

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ECONOMIA



## "LA ECONOMIA DE LA HOMEOPATIA EN MEXICO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ECONOMIA

P R E S E N T A :

CARLOS FRANCISCO DEL VILLAR MORENO



## **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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## C O N T E N I D O

	Página.
INTRODUCCION	
I. ASPECTOS TEORICOS -----	7
1.1 Importancia de la salud en el desarrollo económico. -----	7
1.2 Bienestar y Seguridad Social. -----	12
1.3 Los Métodos terapéuticos en la medicina. -	15
II. LA SALUD PUBLICA EN MEXICO -----	30
2.1 Orígenes de la salud Pública. -----	30
2.2 Situación y condiciones actuales de la Salud en México. -----	37
2.3 Disponibilidad de recursos de los Servi--- cios de Salud y Seguridad Social. -----	44
2.4 Población amparada por Instituciones de Seguridad Social. -----	55
III. LA INDUSTRIA FARMACEUTICA ALOPATA -----	59
3.1 Aspectos generales. -----	59
3.2 Estructura Económica. -----	62
3.3 La penetración extranjera en el mercado de fármacos. -----	69
3.4 Comercialización y Consumo de Medicamen--- tos. -----	73

Página.

IV. POLITICAS DE SALUD Y USO DE LOS METODOS CURATIVOS	84
4.1 Políticas de Salud. -----	84
4.2 Análisis Comparativo Terapéutico en Hospita-- les de Asistencia Social. -----	90
4.3 Proposición para la creación del Instituto -- Nacional de Homeopatía. -----	100
V. RESUMEN Y CONCLUSIONES -----	103

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

La salud es una de las condiciones fundamentales del desarrollo económico: sin ella, ningún ser humano puede realizar un esfuerzo productivo y tener acceso a los demás bienes de la vida. A lo largo de la historia humana, medicina y economía han sido dos ciencias que han tenido una estrecha relación - al compartir su filosofía de servicio al hombre, objetivo último del desarrollo, y la aplicación de su rigor científico para encontrar y resolver las causas de las enfermedades y - problemas que impiden el bienestar de la humanidad.

En su evolución histórica ambas ciencias han realizado importantes contribuciones en la búsqueda de alternativas para mejorar la calidad de la vida, ampliando su conocimiento de manera consistente, si bien cabe señalar que no todas las alternativas posibles han sido exploradas con la misma intensidad y, por lo tanto, algunas de ellas acusan un cierto rezago pese a que han demostrado científicamente su utilidad social y sus potencialidades para ofrecer un cambio sin precedente en la evolución de la ciencia médica y de su desarrollo económico.

Es conocido ampliamente el hecho de que el desarrollo de la medicina Homeópata ha sido lento y actualmente es una terapia que está relegada a un segundo plano dentro de la ciencia médica. Por ello, el tema que trata la tesis tiene como objetivo mostrar las ventajas económicas de impulsar esta terapia en el campo de la salud, a partir de un esfuerzo por reconocer los principios filosóficos y científicos de la Homeopatía que contrastan ampliamente con la medicina de patente.

El objetivo que persigue es plantear las ventajas económicas y sociales que presenta la medicina Homeópata sobre la Alópata, y la inclusión de la primera en los planes y programas de salud como estrategia para llevar los beneficios médico-asistenciales a poco más de 20 millones de mexicanos que no cuentan con servicio de salud, representaría para el Gobierno en el aspecto económico, un gran ahorro en recursos monetarios? y en lo social, la introducción de una medicina no-toxica que cura la enfermedad con los semejantes, es decir, "Toda substancia capaz de producir, en el organismo relativamente sano del hombre, en dosis masiva, un conjunto de transtornos patológicos, cura, en dosis mínimas convenientes, los transtornos análogos en el organismo enfermo".<sup>\*/</sup>

En la actualidad el desconocimiento que se tiene sobre la medicina Homeópata dentro de la población total del país es ma

---

\*/ Mendiola Quezada, Roberto DR., "Bases Científicas de la Medicina Homeópata"., Pág. 17., 1980.

nifiesto en el hecho de que solamente un 5% de la población se beneficia con dicha terapéutica, debido en parte a la poca difusión del sector homeópata, así como a los intereses-económicos que han establecido los laboratorios químico-farmacéuticos en el mercado de la salud.

Cabe destacar que la concentración y monopolización que --- ejerce esta industria con los medicamentos y el costo de producción de los servicios médicos se debe fundamentalmente al desconocimiento de otras técnicas científicas alternativas - dentro de la medicina social.

La Tesis está integrada por cinco CAPÍTULOS, el Capítulo Primero, está dedicado a los aspectos teóricos, que son la parte medular de la misma. Se establece un marco de referencia en el cual se destaca la importancia de la salud en el desarrollo económico, con el propósito de medir el termómetro de salud con variables macroeconómicas partiendo de su contribución al Producto Nacional Bruto.

Dentro del mismo capítulo se hace alusión a los conceptos de Bienestar como categoría sinónimo de desarrollo y a la Seguridad y Asistencia Social. Finalmente se expone una breve - descripción de los métodos terapéuticos que utiliza la medicina, a fin de tener una visión general y poder establecer -



comparaciones.

El Capítulo Segundo trata de la salud pública en México, donde se describen las diversas Instituciones de Asistencia y de Seguridad Social que prácticamente tuvieron su origen a finales del siglo pasado. En este sentido se incluyen estadísticas sobre las condiciones de salud, utilizando los principales indicadores que permiten conocer la situación de salud en México.

En otro apartado de este Capítulo se hace referencia a la oferta de servicios de asistencia y seguridad social con que cuenta el Gobierno Mexicano, para hacer frente a una demanda cuyo crecimiento dinámico tiene su origen en el incremento demográfico del país y que generalmente es insatisfecha, estableciendo las causas por las cuales es poco probable que en el corto o mediano plazos sea factible ofrecer servicios de salud a toda la población del País, a partir de una infraestructura cuyo crecimiento acusa un cierto rezago frente a la evolución demográfica y a las características de su asentamiento en las diversas regiones del mismo.

Asimismo, se cuantifica la población amparada por las diversas Instituciones de Seguridad Social, con el propósito de establecer un panorama de la población que realmente tiene acceso a los mínimos de bienestar.

En el Capítulo Tercero, se realiza un análisis de la industria farmacéutica en México, donde se pone en relieve la incidencia de los laboratorios transnacionales en el campo de la salud, financiándose en su tecnología y capacidad de inversión para producir medicamentos en gran escala, supuestamente orientados a preservar la salud de los mexicanos pero que, en realidad, esconden un negocio que les reporta considerables ganancias y propicia el establecimiento de condiciones de dependencia.

El comportamiento de las empresas de la industria farmacéutica se analiza a través de la Matriz de Insumo-Producto Económica, así como de la dependencia e interrelación que tienen con otras ramas de actividad. Se deja entrever, también, la inoperancia de la Secretaría de Salud al permitir que existan aún, dentro del mercado, numerosos medicamentos que en otros países están proscritos por diversas causas.

El Capítulo Cuarto se refiere tanto a las políticas de salud que han venido instrumentando el Gobierno Mexicano, como a los servicios de salud que se ofrecen a través de dos terapias: la Alopática y la Homeopatía, realizándose al respecto un análisis comparativo en hospitales asistenciales.

Finalmente en el Capítulo Cinco se exponen una serie de reflexiones sobre la necesidad de crear instituciones para el

desarrollo e investigación de las dos terapias, poniendo énfasis en la medicina homeópata. En el capítulo se insertan algunos planteamientos a manera de resumen y conclusiones que se desprenden de los resultados obtenidos en los cuatro capítulos anteriores.

CAPITULO I.

I. ASPECTOS TEORICOS

1.1 Importancia de la salud en el desarrollo económico.

La preocupación por el crecimiento del excedente económico y por su aprovechamiento productivo se encuentra plasmada a lo largo de casi todo el pensamiento económico, aunque no siempre el tema es tratado con suficiente claridad por confundirse las 'causas' con los 'efectos'.

En la lucha teórica por conceptualizar el desarrollo económico destaca la posición marxista, la cual señala que el desarrollo económico debe entenderse como un proceso mediante el cual se genera y utiliza racionalmente el excedente económico, de tal forma que se vayan resolviendo los obstáculos y contradicciones inherentes al sistema económico, lo que se reflejaría a su vez en el grado de bienestar de la sociedad<sup>1/</sup>.

La causa esencial del proceso de desarrollo es la generación, apropiación y uso del excedente económico, en torno al cual gira la acumulación de capital y el efecto u objetivo del mismo sería aumentar el nivel de vida de la población en general.

El sistema de salud involucra a ciertos sectores de la

---

1/ Baran, Paúl, "Economía Política del Crecimiento" F.C.E., 1959.

actividad económica donde se conjugan tanto la producción como la distribución de bienes y servicios médicos cuya finalidad es preservar la salud.

Los productores de bienes y servicios de salud se ostentan como benefactores de la salud, pero más bien encierran un espíritu de lucro que han convertido su actividad en un negocio altamente redituable, acorde al mismo proceso capitalista en el que se encuentra inmerso nuestro país.

Dentro de los sectores de la economía que participan en el sistema de salud, pueden mencionarse al sector agropecuario que se deriva fundamentalmente de la compra de insumos a la silvicultura; el sector industrial por la injerencia de empresas farmacéuticas productoras de medicamentos, y el sector servicios, que se refiere a la infraestructura sanitaria formada en parte por las instituciones del sector público y por los dueños de los hospitales privados.

El desarrollo del sector salud en México, muestra un constante deterioro en la asistencia médica, no obstante haber logrado un importante aumento en el nivel de atención que corresponde a la práctica general de la profesión de la salud. En cambio, la práctica de la medicina especializada se mantiene al margen de la mayoría de la población.

El grado de eficiencia en la prestación de servicios de sa lud que una nación otorga a sus pobladores constituye un indica dor económico. La magnitud de los gastos sanitarios destinados a la protección de la salud, suelen ser un termómetro para me-- dir el nivel de desarrollo de determinado país.

Los países desarrollados generalmente tienen casi cubierto su régimen de seguridad social, es decir, amparan a casi toda la población. Sin embargo, en nuestro país las cifras más con- servadoras indican que más de la mitad de nuestra población ca- rece de servicios o prestaciones sociales.

En México las principales causas de muerte son los acciden tes, envenenamientos y violencias, siguiéndole en orden de im-- portancia las enfermedades del corazón y las infecciones intes- tinales y respiratorias, padecimientos que en la actualidad son curables; la mortalidad infantil registra uno de los índices - más elevados, lo que muestra que la insatisfacción de la salud es un obstáculo más a los problemas de desarrollo que enfrenta el país, sobre todo cuando no se entiende que para preservar la salud resulta mucho más importante mantener un mínimo de bien-- estar que cualquier medicamento.

Las instituciones de seguridad social en países en desa- rrollo, por lo regular siguen una estrategia que consiste en - otorgar a la población económicamente activa los servicios mé--

dicos, económicos y socio-culturales. Con ello, el campo de acción de la seguridad social se restringe a tal grado que las -- prestaciones en servicios que ofrecen, solamente son otorgados a aquellas personas que están en condiciones de generar ingresos.

Este es el sistema de seguridad que se practica en nuestro país, donde además de que existen diferencias muy marcadas en las cotizaciones y prestaciones económicas, no todas las personas que están ocupadas reciben dichos servicios.

Existe otra estrategia de prestaciones sociales que se da en países desarrollados y consiste en proporcionar un solo servicio; por ejemplo, el servicio médico, el cual se hace llegar a todas las capas de la población, sin restricciones de su condición social. La ventaja que ofrece es en el sentido de hacer más accesible la protección social a la totalidad de los habitantes de un país en un plazo históricamente más corto.

Este tipo de estrategia tiene inconvenientes para los países en desarrollo, como por ejemplo de carácter financiero, en virtud de que programas de esta magnitud resultarían muy costosos. Así también habría que enfrentar situaciones y respecto a -- grupos de media y alta cotización, que opondrían resistencia para no financiar una sola rama de prestaciones, de la cual obtendrían poco provecho personal, ya que en muchos casos, tratándo-

dose de servicios médicos, ellos mismos se proporcionan esta prestación.

La salud como tal, representa un estado de la vida humana donde ésta desarrolla sus facultades físicas y mentales. La salud es un "bien" que está íntimamente ligado tanto al proceso productivo como al bienestar social y se le considera como un elemento esencial de la fuerza de trabajo.

Es así como la política de salud por un lado, muestra una ideología que históricamente lleva consigo la práctica médica con la penetración social consiguiente y, por el otro, la magnitud económica adquirida por la organización y desarrollo de la asistencia y seguridad social que se encuentra inmersa en la dicotomía de un modelo consumista de medicamentos, auspiciado por el Gobierno Mexicano y controlado por empresas de productos farmacéuticos de origen extranjero.

El problema consiste en la manera de reorientar la política sanitaria para que resulte más racional y menos costosa en la aplicación de recursos para un doble objetivo: como medida preventiva y como medida curativa. En esta opción la política del Gobierno Mexicano ha sido la de impulsar de manera más amplia y efectiva, el desarrollo de una terapéutica (alopatía), dependiente cada vez más de los grandes laboratorios que no son necesariamente nacionales.



## 1.2 Bienestar y Seguridad Social.

En realidad el concepto de bienestar social puede entenderse como la serie de elementos que confluyen para lograr el mejoramiento del nivel de vida de la población, al contar con las mínimas condiciones de salud, alimentación, vivienda, educación, etc.

La acción de la seguridad social es un poco más reducida y obedece más bien a la medida que adopta un régimen político-social con el propósito de proteger, garantizar y preservar el bienestar de la población.

El bienestar social se obtiene mediante el establecimiento de políticas económicas, en las que se aplica el principio de racionalidad que permite desarrollar al máximo condiciones sociales y económicas y que se traducen en formas para distribuir más equitativamente la riqueza social.

Las desigualdades sociales en México han prevalecido, prevalecen y seguirán prevaleciendo mientras no se implante una verdadera justicia social en garantías, dando oportunidad razonable de realizar un trabajo productivo a todos los individuos, y mientras no existe un ingreso seguro para toda aquella persona que le permita satisfacer sus necesidades más elementales.

En la declaración universal de derechos del hombre está ti-

pificado un concepto teórico del derecho social que puede interpretarse como un derecho de bienestar social: "toda persona tiene derecho a nivel de vida adecuada que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo el derecho a los seguros en caso de desempleo, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia" <sup>2/</sup>.

Esta declaración no sería idealista para el caso de México, si en realidad todas las personas tuvieran un nivel de vida adecuado como se verá en el Capítulo II.

A decir verdad, en un país en desarrollo es difícil mantener un nivel aceptable y asequible de bienestar para toda su población. Por ello, en la medida en que la política económica del Estado Mexicano no se enmarque dentro de un contexto social, no se podrá hablar de que México satisface y cuenta con los elementos necesarios para preservar la vida y mejorar el nivel de todos los mexicanos.

La seguridad social tiende, en teoría, a garantizar la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar de la comunidad.

Pero más bien se ha constituido en un medio de poder político

<sup>2/</sup> Trueba Urbina M., "Filosofía del Derecho Social", Declaración de los Derechos Universales. Art. 22.

tico donde el Estado no ha basado criterios sociales y humanos como se indica en la doctrina mexicana de la seguridad social que tiene su origen en la Constitución de 1917, la cual dice: "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprende seguro de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, en enfermedad y accidentes y otras con fines análogos" <sup>3/</sup>.

La ideología y organización de los Gobiernos que ha perdurado en nuestro país después del triunfo de la Revolución Mexicana, ha sido contraria a las necesidades sociales de la mayoría de la población y desvirtuada por intereses de una élite burocrática favorecida a principios de la década de los treinta y que se consolida a mitad de la década de los cuarenta, en detrimento de una población campesina esperanzada por los frutos de la Revolución, y de una naciente clase obrera reclamando no sólo el derecho al trabajo sino también la protección de los seguros y asistencia que un sistema de seguridad social incluye.

