxaca, Tabasco, Chiapas y Edo. de México.

2.- Fundación de la empresa Syntex, que durante los siguientes diez años posteriores a su creación, fue la única empresa farmacéutica que transformaba el barbasco en productos intermedios, abasteciendo de esta materia prima a las demás ET.

3.- Intervención de las ET norteamericanas ante el gobierno y senado de su país, para que la empresa Syntex dejara de ser

(16) Proquívemex y la explotación, p.1.

el único oferente de barbasco en el mercado mundial; establecimiento en México de las subsidiarias de las ET norteamericanas y posteriormente de las ET europeas ya dominantes desde 1930 en la industria farmacéutica mundial y por lo tanto de capital netamente extranjero.

4 - Formación de la Asociación de Fabricantes de Esteroides (AFE), agrupación formada por las siguientes empresas: Beneficiadora e Industrializadora (Beisa); Productos Químicos Naturales - S.A. (Proquina); Searle de México; Steromex S.A. y Syntex S.A. - dentro de la sección de fabricantes de productos químicos para uso medicinal de la Asociación Nacional de la Industria Química.

5.- Mayor utilización de los medicamentos derivados de los esteroides, en primer lugar de los corticoides y en segundo lugar el incremento en el uso de los productos anticonceptivos - acorde con la política neomalthusiana de las fundaciones privadas norteamericanas y de ciertas organizaciones multilaterales.

Así, las actividades de las ET farmacéuticas en México son una extensión más del control que estas ejercen a nivel mundial, aunado a la obtención de la materia prima (barbasco) a bajos precios. El control a nivel oligopolio de las ET farmacéuticas se encuentra básicamente a nivel de la producción o transformación-

de la harina de barbasco en productos intermedios (oxima, epóxido y pregnenolona), en el control de las patentes y marcas, en la investigación y desarrollo de nuevos productos en la casa matriz y finalmente en la fabricación y venta de los productos terminados.

El Estado mexicano intentará cambiar la situación ya descrita en la década de los setentas, con la creación de la empresa paraestatal Productos Químicos Vegetales Mexicanos S.A. de C.V. (Proquivemex) que será oficialmente la encargada de financiar la recolección y comercialización del barbasco ante las ET farmacéuticas fabricantes de esteroides intermedios.

3.3. Fundación de Proquivemex.

Al parecer, uno de los factores principales que más influyeron para que el Estado tomara la determinación de crear la empresa Proquivemex, se inició en 1973 "...con las protestas provenientes de los grupos estudiantiles de los estados productores de barbasco, referentes a la explotación de los campesinos por las ET, quienes les pagaban muy poco por el barbasco que recolectaban".(17) A partir de lo cual se inició una investigación en-

(17) Gereffi, p.531.

la que participaron la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, Nacional Financiera, la Secretaría de Industria y Comercio y el Fondo Nacional de Fomento Ejidal, que culminó el 20 de enero de 1975 con la creación de Proquivemex.

Un hecho que llama la atención en la fundación de esta empresa es que, la AFE participa en el capital social de la empresa con un 20% del capital que se reparte entre las siguientes ET: Syntex, Beisa, Proquina, Steromex y Searle de México, lo que les permite a su vez participar en el Consejo de Administración de Proquivemex.

Las acciones inmediatas que tomó Proquivemex fueron las siguientes: "Compró a las ET los beneficios o centros de recolección y transformación del rizoma en harina y los entregó a la Asociación Nacional de Productores Barbasco. (...) Elevó los precios de la harina de barbasco de \$20.00 a \$70.00 y pidió que las ET dedicaran el 20% de su capacidad para maquilar productos a Proquivemex".(18) Ante estas medidas las ET dejaron de comprar barbasco. "Los laboratorios tenían cantidad suficiente de harina para trabajar con ella por cinco años, por lo cual la demanda

(18) Instituto, El barbasco, p.19.

de barbasco disminuyó en el país". (19) Aunado al hecho de que para estas fechas, las ET ya habían iniciado la producción con materias primas alternativas al barbasco como el estigmasterol utilizado por Searle.

En este trabajo se sustenta la tesis de que Proquívemex - desempeña desde su fundación el rol de intermediario entre las - ET fabricantes de esteroides y los campesinos recolectores de - barbasco.

1.- El Estado, vía Proquívemex proporcionó a los campesinos durante varios años (1975-1982) el financiamiento para que se realizara la zafra. A partir de 1983 "...la presente administración (...) logró que las propias empresas financiaran la extracción del barbasco que requerían".(20) Mediante la realización de contratos anuales con las ET en donde fijan la cantidad de harina de barbasco que requieren.

2.- Con la finalidad de contar con el apoyo de los campesinos, Proquívemex fomentó, con la intervención de la Secretaría

(19) Jefe de producción de Proquívemex División Farmacéutica, entrevista realizada el 26 de agosto de 1985.

(20) Proquívemex, Descripción de Productos Químicos Vegetales Mexicanos, S.A. de C.V., anexo (s/f), p.1.

de la Reforma Agraria, la formación de Uniones Ejidales entre los campesinos recolectores de barbasco, formando la Asociación Nacional de Productores de Barbasco y Sustitutos de la Confederación Nacional Campesina (CNC), que actualmente agrupa a 32 uniones" 9 en el estado de Oaxaca, 8 en Veracruz, 4 en el estado de México, 5 en Puebla, 6 en Tabasco y Chiapas". (21)

Según datos proporcionados en Proquivimex, la población que se dedicaba en el año de 1984 a la recolección y transformación del rizoma en harina era de 18 000 campesinos, y que a partir de ese mismo año la zafra se realiza durante todo el año y no sólo durante el período que les dejaba libre la realización de los cultivos básicos como el maíz. No mencionan si hay participación de los jornaleros agrícolas en la zafra, ya que al parecer quedan al margen de la extracción del rizoma y por lo tanto, al mismo tiempo que se aumentan los ingresos de los ejidatarios, se continúa acrecentando el problema de la superpoblación latente en el área rural.

3.- El rol de intermediario de Proquivimex, se manifiesta principalmente en el ejercicio de sus funciones que son: "...coordinar los planes y programas de compra-venta de dioscoreas(...)-

(21) Ibid., p.5.

Elaborar el programa de producción conjuntamente con las uniones ejidales para satisfacer la demanda de la industria de esteroides. Celebrar contratos con las uniones ejidales y los clientes para la explotación y venta de la harina de barbasco". (22)

Proquivemex se vió obligada a bajar varias veces el precio del barbasco seco para poder competir en el mercado internacional con otros países productores de diosgenina como China y también debido a la presión de las ET de no comprar barbasco; en el año de 1979 Proquivemex no reporta producción, "...en 1980 reporta una producción de 600 tons, a un precio de \$ 26.00 y a partir de 1981 presenta una elevación tanto en la producción como en el precio 2 114 ton, a \$ 39.00 elevándose en 1983 a 7 000 ton. a un precio de \$ 125.00".(23) Como se observa, a pesar de que la empresa tiene un permiso para el aprovechamiento de hasta 15 000 ton., su producción no ha llegado al límite permitido. En otro documento de la misma institución en donde detallan la distribución de ventas por los clientes para el mismo año de 1983 sólo vendieron a las ET 3 000 ton., permaneciendo la empresa con un remanente a las ET 4 000 ton.

(22) Ibid., p.6.

(23) Proquivemex y la explotación, p.4.

Otro aspecto que hay que mencionar es que, cuando Proquive mex ha deseado elevar el precio que las ET pagan por el barbasco, ha recurrido a maniobras extracomerciales como es la moviliza- ción de los campesinos en manifestaciones en la ciudad de México (en 1975 y 1985) pidiendo la nacionalización de las ET, hecho - que no ha derivado en acciones efectivas en este aspecto hasta - la fecha.

3.4. Proquivemex División Agroindustrial.

Tal vez debido a que una de las medidas iniciales de Pro- quivemex, como era la de que las ET dedicaran el 20% de su capaci- dad para maquilar productos intermedios para Proquivemex no se - llevó a cabo porque la mayoría de las ET dejaron de comprar el - barbasco y como un proyecto del Estado de "...abastecer la deman- da nacional e internacional de diosgenina a partir de harina de- barbasco y ampliar su campo de acción para la producción de este- roides intermedios y avanzados..."(24), el 2 de julio de 1976 se creó la División Agroindustrial de Proquivemex, más conocida co- mo Daisa. También se fundó con capital variable, sin encontrar - en la investigación de campo la procedencia del capital social,

(24) López Portillo, José. Quinto Informe de Gobierno, 1981. anexo sector industrial, p.306.

el porcentaje del capital estatal y si participaron con capital- las ET miembros de la AFE como en Proquivemex División Central, - esto parece poco probable ya que las ET pueden impedir que las - empresas competidoras en especial las estatales desarrollen un - programa global en todas las fases de producción como el intenta - do por Proquivemex al crear también la División Farmacéutica en - 1978, con la finalidad de producir también sus propios anticon-- ceptivos.

Las medidas que emplean las ET para que este tipo de pro-- yectos no fructifique son: no vender tecnología avanzada, vender maquinaria con varios años de uso y a precios muy elevados.

Para el año de 1981 la empresa Daisa ubicada en Tuxtepec, Oaxaca, no podía todavía competir con las ET en la producción de esteroides primarios y avanzados debido a problemas administrati vos "...la desviación en el gasto corriente obedeció a los efec tos de la baja en la producción que incidieron en las cantidades pagadas por concepto de servicios de maquila y de sueldos".(25)- Según otra fuente documental "...los productos procesados por - Proquivemex no tienen un alto grado de elaboración".(26) por lo - cual Proquivemex los vendía a algunos países socialistas como -

(25) Ibid., p.307.

(26) Instituto, El barbasco, p.24.

Hungría.

Esta planta cerró en el año de 1985 debido a un fraude según información del Jefe de Producción de Proquivemex División - Farmacéutica.

3.5. Proquivemex División Farmacéutica.

Tres años después de creada Proquivemex División Central, se compraron los laboratorios Alpharma y se creó la División Farmacéutica de Proquivemex.

Al entrevistar al Jefe de Producción de la empresa sobre los anticonceptivos contestó lo siguiente: "de 1978 a 1979 se fabricaron los anticonceptivos Secuents y Secuentes, 5 millones de ciclos, los cuales se iban a distribuir al sector salud y al sector comercial a bajo precio. No se vendió ningún ciclo y en el año de 1984 fueron destruidos en su totalidad. No se utilizaron debido a que la OMS o la ONU habían donado una gran cantidad de anticonceptivos para el sector salud que durarían para varios años".(27) Por otra parte, Gereffi señala que el anticonceptivo fabricado por la misma empresa se llamaba "Mestril" (28). Actual

(27) Jefe de producción de Proquivemex.

(28) Gereffi, p.534.

mente no producen ningún anticonceptivo.

A pesar de que el proyecto inicial de esta empresa era "...fabricar los medicamentos de Cuadro Básico del sector salud" (29) sólo producen doce medicamentos para éste sector, entre los que se encuentran dos fabricados con esteroides: la prednisona y los fluocorticoides, para lo cual "...compran los esteroides que las empresas transnacionales procesan". (30)

3.6. Industria de Esteroides Intermedios.

Debido a la negativa que se encontró, tanto en las ET farmacéuticas productoras de esteroides, como en la Secretaría de Fomento Industrial, institución estatal, para recabar la información que se requería de acuerdo a la hipótesis de trabajo de ésta investigación, sólo se presentan los datos que se obtuvieron y que de alguna manera señalan el control a nivel oligopolio que las ET farmacéuticas ejercen en la industria de esteroides, tanto a nivel intermedio como en la producción de fármacos y la transferencia de capital que las empresas subsidiarias realizan a su casa matriz con la exportación e importación de este-

(29) López Portillo, Informe, p.307.

(30) Jefe de producción de Proquivemex.

roides sintéticos.

En el catálogo de productos farmacoquímicos publicado por la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (Canacin-ta), presentan a 77 empresas productoras de agentes químicos para la fabricación de medicamentos, produciendo estas empresas un total de 216 productos. De las 77 empresas se encuentran presentes cinco que son miembros de la AFE; a continuación se presenta cada una de ellas con el porcentaje de producción de esteroides que trabajan: Syntex, según la fuente produce 33 productos, representando el mayor productor con el 15.2%; Productos Químicos Naturales (Proquina) con 17 productos representa el 7.8%; Química Esteroidal (Quiesa) con 12 agentes químicos el 5.5%; Beneficiadora e Industrializadora (Beisa) representa el 3.7% con 8 productos y Steromex produce 5 agentes químicos con el 2.3%. En total estas empresas controlan el 34.5% de la producción de farmacoquímicos en el país y la rama de esteroides intermedios. Llama la atención que la empresa Searle se encuentra ausente como productora de esteroides intermedios. Otro dato interesante es que Syntex que es la empresa que presenta el mayor número de esteroides intermedios en el catálogo, en un reporte anual a la Canacintraseñala que produce 62 derivados de la harina de barbasco y que son para exportación, dato que difiere del presentado en el caté

logo; de estos 45 son diferentes combinaciones de progesterona, estradiol y testosterona, y los 17 restantes son: hidrocortisona, prednisolona, cloruro de metilmagnesio y un producto denominado Doto, el reporte no menciona los volúmenes de exportación ni los países destinatarios.