Es conocido que en México no existen elementos que conlleven la satisfacción plena de las necesidades más apremiantes como serían: la lucha por instruir y educar profesionalmente al trabajador, la lucha contra el desempleo y subempleo y la lucha a favor de los sistemas de previsión, prevención, para resarcir los daños provocados por accidentes en el trabajo.

---

<sup>3/</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 123, Fracc. XXIX.

De acuerdo a la Ley del Seguro Social, los seguros que abarcan un régimen de seguridad social son los siguientes: accidentes y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Es comprensible entonces que mientras el poder político del Gobierno no revierta su práctica de abandono a las clases más desprotegidas que habitan en el medio rural y concilie intereses con los patrones que, con su estructura de cacicazgo controlan y tienen con sueldos de subsistencia a la masa obrera, no habrá seguridad social en el país.

Por ello, es prematuro pensar en alcanzar, en el mediano o largo plazo, el objetivo de dar protección de seguridad social a todos los mexicanos, y mucho menos lograr el bienestar social que significa garantizar a la población los medios necesarios para incorporar su fuerza de trabajo al proceso de producción.

### 1.3 Los métodos terapéuticos en la medicina.

#### a) Antecedentes.

La práctica de la medicina aparece como una necesidad natural, donde la especie humana por su instinto de subsistir al tener contacto con la naturaleza empieza a practicar y realizar, en su carácter de ser racional, actos de conciencia e intentos de curarse a sí mismo, ante la imperiosa penuria de conservación y

adaptación a las condiciones naturales, sociales e históricas <sup>4/</sup>.

Desde los tiempos remotos en que surgió la medicina como actividad inserta en los núcleos sociales organizados por la especie humana, ha tenido dos características sobresalientes que constituyen una constante valedera para su análisis: el respeto absoluto de los grupos sociales por quienes la ejercían y su constitución como una especie de poder paralelo al sistema de mando establecido, al que en no pocas ocasiones sirvió a éste con eficacia probada.

En un resumen de los momentos históricos más importantes de su evolución, ambas características van a estar presentes con una claridad que, a pesar de su sometimiento al Estado y al marco jurídico-social-moral en el que se ejerce, no logra disolverse.

La medicina primitiva era una actividad ejercida por un médico-sacerdote-brujo totalmente compenetrado con las formas de pensamiento mágico-religioso del grupo donde la practicaban con absoluta prioridad sobre los enfermos que constituían el núcleo del poder tribal.

Con el advenimiento de las civilizaciones que conforman la filosofía occidental, particularmente de la cultura griega, se establecen los criterios de considerar a la enfermedad como una

---

<sup>4/</sup> Barquin, M., "Historia de la Medicina", Editorial 1971.

aberración que sometía a los enfermos a incapacidades y deformaciones, cuyo combate a fondo en forma por demás racional y perfecta debía de hacerse; a pesar del humanismo de esta notable civilización, el ejercicio de esta actividad estaba circunscrito exclusivamente a los reyes y a la corte y otros núcleos de favoritos o personajes importantes, y el médico se ubica, en consecuencia, dentro del círculo de poder con amplias posibilidades de intervención e incidencia.

En la Roma Clásica empieza, sin embargo, el proceso de su sometimiento no total al Estado. La medicina era ejercida en su mayoría por griegos emigrados al seno del imperio y seguían practicándola con los criterios de selectividad en el tratamiento de los enfermos y de perfección en su técnica; la instrucción de la filosofía cristiana que preconiza una visión redentora del enfermo, impulsa al mismo tiempo su divulgación ampliando los casos de enfermos que deberían tratarse y establece una contradicción que se resuelve muy a la romana: es necesario normativizar la práctica médica y establece el primer "numerus clausus" y la licencia médica <sup>5/</sup>.

Los médicos en la Edad Media pertenecen en su mayoría casi total al clero, desde donde prosiguen vinculando su práctica al pensamiento religioso y estableciéndose como punta de lanza del poder que constituyó durante varios siglos en las monarquías y señorías establecidas como poder absoluto.

<sup>5/</sup> Sadaba Fernando, "La Mística de la Salud", Revista El Topo Viejo. Septiembre 1979, Madrid, España.

A partir del establecimiento de las universidades, el médico se convierte en un científico, en un doctor y su grado de respetabilidad alcanza la cumbre pero, al mismo tiempo, van surgiendo normas y criterios que cada vez más tratan de reducir su indiscutible poder social y someterlo como instrumento de gobierno.

Así, a partir de 1789, nutrida por los descubrimientos científicos y regulada por la ley para darle una oficialidad absoluta a su práctica, con la exigencia de poseer un título universitario, van adicionándose los elementos económicos, políticos y sociales que la hacen cada vez más compleja al tener que atender a núcleos cuyo crecimiento es impresionante.

De este modo, pese a que se les conceptúa como una carrera liberal e individualista, las presiones político-sociales inducen a la adopción de que la salud es algo a lo que todos tenemos derecho.

Por lo anterior, en un mundo cuya interdependencia va creciendo paralelamente a su evolución tecno-científica y las implicaciones socioeconómicas que conlleva el proceso, el poder médico sigue siendo paralelo al poder político en una simbiosis cada vez más sofisticada pero todavía imperfecta; de vez en cuando chocan y entran en contradicción.

## b) Conceptualización de la Medicina.

El concepto de medicina en su sentido más amplio, puede -- considerarse como el conocimiento científico que busca mantener el equilibrio de los factores psicofisiológicos y sociales del individuo, como manifestación de salud <sup>6/</sup>.

Es así como la medicina en su desenvolvimiento histórico, presenta diferentes expresiones del conocimiento en la búsqueda para lograr la salud, y que en su momento han pretendido o se -- han convertido como su forma más acabada; sin embargo, el desarrollo de otras ciencias aplicadas a la medicina y la misma investigación médica, han puesto en entredicho a esas concepciones.

En la actualidad, las escuelas que han perdurado con base a los resultados obtenidos y resistido un análisis serio, han -- sido: la Alópata y la Homeópata, sin menoscabo de que existan -- otras escuelas en donde se hace necesario profundizar en la investigación para incorporarlas al acervo del conocimiento al -- servicio de la salud.

Existen en estas escuelas un tronco común del cual han par -- tido, la búsqueda de los elementos que originan las enfermedades, mediante métodos que han sido utilizados y acumulados por expe -- riencias históricas que se basan en un inicio a nivel individual o particular, y que van conformando cuadros generales, en los --

---

<sup>6/</sup> Cid Felipe, "Breve Historia de las Ciencias Médicas", Ed. Expans. 1971.



que se agrupan las enfermedades según sus características específicas.

A partir de ahí, surge otro elemento en común en todas las escuelas, que es el de restablecer la salud, y es también la -- piedra de toque de su diferenciación, que se expresa en las variantes de sus métodos terapéuticos.

En este contexto, se puede enunciar de manera general las características terapéuticas de las escuelas (Alópata y Homeópata), según las cuales se pretende lograr el objetivo común del restablecimiento de la salud.

En tanto que la escuela Alópata ha desarrollado su conocimiento medicamentoso mediante la comprensión del universo más general, que expresa la multiplicidad fenoménica del cuadro de una enfermedad, o sea que los diferentes casos específicos en sus distintas modalidades (manifestaciones) se aglutina en la unidad del cuadro que enmarca a la enfermedad en su caso genérico.

La consecuencia de este método sintético, se orienta a que la consecución de los resultados explique sus terapias en su forma más general, y que al enfermo se le aplique la dosis de medicamentos de acuerdo a una fórmula general, sin tomar en cuenta la respuesta particular de cada organismo, o cuando se obser-

va la reacción individual es a posteriori; de esta situación - se desprende un aforismo que dice: "no existen enfermos, lo único que existe es la enfermedad".

Por otra parte, el método utilizado por la Homeopatía radica en el establecimiento de la identidad formal entre el objeto o el sujeto concreto que se quiere curar, y la generalidad abstracta denominada enfermedad.

El conocimiento analítico homeopático, consiste en realizar el análisis de cada caso particular, procura aislar sus diferencias y posteriormente darle una forma de universalidad abstracta denominada enfermedad. El objeto de esto, es retornar esta generalidad para dar una respuesta que tenga validez universal, pero al mismo tiempo aplicar la dosis medicamentosa de acuerdo al organismo individual <sup>7/</sup>.

El argumento señalado por la escuela Homeópata, es que no se puede generalizar el remedio y las dosis para todos los individuos, porque cada organismo tiene en sí diferentes tipos de - respuesta a los agentes exógenos terapéuticos. Por ello, se requiere el conocimiento de los pacientes y un tratamiento personal acorde a la respuesta que de su organismo emane.

De acuerdo a sus características, existe el criterio generalizado en las dos escuelas de medicina en las que se conside-

---

<sup>7/</sup> Medina Conrado Dr., "Doctrina Homeopática", 1945.

ran excluyentes una de otra, porque sus técnicas terapéuticas son distintas aún cuando el fin sea el mismo.

### c) La Herbolaria

Los avances científicos logrados a la fecha por la terapéutica médica en general, necesariamente tuvieron su punto de partida en la herbolaria, en la que utilizaban plantas medicinales.

Es quizá el primer método curativo que el hombre utilizó para mitigar sus males. En las sociedades primitivas el uso de las hierbas estaba considerado como un poder mágico y formaba parte de sus mitos religiosos.

La literatura herbolaria se encuentra plasmada a lo largo de la historia de la humanidad, sobre todo en los tratados de botánica o en algunas obras de historia natural, donde describen el uso y técnicas que practicaban al emplear las yerbas.

Dentro de las hierbas se destacan las plantas medicinales y las que sirven para producir cosméticos, perfumes y colorantes. Existen algunas variedades para los jarabes alcohólicos o incluso los mismos laboratorios obtienen numerosos productos de las plantas, que abarcan desde el mentol hasta la morfina.

La ciencia médica moderna ha certado casi por completo los métodos utilizados en los tratamientos con plantas medicinales. Las medicinas sintéticas han desplazado el uso de hierbas y plantas que por milenios fueron la fuente del curar. Sin embargo, -- en la actualidad la herbolaria se utiliza en las regiones más -- atrasadas del mundo y no alcanza el grado de ciencia como tal.

d) La Acupuntura.

El origen de la Acupuntura se le atribuye a un Emperador Chino llamado "She Hung" -2,800 años A.C.<sup>8/</sup>, sus principios es tán íntimamente ligados con las concepciones cosmogónicas de la filosofía china, aunque después su tradición se extiende a gran parte del Continente Asiático, sobre todo en Corea y Japón.

Las bases terapéuticas de la Acupuntura, aparte de considerar al hombre como individuo completo, se fincan en dos principios fundamentales: el primero, el de la noción de la energía, que parte de la filosofía médica china, la cual rige al Universo macrocosmos y al hombre microcosmos, mismos que se manifiestan en sus complementarios: la energía Yang, positiva, y la energía Ying, negativa, que emanan de la polarización original y del principio que probablemente engendró al mundo -según tradición china-, y cuya acción está inserta en la gran fé fundamental del pueblo chino, la "regla de los cinco elementos".

<sup>8/</sup> Guillanaune, M.J., Tynowsky J.C. y Nicout-Izard, M. "La Acupuntura". EDAI, Madrid, P. 3, 1979.

El otro principio básico de la acupuntura corresponde a la existencia de zonas cutáneas privilegiadas llamados puntos, que los chinos conocen como "Tsin" --pozos--, ya que, según ellos, se trata de lugares más que de puntos, en el sentido geométrico del término. Estos puntos a su vez están repartidos por todo el cuerpo humano siguiendo trazos lineales, que al introducir las agujas de metal en el cuerpo se logra una acción sobre la energía.

La acupuntura, a diferencia de otras terapias, tiene indicaciones que no son comunes en la medicina que se practica en el mundo occidental, es decir, que no están acostumbrados a recibir a sus enfermos antes de que se declare la enfermedad, la profilaxis de las enfermedades es la parte pobre de la medicina.

Los enfermos están en contacto con el médico acupuntor y éste recibe honorarios más bien por mantener a su cliente en perfecta salud, con lo que de hecho se practica la medicina preventiva. En base a este criterio, el médico recomienda a sus pacientes realizar chequeos en los equinoccios de primavera y verano.

Los límites de la acupuntura se presentan en las afecciones microbianas, en los trastornos profundos orgánicos con modificación o destrucción de órganos o en los estados agudos infecciosos, entonces el acupuntor tiene que limitarse a otras terapias. En cambio en los estados degenerativos, como el cáncer o la tubercu

losis, no puede más que aliviar al enfermo en las algias secundarias<sup>9/</sup>.

El interés de la humanidad por la terapéutica acupunturista ha alcanzado relativa importancia fuera de China, aunque en Francia se han realizado numerosos estudios y trabajos de síntesis para recoger la esencia del pensamiento chino. Así también se han hecho investigaciones que han favorecido el mejor conocimiento de las propiedades eléctricas de la piel a la altura de los puntos chinos para desarrollar la acupuntura electrónica. En la U.R.S.S., igualmente se realizan investigaciones teóricas y prácticas de la acupuntura, y últimamente se han interesado en estudiar a fondo el asma en el niño.

En los Estados Unidos ha penetrado con un poco de desconfianza y más bien son las colonias de chinos norteamericanos - los que la practican cotidianamente. En nuestro país sucede lo mismo, los medios oficiales dudan aún, y sus posibilidades de ser aceptada son pocas.

#### e) La Alopátia.

Los progresos más notables en el campo de la medicina se deben fundamentalmente al desarrollo de la medicina alópata como terapia de la ciencia del curar, sus conocimientos y adelantos científicos adquiridos propiamente a partir de Hipócrates,

---

<sup>9/</sup> Op. cit. pág. 16

pasando por Galeno --encargado de sistematizar los esquemas ideológicos de Hipócrates tomados en parte de la filosofía de Aristóteles--, hasta la quimioterapia de Paul Ehrlich que marca un nuevo rumbo en la medicina moderna científica<sup>10/</sup>.

En realidad el método empleado por la Alopátia está basado en el tratamiento de las enfermedades con medicamentos que pueden oponerse a los síntomas, estos medicamentos producirán en el estado sano fenómenos contrarios a los producidos por las enfermedades.

Durante el presente siglo XX la medicina alópata tiende a especializarse, la aparición de la Dermatología, la Oftalmología, la Psiquiatría, etc., así como los avances logrados en materia de cirugía y farmacología, tanto en el plano técnico como en el terapéutico, son un reflejo del desarrollo científico logrado - por esta terapia en la época moderna.

Los conocimientos científicos adquiridos, obviamente, contribuyeron al aumento del promedio de vida, las tasas de mortalidad en la mayor parte del mundo fueron reducidas considerablemente, a principios de siglo la tasa promedio de mortalidad en México era de 33.6 por cada mil habitantes, mientras que en 1980 se redujo a 7.0 por cada mil habitantes<sup>11/</sup>.

La investigación de nuevos medicamentos apoyados en las ex

---

<sup>10/</sup> Op. Cit. pág. 12

<sup>11/</sup> Dirección General de Biocestadística, S.S.A.

perimentaciones Bioquímicas, Farmacológicas y Toxicológicas fueron permitiendo el desarrollo de una industria, específicamente la Químico-Farmacéutica, encargada de comercializar los medicamentos en el mercado.

Sin dejar de negar las valiosas aportaciones y éxitos en la investigación farmacéutica, el papel de los laboratorios se ha caracterizado por convertirse en un mal social, al imprimir a su actividad el objetivo fundamental del lucro, a costa de la enfermedad y del dolor humano, sin importarles el bienestar del paciente sino, más bien, la venta del fármaco.

Para dar un ejemplo de lo anterior, la casa Sandoz de Basilea, Suiza, dice: un producto puede durar de 5 a 10 años para salir al mercado y es necesario investigar en promedio ocho mil substancias diferentes para lograr un nuevo medicamento; el reflejo entonces se dará no en el costo de producción, sino en el precio de venta por lo que más bien, este tipo de laboratorios más que productores de medicamentos, son productores de ganancias, explotando a la salud como se verá en el Capítulo II.