El control que las ET ejercen en la producción de esteroides se extiende aún más por el hecho de que trabajan en el país a través de varias subsidiarias, diversificando su producción; así la empresa Steromex que tiene el 100% de capital de Ciba Geigy de Suiza produce principalmente "...corticoides, antirreumáticos y antiinflamatorios (...) envía 21-triol-20-Ona a Gist Prades en Holanda para su fermentación. México carece de plantas de este tipo para convertir microbiológicamente el Iriac en hidrocortisona".(31) En la producción de corticoides, antirreumáticos, hormonas sexuales, anticonceptivos y fabricación de esteroides intermedios intervienen las siguientes empresas: Syntex; Schering USA a través de Scheramex y Beisa; Schering A.G. de Alemania a través de Schering Mexicana y Proquina; del grupo Akzo dependen Organon Mexicana y Quiesa (de capital holandés).

Los datos que a continuación se presentan son del año de -

(31) Proquivemex, Industria, p.13.

1984. El primer dato notorio, se refiere al precio al que las ET farmacéuticas productoras de esteroides a nivel intermedio exportan e importan un kg. de esteroides. En ambos rubros se presenta una gran variación en este aspecto.

a). Exportaciones.

La empresa Proquina (véase cuadro No. 1), una de las dos subsidiarias de Schering Alemana, es la empresa que exportó el mayor volumen de toneladas de esteroides en el año de 1984 con un total de 33 096 kg., al precio más bajo para éste producto que fue de 139.45 dólares por kg.; la segunda subsidiaria de Schering Alemana, Schering Mexicana exportó 25 895 toneladas a un precio de 143 dólares; en conjunto las dos empresas exportaron 58 991 ton. representando respectivamente el 47.9% de las exportaciones concentrando el 85.4% del total. El 14.6% de las exportaciones se reparte entre las siguientes empresas: Syntex de México con el 5.7% de las exportaciones a un valor de 424.72 dólares por kg.; Quiesa con el 3.5% a un precio de 166.70 dólares por kg.; Beisa de Schering USA con el 2.8% a un precio de 409.07 dólares; Steromex representa el 2.4% a un precio de 373.72 dólares y finalmente la empresa Glaxo de México que no es miembro de la AFE exportó 17 kg. a un precio de 6 321.00 dólares por kg. de

CUADRO No. 1
 EXPORTACIONES POR EMPRESAS 1984

EMPRESA	PAIS DE ORIGEN*	KG. MILES	% DE EXPORTACIONES	VALOR DLS. KG.	VALOR TOTAL DLS.
BENEFICIADORA E INDUSTRIALIZADORA.	E.E.U.U.	1,942	2.6	409.07	794,433
GLAXO DE MEXICO.	GRAN BRETAÑA	17	.02	6,321.58	107,855
LABORATORIOS PROMECO.	ARGENTINA	500	.6	774.78	387,392
PRODUCTOS QUIMICOS NATURALES.	ALEMANIA	33,096	45.7	139.45	4,615,474
QUIMICA ESTEROIDAL	HOLANDA	2,432	3.3	166.76	405,569
SCHERING MEXICANA.	ALEMANIA	25,895	35.7	147.35	3,815,857
SEARLE.	E.E.U.U.	8	.01	731.50	5,852
STEROMEX.	SUIZA	1,673	2.3	373.72	611,855
SYNTEX.	E.E.U.U.	3,981	5.4	424.72	1,690,847
OTRAS EMPRESAS		2,842	3.9	578.18	506,414
T O T A L		72,386	99.5		12,941,760

FUENTE: Elaborado con base en la tabla No. 14, Exportaciones por empresas 1980-1984.

Dirección técnica de Proquimex.

*Mauricio de Marfa y Campos. "La Industria Farmacéutica en México". Comercio Exterior Vol.27, No. 8, Agosto 1977, p. 889.

Valor del dólar controlado en 1984 fue de 173.92 pesos.

esteroides. La diferencia entre el precio más alto y el más bajo es de 6 182.13 dólares por kg. exportado.

Así la empresa Schering A.G. de Alemania controla a través de sus dos subsidiarias la producción de esteroides a nivel intermedio y son a la vez las empresas con el volumen más alto de exportación en el año de 1984.

b). Importaciones.

El número de empresas importadoras de esteroides se amplía a 11 (véase cuadro No. 2), de las cuales, las ET miembros de la AFE son las que importaron los volúmenes más altos de esteroides procesados: Schering USA a través de Scheramex importó el 20.8% de las compras al exterior y Beisa el 4.8% representando ambas el 25.6% de las importaciones totales de esteroides. El segundo lugar lo ocupó Schering de Alemania que a través de sus subsidiarias importó el 18.6% del total, Schering Mexicana representa el 16.7% y Proquina el 1.9%. Syntex el 18.5%; Ciba Geigy el 17.7%, Upjohn de capital holandés el 15.7% y Quiesa el 2.4%.

El primer hecho importante que se observa, es que, las empresas que mayores volúmenes importaron son las que se pueden catalogar como productoras de fármacos: Scheramex, Schering Mexica

CUADRO No. 2
IMPORTACIONES POR EMPRESAS 1984

EMPRESA	PAIS DE ORIGEN*	KG. MILES	% DE IMPORTACIONES	VALOR DLS.KG.	VALOR TOTAL DLS.
BENEFICIADORA E IMPORTADORA.	E.E.U.U.	89	4.8	4,626.61	411,769
CIGA GEIGY.	SUIZA	323	17.7	188.04	60,738
GLAXO DE MEXICO.	GRAN BRETAÑA	2	0.0	64,282.50	128,565
ORGANON DE MEXICO.	HOLANDA	.150	0.0	16,886.66	2,533
PRODUCTOS QUIMICOS NATURALES.	ALEMANIA	35	1.9	447.94	15,678
QUIMICA ESTEROIDAL.	HOLANDA	44	2.4	2,047.34	90,083
SCHERAMEX.	E.E.U.U.	380	20.8	609.49	231,607
SCHERING MEXICANA.	ALEMANIA	305	16.7	11,192.78	3,566,300
SYNTEX.	E.E.U.U.	338	18.5	1,319.96	446,149
UPJOHN.	E.E.U.U.	287	15.7	3,398.22	975,292
WYETH VALES.	E.E.U.U.	23	0.0	1,535.34	35,313
T O T A L		1,826.15	98.5		6,567,832

FUENTE: Elaborado con base en la tabla No. 19 Importaciones por empresa 1980-1984

Dirección técnica de Proquivemex.

*Mauricio de María Campos. "La industria Farmacéutica en México" Comercio Exterior
Vol.27, No. 8, Agosto 1977, p. 889.

Valor del dólar controlado en 1984 fue de 173.92 pesos.

na, Syntex, Ciba Geigy y Upjohn, en cambio las productoras de esteroides intermedios Beisa, Proquina y Quiesa redujeron sus compras al exterior.

Otro dato importante que se observa, es que, el 91% de estas empresas redujeron considerablemente el volumen de esteroides importados en comparación con los kg. exportados, al mismo tiempo que su valor también se eleva, lo que representa una transferencia de ganancias de la sucursal a la casa matriz de las ET que operan en el país. Se observa una gran variación en cuanto al precio al que las ET adquieren un kg. de esteroides, el precio más bajo lo pagó Ciba Geigy a 188.04 dólares y la empresa Glaxo de México el más alto a 64 282.00 dólares por kg. presentando una diferencia de \$ 64 094.00 dólares, durante el mismo año de 1984.

A pesar de que el valor total en dólares de las exportaciones supera el valor global de las importaciones en el año de 1984, se presenta que gran diferencia en cuanto al volumen de kg. exportados e importados ya que se exportaron 69 044 toneladas y sólo se importaron 1,826.15 toneladas de esteroides o productos terminados a un precio muy elevado, lo que denota que el proceso final de los esteroides que se realiza en el extranjero-

por la casa matriz (como en el caso de la fermentación del Triac para obtener hidrocortisona) es una medida más que las ET utilizan para transferir capital a la casa matriz, elevar el precio de los medicamentos y al mismo tiempo continuar con el control de marcas y patentes en el ramo de los esteroides.

En cuanto a los países a los que se destinan las exportaciones por empresas tenemos los siguientes datos para el año de 1981: "Beisa exportó a Puerto Rico el 61% de su producción y a Estados Unidos el 39%, Syntex a Estados Unidos el 30.1%, a Bélgica el 28.6%, Bahamas el 13.4% y a Brasil el 11.6%; Quiesa exportó el 94.9% de su producción a Holanda; Steromex envió a Holanda el 34% de los esteroides, a Suiza el 29%, a Alemania el 15% y a Dinamarca el 12%. Proquina exportó a Alemania Occidental el 99% de su producción. (32) La empresa Syntex importa estrona y otros productos principalmente de los Estados Unidos: 37 730 kg. los cuales representan el 77.8% de las importaciones de USA, el 10.1% de las compras se realizaron con empresas de Italia, el 7.2% de Bahamas y el 4.6% de los esteroides se importaron de Panamá. (33) Como se puede observar tanto las importaciones como

(32) Porcentajes elaborado con base en, Proquivemex y la industria, pp. 20-21.

(33) Porcentajes elaborado con base en, Proquivemex, Perfil económico del barbasco, 1985, p.57.

las exportaciones de la empresa Syntex durante el año de 1984 - se dirigen principalmente a los Estados Unidos en donde se encuentra la casa matriz de esta empresa.

De los 62 agentes químicos que reporta la empresa Syntex - que produce y exporta, hay dos que son etinilestradiol puro y etinilestradiol micro 20 que son parecidos al etinilestradiol 50 que combinado con la noretindrona se utiliza en la fabricación del anticonceptivo que vende actualmente al sector salud, como ta les no se encuentran entre los agentes químicos que la empresa ex porta por lo que se puede suponer; primero que, sean dos productos que los transforme aquí por lo cual su dosis es mayor que el anticonceptivo que la empresa Schering Mexicana vende al sector salud con los mismos agentes y en menor dosis y segundo, que, am bos agentes químicos sean importados. En la empresa negaron - otro tipo de información que no sea la médica referente a la indicación de los anticonceptivos.

Como las ET farmacéuticas negaron la información referente a la producción de los anticonceptivos, su valor y la distribución al sector salud y del privado, sólo se presentan algunos da tos de la empresa Wyeth-Vales S.A., proporcionada por un repre sentante médico.

En el mercado farmacéutico mexicano de acuerdo a las principales clases terapéuticas, por los valores que representan en ventas, los anticonceptivos ocupan el 15avo lugar representando el 1.4% de las ventas del mercado ético (empresas que no alteran los medicamentos y tienen registradas las patentes y marcas de los productos) con un valor global de "\$2 066 10000 pesos durante el año de junio de 1984 a mayo de 1985" (34). Este valor se debe de tomar con reservas ya que son valores de las ventas de varias empresas y como se presenta a continuación la empresa Wyeth-Vales reporta en el mismo año valores de ventas tan sólo de anticonceptivos muy superiores a las reportadas en la Investigación de Mercadeo Social. En el mismo documento, el mayor porcentaje de ventas lo representan las penicilinas de amplio espectro con el 5.8%, le siguen los analgésicos y las fórmulas maternizadas, estos datos son interesantes ya que demuestran que los antibióticos tienen una demanda muy alta correspondiendo a la presencia de infecciones en la población del país.

La empresa Wyeth-Vales S.A., es subsidiaria de American Home Products USA y produce cuatro anticonceptivos que distribuye con los nombres comerciales de: Nordet, Trinodiol, Ovral y Nor--

(34) Investigación de mercadeo social, junio 1984-mayo 1985, tabla proporcionada por un representante médico de la empresa Wyeth-Vales.

diol, los cuales sólo destina al comercio en las farmacias. Vendió en el año de 1984 la cantidad de 1 166 840 unidades con un valor de \$ 61 355 735.00 pesos y el precio por unidad fue de: - Nordet \$ 52.06 pesos, Trinodiol \$ 71.67 pesos, Ovral \$ 45.89 pesos, Nordiol \$ 51.96 pesos, representando el 5.5% de las ventas - la producción de anticonceptivos. Para el año de 1985 se incrementaron tanto la producción de unidades como las utilidades, - vendió 1 187 060 unidades, con un valor de \$ 74 653 189.00 pesos representando el 15.3% de las ventas globales de la empresa, el anticonceptivo Ovral bajo de precio a \$ 25.82 y el Nordiol se - elevó a \$ 172.61 pesos. Esta empresa obtiene sus mayores ganancias de la venta de las leches SMA y S-26 (35). Es notorio que - en el lapso de un año el porcentaje de la participación de los - anticonceptivos en las ventas globales de la empresa se elevará del 5.5% al 15.3%, lo que señala una mayor demanda de estos productos a nivel comercial y que no los venda al sector salud.

Las ET farmacéuticas Syntex, Searle y Scheramex de los Estados Unidos; Schering A.G. de Alemania, Organon de Holanda y - Ciba de Suiza, a través de sus subsidiarias en el país, dominan la producción de esteroides intermedios que son la materia prima

(35) Datos elaborados con base en el Informe Anual de la Empresa Wyeth-Vales, 1985.

clave para la producción de medicamentos de amplia demanda como los corticoides y los anticonceptivos hormonales. Estas empresas controlan la producción y comercialización de hormonas y sus derivados desde la década de los años treinta. Se establecen en México cuando se descubre el barbasco como fuente y precursor de los esteroides sintéticos.

El establecimiento de las subsidiarias de las ET en México, sólo ha acentuado el grado de dependencia que el país tiene frente a estas empresas, ya que durante 25 años compraron el barbasco a los campesinos al precio fijado por ellas. Con la creación de Proquivemex, el Estado tomó algunas medidas para reglamentar el precio de la materia prima, organizando al mismo tiempo a los campesinos en la Unión Nacional de Productores de Barbasco, fijando la cantidad del barbasco que se puede vender y otorgando el financiamiento de la zafra.

De acuerdo al programa de control natal que se legitimó en 1974, el Estado incluyó años más tarde la creación de otras dos divisiones de Proquivemex: la agroindustrial con la finalidad de transformar la harina de barbasco en derivados avanzados, y la farmacéutica con el fin de producir los anticonceptivos que se utilizarían en el programa de control natal. Estos dos proyec--

tos no cumplieron su meta, ya que Daisa por problemas administrativos y de tecnología, dejó de trabajar en el año de 1985, además de que los esteroides que producía eran poco elaborados; la división farmacéutica, a pesar de que fabricó dos anticonceptivos hormonales no se distribuyeron en el sector salud. Los que actualmente distribuye este sector se compran en el sector privado.

En cuanto a un aspecto muy importante en la investigación y del cual no se obtuvo información en las ET farmacéuticas, como es la distribución de anticonceptivos por estas empresas al sector privado y al sector salud, para poder determinar en alguna medida cual mercado es más rentable, queda como proyecto para futuras investigaciones. Lo que sí se puede determinar en algún grado es la participación del área médica en la prescripción de anticonceptivos, tanto en la población derecho-habiente de una institución del sector salud como en el sector privado, ya que como se verá más adelante, los médicos están muy influenciados por las ET farmacéuticas mediante la propaganda que distribuyen sobre los medicamentos que fabrican, para que se realice una recomendación y una prescripción médica. Asimismo, se encuentran influenciados por la ideología neomalthusiana de la explosión de

mográfica, que los guía en su función de agentes directos de la aplicación del programa de control natal que se lleva a cabo en el país.

CAPITULO IV

INCORPORACION DE UNA DOCTRINA SOCIAL

4.1. Informe del estudio de caso en una institución del sector salud.

El interés de elegir como universo de estudio a un sector del área médica, y en especial a los médicos y enfermeras del servicio de gineco-obstetricia, se debió a una reflexión producto de una experiencia particular en mi trabajo como enfermera en la unidad de tococirugía de un hospital del sector salud. Frecuentemente se presenta la siguiente situación: algunos médicos de todas las categorías: gineco-obstetras, residentes de la especialidad, médicos internos de pregrado y enfermeras, dan información a las pacientes sobre los métodos anticonceptivos que se ofrecen en el servicio, como son: dispositivos intrauterinos y la esterilización femenina llamada salpingoclasia u oclusión tubaria bilateral. En una ocasión, al preguntar a un médico interno la razón por la cual presionaba a una paciente para que aceptara uno de éstos métodos contestó: "es que si la señora tiene más hijos, éstos van a competir con mi hijo por un lugar en la escuela, más tarde por un empleo y una casa". Además, en el mismo servicio, una proporción minoritaria de médicos gineco-obstetras se niegan rotundamente a realizar una salpingoclasia y no dan información sobre métodos anticonceptivos. Así, se presentaban dos vertientes en el mismo servicio; una que cree que existe la explosión demográfica y que el único medio para evitarla es reducir la natalidad, y otra que está en contra de la utiliza-

ción de los métodos anticonceptivos.

Debido a estas diferencias en el mismo sector, y dada la importancia de su papel, nos parece interesante presentar cómo se ha percibido e incorporado en un sector del área médica la política de control natal, y lo que de ella transmiten a las pacientes, para llegar a establecer cambios en su conducta reproductiva.

La relevancia de la investigación, reside en que puede servir de base para estudios posteriores, en donde se amplíen los items del cuestionario aplicado en la muestra. Otro punto importante consiste en que la investigación se llevó a cabo entre un sector del área médica que constituye un grupo homogéneo en cuanto a su formación básica, pero con diferentes grados de especialidad, en la cual se pueden comparar sus puntos de vista respecto a un mismo problema: el control natal.

También nos parece importante el trabajo, debido a que la mayoría de las investigaciones institucionales se dirigen a estudiar al grupo en el cual recaen las acciones directas de los programas de control natal: la familia y en especial el sexo femenino en cuanto a la utilización de los diferentes métodos anticon-

ceptivos y no al grupo encargado de dirigir la conducta reproductiva de la población derecho-habiente en una institución del sector salud.

La información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario al personal médico y de enfermería, del servicio de gineco-obstetricia de un Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el mes de octubre de 1986. La unidad otorga atención de segundo nivel y cuenta con las siguientes especialidades: pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía.

Se tomó como universo, sólo al personal del servicio de gineco-obstetricia, debido a que es uno de los más representativos de la aplicación directa del programa de control natal dentro de las instituciones del sector salud.

Las preguntas que se incluyeron en el cuestionario son las siguientes:

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo.
- 3.- Religión.
- 4.- Número de miembros que forman su familia.

- 5.- Escolaridad de los padres y su ocupación.
- 6.- Estado civil.
- 7.- Número de hijos.
- 8.- Universidad de egreso.
- 9.- ¿Cuáles considera que sean los tres problemas más importantes en el país?
- 10.- ¿Qué es la paternidad responsable?
- 11.- ¿Qué es la planificación familiar?
- 12.- ¿Qué es una política de población y cuáles son las variables demográficas que determinan el tamaño de una población?
- 13.- Considera usted que la planificación familiar es necesaria en el país y ¿por qué?
- 14.- ¿Cuál considera que sea el número ideal de hijos por pareja?
- 15.- ¿Qué método anticonceptivo recomienda preferentemente en el IMSS?
- 16.- ¿Qué método anticonceptivo recomienda en la consulta privada?

Las preguntas se reunieron en tres bloques, en el primero se incluyeron los datos básicos como son: edad, sexo, religión,-

estado civil y número de hijos sobrevivientes que tienen los entrevistados, así como la escolaridad de los padres, su ocupación y número de hijos sobrevivientes, para poder estimar si hay cambios respecto a la descendencia entre las dos generaciones.

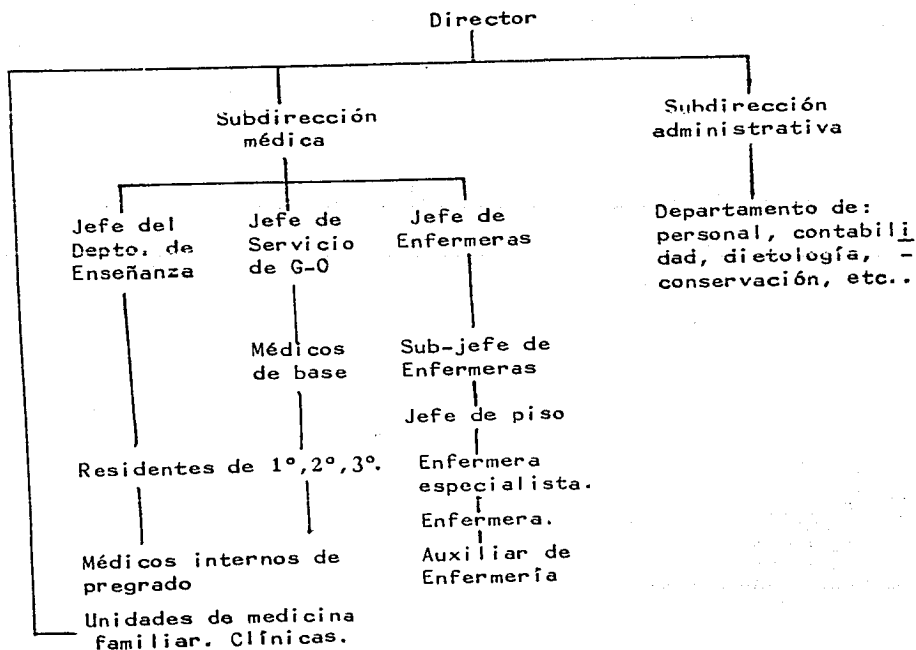
El segundo bloque lo constituyen las preguntas dirigidas a obtener información sobre la universidad de egreso y determinar en alguna medida su conocimiento sobre el programa de control na tal a nivel nacional y el lugar que éste ocupa en la problemática general del país, y cómo definen los conceptos paternidad res ponsable, planificación familiar y política de población.

Mediante las preguntas del tercer bloque, se trata de cono cer el tipo de práctica médica y la recomendación de un método - anticonceptivo específico para las pacientes del IMSS, que constituyen básicamente la fuerza de trabajo industrial, y también - si utilizan otro criterio para recomendar los mismos métodos anticonceptivos a las pacientes de la consulta privada que corresponden a otro estrato social.

En el servicio de gineco-obstetricia se da atención a pa- cientes de parto, se realizan cesáreas y legrados; los métodos - anticonceptivos más utilizados son: aplicación de dispositivos -

intrauterinos post-parto y post-legrado, además de realizar la operación quirúrgica salpingoclasia, que es el método de esterilización femenina también post-parto y post-legrado, además de las de intervalo, pacientes que son enviadas de sus clínicas en el momento que ellas desean operarse.

Las líneas de jerarquía se presentan en el siguiente organograma:



El universo corresponde a un total de 36 personas, de las cuales 5 son médicos gineco-obstetras, 3 médicos anestesiólogos, 5 residentes del primer año de la especialidad de gineco-obstetricia, 14 médicos internos de pregrado, que realizan su año de internado previo al servicio social y a titularse, y 9 enfermeras tituladas. El personal total del servicio de tococirugía del turno matutino es de 52 personas, de las cuales se entrevistó a 36 correspondiendo al 69.2% del personal; la composición de las personas que rehusaron colaborar con la investigación es la siguiente: médicos gineco-obstetras de base 9.6%, residentes de gineco-obstetricia 5.7%, internos de pregrado 3.8%, enfermeras 5.7%, personal ausente por disfrutar de vacaciones 5.7% (gineco-obstetras y enfermeras).

En el análisis de la información proporcionada por los miembros de la muestra, se presentan los siguientes datos: la edad promedio de los gineco-obstetras es de 30 años, la de los anestesiólogos de 46 años, residentes de gineco-obstetricia 28 años, internos de pregrado 23 años y de las enfermeras de 33 años.

La participación por sexos en el área médica (véase cuadro No. 1) es la siguiente: se presenta un alto porcentaje de participación masculina, representando el 70.4%, en tanto que la par-

participación femenina se reduce al 29.6%, notándose además una - homogeneidad en toda la jerarquía médica, en cambio la participación femenina en la carrera de enfermería es del 100%.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION DE LA CATEGORIA MEDICA
POR SEXOS

%			
CATEGORIA MEDICA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
GINECO-OBSTETRAS.	15.8	11.8	(5) 13.9
ANESTESIOLOGOS.	10.6	5.8	(3) 8.4
RESIDENTES G-O	15.8	11.8	(5) 13.9
INTERNOS	57.8	17.7	(14) 38.8
ENFERMERAS		52.9	(9) 25.0
SUMA %	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
BASE DE PORCENTAJE	(19)	(17)	(36)
% DE LA SUMA	52.7	47.2	99.9

Análisis de la información.

De la escolaridad de los padres de los entrevistados se - obtuvo la siguiente información: (véase cuadro No. 2): por grado

máximo de estudios, el 6.8% estudió la primaria incompleta, llegando sólo hasta el tercer grado; el 30.4% estudió la primaria completa; el 12.4% estudio la secundaria; comercio el 2.7%; carreras técnicas el 8.2%; maestros de primaria el 5.4%; carreras universitarias el 17.9% y el 15.2% no contestó. En este último porcentaje se encuentran los padres que fueron reportados como finados sin mencionar los estudios cursados.

Comparando el nivel de escolaridad por sexos, se nota que a nivel elemental (primaria), se presenta un porcentaje mínimo de diferencia entre el sexo masculino y femenino ocupando respectivamente el 13.8% y el 16.6%, en tanto que a nivel medio (estudios de secundaria, comercio y carreras técnicas) las mujeres alcanzaron un mayor grado de escolaridad representando el 20.8% y los hombres el 8.1%; en cambio a nivel licenciatura se presenta una mayor participación masculina representando el 13.8% de la muestra y las mujeres el 4.1%. Como datos interesantes tenemos que no se reportaron personas analfabetas, ni estudios de preparatoria como último grado de estudios y post-gradó en ninguna categoría.