#### f) La Homeopatía.

La doctrina Homeópata consiste en la prescripción de un determinado medicamento a dosis diluídas y dinamizadas al medicamento que, a dosis ponderables de acuerdo al enfermo, provocan



Los mismos efectos de la enfermedad en ocasión.

El término de "Homeopatía" procede del griego --homosis--, que significa "parecido" y --páthos--, "enfermedad". En realidad el método empleado en la medicina Homeópata se remonta a la época de Hipócrates --siglos V-IV A.C.--, que es realmente cuando se da una explicación racional de la enfermedad.

Los principales puntos de apoyo para el ejercicio de esta disciplina médica son los siguientes entre otros no menos importantes:

- 1) Ley de los semejantes.
- 2) Principio de la individualización del remedio y
- 3) La dosis mínima necesaria.

En el primer caso el carácter conceptual homeopático está basado en la Ley de Similitud, expresado por Hipócrates de acuerdo a: "...la enfermedad es producida por los semejantes que se hacen tomar al paciente éste vuelve de la enfermedad a la salud<sup>12/</sup>". Esta idea puede considerarse como el principio general del que partió Samuel Hahnemann (1775-1843) para redescubrir dentro de la ciencia médica una nueva forma curativa llamada Homeopatía.

Este principio consiste simplemente en curar las enfermedades con medicamentos capaces de producir en el hombre sano, sín-

12/ S. Hahnemann. El Organón Edit.

tomas semejantes a los que ofrecen las enfermedades naturales.

"El semejante se cura con el semejante".

En el segundo caso encontramos a la individualidad del remedio, la cual suele dividirse en dos grandes agregados: la individualidad morbosa, es decir, que cada sujeto hace su propia enfermedad y la individualidad medicamentosa, en la que cada sujeto requiere un fármaco diferente según su propio caso.

El tercer punto de apoyo de la terapéutica homeópata, es la aplicación de la dosis mínima necesaria, no tóxica, buscando la doble acción farmacológica que todos los remedios tienen en el área con capacidad de modificar el cuadro patológico sin reacciones tóxicas o secundarias.

Para tener un buen resultado con este principio, es necesario que el médico homeópata atenúe más, debilite y disminuya la cantidad medicamentosa de cada sustancia empleada, evitando de ese modo las agravaciones naturales que pueden surgir de aplicar medicamentos en grandes proporciones, como lo que se recomienda en la alopatía.

La medicina homeópata en nuestro país está reconocida por las autoridades competentes en el ramo; a pesar de ello, ha sido marginada en las instituciones de seguridad social y únicamente en el sector público cuenta con un hospital de tipo general.

## CAPITULO II

## II. LA SALUD PUBLICA EN MEXICO.

## 2.1 Orígenes de la salud pública.

La asistencia de la salud al pueblo mexicano por parte de instituciones del Gobierno tiene su origen en el presente siglo, aunque se puede hablar del tribunal de protomedicato durante la Colonia (1584), que tenía ciertas responsabilidades en el campo de la salud y del Consejo Superior de Salubridad (1841), cuyas acciones estaban restringidas a puestos y poblaciones fronterizas y fundamentalmente orientadas a cuarentenas para el control del comercio internacional y en menor escala a la lucha contra la fiebre amarilla, la peste y el cólera.<sup>13/</sup>

El Consejo Superior de Salubridad, fue entonces el encargado de vigilar el ejercicio de la medicina y la salubridad pública y permaneció con ciertas modificaciones hasta 1917. El triunfo de la Revolución Mexicana y la promulgación de la Constitución aceleraron el proceso de intervención del Estado en materia de salud con la creación del Departamento de Salubridad en 1922 y pocos años más tarde se redactó el primer Código Sanitario en 1926.

<sup>13/</sup> Kumate Cañedo Jesús, Luis Pedrotta Oscar "LA SALUD DE LOS MEXICANOS", Editorial de el Colegio Nacional, 1977, México.

Los escasos recursos económicos que el gobierno - destinaba a los programas de salud eran insuficientes ante el reclamo de mejores condiciones de vida, por un lado de los campesinos oprimidos y por el otro, de una clase obrera pujante que fue consolidándose orgánicamente, lo que le permitió plantear sus demandas económicas políticas y sociales.

La asistencia a la salud en ésta época, tuvo como elemento principal a los hospitales de beneficencia que eran -- prácticamente para gente menesterosa -Hospital General (1905)- - Hospital de la Mujer, Hospital Juárez, y Hospital Homeopático.

Colateralmente a la creación de instituciones de - carácter médico-asistencial y social que se da a finales de la - década de los años 30's, el Gobierno Mexicano intenta una nueva estrategia de desarrollo centrada en impulsar al sector indus- - trial, para así iniciar un cambio profundo en la estructura pro- ductiva del país.

El proceso de acumulación de capital se acelera -- con la incorporación creciente de inversión en bienes de capital, destinados a producir bienes de consumo duraderos y no duraderos, además de un incremento en la productividad con base en la apli- cación de tecnología y en la investigación e inversión extranjera.

En este período la economía mexicana se vió impregnada de la modernización de la economía de los países desarrollados ante la creciente incorporación de empresas o corporaciones de origen americano y europeo hacia países de menor desarrollo; ello provocó una acentuación de los desequilibrios de estas economías en franco desarrollo al transformar sus patrones de consumo mediante la introducción de nuevas invenciones tecnológicas.

El Gobierno Mexicano, que había trabajado hasta antes de la década de los 50's apoyándose en una planta industrial vieja y obsoleta, se vió constreñido a cambiar dicha planta que inicia un proceso de industrialización dentro del cual -- destina su inversión productiva hacia ramas donde la amortización y rendimientos son más largos<sup>14/</sup>, política sustentada por el modelo de sustitución de importaciones.

El crecimiento de la industria nacional no sólo fue acompañado de la expansión de industrias tradicionales como la textil, azucarera, cemento, etc. sino también de otras ramas como la siderurgia, la automotriz, la eléctrica, la alimentaria, la química y la farmacéutica entre otras<sup>15/</sup>.

<sup>14/</sup> Tanayo L.P. Jorge "El Papel del Sector Público de acumulación de Capital en una Economía de menor desarrollo". Revista de Investigación Económica, Vol. XXIII, No. 92, México, 1963

<sup>15/</sup> Cordero H. Salvadr. "Concentración Industrial y Poder Económico en México". Revista del Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio de México No. 18.

La política económica desarrollada con más claridad durante el ejercicio del Gobierno del General Lázaro Cárdenas, se identifica por impulsar y fomentar una industrialización que se gesta a expensas de una economía de guerra para salir de la crisis. México entonces, como se mencionó anteriormente, incorpora una serie de industrias básicas para alentar en cierta forma un proceso de innovación tecnológica de origen extranjero con un sentido nacionalista.

Ante este tipo de requerimientos de orden económico, el Gobierno en el poder comenzó a replantear ciertas medidas de carácter social en las cuales llevaba la simiente de crear organismos diferenciadores de trabajadores, como fue el caso de la Dirección de Pensiones Civiles y Militares (1937) y después se dió paso a la creación del IMSS (1944) que más bien, se puede -- considerar como una respuesta que el Gobierno Mexicano dió al movimiento obrero en aras de la "Unidad Nacional", preconizada por el entonces Presidente Manuel Avila Camacho, la que se presenta como una conquista obrera y que tiende a matizar las contradicciones o lucha de clases que se generaban en nuestro país.

En última instancia, ésta política de diferenciación de organismos que protegen a diferentes capas o sectores de la población, tuvo como objetivo marcar ciertos privilegios a determinados grupos. Por un lado, favorece al sector industrial,-

ya que al patrón se le deslinda de una serie de responsabilidades, subsidiando con ello la capacitación y las mejores condiciones de la mano de obra. Por la otra, se sobreprotege a la burocracia marcando también dentro de ella ciertas élites como es el caso de los empleados bancarios, de PEMEX, C.F.E., entre otras instituciones importantes.

El establecimiento de instituciones claramente definidas en pro de la salud se da, cuando se constituye como el principal elemento financiero, siendo el caso de la actual Secretaría de Salud, que salvo las recaudaciones que obtiene por concepto de cuotas de recuperación en sus establecimientos, la mayor parte de sus recursos económicos son aportaciones del Sector Público.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, en la actualidad Secretaría de Salud, se creó de acuerdo de Decreto Presidencial del 18 de octubre de 1943, con lo que desaparecen dos instituciones públicas: El Departamento de Salubridad Pública (1928) y la Secretaría de Asistencia Pública (1938). Teóricamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública es la institución de Salud que atiende a todas aquellas personas que no tienen acceso a un régimen de seguridad social.

En el año de 1940, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyos objetivos son los de legitimizar a la clase trabajadora un sistema de seguridad social que le permitiera tener un mínimo de bienestar que se reflejaría en el desarrollo de la productividad.

El advenimiento del Seguro Social si bien puede ser una conquista de un movimiento obrero que se venía consolidando con el impulso que el Gobierno comenzaba a ejercer sobre la rama industrial, opera con un sistema de cotización que en ocasiones no le permite solventar las erogaciones de los seguros que comprende, por lo que no tiene gran capacidad y recurre a sistemas de financiamiento diferentes, los que en unos casos son tripartitas y en otros son bipartitas. Los seguros que comprende son los siguientes: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada.

En diciembre de 1959 por acuerdo del C. Presidente Adolfo López Mateos desaparece la Dirección de Pensiones y se crea el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales (ISSSTE) que incorpora a los servidores de la nación (burócratas) al régimen de seguridad social.

Los antecedentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) da-



tan de la Dirección de Pensiones Civiles y Militares fundada en octubre de 1937, la que tenía como actividades fundamentales al otorgamiento de prestaciones económicas más que sociales como: Pensiones, Jubilaciones, etc., a los empleados de la Federación y a los miembros de la armada y del ejército, además otorgaba préstamos a corto plazo y préstamos hipotecarios.

El 10. de enero de 1962 se creó por decreto presidencial la Dirección General de Seguridad Social Militar. Esta dirección apoyándose en la Ley de Seguridad Social para las fuerzas armadas (Ejército y Marina), proyecta sus beneficios hacia los militares e instituciones armadas.

Esta Dirección otorga a los derechohabientes 17 tipos de prestaciones y servicios, 12 de los cuales son similares a los que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado, impartiendoles en forma análoga a las demás instituciones anteriores. El financiamiento que otorga esta institución, lo realiza el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

## 2.2 Situación y condiciones de salud en México.

Generalmente las condiciones de salud nos revelan el grado de bienestar de sus miembros, un pueblo mal alimentado, es un pueblo enfermo, que padece de su salud en su estructura económica y social.

El estado de salud de un país por lo regular expresa una realidad concreta que permite conocer el desarrollo físico y mental de su población. Para evaluar las condiciones de salud de los mexicanos se presenta una serie de variables que generalmente son utilizadas para tratar el tema sobre la salud de los mexicanos.

### a) Natalidad y Población

México, comienza en los 80's a dejar de tener uno de los primeros sitios en tasas de natalidad. - La tasa en 1975 fue de 42.5 nacimientos por mil habitantes, cuando en realidad la media en los países desarrollados no sobrepasa los 29 nacimientos por 1,000 habitantes. Lo anterior indica que México en ese año tenía una de las tasas más elevadas del mundo.

Para 1980 se presenta un descenso importan-

te en la tasa de natalidad y baja a 34.7 nacimientos -- por mil habitantes que bien puede atribuirse a la aceptación y adopción que regulan la fecundidad cuya base -- se finca en los programas de planeación familiar, aun -- cuando existan problemas como el aborto, educación -- sexual equivocada, desorientación en el uso de anticonceptivos. Para 1985 disminuye aun más la tasa de natalidad y llega a 33.5 nacimientos por cada mil habitantes.

Es interesante este proceso positivo que es tá teniendo el país a fin de que no repercuta en los es tratos de nivel de ingresos más bajos, un tanto por que en este estrato social se generan las tasas de natalidad más elevadas y porque con sus mismos ingresos no -- son capaces de mejorar sus condiciones económicas y sociales.

En el presente siglo México ha venido incre mentando su población de manera dinámica al pasar de 12 millones de personas a casi 80 millones en 1985, lo que significa un aumento de cinco veces en 85 años, lo que es un país de población joven y que más de la mitad de su población no llegaba a los 18 años en 1985.

En los primeros decenios del siglo la población experimenta un crecimiento lento, entre 1930 y -- 1940 la tasa de población llega a 1.7 anual y la población asciende a 20 millones en 1940.

En 1950 la población de México aumentó a -- 25 millones cifra que en 1960 se elevó a 34.9 millones de personas lo que demuestra que a partir de 1950 el -- crecimiento natural de México se encontraba entre los -- que tenían uno de los mayores índices a nivel mundial.

Para 1970 la tasa de crecimiento llegó a -- 3.4% anual por lo que su población alcanzó los 48.2 millones de habitantes. Sin embargo, para el año de 1980 la tasa de crecimiento fue inferior a la de la década -- pasada siendo de 2.9% y llegando su población a 67.8 millones.

b) Esperanza de vida.

La esperanza de vida al nacer representa un índice general que señala el número de años promedio -- que vive una persona, es en otras palabras, la suma de los factores que tienen que ver con las condiciones de vida de la población, pero no precisa cuáles son estas condiciones de vida.

Al examinar las cifras sobre este apartado, se puede observar que la esperanza de vida al nacimiento ha mantenido una tendencia a incrementarse, aunque - en los últimos años este aumento no ha sido tan dinámico. En 1930 alcanzó los 37 años, en 1950 llegó a 48.8 años, sube diez años en 1960 y sólo 7.5 años en 1970 para llegar a 64.0 años en 1975.<sup>17/</sup> Para el año de 1985 aumentó a 67.2 años según la Secretaría de Salud. En países desarrollados el promedio de vida supera los 70 años, ejemplo: Suecia en 1977 llegó a 70.8 y E.U.A. a 72.0 años.

#### c) Morbilidad.

La patología del pueblo mexicano encuentra aún serios problemas que no pueden ser tan fácilmente - solucionados con la aplicación de vacunas o un simple - incremento monetario de recursos al sector salud, sino que los esfuerzos deben de encaminarse más bien a fortalecer la medicina preventiva en todos los niveles y a - mejorar el bienestar de la población, tanto en la educación higiénica como en las condiciones de vivienda y -- alimentación.

---

<sup>17/</sup> Manual de Estadísticas básicas sociodemográficas, Tomo III, Sector Salud y Seguridad Social, S.P.P. 1978.

De esta manera se podía avanzar en la disminución de enfermedades transmisibles como las respiratorias o las del aparato digestivo, que en este último caso su incidencia en países desarrollados es casi nula. - La diferencia estriba en que ellos tienen un control higiénico de la elaboración y consumo de alimentos, control del agua potable y de sus desechos, así como rigurosos programas de medicina preventiva.

Durante el año de 1970 la mayor incidencia de enfermedades recae sobre las transmisibles o infecto-contagiosas; por ejemplo, en 1976 el IMSS registró 10.4 millones de casos de enfermedades de este tipo, donde se destacan las que afectan a los aparatos respiratorio y digestivo, las cuales representaron poco más del 86 -- por ciento del total de los casos. La incidencia total del primero fue de 58 por ciento, sobresaliendo la amigdalitis (36 por ciento) y la faringitis (23 por ciento). La incidencia total en el segundo aparato representó el 28.5 por ciento, cifra muy elevada si se toma en cuenta que existen países como Inglaterra en los que están completamente controladas las enfermedades gastro-intestinales. 18/

Es interesante hacer mención que a partir de -- 1981 en México, las principales causas de mortalidad general son en 1er lugar los accidentes, envenenamientos y violencias, en segundo lugar las enfermedades del corazón después de que por un largo período estos dos lugares habían sido ocupados por enfermedades transmisibles como las respiratorias y la enteritis y otras enfermedades diarréicas. Ver cuadro No. 1

Dentro de la morbilidad se puede hablar también de los riesgos de trabajo, es decir, los accidentes y enfermedades que se originan en el desempeño de sus labores.

Las cifras que consigna el IMSS respecto a -- accidentes y daños al trabajo en 1985, sumó casi 709 mil personas lo que representa el 15 por ciento del total de trabajadores afiliados, o sea, que de cada 100 trabajadores 15 sufren una incapacidad: el 96 por ciento son enfermedades temporales, el 3 por ciento permanente y el 1 por ciento causa de muerte.