Tomando un conjunto y por categorías tenemos que el porcentaje más alto de los que sólo cursaron primaria lo ocupan los pa

CUADRO No. 2
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES SEGUN LA CATEGORIA MEDICA
 %

CATEGORIA MEDICA	PRIMARIA INCOMPLETA		PRIMARIA COMPLETA		SECUNDARIA		COMERCIO		TECNICA		NORMAL		PROFE-SIONAL		NO CONTESTO.		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
GINECO OBST.	25		10	16.6	33.3		100	50							16.7	20	13.8 (10)
ANESTESIOLOGOS.			10	8.4	33.3	33.3											8.3 (6)
RESIDENTES G-O			10	8.4					50		40	66.7	16.7				13.8 (10)
INTERNOS	75	100	30	41.6	33.3	50		50	25		66.7	40		33.3	40		38.8 (28)
ENFERMERAS			40	25		16.7			25	100	33.3	20	33.3	33.3	40		25 (18)
SUMA %	100	100	100	100	99.9	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	99.7
BASE DE PORCENTAJE	(4)	(1)	(10)	(12)	(3)	(6)		(2)	(2)	(4)	(1)	(3)	(10)	(3)	(6)	(5)	(72)
% DE LA SUMA	5.5	1.3	13.8	16.6	4.1	8.3		2.7	2.7	5.5	1.3	4.1	13.8	4.1	8.3	6.9	99

dres de los médicos internos de pregrado (véase cuadro No. 3) - con el 16.6%, le siguen los padres de las enfermeras representando el 9.7%, médicos gineco-obstetras 5.5% y con igual porcentaje de 2.7% los padres de los anestesiólogos y residentes de gineco-obstetricia. En la educación a nivel medio también los padres de los internos representan el mayor porcentaje con el 13.1%, le siguen los padres de los médicos gineco-obstetras y las enfermeras con el 6.5% respectivamente, los de los anestesiólogos con el 4.9% y los residentes con el 3.2%, en cambio a nivel profesional los padres de los residentes ocupan el primer lugar con el 9.8%, los padres de los internos el 6.5% y los padres de las enfermeras representan el 4.9%, notándose a éste nivel que los padres de los gineco-obstetras y anestesiólogos no cursaron estudios a nivel licenciatura.

CUADRO No. 3
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES POR CATEGORIA MEDICA

Categoría médica	Primaria.	Secundaria.	Técnica.	Comercio.	Normal	Prof.	No con testó.	Total
Gineco-obstetras.	5.5	1.3	1.3	2.7			2.7	
Anestesiólogos.	2.7	4.1					1.3	
Residentes.	2.7		1.3			9.7		
Internos.	16.6	5.5	2.7		2.7	5.5	5.5	
Enfermeras.	9.7	2.7			2.7	1.3	8.3	
Suma %	37.2	13.6	5.2	2.7	5.4	16.5	17.8	98.4

Así tenemos que por generaciones, en la primera, que corresponde a la de los padres, sólo el 1% cursó estudios o nivel licenciatura, y en la segunda, que corresponde a la de los entrevistados, el porcentaje de estos mismos estudios se eleva a un 52.6%, de éstos está cursando una especialidad el 13.8% y los que ya la cursaron representan el 22.2%, superando así en un 70% el nivel de estudios de sus padres.

En cuanto a la ocupación principal de los padres por sexos, se obtuvo la siguiente información (véase cuadro No. 4): ocupación masculina, profesionales 13.8%, técnicos y personal especializado 5.5%, trabajadores de la enseñanza 2.7%, oficinistas y trabajadores administrativos de nivel medio e inferior 13.8%, comerciantes y agentes de ventas 13.8%, propietarios del sector privado (contratistas) 5.5%, obreros 2.7%, operadores de equipo de transporte (chofer) 2.7%, trabajadores de las fuerzas armadas 2.7%, representando el 63.3% de la población masculina económicamente activa; el 36.7% restante fue reportado de la siguiente forma: jubilados sin mencionar ocupación el 2.7%, fallecidos también sin mencionar ocupación el 11.1% y el 22.2% no contestó. La actividad productiva del sexo femenino es la siguiente (véase cuadro No. 5): técnica 2.7%, trabajadores de la enseñanza 2.7%,

CUADRO No. 4
 OCUPACION PRINCIPAL DE LOS PADRES SEGUN LA CATEGORIA MEDICA
 %

CATEGORIA MEDICA	PROFESIONISTAS.	TECNICOS.	TRAB. DE LA ENSEÑANZA.	EMPLEADOS.	COMERCIANTES.	OBRE-ROS.	CHOFER	TRAB.FZAS. ARMADAS.	CONTRATISTAS.	JUB.	FALL.	NO CONTESTO.	TOTAL
GINECO-ORST.		50		20						100		25	13.8 (5)
ANESTESIOLOGOS.					20								8.3 (5)
RESIDENTES G-O	40						100				50	25	13.8 (5)
INTERNOS	60	50		40	60	100			50		50		38.8 (14)
ENFERMERAS			100	40	20			100	50				37.5 (9)
SUMA %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99.7
BASE DE PORCENTAJE	(5)	(2)	(1)	(5)	(5)	(1)	(1)	(1)	(2)	(1)	(4)	(8)	(36)
% DE LA SUMA.	13.8	5.5	2.7	13.8	13.8	2.7	2.7	2.7	5.5	2.7	11.1	22.2	99.2

CUADRO No. 5
 OCUPACION PRINCIPAL DE LAS MADRES SEGUN LA CATEGORIA MEDICA
 %

CATEGORIA MEDICA	PROFESIONAL.	TÉCNICOS	TRABAJADORES DE LA ENSEÑANZA.	OFICINISTAS	VENEDORES	HOGAR	JUB.	FALL.	NO CON TESTO.	TOTAL
GINECO-OBSTETRAS.			50			11.			28.6	13.8 (5)
ANESTESIOLOGOS.						11.1			14.3	8.3 (3)
RESIDENTES G-0						11.1	50		14.3	13.8 (5)
INTERNOS		100		50	100	38.8	100	50		38.8 (14)
ENFERMERAS			100			27.7			42.8	25 (9)
S U M A %		100	100	100		99.8	100	100	100	99.7
BASE DE PORCENTAJE		(1)	(1)	(2)	(2)	(18)	(1)	(4)	(7)	(36)
% DE LA SUMA		2.7	2.7	5.5	5.5	50	2.7	11.1	19.4	99.6

oficinistas y trabajadores de nivel medio e inferior (secretarias) 5.5%, comerciantes 5.5%, hogar 50%, el 19.4% no contestó, el 11.1% fue reportado como fallecido sin mencionar ocupación, el total de los que no contestaron representa el 23.6%.

Comparando la población económicamente activa por sexos, tenemos que el 63.3% del sexo masculino se dedica a una actividad productiva remunerada, en tanto que sólo el 16.4% de las madres trabajan fuera del hogar; notándose además que a pesar de que el 4.1% de las madres realizaron estudios a nivel licenciatura, no se reportó como población económicamente activa a nivel profesional, en cambio llama la atención que el 13.8% del sexo masculino que efectuó estudios al mismo nivel, corresponde a la población económicamente activa a nivel profesional.

En cuanto al número de hijos sobrevivientes que tiene la familia de la cual provienen los entrevistados (véase cuadro No. 6), tenemos que el 19.4% tuvo dos hijos logrando sólo la reproducción; el 30.4% tuvo de 3 a 5 hijos, el 30.4% de 6 a 9 hijos y el 11.1% de 10 a 14 descendientes. Por categorías el 19.4% de los médicos procede de parejas que sólo tuvieron 2 hijos, el 27.3% de familias con descendencia de 3 a 5 hijos, y el 21.6% de 6 a 9 hijos, encontrándose como número máximo de éstos a nueve -

CUADRO No. 6
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES Y NUMERO DE HIJOS

No. HIJOS ESCOLARIDAD	%														TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
PRIMARIA			66.6	50	25		33.3	50	50	100				100	30.5 (11)
PRIM.+SECUNDARIA			33.3				33.3	50							8.3 (3)
PRIM.+COMERCIO	14.3														2.8 (1)
SECUNDARIA			16.6				50								5.5 (2)
SEC.+TECNICA	14.3														2.8 (1)
TECNICA								33.3							2.8 (1)
TEC.+COMERCIO			16.6												2.8 (1)
NORMAL						25									2.8 (1)
PROFESIONAL		28.5	33.3												8.3 (3)
PROF.+PRIM.			33.3												2.8 (1)
PROF.+SEC.					50	25									5.5 (2)
PROF.+TECNICA	14.3					25									5.5 (2)
PROF.+NORMAL	14.3														2.8 (1)
NO CONTESTO ESC.	14.3						50		50						8.3 (1)
NO CONTESTO															8.3 (1)
S U M A		100	99.9	99.8	100	100	100	99	100	100	100			100	99.8
BASE PORCENTAJE	(3)	(7)	(3)	(6)	(2)	(4)	(2)	(3)	(2)	(2)	(1)			(1)	(36)
% DE LA SUMA	8.3	19.4	8.3	16.6	5.5	11.1	5.5	8.3	5.5	5.5	2.8			2.8	99.6

descendientes. En cambio el 2.7% del personal de enfermería proviene de familias con tres descendientes, que a su vez representa el nivel mínimo de esta categoría; el 10.9% de familias tuvieron de 6 a 8 hijos y el 8.1% tuvo de 10 a 14 hijos sobrevivientes, representando 14 hijos el máximo de descendientes de la rama técnica y de las dos categorías (médicos y enfermeras). El 8.3% no contestó de cuantos miembros consta su familia de procedencia y no se reportaron familias con un sólo descendiente.

Por grado máximo de estudios y número de hijos de las parejas y sin relacionar escolaridad con el lugar de origen de los padres ya que se omitió involuntariamente esta pregunta en el cuestionario, se reportó que el 16.6% de las parejas en las que ambos miembros estudiaron sólo la primaria, tuvo de 4 a 6 descendientes y el 13.8% de 8 a 14 hijos. En las parejas en las que un miembro estudió la primaria y el otro secundaria, comercio o profesional el 8.2% tuvieron de 2 a 3 hijos, al 5.5% que estudian primaria y secundaria tuvieron entre 8 y 9 descendientes.

A nivel medio, los que estudiaron la secundaria y carreras técnicas que representan el 2.7% tuvieron 2 hijos y el 5.5% de 4 a 7 descendientes, el 5.4% que cursaron carreras técnicas tuvieron de cuatro a cinco hijos y el 2.7% de los maestros de prima--

ria tuvo 6 hijos.

De las parejas en las que un miembro o ambos estudiaron - carreras a nivel licenciatura y el otro estudió la primaria, normal o carreras técnicas representando el 16.4% tienen entre 2 y 3 hijos, y el 8.3% entre 5 y 6 hijos.

Tomando en cuenta sólo el grado máximo de estudios de las - madres, tenemos que el 36.1% cursó la primaria y de éste porcentaje el 19.4% tuvo de 3 a 6 hijos y el 16.6% de 8 a 14 descendientes. A nivel de educación media; el 2.7% de las madres que - estudiaron secundaria tuvo 2 hijos, el 8.3% de 3 a 5 hijos y el 5.5% de 6 a 8 descendientes, normalistas el 2.7% tuvieron dos hijos. y el 5.5% seis hijos. Profesionistas: el 2.7% dos hijos. -

No contestaron ni escolaridad ni número de hijos el 16.6%. Estos datos se deben tomar con las siguientes reservas, ya que por omisión no se incluyeron en el cuestionario preguntas referentes a la edad de la madre, mortalidad infantil, utilización de métodos anticonceptivos, ni limitantes por clase social o lugar de - residencia para continuar sus estudios a un nivel más avanzado. Sin embargo, comparando sólo las parejas que estudiaron la primaria o licenciatura y el número de hijos, tenemos que el 8.3% de - profesionistas tuvieron de 2 a 3 hijos y el 30.4% de las parejas

que sólo estudiaron la primaria tienen entre 4 y 14 hijos, notándose así una correlación entre mayor grado de escolaridad con menor número de hijos y menor escolaridad con mayor número de descendientes.

Pasando al análisis de la información que proporcionaron los entrevistados, tenemos que la religión predominante es la católica (véase cuadro No. 7) representando el 86% de la muestra, la evangelista el 5.5%, la metodista el 2.7% y el 5.5% manifestó no participar en algún culto. Por sexos se observa un porcentaje ligeramente más elevado de la religión católica 44.4% entre los hombres y 41.6% de las mujeres. Comparando con las otras religiones que representan una minoría, el 2.7% del sexo masculino es de la religión metodista y el 5.5% es ateo, en cambio todas las mujeres participan en algún culto y 5.5% son de la religión evangelista.

CUADRO No. 7
RELIGION POR SEXOS Y CATEGORIA MEDICA

CATEGORIA MEDICA	CATOLICA		EVANGELICA		METODISTA		NINGUNA		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
GINECO- OBSTETRAS.	18.8	13.3							13.9 (5)
ANESTESIO LOGOS.	12.5	6.7							8.4 (3)
RESIDENTES G-0	6.2	6.7		50	100		50		13.9 (5)
INTERNOS	62.5	20.0					50		38.8 (14)
ENFERMERAS		53.3		50					25.0 (9)
SUMA %	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>		<u>100</u>	<u>100</u>		<u>100</u>		<u>100.0</u>
BASE DE PORCENTAJE	(16)	(15)		(2)	(1)		(2)		(36)
% DE LA SUMA	44.4	41.6		5.5	2.7		5.5		99.9

A pesar de que la religión católica sólo permite la utilización de los métodos anticonceptivos naturales (Ogino-Knaus, -Billing, lactancia), el 94.6% de los médicos y enfermeras recomendaron la utilización de métodos anticonceptivos artificiales y sólo el 5.4% recomendó la combinación de los métodos naturales y

artificiales.

El estado civil se presentó de la siguiente forma (véase cuadro No. 8); casados el 41.5%, solteros el 52.6% y 5.5% como separados. El 41.1% de los casados y separados reportó sólo un hijo, el 29.4% dos hijos, el 17.5% de tres a cinco hijos y el 11.7% no tiene descendencia aún.