#### d) Nutrición.

La nutrición es otro de los factores que nos revelan el estado de salud de la población que, en un -- país en desarrollo como el nuestro, se refleja tanto de

los bajos niveles de ingreso monetario como de una política agroalimentaria deficiente y mal orientada respecto a las necesidades alimenticias del país.

La insuficiente producción de alimentos y su inadecuada distribución sobre todo a las capas sociales de ingresos reducidos, genera problemas nutricionales - que se transforman en un volumen cada vez mayor de enfermedades transmisibles. El 10 por ciento de la población concentra el 50 por ciento de la producción de alimentos, mientras un 30 por ciento de la población con mínimos recursos tiene acceso al 10 por ciento de alimentos.

En un estudio sobre el sector salud y seguridad social se indica que en 1980, de aproximadamente 11 millones de infantes mexicanos únicamente el 1 por ciento consumieron leche, carne, huevo y pescado, cuatro de siete días a la semana. "El 57 por ciento de la población no tiene agua potable y 74 por ciento carece de alcantarillado y la situación es más grave a nivel rural.- Mientras no exista el acceso universal a este líquido no se podrán lograr avances significativos en la salubridad general"<sup>19/</sup>

---

19/ Chávez Galindo, Ana María, y Santos Burgos Carlos, Servicios de Salud. 1981.



Por otro lado, el Instituto Nacional de la Nutrición<sup>20/</sup> en una de sus publicaciones menciona que uno de cada diez niños muere por desnutrición (anemia, o vitaminosis) y en algunas entidades del país la magnitud aumenta (Chiapas, Tlaxcala, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, etc.). De continuar esta situación llegará el momento en que las principales causas de mortalidad infantil serán por hambre -desnutrición- y no por falta de atención médica.

En cuanto al consumo promedio de calorías -- y proteínas nuestro país ocupa el quinto y sexto lugar -- respectivamente en América Latina. El consumo de calorías de México fue de 2,657 cuando la F.A.O. y la O.M.S. marcan un mínimo de 2,900 calorías diarias. El consumo de proteínas llegó a 61 gramos diarios por persona y el recomendado es de 65 gramos.

#### e) Mortalidad,

El índice de mortalidad general en México -- ha experimentado notables mejorías en su tasa bruta de mortalidad, que muestra un descenso progresivo, siendo que de significar en 1959 16.0 muertes por cada 1,000 -- habitantes baja a 5.3 en 1985<sup>21/</sup>. Esta última cifra se puede equiparar a las tasas de mortalidad general de -- países desarrollados como Canadá y Estados Unidos.

<sup>20/</sup> Anuario Estadístico de América Latina, 1976, CEPAL, 1977  
<sup>21/</sup> Demographic Year Book, 1985, Naciones Unidas.

Es importante acotar la tendencia observada por la tasa promedio a nivel nacional, pero existen Estados que presentan aún altas tasas de mortalidad general: Oaxaca, Tlaxcala, Hidalgo, Puebla, Aguascalientes, etc., donde las principales causas de defunción en dichas entidades son: diarrea y enteritis, neumonía, -avitaminosis y anemias.

En un reciente estudio se establece una comparación de tasas brutas de mortalidad de nuestro país, y de América Latina: "México ocupa el 7º lugar general en mortalidad; por enfermedades infecciosas y parasitarias el cuarto lugar, y por influenza y neumonías el mismo cuarto lugar"<sup>22/</sup>.

Sin embargo, el principal problema que tiene México es relativo a la tasa de mortalidad infantil, que es una de las más elevadas de América Latina. Nuestro país ocupa el séptimo lugar con una tasa de 50.0 defunciones por cada mil infantes, cuando en Estados Unidos es de 16.0 y en Canadá de solo 15.0.

---

<sup>22/</sup> Bivvo Castro Amado, "La Salud en México". Retrovisión y Perspectivas 1971.

De acuerdo a las causas de mortalidad infantil se destacan las de influenza y enteritis, que entre las dos absorben casi el 50 por ciento del total de defunciones, en tercer término se encuentra la perinatal.

### 2.3 Disponibilidad de recursos de los servicios de salud y Seguridad Social.

La infraestructura sanitaria material y humana de que dispone nuestro país para hacer frente a los problemas de la salud se encuentra estratificada en función de las capas sociales y de acuerdo a su nivel de ingresos. Dichos servicios operan por lo regular con base en la demanda espontánea y no con fines preventivos acorde a las necesidades de salud que requiere la misma población.

El sector público brinda sus servicios de salud a través de dos grandes conglomerados; uno de ellos corresponde a instituciones llamadas de seguridad social en las que se encuentran el IMSS, ISSSTE, PEMEX, PFCC, SDM, etc. Los otros organismos son de asistencia social como la Secretaría de Salud, D.D.F. y DIF. El sector privado cuenta con sus propios hospitales y clínicas que dan servicio a personas con recursos económicos elevados y en ocasiones a dependencias estatales o empresas descentralizadas.

Estas instituciones son las encargadas de -- la promoción de los servicios médico-asistenciales que operan en el país con una estructura irracional que sirven a intereses de la clase que representan, y sus servicios están casi vedados a la población marginada, sobre todo a la que se encuentra en el medio rural que son poco más de cinco millones de padres de familia numerosa.

a) Recursos materiales.

La infraestructura sanitaria en 1979 sumaba en total 5,894 unidades médicas, siendo la mayor parte de estas unidades médicas propiedad del sector público (87.0 por ciento), el sector privado absorbe casi el 9.0 por ciento, y el restante 4 por ciento corresponde a -- otras unidades de menor importancia.

De acuerdo al tipo de servicio que prestan dichas unidades médicas, se puede decir que las de consulta externa concentran el mayor número de unidades (73.5 por ciento del total), le sigue en importancia los hospitales generales (23.5 por ciento) y en último término se encuentran los hospitales de especialización (3.0 por -- ciento).

Esta situación obedece a que las instituciones del sector público operan con un elevado porcentaje en unidades de consulta externa. En cambio, el sector privado que tiene un total de 525 unidades médicas, solamente el 11.2 por ciento correspondió a unidades de consulta externa. En tanto, posee 103 hospitales de especialización mientras que el sector público en sus instituciones de seguridad social y asistencia social sólo tenía 64 hospitales de especialización.

El IMSS contaba en 1979 con un número bastante representativo de instalaciones médicas un total de 1,049 unidades distribuidas como sigue: 658 unidades para consulta externa; 358 hospitales generales y 33 hospitales de especialización; el ISSSTE únicamente lo supera en cuanto a unidades para consulta externa que contaba con 916 en total. (Ver cuadro No. 2).

Cabe mencionar que las unidades médicas del país se concentran en las grandes ciudades: D.F., Nuevo León, Jalisco, mientras que en los centros rurales están muy dispersas y sus servicios son mínimos como en el caso de los Centros de Salud "C" de la S.S.A. que ahora pertenecen al IMSS. Mediante el programa IMSS COPLAMAR que opera las clínicas de la Secretaría de Salud dispersas en los núcleos más apartados del País.

Respecto a la información sobre el equipo con que cuentan las diversas unidades médicas solamente se -- dispone de datos al año de 1979. En efecto, en este año el país contaba con un total de 74,421 camas hospitalarias, lo que indica un coeficiente de 1.1 camas por cada mil -- habitantes, cifra muy por abajo de las que se presentan -- en países desarrollados como en Estados Unidos de 7 camas por cada mil habitantes y en la UPSS llega a 15 camas.

En este mismo año de 1979, había un total de 879 laboratorios de análisis clínicos, de los cuales el -- sector privado disponía de 149 o sea el 17.0 por ciento -- de la totalidad; el IMSS 202 (23.0%); el ISSSTE 75 (8.5%) y la S.S.A. contaba con el mayor número 278 laboratorios de análisis clínicos (31.6%).

En cuanto a quirófanos el número total ascendía a 1,878, de los cuales se concentraban 731 en hospita -- les y clínicas particulares; la S.S.A. tenía 749, el IMSS 318 y el ISSSTE sólo 29 quirófanos. Respecto a gabinetes de radiología, el país contaba con un total de 981, sien -- do la mayor parte de clínicas y hospitales particulares -- 281 (26%), el IMSS tenía un total de 223 (22.7%), la S.S.A. 237 y el ISSSTE apenas llegó a 30 gabinetes de radiología. (Ver cuadro No. 3).

La infraestructura hospitalaria en 1985 aumentó a un total de 8,756 hospitales de los cuales casi el 90% pertenece al sector público; el 8% al sector privado y el 2% restante a otros. La estructura por tipo de servicio que prestan las unidades hospitalarias permanece casi igual que en 1979; el 72% correspondió a unidades de consulta externa, el 25% a hospitales generales y el 3% a hospitales de especialización. En cuanto a los hospitales privados en 1985 la tendencia a unidades de consulta externa es a la baja 9% de sus hospitales son para estos servicios, mientras que el 60% son de tipo general y el 31% de especialización.

Cabe mencionar que el sismo del 19 de septiembre de 1985 afectó severamente al sector salud. El Centro Médico desapareció y sus servicios pretenden ser descentralizados conforme a la reestructuración que está haciendo el Sector Salud.

El Hospital Juárez y el Hospital General también sufrieron daños de gran magnitud por lo que sus servicios apenas se están restableciendo.

El programa de Reconstrucción y Reordenamiento incrementó en 67 las unidades médicas de las 150 que desaparecieron, en 248 las camas de cerca de 5,000, en

117 los consultorios de 250 y en 9 las salas de cirugía - de 20 que desaparecieron.

En el cuadro No. 9 se presentan datos estadísticos de los recursos físicos del sector público a 1985, - donde podemos percibir que después de quince años los aumentos no han sido significativos, quizás el ISSSTE es el que de acuerdo a la información tuvo incrementos mayores a los del IMSS y la Secretaría de Salud.

El IMSS incrementó el número de camas hospitalarias en 45% entre 1970 y 1985; el ISSSTE triplicó el número de camas y la Secretaría de Salud aumentó en 47%. - Lo mismo sucedió con los demás recursos físicos para la - salud.

La información anterior corresponde a la infraestructura hospitalaria de la terapia alopata que es - la que concentra de hecho todos los servicios pero ahora veamos que pasa con la terapia homeópata, aunque se puede decir que no puede existir comparación alguna, si es interesante conocer algunas estadísticas del Hospital Nacional Homeopático dependiente de la Secretaría de Salud.<sup>23/</sup>

---

<sup>23/</sup> La medicina Homeopática cuenta con sólo 3 hospitales: El Hospital de la Escuela Libre de Homeopatía y el Hospital de la Escuela Nacional de Homeopatía, los dos últimos no son considerados generales por no tener todos los servicios.



SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL  
NACIONAL HOMEOPATICO

MEDICINA PREVENTIVA  
PLANIFICACION FAMILIAR  
MEDICINA INTERNA  
OBSTETRICIA  
GINECOLOGIA  
PEDIATRICA  
CARDIO-RENAL  
GASTROENTEROLOGIA  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
OF TALMOLOGIA  
DIABETES  
DENTAL

A manera de información general presentamos la estadística básica tanto del personal médico como de pacientes atendidos en el año de 1979.

HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO <sup>24/</sup>  
1979

NUMERO DE MEDICOS ADSCRITOS .....	51
MEDICOS GENERALES .....	4
MEDICOS ESPECIALISTAS .....	39
DENTISTAS GENERALES .....	3
MEDICOS DE OTRAS LABORES .....	5
MEDICOS RESIDENTES .....	35
MEDICOS INTERNOS .....	45
NUMERO DE CAMAS CESABLES .....	78
NUMERO DE CAMAS NO CENSABLES .....	8
CONSULTA EXTERNA .....	90,466 consultas
PRIMERA VEZ .....	20,994

SUBSECUENTES .....	60,472	
HOSPITALIZACION .....	3,032	expresos
PLANIFICACION FAMILIAR.....	5,615	
ESTUDIOS Y EXAMENES		
REALIZADOS .....	38,222	Diag. y Trat.
DEFUNCIONES FETALES .....	99	
0-19 semanas .....	49	
de 20 y más semanas .....	50	
TASA DE MORTALIDAD FETAL .....	5.02	
DEFUNCIONES NEONATALES .....	20	
TASA DE MORTALIDAD NEONATALES .....	1.07	

Como se podrá observar éstas son algunas estadísticas del Hospital Nacional Homeopático que como se mencionó anteriormente no pretendemos hacer comparación alguna, pero sí son elocuentes y dejan mucho que sobre este establecimiento que no recibe siquiera ni el 0.02% del total presupuesto destinado a estas actividades por parte de la Secretaría de Salud.

b) Recursos humanos.

De acuerdo a la información disponible sobre el personal que vende su fuerza de trabajo a los servi- - cios de seguridad y asistencia social tanto en el sector público como en el privado, en 1975 el país tenía un to- - tal de 242,786 personas que dependían directa o indirecta mente de esta actividad. Dicha cifra representó en térmi - nos relativos el 1.5 por ciento de la población económica

mente activa en ese mismo año. Para 1985 el número de -- personas que dependía de esta actividad aumentó a casi el doble al pasar a un total de 472,285 personas.

Tradicionalmente la distribución del personal se clasifica en tres grandes grupos: por una parte el médico<sup>25/</sup> que absorbió el 20.5 por ciento; el paramédico<sup>26/</sup> representó el 36.7 por ciento y finalmente el personal administrativo y de intendencia participó con el 42.8 por ciento de la totalidad de empleados. (Ver cuadro No. 5).

Como se podrá observar, existe una concentración muy elevada de empleados administrativos cuando la norma indica que debe ser mayor el personal paramédico, además la derrama en salarios para este tipo de empleados administrativos desvía el presupuesto asignado al sector salud y por lo tanto no se realizan programas tendientes a mejorar la salud de la población en su conjunto.

Este fenómeno se debe a que precisamente las instituciones del sector público sobre todo las de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE tienen exceso de personal administrativo. En cambio las instituciones particulares cuentan con el menor porcentaje de este tipo de personal en sus nóminas dado el espíritu de lucro para lo que fueron creadas.

---

<sup>25/</sup> Incluye: médicos generales, médicos especialistas, pasantes y otros.

<sup>26/</sup> Incluye enfermeras, auxiliares, parteras y otros.

El personal paramédico en el sector privado - es mayor teniendo una proporción de 2 enfermeras por médico y el sector oficial es de 1.2 enfermeras por médico. - Así también se puede decir que la proporción de médicos - en el sector privado es mayor y cuentan con más médicos - especialistas que generales, cosa que en el sector público no sucede.

Por otra parte, las estadísticas más conservadoras indican que contamos con un promedio nacional de un total de 1,353.9 habitantes por médico, mientras en Chiapas, Tabasco y Zacatecas se tienen 4,065, 4,028 y 3,312 - habitantes por médico. En cambio, en el D.F. hay 542 y - en Baja California Sur 871 habitantes por médico, ambos - promedios por abajo de la norma de 1 por 1,000 habitantes que marca la O.M.S. En Estados Unidos y Canadá la relación es de 160 y 210 habitantes por médico. Cabe agregar que hay unas 85 mil poblaciones menores de 500 habitantes donde es difícil que un médico preste sus servicios<sup>27/</sup>. - La mayor parte de los médicos del país se concentran en - el Sector Público, casi el 80 por ciento y apenas satisface un poco más del 50 por ciento de la población por el - complicado burocratismo existente en tantas dependencias - del Estado, cuando en realidad debería haber una sola que

---

27/ Asociación de Egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

atendiera el sector salud.

Además, es interesante señalar que se necesita promover la investigación científica del personal médico y fomentar la coordinación entre las instituciones dedicadas a impartir servicios de salud y organizaciones de carácter científico como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Organizaciones e Instituciones médicas comprometidas con la salud.

#### c) Recursos Financieros.

Los recursos financieros que el Estado destina en materia de salud y seguridad social se han venido reduciendo en términos relativos. Esta tendencia comienza a reflejarse con mayor nitidez a principios de la década de los 70's que es cuando se hace evidente la actual crisis económica por la que atraviesa el país y que se acrecenta aún más en la década de los 80's.

Durante los últimos años el gasto público ha observado un dinámico crecimiento producto de la expansión de la actual administración pública. En el período que abarca los años de 1970 a 1978 el gasto público creció a un ritmo del 21.5 por ciento anual en términos reales, es decir, en 1970 fue de 109,238.1 millones de pesos

y en 1978 aumentó a 513,614 millones de pesos de 1970. En tanto el PIB en este mismo período creció a 5.5 por ciento anual en los mismos términos.

En cambio, el gasto destinado a Bienestar y Seguridad Social experimentó un menor dinamismo al haber obtenido un crecimiento de 17.5 por ciento anual, pasando de 12,764 millones de pesos en 1970 a un total de 46,429 millones de pesos en 1978 a precios de 1970. En este período la participación de este rubro respecto al total -- del gasto público se ha visto disminuído en términos porcentuales; mientras que en 1970 absorbió el 11 por ciento para el año de 1978 se redujo al 9 por ciento. Ante esta reducción da la impresión de que la política del Estado se orienta al abandono de amplios segmentos del sector social en detrimento de la población cuyos niveles de ingresos son reducidos.

Dentro de los conceptos que componen el presupuesto del sector de Bienestar y Seguridad Social, puede mencionarse que a los que más necesitan de un apoyo, es decir, los núcleos indígenas, pensionados y jubilados, que entre ambos no representan ni el 1 por ciento del gasto público total, no obstante que el gasto referido a servicios médicos, empleados públicos y contribuciones al Segu

ro Social con centra un elevado porcentaje del gasto total en Bienestar y Seguridad Social. Existe otro concepto llamado "otros gastos sociales", el cual durante el período -- representa en promedio casi la mitad del total, pero no -- se especifica su verdadero destino. (Ver cuadro No. 6).

De acuerdo a esta misma clasificación del Gasto Público el Sector de Salubridad, Servicios Asistenciales y Hospitalarios, es uno de los sectores que recibe menos recursos financieros por parte del Estado, a pesar de que en él se fomentan los servicios hospitalarios y de -- asistencia social.

Este sector creció en el lapso referido a una tasa de 14 por ciento anual, muy por abajo respecto al -- Gasto Público total y a Bienestar Social y Seguridad al -- alcanzar en 1970 un financiamiento de 4,605.3 millones de pesos y en 1978 subió a 13'056.5 millones de pesos a precios de 1970. Su participación comparada con el total ya en descenso; en 1970 absorbió sólo el 4.2 por ciento y -- ocho años más tarde disminuyó a 2.5 por ciento del total de dicho sector.

Con base a lo anterior queda manifiesto que el

Gasto Público dedicado tanto a Bienestar y Seguridad Social como a Salubridad, Servicios Asistenciales y Hospitalarios se ha visto restringido en este lapso comprendido entre 1970 y 1978 al bajar la participación del gasto en ambos sectores de 15.2 por ciento que tenían en 1970, a 11.5 por ciento para 1978.

La Inversión Pública Federal realizada por objeto del Gasto representa en términos generales el conjunto de erogaciones en la formación de capital del sector público. Este indicador permite conocer el grado de intervención del Estado en el proceso de capitalización del país. Es pues de suma importancia mencionar para el presente capítulo en qué medida se viene apoyando al Sector de Bienestar Social y dentro de éste, a la inversión dirigida a Hospitales y Centros de Salud.

En el período comprendido entre 1970 y 1978 - la Inversión Pública Federal creció al 19.3 por ciento anual, a precios de 1970, ligeramente inferior a la obtenida por el Gasto Público. Sin embargo la inversión destinada a Bienestar Social estuvo muy por debajo de las anteriores, siendo de 12.1 por ciento anual. Esta misma tendencia sucedió en este lapso con la inversión dedicada a la construcción de Hospitales y Centros de Salud, ya que



creció a una tasa del 10.7 por ciento anual en este mismo período.

La participación del sector Bienestar Social y Seguridad respecto al monto total de la Inversión Pública Federal se ha visto reducido de manera importante, ya que por ejemplo, si en 1970 representaba el 27.1 por ciento, en 1978 baja a 16.3 por ciento. Este fenómeno también se dió con la inversión destinada a la construcción de Hospitales y Centros de Salud; en 1970 absorbió el 4.8 por ciento del total de la Inversión Pública Federal y para 1978 se redujo al 2.9 por ciento respectivamente. (Ver cuadro No. 7).

Esto es tan sólo una muestra de la poca importancia que el Estado viene manteniendo respecto a los sectores sociales del país, puesto que como se sabe el grueso de la inversión está orientado al sector Industrial -- (PEMEX, CFE, etc.). Además de que los préstamos de origen externo que recibe México no se utilizan en obras de Bienestar Social, por no convenir a los intereses de las corporaciones financieras internacionales.

2.4 Población amparada en Instituciones de Seguridad Social.

Dadas las características propias de nuestro sistema de salud la población asegurada --entendiendo por ésta,

la que obtiene un mínimo de ocho diferentes tipos de prestación es la que realmente está protegida por alguna institución de seguridad social.

La población que no cuenta con seguridad social es teóricamente atendida por el IMSS-COPLAMAR y la S.S.A. -principalmente a campesinos, indígenas, no asalariados, desempleados y subempleados-, o bien recurre a -- instituciones privadas. Resulta difícil cuantificar a esta población, que no cuenta con un sistema organizado, -- por lo que, en este apartado solamente se considerará a la que está amparada y cuenta con las mínimas prestaciones que al respecto, indica la ley.

Durante las dos últimas décadas el régimen de seguridad social en el país ha venido aumentando gradualmente. En el año de 1965 la población asegurada a nivel nacional sumó un total de 8.6 millones de personas, cifra que representaba el 20 por ciento respecto a la población total. En 1970 la población asegurada aumentó a 12.2 millones de habitantes, lo que significa un crecimiento del 7.3 por ciento anual en el quinquenio 1965-1970; más del doble comparado con el promedio de la tasa media de crecimiento natural de población (3.4 por ciento). La participación relativa de la población asegurada aumentó al 25

por ciento (Ver cuadro No. 8).

La población asegurada se extiende a 21.4 millones de personas en 1975, es decir, el 35 por ciento de la población total estaba amparada por la seguridad social. En este mismo año, los países del Continente Americano que sobrepasaban a México en cuanto a población amparada eran: Canadá (99% de su población); Estados Unidos (90%); El Salvador (5.9%); República Dominicana (7.7%); Honduras (6.0%); Perú (11.5%) y Paraguay (8.5%). Los países más desarrollados del Continente Americano como: Canadá y Estados Unidos son los que tienen los índices de población amparada más elevados, mientras que países como: Honduras, El Salvador y la República Dominicana tienen un régimen de seguridad social que no alcanzan a amparar ni siquiera al 10 por ciento de su población.

Las cifras globales de la población asegurada para el año de 1979 llega a cerca de 28 millones de mexicanos de los casi 65 millones que había en este año, y son los que tienen acceso a la seguridad social el resto son considerados población abierta que por lo regular cubre la S.S.A., DIF o la iniciativa privada.

Sin embargo, se dice que durante el año de --

1979, el régimen de seguridad social del país amplió considerablemente sus servicios de salud, merced el nuevo sistema implantado por el Instituto del Seguro Social con el Programa IMSS-COPLAMAR que extiende los beneficios de protección a las capas de población más desamparadas -casi 10 millones de campesinos- que teóricamente fueron incorporados al régimen de solidaridad social mismos que tendrían servicios médicos bajo la implantación de pequeñas clínicas en el medio rural.

El Programa IMSS-COPLAMAR, según se anunció beneficiaría a grupos de campesinos de 26 entidades federativas, mismo que fue precedido por actividades de penetración sanitaria en 10,000 localidades, a las que llegaron brigadas móviles que proporcionaron vacunación preventiva.

Este programa de protección a los grupos sociales marginados del país carece de seriedad y más bien tiene la consigna de amirar las contradicciones del mismo sistema capitalista. Se dará protección a 10 millones de campesinos bajo el régimen de solidaridad social y serán protegidos por el IMSS, no tendrán categoría de asegurados permanentes o eventuales, ni tampoco tendrán derecho a los seguros que comprende el Instituto como: acci-

dentes de trabajo, enfermedades, maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada, muerte, etc.

Claro está que dicho grupo social gozará únicamente de servicio médico a un nivel como lo realiza la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública en las zonas marginadas del país, ya que el costo por habitante -- que atiende llega a sólo 110 pesos devaluados, el IMSS lo gasta 16 veces más y el ISSSTE sólo 12 veces.

De acuerdo a lo anterior las cifras globales que da el Instituto Mexicano del Seguro Social sobre la población que protege y da servicios médicos en 1985 llegó a 31.4 millones de personas, de ellas 20.8 millones -- son derechohabientes permanentes y eventuales lo que significa que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene 6.2 millones de asegurados permanentes y eventuales y la PEA en ese año se estimaba en 18 millones. En cuanto al ISSSTE en 1985 reporta un total de 6.8 millones de asegurados y 1.8 millones de trabajadores que cuentan con servicios de seguridad social.

En este contexto se puede decir que la población amparada del país en 1985 llegaba a 39.8 millones de mexicanos casi el 50 por ciento del total de 80 aproxima

damente, sin considerar a los diez millones de campesinos y a otras instituciones de salud como la S.S.A., el D.D.F. y el DIF que son asistenciales. Existen entonces unos 30 millones de personas sin seguridad social y aproximadamente 10 millones que no cuentan siquiera con servicio médico. Si se sabe que los recursos monetarios cada día son menores será muy difícil aumentar los servicios de salud al pueblo mexicano.

## CAPITULO III

### III. LA INDUSTRIA FARMACEUTICA ALOPATA EN MEXICO.

"La misma Ley prohíbe matar,  
también prohíbe envenenar y  
mutilar".

Padre Tadeo.

#### 3.1 Aspectos Generales.

Esta rama de actividad económica esconde bajo el seudónimo de "defensora de la salud", un cúmulo de intereses a merced de los descubrimientos de la ciencia médica moderna, cuyos beneficios se concentran en una cuantas empresas - - transnacionales que dominan el mercado mundial de productos farmacéuticos.

El papel que juega la industria químico-farmacéutica alópata dentro de la sociedad, tiene especial importancia - por tratarse de una actividad donde el "bien" que se producir -medicamentos- el consumidor lo utiliza para preservar - su salud, de donde se deriva la gran responsabilidad de los laboratorios dedicados a la producción de fármacos, ya que de sus controles de calidad en su proceso de investigación y - producción dependerá la vida de un sinnúmero de personas que habitualmente consumen medicamentos.

La industria químico-farmacéutica moderna apareció a finales del siglo XIX a partir de los trabajos realizados por W.H. PERKIN en Inglaterra, quien logró obtener la "malvina sintética", misma que sirvió de base para el desarrollo de la industria de colorantes sintéticos<sup>27/</sup> que marcaban el comienzo de la quimioterapia.

Esta industria comienza realmente su expedición por nuestro país en la década de los 40's cuando se introducen subsidiarias de grandes empresas de laboratorios farmacéuticos transformando así, lo que era una actividad de representantes comerciales de productos importados, como en el caso de los laboratorios "La Campana" de Warner Lambert que inició sus operaciones en 1917<sup>28/</sup>.

La introducción de laboratorios farmacéuticos adquiere su dinamismo entre 1940-1960 cuando se instalan como las filiales 28 empresas -todas ellas con capital extranjero- de un grupo de 40, clasificado de acuerdo a las ventas en el mercado de fármacos. Dentro de este grupo, seis se constituyen antes de la década de los 40's y otras 6 después de la década de los 60's.

---

<sup>27/</sup> Levinson, Charles, "Los Trusts de los Medicamentos", Editorial Sepesa, 1975, pág. 13.

<sup>28/</sup> De María y Campos, Mauricio, "La Industria Farmacéutica en México", Revista de Comercio Exterior, Vol. 27, Num. 8, Agosto de 1977.



Para tener una idea más clara del peso económico que poseen las firmas extranjeras en el mercado de productos farmacéuticos a escala mundial transcribiremos parte del texto que tomó, de la Revista Fortune de mayo de 1978, el Prof. Victor M. Bernal Sahagún en su estudio titulado: "Las Empresas Transnacionales y el Desarrollo de la Industria de la Salud en México".

"Para 1977, las ventas de las 500 empresas industriales más importantes de los E.U.A., la mayoría empresas transnacionales, rebasaron el millón de millones de dólares, cifra que, para ser comprendida, requeriría de algunas comparaciones. Por ejemplo, si se repartiera esa cantidad entre las, aproximadamente, cuatro mil quinientos millones de personas que habitan la tierra, a cada una de ellas le correspondería doscientos cuarenta y un dólares; o bien, dicha cantidad cubriría con creces el equivalente a cuarenta veces la deuda pública en 1977 de México, o podría mantener a cerca de ciento cincuenta millones de personas durante un año, con un nivel de vida similar al de los habitantes de Suiza, una de las naciones de mayor ingreso per-cápita en el mundo, o más de mil cuatrocientos millones si se hace el cálculo con el modesto ingreso per-cápita mexicano"<sup>23/</sup>.

---

<sup>23/</sup> Bernal Sahagún, Víctor M. "Las Empresas Transnacionales y el Desarrollo de la Industria de la Salud en México", U.N.A.M. - Noviembre de 1978, pág. 21.

### 3.2. Estructura Económica.

La industria farmacéutica nacional actualmente se encuentra en manos de empresas extranjeras que controlan tanto la producción como la distribución de productos farmacéuticos. Ante la escasa participación de capital mexicano y su incapacidad para realizar investigaciones, las empresas transnacionales destinan gran parte de sus recursos económicos a la tarea de investigación básica a todos los niveles requeridos, puesto que la producción de compuestos químicos para uso en la industria de los fármacos necesita de una tecnología altamente sofisticada y compleja que no se encuentra disponible en nuestro país.

En México esta actividad depende en gran medida de la tecnología e inversión de origen externo realizada por laboratorios transnacionales cuyas acciones de investigación, control y desarrollo, que efectúan a nivel mundial en sus propias matrices, han imposibilitado el crecimiento de la industria farmacéutica nacional. Además el relativo control que ejerce el Estado Mexicano en la producción y comercialización de estos productos pone en desventaja a un gran número de pequeñas empresas de capital nacional.

De acuerdo a la clasificación de la Matriz de Insumo Producto<sup>30/</sup>, la industria químico-farmacéutica es representada por la rama número 38, que es la de "productos medicinales", por tanto, para fines de este apartado al referirnos a esta última lo estaremos haciendo a la "IQF".

En primer término, se puede apreciar que el V.B.P. de esta rama de productos medicinales es poco representativo en cuanto a su participación a la economía nacional. En 1970, absorbió el 0.4 por ciento del total nacional, una situación similar ocurrió cinco años más tarde.

Por el lado de los gastos efectuados por compras de insumos y pagos a los factores de la producción "productos medicinales" representó el 0.5 por ciento de las compras de insumos totales a nivel nacional y el 0.7 por ciento del valor agregado. En 1975 ambas bajan ligeramente su participación en el contexto nacional a 0.4 -- por ciento respectivamente.

VBP Y GASTOS REALIZADOS POR COMPRAS DE INSUMOS Y PAGOS A LOS  
FACTORES DE LA PRODUCCION POR LOS PRODUCTOS MEDICINALES  
-millones de pesos constantes 1970-

Concepto	1 9 7 0			1 9 7 5		
	Total nacional	Productos medicinales	Por ciento	Total nacional	Productos medicinales	Por ciento
Insumos totales	712,996.9	3,355.7	0.5	1'014,492.7	3'546.2	0.4
Valor agregado	444,271.4	3,006.9	0.7	610,121.9	3,648.8	0.6
Valor Bruto de Producción	1'169,732.4	6,392.6	0.6	1'624,514.6	7'165.0	0.5

FUENTE: Matriz de Insumo-Producto, 1970-1975. S.P.P.