CUADRO No. 8
ESTADO CIVIL POR CATEGORIA MEDICA Y SEXOS
%

CATEGORIA MEDICA	SOLTEROS		CASADOS		SEPARADOS		TOTAL
	H	M	H	M	H.	M	
GINECO-OBSTETRAS	7.1		40	20			13.9 (5)
ANESTESIOLOGOS.			40	10			8.4 (3)
RESIDENTES G-0	21.5			10		50	13.9 (5)
INTERNOS	71.4	60	20	60			38.8 (14)
ENFERMERAS		40				50	25.0 (9)
SUMA %	100.0	100	100	100	100	100	100.0
BASE DE PORCENTAJE	(14)	(5)	(5)	(10)	(2)		(36)
% DE LA SUMA	38.8	13.8	13.8	27.7	5.5		99.9

Comparando la fecundidad entre la generación de sus padres y los entrevistados (véase cuadro No. 9) se obtuvo la siguiente información: los padres tuvieron un promedio de 5 hijos por pareja, en cambio el personal entrevistado tiene un promedio de 1.8 hijos por pareja, notándose que hasta el momento se presenta una reducción de 3.2 hijos entre ambas generaciones. No se puede establecer en este apartado la correlación con la utilización de métodos anticonceptivos por los entrevistados, ya que se presentó en las primeras entrevistas un rechazo a contestar esta pregunta, por lo cual se omitió deliberadamente en el cuestionario final.

A la pregunta ¿cuál considera que sea el número ideal de hijos por pareja actualmente?. Las respuestas fueron las siguientes (véase cuadro No. 10); el 19.4% de los entrevistados contestó que es una decisión que la pareja debe tomar, pero condicionado a sus ingresos económicos, que les permitan proporcionarles educación y bienes como casa, vestido, alimentación, etc.; el 5.5% que un descendiente es el ideal; el 8.2% mostró una indecisión entre uno y dos hijos; el 41.6% dos hijos; indecisión entre dos y tres descendientes el 16.6% y el 8.2% que tres hijos es el número ideal por pareja. Es notorio el hecho de que el número máximo considerado como ideal sea el de tres hijos y que el nivel

CUADRO No. 9
 NUMERO DE HIJOS POR CATEGORIA MEDICA Y SEXO
 %

CATEGORIA MEDICA	0		1		2		3		4		5		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
GINECO-OBST.	50		100	33.3									23.6 (4)
ANESTESIOLOGOS						20	100			100			17.7 (3)
RESIDENTES G-O				33.3									11.7 (2)
INTERNOS	50												5.8 (1)
ENFERMERAS				33.3		80						100	41.2 (7)
SUMA %	<u>100</u>		<u>100</u>	<u>99.9</u>		<u>100</u>	<u>100</u>			<u>100</u>		<u>100</u>	<u>100</u>
BASE DE PORCEN TAJE.	(2)		(1)	(6)		(5)	(1)			(1)		(1)	(17)
% DE LA SUMA	11.7		5.8	35.2		29.9	5.8			5.8		5.8	100

CUADRO No. 10
 NUMERO IDEAL DE HIJOS POR CATEGORIA MEDICA Y SEXOS
 %

CATEGORIA MEDICA	DECISION POR PAREJA		1		1-2*		2		2-3*		3		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
GINECO-OBSTETRAS	20		100				22.2		25				(5)13.9
ANESTESIOLOGOS.	20						16.7	11.1		50			(3) 8.4
RESIDENTES G-C	20						33.3		25				(5)13.9
INTERNOS	40	50		100	100		50	11.1	50		100		(14)38.8
ENFERMERAS		50				100		55.6		50		100	(9)25
SUMA %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
BASE DE PORCENTAJE	(5)	(2)	(1)	(1)	(2)	(1)	(6)	(9)	(4)	(2)	(2)	(1)	(36)
% DE LA SUMA	13.8	5.5	2.7	2.7	5.5	2.7	16.6	25	11.1	5.5	5.5	2.7	99.99

* INDECISION.

de reproducción 2.1 sea el considerado como el ideal en toda la jerarquía médica. Recordemos que el 70% de los casados y separados tiene de uno a dos hijos y el 17.6% de tres a cinco, y sumando porcentajes de los ideales obtenemos que el 80.3% considera que el ideal sería de uno a tres hijos, mientras que del 87.6% - el 70% ya tiene el nivel de reproducción y el 11.6% ya lo sobrepasa con dos unidades y aún no termina su ciclo reproductivo.

Segundo bloque.

Universidad de egreso: el 77.7% de la muestra es egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el 11.1% estudió en escuelas incorporadas a la UNAM, este porcentaje corresponde a enfermeras que estudiaron en las escuelas de la Cruz Roja y del IMSS, el 2.7% de los extranjeros corresponde a un médico de Bolivia que realiza su especialidad de gineco-obstetricia y el 8.3% no contestó.

Para los miembros de la muestra del sexo masculino, los problemas más importantes que existen en el país son los siguientes (véase cuadro No. 11); el primer lugar lo ocupa la corrupción política y la falta de democracia, el segundo lugar la crisis económica manifestada en la inflación y la deuda externa, el

CUADRO No. 11
 PERCEPCION DE LA PROBLEMÁTICA DEL PAIS POR CATEGORIA
 MEDICA Y SEXO
 %

CATEGORIA MEDICA	CORRUPCION POLITICA		INFLACION Y DEUDA EXT.		FALTA DE EDUCACION		EXPLOSION DEMOGRAFICA		DIST. IRREG. POBLACION		DESEMPLEO		POBREZA		SALUD		CONTAMINA CION AMB.		RELIGION		HAMBRE		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
GINECO- OBST.	21.4		15.3	20	22.2	16.6			14.2														13.4 (14)	
ANESTE- SILOGOS.	21.4					16.6							50		100	25	100	16.7				100	8.6 (9)	
RESIDEN- TES G-O	14.3	40	30.8	10	11.1		14.3		28.7							25						100	14.4 (15)	
INTERNOS	42.9	20	53.9		66.7	16.6	85.7		14.2	100	100	100	100	50								100	37.5 (39)	
ENFERMERAS		40			70		50		42.9						100		50						25.9 (27)	
SUMA % BASE DE PORCENTAJE	100	100	100		100	100	99.8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99.8	
% DE LA SUMA	13.4	4.8	12.5		9.6	3.6	5.7	6.7	6.7	2.8	.9	4.8	5.7	1.9	.9	.9	3.8	.9	5.7	.9		.9	.9	99.

tercer lugar lo ocupa el analfabetismo, le sigue la explosión demográfica y el quinto lugar lo ocupa el desempleo. En cambio para el sexo femenino, la inflación y la deuda externa ocupan el primer lugar, en segundo lugar se encuentra la explosión demográfica, con el mismo porcentaje el 5.5% se encuentran en tercer lugar el analfabetismo, el desempleo y la contaminación del medio ambiente, el cuarto lugar lo ocupa la corrupción política y en quinto lugar los problemas de salud como son la desnutrición y el alcoholismo.

Como se observa, por sexos, existe una diferente proximidad a la problemática actual en el país, para el sexo femenino, la inflación y la deuda externa constituyen el principal problema, debido tal vez, a que, además de ser trabajadoras tienen que controlar los gastos de un hogar y por lo tanto, el problema económico sea el que más les preocupa; en cambio para el sexo masculino, la corrupción política es el principal problema seguido de la inflación y la deuda externa con una mínima diferencia de porcentaje, y en tercer lugar coloque el problema educacional como uno de los más importantes y también que sea presentado antes que la explosión demográfica; en cambio para el sexo femenino, la explosión demográfica es la que genera desempleo, analfabetis

mo, contaminación ambiental, pobreza y hambre.

Tomando en conjunto los principales problemas del país, tenemos que el problema económico (inflación y deuda externa) ocupan el primer lugar, le sigue la corrupción política y en tercer lugar el analfabetismo, la explosión demográfica el cuarto lugar. Sin embargo, a la pregunta de si consideraban que la planificación familiar es necesaria en el país, se obtuvieron las siguientes respuestas (véase cuadro No. 12); el 61.1% contestó que es necesaria debido a la sobrepoblación y como condición para el disfrute de recursos y servicios; el 30% sólo mencionó el término sobrepoblación; el 5.5% relacionó las altas tasas de natalidad con la distribución irregular de la población y el 2.7% no contestó; sumando porcentajes se encuentra que el 91.5% de los entrevistados considera que la planificación familiar es necesaria debido a la explosión demográfica.

Llama la atención que entre las respuestas se encontraron algunas con argumentos netamente neomalthusianos como las siguientes: "en los últimos años, la sobrepoblación es uno de los principales problema del país, generando falta de servicios". (1), "debido a que es necesario planificar los servicios que se brindan a-

(1) Médico interno de pregrado.

CUADRO No. 12
LA PLANIFICACION FAMILIAR ES NECESARIA A...SEGUN CATEGORIA
MEDICA Y SEXO

CATEGORIA MEDICA	%								TOTAL	
	EXPLOSION DEMOGRAFICA.		SOBREPOBLA CION.		DISTRIBUCION IRREGULAR DE LA POBLACION.		NO CONTESTARON			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
GINECO- OBSTETRAS			10	16.7	50		100		(5)	13.9
ANESTESIO- LOGOS.			20	8.3					(3)	8.4
RESIDENTES G-0	16.6		20	16.7					(5)	13.9
INTERNOS	83.4	20	50	16.7	50				(14)	38.3
ENFERMERAS		80		41.6					(9)	25.0
SUMA %	<u>100.0</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100.0</u>	<u>100</u>		<u>100</u>			<u>100.0</u>
BASE DE PORCENTAJE	(6)	(5)	(10)	(12)	(2)		(1)		(36)	
% DE LA SUMA	16.66	13.88	27.77	33.33	5.55		2.77			99.96

la población, ya que está crece a ritmo geométrico y los servicios aritméticamente".(2), "porque de lo contrario en el año 2 000 serían 25 millones de habitantes tan sólo en el Distrito Federal". (3)

El concepto de paternidad responsable es ubicado a nivel familiar y como la obligación que tiene la pareja de proporcionar medios económicos y valores a sus descendientes, realizando una clara referencia a las funciones de la familia (véase cuadro No. 13): El 77.7% de la muestra contestó que la paternidad responsable debe cumplir con la función económica, la afectiva y la socializadora; el 22.2% que consiste en determinar el número de hijos que cada pareja debe procrear. Por sexos los porcentajes se presentaron de la siguiente forma: el 47.2% del sexo masculino considera que consiste en proporcionar bienes y valores a los hijos y el 5.6% en determinar el número de hijos, en tanto que el sexo femenino representó el 30.5% y el 16.6% respectivamente, notándose un incremento considerable del porcentaje que utiliza el concepto paternidad responsable para delimitar las funciones económicas y la socializadora de la familia.

(2) Médico interno de pregrado.

(3) Enfermera.

CUADRO No. 13

SIGNIFICADO DE PATERNIDAD RESPONSABLE SEGUN
LA CATEGORIA MEDICA Y SEXO

CATEGORIA MEDICA	No.		PROPORCIONAR BIENES Y VALORES		TOTAL
	DE HIJOS.				
	H	M	H	M	
GINECO-OBSTETRAS		16.6	17.7	9.1	13.9 (5)
ANESTESIOLOGOS		16.6	11.7		8.4 (3)
RESIDENTES G-O			17.7	18.2	13.9 (5)
INTERNOS	100	16.6	52.9	18.2	38.8 (14)
ENFERMERAS		50.2		54.5	25.0 (9)
SUMA %	100	100.0	100.0	100.0	100.0
BASE DE PORCENTAJE	(2)	(6)	(17)	(1)	(36)
% DE LA SUMA	5.6	16.6	47.2	30.5	99.9

Entre las respuestas obtenidas en este apartado y las ideas presentadas en un folleto del IMSS se encuentra una gran similitud: "...la paternidad responsable es cuando ambos padres brindan tanto medios económicos, como estudios, comprensión y cariño hacia los hijos", (4) y la siguiente, "los hijos para crecer sanos y sin problemas, necesitan alimentación, vivienda, educación, asistencia médica, vestido, principios y valores, estabilidad, cariño, comprensión y dedicación". (5)

La planificación familiar fue asociada por el 69.4% de la muestra a la determinación del número de hijos que cada pareja debe tener (véase cuadro No. 14), en tanto que el 27.7% la delimitó a la utilización de algún método anticonceptivo y sólo el 2.7% asoció el concepto a un control natal.

Así tenemos, que la mayoría de la muestra señala una diferencia en la utilización de los conceptos paternidad responsable y planificación familiar: paternidad responsable es igual a la obligación de proporcionar bienes y valores a los hijos 77.7% y la planificación familiar es igual a la decisión de cuántos hijos debe tener cada familia 69.4%.

(4) Médico residente.

(5) IMSS, La familia y la planificación familiar, folleto.