Como se podrá observar en el cuadro anterior, el valor bruto de la producción de productos medicinales - creció a una tasa media anual de 2.3 por ciento en el quin quenio al haberse incrementado de \$6,392.6 millones en 1970 a \$7'165 millones en 1975 -a precios constantes de 1970-.- El consumo intermedio de la rama, por su parte, permaneció prácticamente constante al haber sufrido una ligera elevación del orden de 0.8 por ciento anual, mientras que el - valor agregado creció al 3.9 por ciento anual, mostrando con ello cierto dinamismo que refleja esencialmente la ba ja capitalización a que ha estado sujeta esta actividad - económica donde la composición orgánica del capital muestra un 52.9 por ciento de capital constante contra 47.1 - por ciento de capital variable en el año de 1970, rela - ción que se transforma a 49.0 por ciento de capital cons - tante contra 50.9 por ciento de variable para 1975.

Un aspecto que sobresale es la tendencia del valor agregado que va al aumento. En 1970 representaba el 47.0 por ciento del valor bruto de la producción y en 1975 aumenta su proporción al 59.9 por ciento, lo que significa que es una actividad altamente redituable que cada vez utiliza menos proporción de sus gastos en compra de insumos y además no cuenta con una fuerza de trabajo significativa<sup>31/</sup>, por lo que el incremento de su valor agregado se traduce en un incremento del superavit de explotación. (Ver cuadro No. 9).

La composición del valor agregado en 1975 estuvo integrada de la siguiente manera: el 47.6 por ciento correspondió a remuneración de asalariados; el 43.8 por ciento al superavit bruto de explotación y el 8.6 por ciento a impuestos indirectos netos de subsidios. Esta estructura nos indica que de cada 100 pesos gastados, regresan 44 pesos como utilidades, lo cual demuestra una elevada productividad del factor trabajo, el que se encuentra injustamente remunerado. En cambio las compras por insumos totales en 1970 absorbieron el 52.9 por ciento del total del valor bruto de la producción y en 1975 bajan su participación a 49.0 por ciento. Esta disminución se debe a que en dicho período se disminuyeron las compras de materia prima al exterior, en 1970 se compró

---

<sup>31/</sup> Entre 1970 y 1975, según datos del Censo Industrial hubo sólo un aumento de 5 mil personas.

el 27.9 por ciento de los insumos totales utilizados en la fabricación de productos medicinales y en el año de -- 1975 bajaron proporcionalmente a 25.7 por ciento respecto al total de materias primas consumidas por la rama en estudio.

La mayor parte de insumos empleados en la fabricación de medicamentos fueron producidos en el país, -- el 72.1 por ciento en 1970 y el 70.4 por ciento del total de insumos consumidos en 1975, debido a que los principales laboratorios nacionales filiales de grandes empresas farmacéuticas internacionales están iniciando actividades tendientes a estructurar sus programas de producción con la fabricación en México de antibióticos de amplio espectro y compuestos esteroideos así como algunos productos analgésicos.

En el cuadro No. 10 se pueden observar las -- compras realizadas por parte de la rama de los productos medicinales a los demás sectores de la economía: durante el año de 1975 imprenta y editoriales (12.5 por ciento); -- productos medicinales (13.9 por ciento); artículos de -- plástico y productos de vidrio (12.8 por ciento) y el comercio (15.2 por ciento) entre otros.

Con respecto a los ingresos obtenidos por la venta de productos medicinales, tenemos que la magnitud de los mismos se contabiliza de acuerdo, a la matriz de insumo-producto en dos grandes agregados según su destino: el primero corresponde a la demanda intermedia representada por los ingresos por venta de esta rama (insumos para otros sectores de la actividad económica) en calidad de materia prima para la fabricación de sus productos, y el segundo a los ingresos por venta de demanda final o de producto terminado.

Con base en datos que consigna la matriz, puede mencionarse que esta rama de actividad, en el período de análisis 1970-1975, obtuvo más ingresos por la venta de sus productos por el lado de la demanda final -consumo privado, gobierno y exterior- que por el lado de la demanda intermedia; en efecto, la demanda intermedia absorbió el 40 por ciento del valor bruto de la producción entre 1970-1975, mientras que la final representó el 60 por ciento. Los productores de fármacos vendieron sus productos principalmente a servicios médicos (55.2 por ciento), alimentos de animales (20.2 por ciento); productos medicinales (17.4 por ciento); lo que significa que tan sólo estas tres ramas le compraron a los productos medicinales -

el 92.8 por ciento del total de la demanda intermedia. -- (Ver cuadro No. 11). Por su parte, dentro de la demanda final, el consumo privado -venta a farmacias- fue el que arrejó el mayor porcentaje de 77.8 por ciento respecto a las ventas totales de destino final en 1970. Para 1975 - baja relativamente a 77.5 por ciento.

En cuanto al monto total de la inversión (Formación Bruta de Capital Fijo más variación de Existencias), ésta ascendía en 1970 a 547 millones de pesos, cifra que constituye el 8.5 por ciento del valor bruto de la producción total, en 1975 casi se duplica al llegar a 1,045.3 - millones de pesos corrientes pero que representan sólo el 8.1 por ciento de los gastos totales. (Ver cuadro No. 12). Esta relación indica que en 1970 de cada 100 pesos gastados por la rama, 8.5 se destinaban a compras de maquinaria y equipo, mientras que para 1975 hay una tendencia a la baja, al haber decrecido su participación a 8.1 por ciento lo que no ha impedido que sus utilidades hayan crecido considerablemente.

Las exportaciones de la rama han ido en aumento, aunque no en la magnitud deseable, debido al dominio del mercado, por las empresas trasnacionales. Para 1970 - por concepto de exportación se obtuvieron 296.7 millones-



de pesos cifra que para 1975 aumentó a 329.6 millones de pesos constantes de 1970 lo que reporta una tasa media anual de crecimiento del orden del 2.2 por ciento similar a la obtenida por el VBP de la rama (2.3 por ciento). La balanza comercial de esta actividad operó con un saldo negativo de 649 millones de pesos en 1970 el cual disminuyó a 576.3 en 1975 (a precios constantes de 1970).

La generación de empleo en el sector es modesta por su reducida absorción de mano de obra pues la propia naturaleza en el proceso de fabricación de fármacos, excluye la posibilidad de una utilización intensiva de la misma, en 1970 contaba con poco más de 32 mil empleados y para 1975 subió a 37 mil personas, lo que significa un crecimiento medio de 2.9 por ciento anual. Además la ocupación media es baja, de 70 personas por planta.

La producción de fármacos por parte de la industria farmacéutica necesita de tecnología muy avanzada con un alto grado de complejidad, la cual no se encuentra disponible en nuestro país debido principalmente a la pulverización de la industria, lo que ha impedido realizar, por falta de capital, investigación básica a todos los niveles requeridos. El 85 por ciento de los pagos efectuados por transferencia de tecnología en México, correspon--

den a esta rama de actividad económica. Por este motivo la alternativa más viable ante el mercado cautivo sería promover la formación de asociaciones tripartitas entre gobierno, sector privado y compañías transnacionales que conjuntamente procuraran la capitalización y formación de recursos humanos nacionales para ir independizándose tecnológicamente de la economía transnacional.

Si bien es cierto que contamos con un cuadro básico de medicamentos en el sector público, y que el 80 por ciento de los medicamentos básicos que se producen son de manufactura nacional, en los demás fármacos la dependencia de la tecnología extranjera es enorme, ya que en los laboratorios nacionales se invierte una mínima cantidad.

### 3.3 La penetración extranjera alópata en el mercado de fármacos.

Para el año de 1978 la industria farmacéutica alópata tenía 645 empresas registradas, de las cuales 60 laboratorios eran de origen extranjero (9.4%) y los restantes - eran nacionales, de acuerdo a datos de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica. La situación a 1986 se modifica y se agrava para aquellos laboratorios de origen nacional, lo que propició el cierre de 185 laboratorios en nueve años. Es decir que la industria farmacéutica alópata cuenta, de acuerdo a datos de la Cámara, con 460 industrias de-

dicadas a la producción de fármacos, mientras que la industria homeópata contaba apenas con 26 laboratorios en el país.

Las firmas nacionales constituyen un número excesivo de empresas que reflejan una reducida capacidad individual. Esta situación propicia desventajas entre medianos y pequeños fabricantes, puesto que la mayoría de los productos que se ofrecen a la venta son reformulaciones de sustancias químicas básicas extranjeras que impiden el desarrollo de una verdadera industria farmacéutica nacional, fomentando con ello una insana y desmedida transferencia de tecnología, que se convierte en un serio reto para los empresarios nacionales.

De acuerdo a un estudio elaborado por De María y Campos de las 40 principales empresas farmacéuticas clasificadas según sus ventas realizadas en el país, indica que el año de 1975 controlaban el 68 por ciento de las ventas de medicamentos en el mercado nacional (Ver cuadro No. 13).

Es interesante señalar, que de este grupo de 40 empresas únicamente dos de ellas son de capital nacional, además ocupan los lugares 37 y 40 respecto a las ventas en el mercado farmacéutico, lo que muestra la existencia de un al

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

to grado de concentración en la producción de fármacos.

Ventas totales de la industria químico-farmacéutica han decrecido de 1970 a 1980 a una tasa media anual de -1.8 por ciento, al haberse reducido de 5,409 millones de pesos en 1970, a 4,527 millones de pesos en 1980.

Los medicamentos que más se venden en el mercado son los antibióticos (15 por ciento en 1974 y casi 20 por ciento dos años más tarde) lo que explica que en nuestro país - las principales causas de muerte sean por infecciones respiratorias e intestinales.

La desnutrición ocupa un lugar importante en las causas de morbilidad, incidiendo la mitad de las defunciones, - en niños menores de 4 años. Sin embargo la venta de vitaminas ocupó el segundo lugar en ventas representando el 7.2 - por ciento para 1976 generando un valor de 577 millones de pesos corrientes. Esta situación es de verdad lamentable - ya que si padecemos de un grave problema nutricional tal -- cantidad debería mejor destinarse a la producción de alimentos básicos, puesto que una población bien alimentada no requeriría de vitaminas sintéticas. (Ver cuadro No. 14).

Tal parece que la política a seguir por estas empresas trasnacionales, es el controlar la producción mediante la adquisición de otras industrias a las que hacen aparecer

como competitivas cuando en realidad forman una sola empresa. Podemos mencionar el caso de Bayer que en el transcurso de la década de los 70's compró las empresas Ciba-Geigy, Lakeside, Boehringer, Ingelheim, Proreco, Eurpharma, Beecham, Sanfer, Serral y Hiles. Este imperio se va conformando como un trust, es decir, una asociación entre productores - formada por unificar sus esfuerzos, reducir los gastos de producción, evitar la competencia y dominar el mercado.

La concentración en los mercados terapéuticos se torna cada vez más grave a saber, los grandes laboratorios - transnacionales tienden a especializarse y en esa medida -- van constituyendo estructuras oligopólicas y monopólicas en este mercado. En el de antibióticos, por ejemplo, de un total de 180 empresas sólo 10 de ellas controlaban poco más de la mitad de las ventas de insulina para diabéticos, y -- Squibb controla el 96 por ciento del mercado de antimióticos. Existen sólo nueve laboratorios que producen hormonas y esteroides.

3.4 Comercialización y consumo de los productos alópatas.

a) Comercialización.

La comercialización de los productos que tienen en el mercado las empresas transnacionales se maneja dentro de

las políticas de determinación de precios y niveles de producción, así como de la utilización de la capacidad productiva dependen directamente de las decisiones que internamente adopte la empresa en su búsqueda de ganancias.

Ahora bien, dentro de la industria farmacéutica alópata mexicana existen tres submercados importantes en los cuales se encuentran diferencias de conducta: 1) En la producción de materias primas el predominio de las empresas se basa en la posesión de la tecnología que normalmente sólo la tienen los monopolios extranjeros; esto ha ocasionado -- serios problemas de dependencia política y económica en el país. 2) En la producción de medicamentos de uso final, el funcionamiento de este sector se centra en la diferenciación de productos; el uso de patentes, marcas, reformulación de productos, publicidad y promoción médica nocivas, -- han sido los instrumentos en los que el control y crecimiento de los mercados se han basado, generando con esto una -- irracional proliferación de productos (15,000) en un sector que, según estimaciones del cuadro nacional básico, puede -- ser atendido con menos de mil productos. 3) Por último, la forma en que se distribuyen los productos y su inmensa diferenciación han ocasionado que el precio al público se eleve sustancialmente con respecto a su costo.

De acuerdo a la ley de Invenciones y Marcas, los laboratorios tienen un plazo de 10 años para producir sus -

propios medicamentos. Esto significa que de no hacerlo, caeremos en manos de las transnacionales.

Dentro de la industria farmacéutica alópata existen varios métodos o formas para hacer llegar el producto al consumidor. Por ejemplo, la propaganda que despliegan - los laboratorios, que por cierto va dirigida al médico y no al paciente. La inversión en propaganda es del orden del 30 por ciento respecto al volumen de ventas. ¿Cuál - será la causa por la que esta industria gasta tanto para promover su producto? y ¿Por qué un producto no puede durar más allá de diez años?

La cuestión estriba en que las técnicas utilizadas por las EMI consisten en desplazar los antiguos medica--mentos, al lanzar otros nuevos fármacos al mercado éstos sustituyen a los anteriores aún cuando no se registren - diferencias significativas entre sí, ni son más dinámi--cos que los originales y en ocasiones resulten ser más - tóxicos.

Un elemento de apoyo para la comercialización de es ta gran industria, lo representan los visitantes médicos, que a decir verdad no tienen ninguna preparación profesio

nal para influir, persuadir o informar al médico sobre - farmacología, sino que sólo reciben un curso de capacita- ción en ventas, a fin de describir al médico las venta- - jas positivas que tiene el producto en ocasión.

Aún cuando la calidad de la información sea subjeti va los médicos se han convertido en discípulos de los vi sitadores médicos ya que éstos le regalan al médico mues tras de medicamentos no comerciales.

El objetivo del laboratorio es a simple vista difun- dir o comunicar al médico las ventajas del nuevo produc- to con el propósito de que evalúe su efecto y a su vez - el médico lo regale a un enfermo cuya situación económi- ca por lo regular es precaria.

De esta manera el médico conoce un nuevo fármaco que durante algún tiempo le regalarán para que pruebe su efec- tividad; después el regalo se suspende y el médico seguí rá prescribiendo el producto.

Existen firmas de laboratorios que sobornan a través de cuantiosas donaciones a hospitales privados que cuen- tan con un elevado número de pacientes, sobre todo de -- consulta externa. Esto se extiende a los consultorios - privados por la costumbre que adquieren los médicos al -



estar recetando un cuadro específico de medicamentos de determinados laboratorios.

Los precios de los medicamentos en nuestro país son, por lo regular, más elevados que en otros países del mundo, situación que se agudiza aún más por las actividades de promoción por parte de las compañías farmacéuticas, - que logran con gran eficacia la prescripción de medicinas caras en relación a otras menos costosas y de actividad similar, y por la actitud de los farmacéuticos que - tienen interés en vender medicamentos más costosos para aumentar sus ganancias.

Son significativas las cifras de noviembre de 1985 a noviembre de 1986, donde los antigripales subieron 248 - por ciento, los anticonceptivos 235 por ciento, los anti-diarréicos 223 por ciento y los analgésicos 210 por ciento.

b) Consumo de medicamentos.

En los últimos años el consumo de medicinas per-cápita ha ido en aumento, si bien, en 1960 era de \$55.00, en 1970 pasa a 111 pesos y en 1977 casi se duplica al -- llegar a 216.50 pesos, esto se debe más al aumento de --

precios en los medicamentos en detrimento del consumidor, que a un incremento en el consumo de medicinas.

Durante el año de 1975 poco más del 95 por ciento de los medicamentos consumidos en el país fueron producidos en el interior, aún cuando se sabe que en muchos casos dicha producción se realizó en elaborar sencillas mezclas, dosificación y envase, las drogas básicas son importadas salvo en escasas excepciones y se da con regularidad el hecho de exportar materias primas para su producción y de comprarse nuevamente las drogas elaboradas.