CUADRO No. 14
SIGNIFICADO DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGUN LA CATEGORIA
MEDICA Y SEXO

CATEGORIA MEDICA	DETERMINAR No. DE HIJOS.		UTILIZACION DE METODOS DE ANTICON.		CONTROL NATAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	
GINECO-OBSTETRAS	14.3	18.2	25				13.9 (5)
ANESTESIOLOGOS	7.1	9.1			100		8.4 (3)
RESIDENTES G-0	14.3	18.2	25				13.9 (5)
INTERNOS	64.2	9.1	50	33.3			38.8 (14)
ENFERMERAS		45.4		66.7			25.0 (9)
SUMA %	99.9	100.0	100	100.0	100		100.0
BASE DE PORCENTAJE	(14)	(11)	(4)	(6)	(1)		(36)
% DE LA SUMA	38.9	30.5	11.1	16.6	2.7		99.8

Al parecer la pregunta que más dificultad les presentó fue la referente a la definición de una política de población (véase cuadro No. 15): el 16.6% mencionó que es la medida tomada por el gobierno para reducir la natalidad, el 11% la delimitó a un control que se debe de ejercer para que la población no rebase los límites de los recursos existentes (sobrepoblación), el 8.3% la identificó como un control natal y el 19.4% como una política del gobierno para reducir la natalidad pero utilizando la distribución de anticonceptivos, el 44.4% no contestó. Como dato interesante tenemos que el 80% de los que no contestaron corresponde a las enfermeras, el 66.6% a los internos de pregrado de sexo masculino, el 10% a los internos del sexo femenino, el 16.6% a los residentes de gineco-obstetricia del sexo masculino y con el mismo porcentaje a los gineco-obstetras del sexo masculino; así, a medida que se desciende por categorías en el área médica, se encuentra un menor conocimiento de los aspectos que involucra una política de población según la tesis oficial, a la vez que los internos y las enfermeras son los que más cercanos se encuentran a las pacientes, otorgando el cuidado médico y transmitiendo la ideología nomalthusiana de la sobrepoblación. También se les pidió que anotaran cuáles son las variables demográficas que determinan el tamaño de una población y sólo el 5.5% de la muestra

CUADRO No. 15
SIGNIFICADO DE: POLITICA DE POBLACION POR CATEGORIA
MEDICA Y SEXOS

CATEGORIA MEDICA.	%										TOTAL	
	POLITICA GOB. ↓ NATALIDAD DIST. ANTI CONCEPTIVOS.		SOBREPOBLACION Y RECURSOS NAT.		CONTROL NATAL.		POL. GOB. ↓ NATALIDAD.		NO CONTESTO			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
GINECO- OBSTETRAS.	25	33.3			33.3			50	16.7		(5)	13.9
ANESTESIO- LOGOS.				50	33.3		25				(3)	8.4
RESIDENTES G-0			100	50					16.7	10	(5)	13.9
INTERNOS	75	66.7			33.3		75		66.6	10	(14)	38.8
ENFERMERAS								50		80	(9)	25
SUMA %	100	100	100	100	99.9		100	100	100	100		100
BASE DE PORCENTAJE	(4)	(3)	(2)	(2)	(3)		(4)	(2)	(6)	(10)	(36)	
% DE LA SUMA	11.1	8.3	5.5	5.5	8.3		11.1	5.5	16.7	27.8		99.8

anotó las cuatro variables que son: natalidad, mortalidad, inmigración y emigración, el 16.6% sólo anotó la natalidad y la mortalidad, el 77.9% no contestó.

De los datos anteriores se deduce que los conceptos paternidad responsable y planificación familiar operan sólo a nivel de la pareja en la percepción de los entrevistados, en tanto que la política de población es un plan del Estado para reducir las tasas de natalidad en el país.

A nivel institucional, el método anticonceptivo más recomendado fue el dispositivo intrauterino (véase cuadro No. 16) con un porcentaje del 35.8%, el segundo lugar lo ocupó la espignoclasia con el 23.8%, seguida por la indicación de la vasectomía con el 17.9%, el cuarto lugar lo ocuparon los métodos de barrera con el 8.9%, el 4.4% recomendó el ritmo y el 4.4% no recomendó un método específico, sino que se debía realizar una valoración de cada paciente de acuerdo a su edad y número de hijos vivos. A pesar de que el dispositivo intrauterino es el método anticonceptivo más recomendado, sumando porcentajes de los dos métodos de esterilización se obtiene el 41.7% que representa casi la mitad de todos los métodos indicados.

CUADRO No. 16
 RECOMENDACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL IMSS POR
 CATEGORIA MEDICA Y SEXO

CATEGORIA MEDICA	VALORACION C/PACIENTE		RITMO ABSTINENCIA PERIODICA			LOCALES			D I II		HORMONALES		SALPINGOCLASIA		VASECTOMIA		TOTAL
	H	M	H	M	II	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
GINECO-OBSTETRAS	50						50	16.6	16.6				11.1	14.3		14.3	(9) 13.43
ANESTESIOLOGOS.							25						22.2	14.3	40	14.3	(7) 10.44
RESIDENTES G-O	50	100					25	8.4	8.4								(5) 7.46
INTERNOS			100				50	75	16.6	100			66.7	14.3	60	14.3	(27) 40.29
ENFERMERAS				100			50		58.4	100			57.1		57.1	57.1	(19) 28.35
SUMA %	100	100	100	100			100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99.91
BASE DE PORCENTAJE	(2)	(1)	(2)	(1)			(4)	(2)	(12)	(12)	(1)	(2)	(9)	(7)	(5)	(7)	(67)
% DE LA SUMA	2.98	1.49	2.98	1.49			5.97	2.98	17.91	17.91	1.49	2.98	13.43	10.44	7.46	10.44	99.95

La recomendación de métodos anticonceptivos en la consulta particular (véase cuadro No. 17): el dispositivo intrauterino también ocupa el primer lugar de recomendación médica con el 39.5%, el segundo lugar lo ocupa la salpingoclasia con el 14.8%, la vasectomía ocupa el tercer lugar con el 12.5%, los hormonales ocupan el cuarto lugar con el 10.4% al igual que la valoración individual de cada paciente, el ritmo y la abstinencia periódica representan el 2% respectivamente.

Comparando los métodos anticonceptivos recomendados en el IMSS y en la consulta particular, se nota una ligera elevación del porcentaje de los que recomiendan el dispositivo intrauterino al 39.5%, en tanto que hay un decremento de los que recomiendan los métodos de esterilización; la salpingoclasia representa en la consulta particular el 14.5% y la vasectomía el 12.5%, sumando ambos porcentajes obtenemos el 27.3%, en tanto que en el IMSS el porcentaje se eleva al 41.7%. Se nota también que el porcentaje de valoración individual de cada paciente se elevó en la consulta particular al 10.4%, lo que indica de alguna forma que se toma más en cuenta la decisión de las pacientes por la elección del método anticonceptivo y que se les ofrece una mayor información sobre éstos.

CUADRO No. 17
 RECOMENDACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA CONSULTA PARTICULAR
 POR CATEGORIA MEDICA Y SEXO

CATEGORIA MEDICA.	%																
	VALORACION C/PACIENTE		RITMO		ABSTINENCIA PERIODICA		LOCALES BARRERA		DISPOSITIVO INTRAUTERINO		HORMONALES		SALPINGO CLASIA		VASECTOMIA		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
GINECO-OBSTETRAS.	50								10	22.2	33.3						(5) 10.41
ANESTESIOLOGOS.					100		33.4						20		33.4		(4) 8.33
RESIDENTES G-G	50	33.4							10	11.2	33.3						(5) 10.41
INTERNOS			100				66.6		80	22.2	33.3		80	50	66.6	33.	(22) 45.86
ENFERMERAS		66.6								44.4		100		50		66.6	(12) 25
SUMA %	100	100	100		100		100		100	100	99.9	100	100	100	100	100	99.98
BASE DE PORCENTAJE	(2)	(3)	(1)		(1)		(3)		(10)	(9)	(3)	(2)	(5)	(2)	(3)	(3)	(48)
% DE LA SUMA	4.16	6.25	2.08		2.08		6.25		20.83	18.75	6.25	4.16	10.41	4.16	6.25	6.25	99.96

Como puede observarse en ambos sectores el método preferido es el dispositivo intrauterino, el segundo la salpingoclasia y en tercer lugar la vasectomía, pero sumando porcentajes de los dos métodos definitivos dentro del IMSS estos superan al método temporal 41.7%, en cambio en la consulta particular representan el 27.3% conservando el segundo lugar. Sumando también porcentajes de los métodos en los cuales se utiliza un producto que se ofrece en el mercado como mercancía, se encuentra que dentro del IMSS éstos representan el 49.1% y aumenta al 58.2% en la consulta particular, en donde el paciente los tiene que adquirir en el mercado al precio que las ET determinen.

Por categoría, se observa que los médicos gineco-obstetras, recomiendan los métodos de esterilización a nivel institucional, pero no los recomiendan en la consulta privada, los residentes de gineco-obstetricia no los recomiendan en ninguno de los dos sectores, en cambio todas las demás categorías los recomiendan en ambos sectores.

Por sexos (véanse cuadros No. 18 y 19): se observa que el sexo masculino recomienda más la salpingoclasia como método definitivo dentro de ambos sectores que la vasectomía, en cambio el sexo femenino recomienda por igual la salpingoclasia como la va-

CUADRO No. 18
 RECOMENDACION DE UN METODO ANTICONCEPTIVO EN EL
 IMSS POR SEXO

METODO ANTI- CONCEPTIVO.	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
VALORACION DE CADA PACIENTE.	5.7	3.1	4.4 (3)
RITMO	5.7	3.1	4.4 (3)
LOCALES	11.4	6.2	8.9 (6)
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	34.2	37.5	35.8 (24)
HORMONALES	2.8	6.2	4.4 (3)
SALPINGOCLASIA	25.7	21.8	23.8 (16)
VASECTOMIA	14.2	21.8	17.9 (12)
SUMA %	99.9	99.7	99.6
BASE DE PORCENTAJE	(35)	(32)	(67)
% DE LA SUMA	52.2	47.7	99.9

CUADRO No. 19

RECOMENDACION DE UN METODO ANTICONCEPTIVO EN LA CONSULTA PARTICULAR POR SEXOS

%			
METODO ANTICONCEPTIVO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
VALORACION DE CADA PACIENTE.	7.1	15	(5) 10.4
RITMO	3.5		(1) 2.0
ABSTINENCIA PERIODICA	3.5		(1) 2.0
LOCALES	10.7	5	(4) 8.3
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	35.7	45	(19) 39.5
HORMONALES	10.7	10	(5) 10.4
SALPINGOCLASIA	17.8	10	(7) 14.5
VASECTOMIA	10.7	15	(6) 12.5
SUMA %	<u>99.7</u>	<u>100</u>	<u>99.9</u>
BASE DE PORCENTAJE	(28)	(20)	(48)
% DE LA SUMA	58.3	41.6	99.9

sectomía en el IMSS, y en la consulta particular se eleva la recomendación femenina de la vasectomía.

La causa de que estos métodos, el dispositivo intrauterino como temporal y los definitivos como la salpingoclasia y la vasectomía sean los más recomendados y utilizados dentro del IMSS, se puede deber a que el personal médico se encuentra presionado por las autoridades de la Jefatura de Planificación Familiar del IMSS, el director de la unidad y finalmente por el jefe de servicio, para aplicar estos métodos específicos como unidad de segundo nivel, además de que algunos están convencidos de que todas las pacientes deben de utilizar los métodos anticonceptivos que se proporcionan en el hospital: "se debe proteger a la mujer con un método anticonceptivo en el post-parto y post-legrado, porque si no, no regresa a la consulta y además en muchos casos es la única oportunidad de brindarles un método anticonceptivo moderno. (6)

Otro factor que influye sobre esta práctica médica, se debe a que un alto porcentaje del cuerpo médico se encuentra influenciado por la ideología neomalthusiana de la explosión demográfica en el país y que reduciendo las tasas de natalidad se

(6) Médico gineco-obstetra.

van a solucionar los problemas que tenemos como país subdesarrollado; también a que los médicos han sido colocados a un nivel superior debido a sus conocimientos y tal vez están convencidos de su papel de rectores sobre la vida y la muerte: "los trabajadores de la salud están convencidos de que todo esfuerzo en planificación familiar es un acto de respeto y apoyo a la vida del nuevo ser".(7) Este respeto se apoya sobre bases muy frágiles, puesto que algunos reportes señalan que los diferentes métodos anticonceptivos provocan lesiones al organismo humano, por ejemplo, en la mujer el dispositivo intrauterino ocasiona los siguientes efectos colaterales: "no queda completamente aclarado por qué los Dius causan mayor sangrado menstrual (...) la anemia ferropénica es el problema más grave que puede resultar de un aumento de la pérdida de sangre menstrual. Alrededor del 50% de las mujeres no embarazadas en los países en desarrollo sufren ya anemia, y mucha más son casos limítrofes"; (8) "las actuales usuarias de Diu tienen un 40% más de probabilidades de tener un embarazo ectópico que las no usuarias(...) La EIP (pelvic inflammatory disease) en las trompas de falopio (salpingitis) puede cau-

(7) IMSS, Planificar es más fácil, el médico familiar tiene la palabra, folieto.

(8) "Dispositivos intrauterinos", en Population Reports, Serie K, No. 4, noviembre de 1983, p.19.

sar adhesiones o la obstrucción total de las trompas. Por eso - puede producirse el embarazo ectópico o la infertilidad después de un sólo episodio". (9)

En el hombre la vasectomía causa los siguientes problemas- "granuloma espermático, es un absceso no bacteriano que consiste en gran medida de espermatozoides, células epiteliales y linfocitos. Es reacción inflamatoria a la filtración de espermatozoides en el tejido circundante y puede ocurrir en el sitio de la vasectomía o en el epidídimo. La incidencia de los granulomas espermáticos es desconocida" (10), "las grandes cantidades de antígenos y los altos niveles de complejos inmunes pueden causar una alteración total del sistema inmunológico, tornando a un individuo - altamente susceptible a las infecciones o al cáncer". (11)

Los anticonceptivos hormonales tienen como efectos secundarios producir alteraciones en el ciclo menstrual, obesidad, efectos cardiovasculares, pero además de estos efectos en la mujer, también pueden causar problemas en su descendencia como los siguientes: "algunas progestinas, especialmente las derivadas de -

(9) Ibid., p.24.

(10) "Vasectomía: segura y sencilla", en Population Reports, Serie D, No.4, diciembre de 1984, p. 11.

(11) Ibid., p.18.

la testosterona causaban masculinización de los genitales externos de las niñas, cuando las progestinas habían sido administradas durante el primer trimestre del embarazo(...) Cuando una mujer que amamanta usa cualquier hormona, pequeñas cantidades pasan a la leche y son consumidas por el niño. Se desconoce si los niños sufrirán efectos adversos a largo plazo, (...) los niños de usuarias de DMPA (Depo-Provera) pasaban menos en promedio que otros niños".(12) Estos reportes dan ejemplos de las iatrogenias que causan las indicaciones de los anticonceptivos, tanto en la pareja como en su descendencia por prescripción médica, imponiéndose a los individuos en un acto de autoridad y basada en la supuesta explosión demográfica existente en el país.

Así tenemos que en el área médica se presenta una menor participación del sexo femenino, ya que ésta se reduce al 30% y en la rama técnica de enfermería es del 100%. Este patron también se reproduce en la generación de los padres de los entrevistados, en donde la participación de la fuerza de trabajo femenino llegó sólo al 16% y el productivo no remunerado al 50%. Se presentó el dato importante de que la participación del sexo femenino en el proceso productivo es un factor digno de tomarse en

(12) "Anticonceptivos inyectables e implantes", en Population Reports, Serie K, No. 2, mayo de 1984, p.17.

cuenta en la reducción de la fecundidad, así como la escolaridad, ya que cuando se logró alcanzar un mayor grado escolar la fecundidad se redujo cuantitativamente; los datos obtenidos en la generación de los padres de los entrevistados señalan uno mayor fecundidad entre los que sólo estudiaron la primaria. (de 8 a 14 hijos por pareja), en tanto que los que terminaron estudios superiores tuvieron de 2 a 3 hijos como máximo, (aún sin tomar en cuenta otros factores como lugar de residencia o clase social).

El número medio de hijos por pareja en la generación de los padres fue de 5.6 descendientes y la fecundidad actual de los entrevistados, sin tomar en cuenta que aún no termina su ciclo reproductivo, es de 1.8 hijos por pareja; a esto hay que agregarle otros factores como son: mayor nivel educativo 22.2% en el área médica y 25% en estudios técnicos (enfermería), residencia en zona urbana y mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos, por lo cual la fecundidad es menor en la muestra.

Otro dato importante que se presentó en la investigación, es que la religión católica a pesar de ser la predominante (86%) no es un obstáculo que tenga gran peso en la consciencia de los entrevistados para la prescripción de los métodos anticoncepti--

vos artificiales, ya que éstos fueron indicados por el 95% de la muestra.

Tanto el IMSS, como en la consulta privada, el dispositivo intrauterino ocupó el primer lugar con el 35.8% y el 39.5% respectivamente, le siguen la salpingoclasia y la vasectomía. Sin embargo, sumando porcentajes de los dos métodos de esterilización se obtiene el 41.7% que supera la indicación del dispositivo intrauterino en el IMSS y en la consulta privada continuando ocupando el segundo lugar en recomendación. Se nota un incremento de la indicación de las esterilizaciones en el sector salud que otorga servicios básicamente a la fuerza de trabajo industrial, en cambio, en el sector privado se recomiendan más los métodos temporales que son adquiridos como mercancías en el sector comercial privado. La indicación de las esterilizaciones en el sector salud, implica que este sector asume el gasto de los métodos más costosos, ya que estos servicios se otorgan gratuitamente a los pacientes en el programa de planificación familiar del IMSS.

De acuerdo con la política oficial de control natal, la muestra percibe que la paternidad responsable y la planificación familiar obligan a la pareja a reducir el número de hijos a un ideal de reproducción de 2.1, utilizando la tecnología anticon-

ceptiva puesta a su alcance, tanto en las instituciones del sector salud, como en el sector comercial. El concepto de paternidad responsable lo utilizan para señalar la obligación de los padres de brindar a sus descendientes bienes materiales y valores, en lo que también hace hincapié la campaña de planificación familiar "pocos hijos para darles mucho"; la diferencia que presentan entre paternidad responsable y planificación familiar estriba sólo en el hecho de que esta última es utilizada para que la pareja decida cuántos hijos debe de procrear de acuerdo a sus ingresos económicos. A nivel de la política de población, casi el 50% de la muestra la denominó como un plan del gobierno para reducir las tasas de natalidad en el país debido a una explosión demográfica, que también es el término preferido para denotar que existe un exceso de población en el país por lo que los servicios son insuficientes, sin tener un conocimiento mayor sobre otros factores como son: distribución irregular de la población y concentración de ésta en zonas urbanas y en un mayor grado en el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey; expansión del sistema capitalista al agro y, el menos fácil de percibir, el predominio del sistema capitalista y del imperialismo de los Estados Unidos.

Conclusiones.

En el desarrollo del modo de producción capitalista, se presentó durante la primera revolución industrial, un hecho particular, denominado por Marx como crecimiento del ejército industrial de reserva, originado por la acumulación capitalista, que tiene como consecuencias el desempleo y la pobreza entre las categorías sociales subordinadas al capital:

Este singular problema, llevó a Malthus a presentar la pobreza como un hecho que tenía sus orígenes no en el sistema de producción capitalista, sino, en una ley natural derivada del incremento de la natalidad, especialmente entre los pobres y la presión que este crecimiento ejerce sobre los recursos naturales, ya que según el autor, la población aumenta más rápidamente que la dotación de alimentos que la naturaleza proporciona; por lo cual se debe limitar la reproducción biológica de los pobres, ya que son ellos los que no pueden proporcionar a sus hijos los medios necesarios para su subsistencia.

Estos argumentos que Malthus presentó ciento cincuenta años atrás, con retomados en el presente siglo en algunos países imperialistas y en especial en los Estados Unidos, como un medio

para establecer los programas de control natal sobre todo en - los países subdesarrollados; ya que las tasas de natalidad en - estos países son más altas en comparación con las de los países industrializados y representan lo que se denomina como sobrepopulación y explosión demográfica. Los modelos matemáticos de población son realizados por algunos intelectuales orgánicos de los Estados Unidos, ampliando y extendiendo las progresiones - que ya había utilizado Malthus a otros recursos como los minerales estratégicos, el petróleo, el uranio, las tierras cultivables, y la contaminación del medio ambiente como consecuencia - de la industrialización. En esta visión la única solución posible en el marco del sistema de producción capitalista, es el - control de la natalidad entre los pobres y en especial en la población de los países subdesarrollados.

La propaganda antinatalista es generada y publicada por - un gran número de fundaciones privadas y organismos internacionales de los Estados Unidos, al mismo tiempo que proporcionan - el financiamiento económico, la asesoría y la tecnología anti-conceptiva fabricada por las ET del oligopolio norteamericano y europeo, para que los programas de control natal se implanten - y desarrollen lo más rápido posible en los países subdesarrollados de Asia, Africa y Latinoamérica.

Uno de los intereses principales de la política antinata-- lista llevada a cabo por los países imperialistas, con los Estados Unidos a la cabeza, es mantener a los países subdesarrolla-- dos bajo su dominio y dependencia financiera, tecnológica y que continuen dotándolos de las materias primas que son importantes-- para las industrias más rentables como la bélica y la aeronáuti-- ca.

Además, ciertos funcionarios políticos de los Estados Uni-- dos han considerado que la pobreza y la sobrepoblación en algu-- nos países subdesarrollados como México constituye una amenaza - para la seguridad nacional de los Estados Unidos. A la vez que-- no pueden permitir que otros países del continente americano - abandonen el sistema de producción capitalista.

Tal vez, debido a esta razón no se le dió gran publicidad-- a un estudio que atenta contra el programa de control natal im-- puesto por los Estados Unidos, como el Modelo mundial latinoame-- ricano, que propone la formación de una nueva sociedad sin impo-- sición de un control natal.

De estos dos modelos matemáticos de población, el neomal-- thusiano que promueve el control de la natalidad, es el que fi--

nalmente se impone en los países subdesarrollados, debido a que hay grandes intereses económicos que respaldan la limitación de la reproducción humana, tanto en la propaganda internacional, - como en la producción de la tecnología anticonceptiva, además - de que se cuenta con los canales idóneos para su distribución - mediante las actividades de financiamiento de las fundaciones - privadas y organismos internacionales como el FNUAP, la OPS y - la OMS. Un hecho importante, es que, el FNUAP aparece como un - organismo neutral en la distribución del financiamiento y de la tecnología anticonceptiva, olvidándose que casi todos los orga- nismos de la ONU son muy dependientes de la política y financia- miento de los Estados Unidos, por la cuantía de sus aportacio- nes monetarias para el funcionamiento de estas organizaciones.

Por otra parte, los gobiernos de los países subdesarrolla- dos son un factor clave en la implantación de los programas de- control natal, ya que en varios países latinoamericanos, fueron las organizaciones privadas de los Estados Unidos las que ini- ciaron los programas de planificación familiar y fueron segui- dos por la fase estatal, en la cual las instituciones de seguri- dad social son las encargadas de ejecutar los programas antina- talistas.

En México, la importancia que adquieren las instituciones de salud, es que conforman la estructura fundamental mediante la cual el Estado puede ejecutar su programa de control natal a nivel nacional, en casi todos los estratos sociales, pero básicamente entre la fuerza de trabajo industrial, los pobres de los sectores urbanos y áreas rurales marginadas.

Acorde con la política de control natal, la estrategia del Estado es utilizar los servicios médicos ya existentes y extenderlos a áreas y sectores que no contaban con ellos, clínicas de campo de la Secretaría de Salud y el establecimiento de las del programa IMSS-COPLAMAR. Asimismo, debía influenciar al personal médico y paramédico de las ventajas del programa de control natal (evitar la sobrepoblación en aras de un mayor bienestar de la familia) y que actúen como los agentes del cambio de la conducta reproductiva de todos los sectores a los que dan atención las instituciones del sector salud.

En tanto que la información a la población en general que da a cargo de la institución oficial de vigilar que las actividades sobre planificación familiar sean ejecutadas, el CONAPO, quien además es el organismo socializador proyectando frecuentemente por todos los medios de comunicación disponibles la imagen

e idea de que sólo se deben de tener uno o dos hijos por pareja, el mínimo de reproducción.

Además de la utilización de las instituciones del sector-salud para desarrollar el programa de control natal en el país, el Estado también transformó el marco legal, con las reformas - al artículo 4º de la Constitución, la Ley General de Población- y la Ley General de Salud (1984), se reglamentan los servicios- de planificación familiar y se legitiman las acciones de inves- tiguación en esta materia que ya realizan las ET farmacéuticas - en los países subdesarrollados (tomar como conejillos de prueba de medicamentos o seres humanos), además de que no prohíbe los- anticonceptivos que no se utilizan en los Estados Unidos por - los efectos adversos que generan como el anticonceptivo Depo-Pro vera.

También se reglamenta en la Ley General de Salud, que to- dos los medicamentos que adquieran las instituciones del sector salud deben ser los que están señalados en el Cuadro Básico de- Medicamentos. Así al reglamentar la compra de medicamentos por- las instituciones del sector salud, acepta la dependencia que - en esta rama tiene de las ET.

Las ET farmacéuticas en su búsqueda de nuevas fuentes de esteroides descubrieron en México el barbasco, de origen vegetal. El descubrimiento de esta fuente y una mayor demanda de corticosteroides, la investigación en anticoncepción y sobre todo el hecho de que una empresa de capital nacional (Syntex) fuera durante varios años la única empresa que monopolizaba la venta de esteroides sintéticos en el mundo, llevó al oligopolio europeo formado por Schering A.G. de Alemania, Organon de Holanda, Ciba de Suiza y al norteamericano formado por Schering Corporation y Searle, a establecer sucursales en el país durante la década de los cincuentas y a emplear presiones en el senado norteamericano para que la empresa Syntex dejara de ser la única oferente de barbasco, por lo cual, la empresa fue vendida a Ogden Corporation de los Estados Unidos. Llama la atención que excepto Syntex (1944-1956), estas empresas dominaban ya desde la década de los treinta la producción de esteroides intermedios y sus derivados.

La ET farmacéutica dominante en la producción de esteroides intermedios en el país y que concentra los mayores volúmenes de exportación es Schering de Alemania a través dos sucursales: Proquina y Schering Mexicana (85% de las exportaciones), -

seguidas por Syntex (5.4%) y Beisa (2.6%). En tanto que las importaciones por las mismas empresas se encuentran en proporciones casi idénticas 15 y 20%.

Estas empresas realizan una gran transferencia de capitales a sus casas matrices, vía exportaciones e importaciones ya que exportan grandes volúmenes de esteroides intermedios a un valor mucho menor que al que importan los esteroides finales.