Los gastos de consumo de medicamentos por derechohabiente al año de acuerdo al informe del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1977 eran de poco más de 200 pesos para el Instituto Mexicano del Seguro Social; de 305 en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; casi 400 pesos en Petróleos Mexicanos; 280 en Ferrocarriles Nacionales de México y cerca de 20 pesos en la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. El consumo per-cápita de la clase socioeconómica que puede pagar consultas privadas ascendía en este mismo a 800 pesos que viene a ser, cerca del 10 por ciento del total de la población.

En nuestro país se calcula que existen cerca de --- 15,000 productos en circulación que son motivo de prescripc*ión*. Sin embargo en Estados Unidos llegan a 8,000; en Inglaterra a 7,000; en Francia a 6,500; en Noruega a 2,000 y en Suecia a 2,500; Brasil 10,000; India 15,000.

Como se puede apreciar México es uno de los países que dispone de mayor número de productos medicinales, -- cuestión que preocupa y que las autoridades competentes hacen caso omiso por tratar de disminuir el registro que de acuerdo a la última propuesta de la Organización Mundial de la Salud no debe de ser superior a los 200 medicamentos.

En nuestro país es muy común encontrar en el mercado de la industria Químico-Farmacéutica, medicamentos con elevado grado de toxicidad y más aún algunos otros con peligro de que se descompongan antes de la fecha de caducidad.

Además existen cientos de medicamentos y compuestos vitamínicos que se venden en el país, no incluyen en sus envases las indicaciones más elementales de las enfermedades para las que se recomienda el producto, tampoco -- son mencionadas las contradicciones, efectos secundarios

o consecuencias por el abuso del consumo, excepcionalmente son indicadas las dosis máximas.

De acuerdo a un reciente estudio elaborado por la - Asociación Mexicana de Estudios para la Defensa del Consumidor; se dijo que "cuando menos cien medicamentos" se venden sin ningún control de parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública que permite a las empresas transnacionales vender sus productos químico-medicinales en forma irregular.

En cambio en países desarrollados se ejerce un estricto control sobre la venta de los medicamentos, sin embargo es sabido que laboratorios como: La Roche, Pfizer, Upjohn, Lederle, Grossman, utilizan medicamentos considerados de gran peligro en nuestro país con indicaciones o prevenciones sin ninguna importancia.

Lo anterior, pone de manifiesto que los pacientes - están expuestos a sufrir efectos tóxicos, lejos de obtener algún resultado positivo en su tratamiento.

La existencia de productos elaborados con base en - el ácido acetilsalicílico (analgésico) no se advierte -- que puede provocar úlceras gastro-duodenales, además de

estar contraindicada antes de toda intervención quirúrgica; puede producir alergias e inclusive, la muerte. Así también puede provocar lesiones renales, indigestión, molestias estomacales y debe tomarse únicamente cuando se sufren desórdenes sanguíneos o se usan anticoagulantes.

Cabe agregar que cuando la marca Mejoral retiró del mercado el producto, lo hizo simplemente para elevar los 250 miligramos de ácido acetilsalicílico, a 500 miligramos, lo que ocasionó aumentar el precio y establecer dosis similares.

A este respecto, la dipirona que también es un analgésico y antipirético puede causar agranulocitosis fatal y otras enfermedades de la sangre. Este medicamento, -- por ejemplo, en el etiquetaje precautorio aplicado en Estados Unidos, dice: "el uso de este medicamento debe restringirse únicamente a casos donde peligre la vida, donde otras drogas similares no son efectivas".

En nuestro país se venden poco más de 90 marcas de medicamentos que contienen la dipirona: entre las más conocidas, están: Connel, Dinpiprina, Dolpyrol, Abophar, - Anarimil, Becerol, Biparal, Vermegan, Farlin, Globulin,

Tumisan, Grifan, Ksdine, Konitan, Canadril".

La sustancia puede producir otras reacciones adversas como son: la nuria, el dolor e irritación en el sitio de la infección, la anemia hemolítica, anemia aplástica, irritación de la piel, edema, temblores, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas y edema anginoneurótico.

Otro medicamento que se promueve sin restricción alguna es el Winstrol, fabricado por la casa Winthrop y es un derivado sintético de la testosterona, hormona masculina. En América Latina se aplica a niños de bajo peso que padecen falta de apetito, mientras que los riesgos abarcan desde trastornos en el crecimiento y en el desarrollo sexual de los niños de ambos sexos, hasta el atrofiamiento prematuro de los mismos, agrandamiento antes de tiempo del pene, y demasiada frecuencia de las erecciones; en las niñas, puede provocar aumento en la cantidad de vello, calvicie, voz gruesa y alargamiento del clítoris. Los trastornos en las niñas pueden ser irreversibles aún después de haberse descontinuado rápidamente la terapia. Este medicamento se aprobó en Estados Unidos únicamente para el tratamiento de la anemia aplástica, enanismo y como suplemento en el tratamiento de la osteoporosis y se exhorta a evitar su consumo para esti-

mular el crecimiento en los niños de baja estatura.

La Revista Médica Mexicana de julio de 1972, muestra un anuncio de Winstrol con vitaminas y hierro, en la que aparece un niño de aspecto sano, al mismo tiempo que se recomienda el compuesto para los que se quejan de poco apetito, cansancio y pérdida de peso. El Diccionario de Especialidades Químico-Farmacéuticas indica que "ayuda a corregir las deficiencias nutricionales".

De la misma manera se comercializó la Diatizanina para tratar infecciones parasitarias, pero conforme se fueron restringiendo sus indicaciones, se limitó exclusivamente a casos muy severos. En 1965, el Gobierno de Francia prohibió su venta y en 1966 se había asociado ya a cerca de 10 muertes. La compañía Lilly y la Pfizer descontinuaron su fabricación en 1964. Sin embargo, el Diccionario de Especialidades Químico-Farmacéuticas señala que en México se venden dos medicamentos elaborados a base de esa substancia: Bental y Fedalditiazin.

Por otra parte, las sulfamidas de acción prolongada se utilizan contra las infecciones de bacterias, pero pueden causar el síndrome de Steven-Johnson, una enfermedad de la piel. Se sabe que entre 1957 y 1965 se dieron

116 casos del síndrome a causa de las sulfamidas de acción prolongada, de los cuales 29 resultaron fatales.

En 1979, de los 116 casos registrados, 20 fueron fatales. En México, entre los productos que contienen esta sustancia, se vende el Madribon, fabricado por Roche, el Lederquin, fabricado por Lederle.

De la misma forma, la indometacina, que provoca problemas gastrointestinales y diversos efectos sobre el sistema nervioso central, se recomienda para enfermedades artríticas. En México, más de 31 medicamentos contienen esa sustancia y se conocen entre ellos, como: Antalgín, Artridol, Barcínol, Indarsena, Indochen, Indosid, Indome-acina, Malibal y Solimet. Asimismo el medicamento conocido como Depo-Provera, fabricado por Up-  
John, es un derivado de la progesterona y ha sido probado para casos de cáncer inoperable del útero. Sin embargo, se comprobó que podría causar la infertilidad prolongada y permanente si es utilizado como anticonceptivo, aparte de que acrecenta la tendencia a producir tumores malignos y benignos en los senos.

Asimismo el Tetrafenicol, producto de Grossman, el Clloquino antidiarréico, el Metapirileno para la tos y antihistamínico, la Doxilamina otro antihistamínico, son sustancias que se encuentran en medicamentos como el --



Histiacil, Lontostamin, Rini-Senapiol en el caso del Metapirileno, o en marcas como Abiadin, Mercodol, Merbental, Rethaprin, Sekatin y Tocilomat en el caso de la Doxilamina que se difunden irresponsablemente, sin restricción alguna, y son causantes de alergias que llegan a -- provocar deformaciones congénitas, si son ingeridas durante el embarazo.

Lo anterior explica en parte que la poca injerencia de la Secretaría de Salud en el control de medicamentos producidos por la industria farmacéutica alépatá es casi nula para controlar los efectos secundarios, lo cual -- aunado a un cuadro básico obsoleto que manejan las instituciones del sector público, propicia el consumo de estos medicamentos que en otros países están descontinua-- dos.

## CAPITULO IV

## 4. POLITICAS DE SALUD Y USO DE LOS METODOS CURATIVOS

## 4.1 POLITICAS DE SALUD.

En el curso de los últimos años la política de salud que ha venido adoptando el Gobierno Mexicano muestra un carácter clasista para la impartición del servicio, y se encuentra lejos de lograr una buena calidad que propicie mejorar las condiciones de salud de todos los mexicanos. Desde la aparición del IMSS e ISSSTE como institutos de seguridad social, la cobertura de servicios a la población se ha concentrado en ciertos grupos privilegiados - que obtienen más y mejores prestaciones, en contrapartida con el incremento numeroso de derechohabientes que obtienen las prestaciones mínimas y que a pesar de ésto, - puede considerarse sólo como un ligero avance en esta ma-  
teria. Sin embargo, aún hoy existen casi 40 millones de personas que carecen de seguridad social, lo cual hace - pensar en la relativa posibilidad de que el Estado tiene para establecer una política real de salud que signifi-- que igualdad para la población en su conjunto.

Por otra parte, la política que plantean la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Paname-ricana de Salud (OPS), tiene como propósito intensificar

el crecimiento de un primer nivel de atención en los ser vicios de carácter médico-asistenciales y no abarcan un segundo nivel que sería el contacto con médicos especialistas, puesto que la aplicación de este primer contacto supone para el Estado un menor costo en los niveles de atención comparados con los niveles de atención que representaría la medicina especializada.

En México se ha hecho evidente esta política; por -- ejemplo el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) de -- la SSA y el Programa IMSS.-COPLANAR en el cual se instala-- ron 10,000 clínicas rurales para dar servicio a poco -- más de 14 millones de marginados, se refleja en estos es quemas que las acciones directas del Estado en el campo de la salud son fundamentalmente a través de un primer -- contacto de atención. (paciente - médico general). Am-- bos programas tuvieron un objetivo definido que fue el -- de aminorar las contradicciones inherentes a los proble-- mas sociales y económicos del país. Esta medida políti-- ca por sí sola, se queda corta, puesto que sólo contem-- pló una prestación de las que se incluyen dentro de la -- seguridad social, y además está inserta dentro de los -- planes y programas de la OMS.

Dentro de los esquemas crediticios que manejan los -- organismos financieros internacionales como el Fondo Mo--

netario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se recomienda en las cláusulas del contrato de préstamo, no destinar el crédito a prestaciones de servicios sociales y aluden que la salud no es una inversión productiva y por ende no sujeta de crédito, sin tomar en cuenta que desde un punto de vista utilitario - la mano de obra, está en última instancia, destinada a - labores productivas. Por lo que normalmente los recur--sos provenientes de créditos externos son destinados a - otro tipo de inversiones que no siempre son rentables, - aún cuando lo encubran con fines aparentes para fomentar el desarrollo.

En realidad esta política seguida por dichos orga--nismo internacionales dadas las condiciones privativas - existentes en el país, no sólo están siendo adoptadas -- por México, sino también lo están haciendo gran parte de países latinoamericanos que reciben préstamos de dichas corporaciones de fomento para el desarrollo, que más - - bien abren la brecha de la irracionalidad y la injusti--cia que se manifiesta también en la desigualdad de la población respecto a la disponibilidad de los servicios de salud y seguridad social.

En documentos políticos en materia de salud es común encontrar consideraciones donde se establece como fundamental mantener a la población sana y convertir a la medicina en un bien social. Este planteamiento obedece a las necesidades de coyuntura política, más que a una política real de salud.

Los planes y programas sanitarios difieren mucho de la doctrina que anuncian, por entrar en contradicción con el frío cálculo de los intereses políticos y terminar por aceptar la reducción al presupuesto asignado al Sector Salud y Seguridad Social.

Así la política de aparente ampliación del incremento y mejoría del servicio se contrapone con las restricciones del gasto en términos reales, y por ende con la política de la ampliación trazadas en los programas de salud.

Habría que recordar el carácter sexenal que se distingue en la vida política a la mexicana, donde los planes y programas se realizan con una duración de seis años. Aunque existen ocasiones en que el gobierno se toma tres o cuatro años para elaborar los planes de salud.

Como en la administración de López Portillo en la - que pasaron cuatro años para instrumentar un Plan de Sa- lud a marginados en las principales zonas urbanas y en - comunidades rurales.

En el caso del plan para zonas urbanas cuyo objeti- vo que tenía era el de garantizar el servicio médico a - toda la población de áreas marginadas de grandes urbes, - así como de elevar el nivel de educación para la salud, mejorar las condiciones de saneamiento y corresponsabili- zar a la población en la promoción, protección y restau- ración de la salud.

La meta del plan para las grandes urbes fue la de - atender a más de nueve millones de personas, la cual se quedó corta, debido al recorte presupuestal, acompañado de la devaluación del peso, inflación y crisis económica; todo ello afectó dicho programa y por tanto, a los margi- nados de las grandes urbes que forman cinturones de mise- ria alrededor de las grandes ciudades.

En febrero de 1983 el Diario Oficial de la Federa- ción publicó la adición que se le hizo al artículo 4o. - de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexica- nos, en uno de sus párrafos dice: "Toda persona tiene -

derecho a la protección de la salud. La ley definirá -- las bases y modalidades para el acceso a los servicios - de salud y establecer la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución".

Como se podrá apreciar, esta no es la primera ni la última adición a nuestra Constitución de buenos deseos - que el Estado Mexicano intenta aplicar, sin que se lle- gue a una práctica concreta.

En el sexenio de Miguel de la Madrid, la política - de salud fue marcada por dos grandes acontecimientos: el primero, la erogación del Código Sanitario, y el segundo, la descentralización de los servicios médico-asistencia- les.

Los aspectos más importantes que se adhieren a la Ley General de Salud son el combate al alcoholismo, tabaquis- mo y drogadicción, e introduce severas medidas de con- trol a la publicidad de los aspectos mencionados. Así - también se establecen sistemas y mecanismos en asuntos -

de carácter médico y de prestación de servicios de salud.

En suma, la política de salud de Miguel de la Madrid no considera como prioridad la prevención, no existe un avance en el control sobre la medicina privada y no hay avance en la integración de los servicios de salud para la creación de un sistema único.

Como se podrá observar, las políticas del Gobierno Mexicano deberán de tener una seria y decidida reestructuración dentro del sistema de salud. En primer lugar, se propone que se fusionen las instituciones y organizaciones de servicios sociales del sector salud a través de un proceso de integración que profundice la coordinación tanto del sector seguridad social como el de asistencia, sin descuidar las posibilidades de concentración con las instituciones privadas. En segundo lugar, se pretende lograr la aplicación de los planes y programas de asistencia y seguridad social de manera integrada, con el propósito de racionalizar los gastos, hacer uso óptimo de la infraestructura instalada y aprovechar mejor los recursos humanos existentes.

Así la política de salud deberá estar apoyada en lo económico para rendir frutos en lo social y teniendo co-



mo base la medicina preventiva y avanzar en los niveles técnicos y científicos.

#### 4.2. ANALISIS COMPARATIVO TERAPEUTICO EN HOSPITALES ASISTENCIALES DE LA SSA.

Como se sabe, a la actividad hospitalaria se le puede definir como una institución totalizadora y es un lugar de residencia y trabajo donde cierto número de individuos comparten una rutina formalmente. Tanto las relaciones internas como sus finalidades pueden ser variadas según sea su modalidad; clínica privada, seguridad social y asistencial o de beneficencia.

Por ello, dentro de este inciso se pretende realizar un breve análisis comparativo de acuerdo a una serie de coeficientes obtenidos en cuatro hospitales asistenciales o de beneficencia de la ciudad de México, con el fin de hacer evidente la capacidad curativa de ambas terapias tanto en la Alopattía como en la Homeopatía, así como el costo comparativo de ambas escuelas.

Con el propósito de hacer más objetiva dicha comparación se tomaron en consideración hospitales que pertenecen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por ser

similares en el tipo de pacientes que atienden y en su función social. Los hospitales a saber son los siguientes: Juárez, Nacional Homeopático, de la Mujer y el General.