El hecho de que el oligopolio formado por las empresas ya mencionadas conformen un bloque en la defensa de sus intereses en la AFE, nos lleva a cuestionar el papel que desempeña el Estado y la empresa Proquivemex, que fue creada con la finalidad de que el barbasco que se produce en el país fuera aprovechado en todas sus fases, producción de harina, transformación en esteroides intermedios avanzados para ser utilizados en la producción de fármacos y anticonceptivos que serían utilizados en el sector salud, implica una dependencia respecto a las ET que no se ha propuesto romper mediante la nacionalización de éstas, ya que Proquivemex sólo ha desempeñado el rol de intermediario entre las ET y la asociación de productores de barbasco, si bien la empresa ha logrado con las presiones de la asociación de productores elevar el precio que las ET pagan por el barbasco y que

financien la zafra por adelantado, son medicadas que las ET emplean para tener el recurso asegurado (harina de barbasco) y - continuar trabajando en el país mientras el barbasco no se agote y se utilicen otras fuentes de las que se puedan obtener esteroides más baratos como el estigmasterol que ya emplea la empresa Searle.

Así, el control que las ET tienen sobre la materia prima, les permite acentuar la dependencia que se ejerce también a nivel técnico ya que no se realiza la fermentación de la progesterona en el país y en especial en la producción de anticonceptivos. Los que actualmente distribuye el sector salud son fabricados por las empresas Schering Mexicana y Syntex. Por lo cual - se puede afirmar que la dependencia de México en materia de producción de medicamentos es casi total y se acentúa en la producción de anticonceptivos y demás esteroides intermedios debido a que es productor de la materia prima y durante varios años ocupó el primer lugar en la exportación de barbasco.

Otro factor importante y que guarda estrecha relación con las ET y el sector salud, es que los médicos se encuentran en el centro y son el enlace entre estas dos organizaciones, y son muy dependientes de las ET en cuanto a los fármacos que estas -

empresas fabrican e indican los medicamentos de acuerdo a sus - preferencias por determinadas empresas y por la publicidad de - sus productos en revistas, folletos y sobre todo por el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas dirigido a los profesionales de la salud.

En cuanto a la recomendación de los métodos anticonceptivos, en los límites de nuestra encuesta, se nota que en el sector salud, se prefieren los métodos definitivos y en el privado los Dius y otros productos que pueden ser adquiridos en el sector comercial. Lo que señala de alguna manera que el sector salud asume también el costo de los métodos más caros como son - las esterilizaciones: salpingoclasia y vasectomía.

En la exposición del trabajo se presentaron tanto el marco teórico, como los datos obtenidos a través de la investigación de campo, en una pequeña muestra de personal médico y para médico de una institución de seguridad social, que, en la medida de nuestras limitaciones nos permitieron acercarnos a la corroboración de la hipótesis de trabajo, lo que nos permite exponer las siguientes observaciones:

a). La política de población en México, parece definirse como un instrumento creado con el propósito de reducir básicamente las tasas de natalidad en el país, ya que no modifica sustancialmente otras variables importantes como es la migración campo ciudad, para evitar el crecimiento de los centros urbanos más grandes y sobre todo a la ciudad de México.

b). El programa de planificación familiar que se desarrolla en el país desde la década de los setentas, es dependiente en gran medida de las políticas antinatalistas generadas en los Estados Unidos. Esta dependencia se observa en los siguientes aspectos: reproduce la ideología neomalthusiana de la sobrepoblación y la presión que el incremento de la población ejerce sobre los recursos naturales, los servicios educativos y los empleos. En segundo lugar acepta el financiamiento externo que las fundaciones privadas norteamericanas y los organismos internacionales le otorgan y en tercer lugar, la dependencia se acentúa en la producción de anticonceptivos ya que actualmente tiene que comprar los que las ET fabrican para distribuirlos en las instituciones que conforman el sector salud.

c). Los médicos y enfermeras de la muestra se encuentran-

muy influenciados por la doctrina neomalthusiana de la explosión demográfica, por lo cual creen que existe la sobrepoblación en el país y transmiten a las pacientes que la planificación familiar es el medio para evitarla, por lo cual sólo se deben de tener uno o dos hijos por pareja. La recomendación de los diversos métodos anticonceptivos, la hacen los médicos con pleno conocimiento de los efectos adversos que provocan tanto en la pareja como en sus descendientes, demostrando en éste aspecto que la conservación de la salud de los individuos se sacrifica en aras de un fin, reducir la natalidad.

También se puede afirmar, en cierta medida, que los médicos y enfermeras del servicio estudiado son algunos de los agentes que el Estado utiliza directamente en la aplicación del programa de control natal, en virtud de los conocimientos que se tienen sobre el organismo humano, son los agentes del cambio que van a influir en la conducta reproductiva de la población indicando los métodos anticonceptivos artificiales y las esterilizaciones. Y si los médicos y enfermeras creen que existe la explosión demográfica, transfieren este argumento a sus pacientes por lo cual la población acepta que su cuerpo sea manipulado con la introducción de hormonas y sustancias que les causan daño.

Hasta el párrafo anterior, se presentaron las conclusiones de la investigación. A partir de las siguientes líneas se proponen algunas recomendaciones en cuanto al problema del control natal estudiado en el presente trabajo.

Es deseable el cambio cualitativo del modo de producción-vigente en nuestro país, para modificar la situación de explotación a que es sometido tanto el proletariado como las demás categorías sociales subordinadas al capital.

Respecto al control natal específicamente, y dado que actualmente el Estado moderno tiene el poder de administrar el número de habitantes en el territorio por él gobernado (poder que también ejercen algunos Estados como en China, en donde el control natal es reglamentado oficialmente con medidas como: retardar la edad para contraer matrimonio, determinados beneficios para el primer hijo, y restricciones para el segundo, etc.), es poco probable que se presente un cambio sustancial respecto a la política antinatalista en el país, debido a la dependencia que se tiene tanto de los planteamientos como del financiamiento de las fundaciones privadas norteamericanas y de los organismos internacionales en esta materia, por lo cual es necesario:

a). Fomentar la investigación con grupos interdisciplinarios, sobre los factores económicos e ideológicos que conlleva el control natal, con el fin de reconocer su importancia, y darlos a conocer a través de los medios disponibles y al mismo tiempo generar una mayor conciencia del problema tanto entre los intelectuales, los estudiantes en formación y en la mayoría de la población.

b). Modificar los programas de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM y de las escuelas de enfermería, dando mayor importancia a la fase preventiva de la enfermedad. Incrementar las clases de farmacología durante la carrera de medicina, fomentar el cuidadoso uso de los fármacos y utilizar sólo los más necesarios de acuerdo a las patologías mas frecuentes y nocivas de la población.

c). Nacionalización de la industria químico farmacéutica. Establecimiento de un Cuadro Básico de medicamentos, en el que quedarán contemplados los fármacos mas indispensables, evitando la multiplicidad de marcas en el sector privado y en las instituciones del sector salud.

d). Impedir la distribución y venta de los fármacos que ya se han prohibido en otros países por los efectos colaterales que su uso produce como el difenoxilato con atropina, la diyodo hidroxiquinolefna, y en especial de los anticonceptivos inyecta bles como el Depo-Provera y el Perlutal.

e). Concientizar al área médica, para que al indicar los métodos anticonceptivos artificiales proporcionen a las pacien tes la información de los efectos adversos que les pueden provo car.

BIBLIOGRAFIA.

Alba, Francisco, La población de México: evolución y dilemas.

El Colegio de México, 1977.

"Algunas disposiciones jurídicas para la industria farmacéutica de México", en Comercio Exterior, vol. 34, No.6, junio 1984.

"Anticonceptivos inyectables e implantes", en Population Reports. Serie K, No.2, mayo 1984.

Astorga, Luis, ¿Política de población o modelo de control de los modos de reproducción de las clases trabajadoras?, IISUNAM, 1985. (mimeo).

Consejo Nacional de Población, México Demográfico, 1980-1981.

Consejo Nacional de Población, Programa nacional de acción para la integración de la mujer al desarrollo, 1983.

Consejo Nacional de Población, Proyecto de apoyo al programa nacional de educación sexual y en población, (Extensión del Méx/75/P02), 1981.

CPNPF, Plan Nacional de Planificación Familiar, 1977.

Crevenna, Pedro, Medicina y salud, México: Ediciones de Cultura Popular, 1978.

"Dispositivos intrauterinos", en Population Reports, Serie B, No.4, noviembre 1983.

"Efectos de los programas de planificación familiar en la fecundidad", en Population Reports, Serie J, No.29, diciembre 1985.

Ehrenreich, Bárbara, et al., "Cargo: ginecidio. Acusado: EUA", en Contextos, SPP, Año 1, No.11, 2-8 octubre 1980.

Foucault, Michel, Historia de la sexualidad: la voluntad de saber, Tr. Ulises Guinazú; México: Siglo XXI Editores, 1984.

Foucault, Michel, "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en Educación Médica y Salud, vol.10, No.2, 1976.

García Peña, Alvaro, "Programas internacionales de población. Población y desarrollo". en Population Reference Bureau, octubre 1978.

Gereffi, Gary, "Los oligopolios internacionales; el Estado y el desarrollo industrial en México: el caso de la industria de hormonas esteroides", en Foro Internacional, No.68, Colegio de México, abril-junio 1977.

González Navarro, Moisés, La pobreza en México, Colegio de México, 1985.

Herrera O, Almicar, et al., ¿Catástrofe o nueva sociedad? Modelo mundial latinoamericano?, Fundación San Carlos Bariloche, Argentina, 1977.

Hilton, J.C., et al., Manual de práctica médica, México: Manual Moderno, 1969.

Huberman, Leo, Los bienes terrenales del hombre, México: Editorial Nuestro Tiempo, 1976.

Hyde y Block, Educación médica y planificación familiar. Tr. José Blengio; México: Editorial Pax, 1973.

Instituto Mexicano del Seguro Social, La familia y la planificación familiar, folleto.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Planificar es más fácil, el médico familiar tiene la palabra, folleto.

Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, El barbasco - mexicano, condiciones y perspectivas para su uso, publicación - especial No. 29, septiembre 1981.

Laurel, Asa Cristina, "Medicina y capitalismo en México", en - Cuadernos Políticos, No.5, julio-septiembre 1975.

López Acuña, Daniel. "Salud, seguridad social y nutrición", en México Hoy, México: Siglo XXI Editores, 1981.

López Acuña, Daniel, "La crisis de la medicina mexicana", Universidad Autónoma de Puebla, en Serie Controversia, No.17, 1976.

López Portillo, José, Quinto Informe de Gobierno, anexo: sector industrial, 1º de septiembre de 1981.

López Rosado, Diego, Problemas económicos de México, Universidad Nacional Autónoma de México: Textos Universitarios, 1975.

Malthus, Thomas R., Primer ensayo sobre la población, Tr. Patricio de Ascárate Diz; México: Alianza Editorial, 1970.

Maria y Campos, Mauricio (de), "La industria farmacéutica en México", en Comercio Exterior, vol.27, No.8, agosto 1977.

Marx, Karl, El Capital, 3 vols, Tr. Wenceslao Roces; México: - Fondo de Cultura Económica, 1975.

Marx, Engels, El manifiesto del partido comunista, Moscú: Editorial Progreso.

Meadows, Denis L, et al., Los límites del crecimiento, Tr. Ma. Soledad Loeza de Grama; México: Fondo de Cultura Económica, - 1982.

Meek y Weissman, Marx, Engels y la explosión demográfica, Tr. Ma. Arboni Gascón; México: Editorial Extemporáneos, 1973.

Mesarovic, E. Pestel, et al., La humanidad en la encrucijada, Tr. Miguel A. Cárdenas; México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

México, Leyes, estatutos, etc., Ley General de Población, México, D.F., Diario Oficial, 7 de enero de 1974.

México, Leyes, estatutos, etc., Ley General de Salud, México, - D.F., Diario Oficial, Ed. Libros Económicos, 1987.

México, Leyes, estatutos, etc., Ley del Seguro Social, México, -
D.F., Editores Unidos Mexicanos, 1976.

Pressat, Roland, Introducción a la demografía, Tr. Julia Escobar; México: Siglo XXI Editores.

Productos Químicos Vegetales Mexicanos, Descripción de Productos Químicos Vegetales Mexicanos, anexo sin fecha.

Productos Químicos Vegetales Mexicanos, Industria de esteroides, mimeo sin fecha.

Productos Químicos Vegetales Mexicanos, Perfil económico del barbasco, mimeo sin fecha.

Productos Químicos Vegetales Mexicanos, Proquimex y la explotación del barbasco en México, Documento Ejecutivo, 1983.

Saxe-Fernández, John, "La crisis termonuclear", en Nueva Política, vol.11, No.5-6, abril-septiembre 1977.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Estadísticas Vitales, México, 1976.

Secretaría de Programación y Presupuesto, Estadísticas Vitales, México, 1981-1983.

Secretaría de Programación y Presupuesto, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, México, 1981-1983.

SSA, IMSS, ISSSTE, Segunda Reunión de Evaluación, Sector Salud y Seguridad Social. Programa Nacional de Planificación Familiar. - 22 de agosto de 1979.

Stone, Baraham, et al., Métodos Prácticos para el Control de la Natalidad, México: Editorial Diana, 1975.

Unit Nation Fund for Population Activities, Inventory of population, Projects in developing countries, around the world, 1982 1983.

"Vasectomía segura y sencilla", en Population Reports, Serie D, No.4, diciembre 1984.

Zuñiga Cisneros, Manuel. Seguridad Social y su Historia, Argentina: Editorial IME, 1963.