La información que se consigna es referente al mes de Junio de 1975 y corresponde a estadísticas generales de cada uno de los hospitales:

NUMEROS DE MEDICOS Y PACIENTES DE CONSULTA  
EXTERNA

- Junio de 1975 -

<u>Hospital</u>	<u>Pacientes</u>	<u>Médicos</u>	<u>Pacientes/ médicos</u>
De la mujer	2,393	13	22.5
General	23,330	n.d.	-
Juárez	12,121	954	12.7
Homeopático	9,096	32	284.2
Total:	47,486	999	47.5
	=====	===	====

---

FUENTE: Revista M.H. Homeopatía Medicina Social, año V Octubre a Diciembre de 1975, núm. 17, pág. 14.

Como se puede observar, existe un coeficiente demasiado elevado en el Hospital Nacional Homeopático de pacientes-médicos, que obedece fundamentalmente a la escasa asignación de recursos financieros que le otorga la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por ende la contratación de médicos es reducida. En cambio, el Hospital Juárez acusa un coeficiente sumamente inferior, puesto que llegó a sólo 12.7 pacientes por médico y el Homeopático tuvo 284.2 lo que significa que la carga de trabajo es mayor y que es mejor aprovechado el presupuesto para la atención médica como se demuestra en que sólo atendió el Juárez a 3,025 pacientes más que el Hospital Homeopático.

Al examinar esta misma información referente a consultas externas en diferentes especialidades, el coeficiente de los pacientes atendidos por médicos del Hospital Nacional Homeopático resulta muy superior a las demás especialidades como se indica de la siguiente manera:

Hospitales	E S P E C I A L I D A D E S			
	Medicina General	Cirugía	Pediatría	Gineco-obs- tetricia.
De la Mujer	44.4	92.5	43.5	70
General	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Juárez	11.3	11.2	17.3	18
Homeopático	324.8	209.7	294.4	218

FUENTE: Revista M.H. Homeopatía Medicina Social, Año V. Octubre Diciembre de 1975. núm. 17, pág. 16.

Debe también observarse que el Hospital de la Mujer acusa también elevados coeficientes en dos especialidades - tanto en cirugía como en gineco-obstetricia que son sumamente importantes en su especialización.

En lo referente a partos y abortos tanto el Hospital de la Mujer como el Hospital General experimentaron un coeficiente de 4. a 1, es decir, que de cada cuatro partos se dió un aborto. En cambio en el Hospital Homeopático de cada 55 partos se practicó un aborto.

#### PARTOS Y ABORTOS

-Junio de 1975 -

Hospitales	Partos-Abortos	Cesáreas	T A S A	
			Indice de Cesáreas	de mortalidad fetal(%)
De la Mujer	4.1	95	16.10	n.d.
General	4.1	105	12.93	23.33
Juárez	5.1	58	13.21	7.51
Homeopático	55.1	8	4.87	2.38

FUENTE: Revista M.H. Homeopatía Medicina Social, Año V . Octubre Diciembre de 1975, núm. 17, pág. 16.

En cuanto a las cesáreas registradas en estos hospitales se destaca el Hospital Nacional Homeopático que -- practicó el menor índice en cesáreas, en tanto el Hospital de la Mujer obtuvo el mayor índice, no obstante que el número de pacientes atendidos en gineco-obstetricia -- fué más elevado en este último hospital.

El hospital que presenta la mayor tasa de mortalidad fetal es el General, siguiéndole el Hospital Juárez y por último el Nacional Homeopático que fue el que obtuvo la menor tasa de mortalidad fetal.

Es significativa la acción del Hospital Nacional Homeopático en el sentido de que tanto el Hospital como los egresados de las escuelas de Homeopatía no tienen las -- mismas oportunidades que el sector alópata tiene, tanto en capacidad hospitalaria como en el número de escuelas.

#### 4.3. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE AMBAS TERAPIAS Y LA NECESIDAD DE IMPULSARLAS CON LA CREACION DE INSTITUCIONES DE INVESTIGACION PARA SU DESARROLLO.

La posición de la medicina homeopática como terapia ante la alopátia ha sido marginada, los adelantos científicos en medicina se deben a la investigación de los laboratorios químico-farmacéuticos en su intento de diver-

sificar un mercado de fármacos con fórmulas ambiguas.

Los grandes intereses financieros que poseen las --  
firmas extranjeras han impedido el desarrollo de una te-  
rapéutica como la homeopatía que es más racional y con --  
principios filosóficos plenamente identificados; tanto --  
en la experimentación, como en su estudio analítico de --  
medicamentos en el hombre sano, y de su tendencia a las  
dosis mínimas que la hace más humana y con un contenido  
social.

En nuestro país, la medicina homeopática ha sido re-  
legada a segundo plano y convertida casi exclusivamente  
a la práctica privada a través de consultorios dispersos  
en algunas regiones del país.

Como se puede observar, la experimentación e investi-  
gación homeopática en nuestro país se ha quedado a la za-  
ga en contrapartida con otros países como en la Unión So-  
viética donde se han realizado numerosos estudios elec-  
troacupuntores y homeópatas en donde se han obtenido va-  
liosos avances. Lo mismo ha sucedido en Francia, Alema-  
nia, E.U.A. e Inglaterra y otros países europeos.

En Brasil recientemente se dió reconocimiento de la especialidad de farmacología y terapéutica homeopática - por la Asociación Médica de Brasil.

En México es reconocida oficialmente como terapia - según consta en el Código Sanitario y en Decreto del Ejecutivo<sup>32/</sup> es decir que se reconocen los estudios realizados tanto en la Escuela Libre de Homeopatía como en la - Escuela Nacional de Homeopatía, por lo que ambas tienen la misma validez y reconocimiento que cualquier escuela oficial o privada de medicina en el país. En la reciente Ley general de Salud que eroga el Código Sanitario, - también se reconoce a la medicina homeopática <sup>33/</sup>.

La actividad hospitalaria en que se desenvuelven la medicina homeópata como se observó en el inciso anterior, es a nivel asistencial y cuenta con tres hospitales. El de la Escuela Nacional de Homeopatía, el de la Escuela - Libre de Homeopatía y el Hospital Nacional de Homeopatía, siendo este último el único de los tres que puede ser -- considerado como hospital general por contar con once es - pecialidades como se indicó anteriormente.

---

<sup>32/</sup> Decreto Constitucional del 15 de Julio de 1983 de la Escuela Nacional de Homeopatía y Decreto del 22 de Julio de 1929 para el reconocimiento de la Escuela Libre de Homeopatía. Ambas cuentan con hospital propio, aunque en el de la segunda no hay todas las especialida-- des por ser de tipo general.

<sup>33/</sup> Diario Oficial de la Federación del 10 de Julio de -- 1984. Ley General de Salud.

El hecho de que la homeopatía tenga una capacidad hospitalaria restringida de 3 contra poco más de 5 mil dentro del sector alópata demuestra la poca atención que se da a la práctica homeopática además de ello se observa en el monto de los recursos asignados en 1986 al Hospital Nacional de Homeopatía, que de un total de ----- 232,602 millones de pesos asignados al Sector Salud, solamente se le canalizaron 230 millones de pesos, que representan el 0.68% del total.

En este contexto, se puede decir que el desarrollo de la salud en nuestro país, ha tomado formas que lo caracterizan por la comercialización total de la práctica médica -de la terapia alópata- la cual se encuentra dentro de un proceso de concentración monopólica de servicios, equipos fármacos y médicos todos coludidos en su aparente lucha contra la enfermedad, por representar este sector terapéutico un negocio altamente redituable.

Sin embargo, una muestra de la aplicación de la terapia alópata puede describirse en una investigación realizada recientemente en el Hospital de Especialidades -- del Centro Médico de Occidente, IMSS, que de 480 pacientes, se observó que a un 64% de los pacientes que se les prescribieron antibióticos, de los cuales, sólo el 4% de éstos mostraron elementos científicos convincentes el --



90% de las prescripciones de antibióticos fueron empíricas, sin mostrar un resultado positivo y el 6% resultaron pseudocientíficos.<sup>34/</sup>

Esto indica que el uso de los antibióticos debe ser administrado sólo cuando existen elementos científicos - que determinan su empleo, para una terapia efectiva. Sin embargo, un gran número de médicos alópatas utilizan los antibióticos indiscriminadamente perdiendo con ello su objetividad y su carácter médico científico.

El mismo Ivan Illich, en su libro *Némesis Médica* dice: "La impotente tecnología se ha unido con la retórica - - igualitaria para dar la impresión de que la medicina con temporánea es sumamente eficaz".<sup>35/</sup>

El mensaje de Illich, tiene un sentido más humano - y social con su denuncia sobre los daños que viene causando la medicina alópata específicamente llamada por él *Iatrogénea* (origen de los médicos), en su trabajo también deja entrever un posible regreso a la medicina natural, al autor no por ello puede clasificársele de romántico -

---

<sup>34/</sup> Excelsior lunes 25 de octubre de 1982, pág. 1 sección B.

<sup>35/</sup> Illich, Ivan. "Némesis Médica", edit. Joaquín Mortiz, S.A., 1978, pág. 32.

por hacer una proposición de tal naturaleza en pleno siglo XX, pese a lo que dice el Dr. José Hulshof en su libro sobre la Economía Política de la Salud<sup>36/</sup>

Es conocido el grado de penetración que tiene la Industria Química Farmacéutica a nivel mundial y además se encuentra en buena situación respecto al mercado de productos medicinales al no encontrar competencias con otros productos nacionales, dándole un crédito oligopólico que equivale a generar exageradas ganancias. Por ello, y ante la escasa innovación tecnológica con que cuenta nuestro país, este tipo de empresa a través de sus filiales controlan al mercado de fármacos y por ende imponen sus precios.

La homeopatía, en cambio es más humana puesto que es más natural como dice Hahnemann en el Organón "La homeopatía demuestra con toda evidencia que las enfermedades no dependen de acrimonias (agudeza de dolor) ni de principios morbosos naturales sino de una falta de armonía entre el cuerpo y el principio dinámico que lo anima (La energía)".<sup>37/</sup>

<sup>36/</sup> Hulshof, José. "Economía Política del Sistema de Salud". Instituto de Investigación Económica UNAM. IIEE, División de Estudios Económicos, México junio 1981. pág.

<sup>37/</sup> Hahnemann, S. Op. Cit. El Organón. La homeopatía no sangra ni purga y nunca hace vomitar ni sudar; no repercute en ninguna afección externa por medio tópico (medicamentos) ni prescribe baños calientes, ni lavativas medicinales, jamás existe la salivación ni quema la carne hasta el hueso como la moxa o el humo candente. La medicina Homeópata sólo emplea medicamentos de propiedad conocida por el mismo médico y sin mezcla alguna.

Los medicamentos son agentes inocuos que simplemente actúan como vacunas que crean anticuerpos en el organismo y es el propio organismo el que crea la medicina que necesita; no utilizan sustancias químicas sino el principio de la naturaleza.

El panorama que presenta la medicina homeópata no es nada halagador puesto que las políticas de salud que ha venido desarrollando el Gobierno Federal respecto a esta terapia son elitistas y en favor de la alopátia. Pese a ello, se recomienda pugnar ante las autoridades sanitarias del país por la creación de un Instituto de Medicina Homeópata en México el cual vendrá a conjugar la investigación interdisciplinaria, su consolidación en el reconocimiento como ciencia médica de parte del Estado, su promoción y su comunicación con los organismos de salud y seguridad social.

#### 4.3 PROPOSICION CONCRETA PARA LA CREACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE HOMEOPATIA.

La proposición concreta para reorientar la política de salud en torno al homeópata, se describe de la manera siguiente:

Considerado el coeficiente a nivel nacional de 1,343 pacientes por médico, y si existen unos 6,580 médicos homeópatas significa que, teóricamente, atienden a 8'836,900 personas, cifra que representa el 13% del total de la población. En base a este supuesto y fincándose en la necesidad de crear una política integral de salud que incluya a este sector, se plantea la creación del Instituto Nacional de Homeopatía en el corto plazo, para incrementar los cursos de postgrado en homeopatía con egresados de las escuelas alópatas que se imparten en la Escuela Nacional de Homeopatía cuya matrícula no rebasa la cifra de 30 alumnos, para ir formando, de esta manera plazas para internado rotatorio y para las residencias en todas las instituciones de salud.

En la primera fase de la creación del Instituto de Medicina Homeópata, se daría mayor énfasis en el desarrollo de la investigación en todos los niveles de especialidad.

La segunda correspondería a la creación de la infra-

estructura hospitalaria y de escuelas de homeopatía para cubrir una demanda estimada en casi 40 millones de mexicanos. Para tener una idea de la necesidad de impulsar esta terapia es prudente señalar que existe una reducida oferta de médicos homeópatas en el país, cuyo total asciende a 6,580 médicos, a los que se agregan anualmente 10 médicos que concluyen sus estudios, se requeriría de 500 años para dar servicio a una demanda de 40 millones de mexicanos.

Por ello, se propone reorientar la política actual respecto a la Homeopatía, la cual requiere a partir de 1988 de una inversión destinada a la construcción de 45 escuelas con un promedio de 3 planteles contruidos anualmente para completar la cifra en el año 2003. Paralelamente a la erección de estas escuelas se requerirá la construcción de 5 hospitales generales al término del año 1990 y proseguir este ritmo de creación de infraestructura hospitalaria para contar con diez hospitales en el año 2003. Estas acciones permitirán dar empleo a los 8,960 médicos que egresarían de las escuelas de homeopatía al año 2003, considerándose que en 1990 estos profesionistas podrían estar ya atendiendo a 8.7 millones de pacientes y ampliar la cobertura de servicios a casi 20.

millones de personas en el año terminal de la propuesta.

CONCEPTO	INFRAESTRUCTURA REQUERIDA			TOTAL
	1988	1993	2003	
Hospitales			10	15
Escuelas		5	30	45
Médicos	6560	7115	8960	8960
Instituto Nacional de Homeopatía	1			
Población Atendida (millones)		8.7	20.0	20.0

Por otra parte, se sabe que en países no capitalistas la terapia alópata es aceptada por la reacción eficaz que tiene sobre un proceso curativo, pero en la medida en que se vaya descubriendo que esa forma de curar tiene un espectro nulo y su práctica es menos humana, en esa medida, la misma sociedad irá tomando conciencia y sustituirá las técnicas invisibles de aparatos suntuosos que son utilizados en la alopata.

El cambio de mentalidad y la poca credibilidad que se tiene de la homeopatía bien puede comenzar con el empleo de otros procedimientos en la presentación de los productos mediante su descripción, contenido y fórmula utilizada en cada producto medicinal.

Iniciar una propaganda publicitaria a nivel nacional tanto en los medios impresos como en la radio y T.V. cuyo propósito sería de ir decreciendo la hostilidad que se tiene a la homeopatía. Lo anterior recaería en el uso de la Ley Federal de Radio y T.V., y para ello hace uso del 12% que se tiene en T.V. y lo concerniente a la radio.

Finalmente se puede decir que el futuro de la salud se debe fincar en la investigación científica y de su aplicación de manera racional y humana que abarque a la totalidad de la población, en donde se optimicen los métodos terapéuticos, que los costos sociales y económicos sean los más bajos, y que las técnicas complejas sean complementarias de una real medicina preventiva.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. El sistema de salud dentro de la actividad económica tiene su campo de acción en la producción de bienes y servicios para la salud donde se involucran ciertas ramas o sectores de la economía que se benefician en el proceso de producción y distribución, de las mercancías cuyo fin es el de preservar la salud. Tal es el caso de las empresas productoras de medicamentos y de los dueños de hospitales privados que dominan y controlan el sector salud en nuestro país. El estado sin control alguno, el cuerpo médico sin acceso a la investigación y el consumidor -enfermo- con la esperanza de aliviarse algún día, no oponen resistencia a estos productores de bienes y servicios que se ostentan como benefactores de la salud, pero más bien encierran detrás un espíritu de lucro que convertido en un negocio altamente redituable.
  
2. Es poco probable que México llegue al año 2000 a satisfacer los mínimos de bienestar para toda la población y mucho menos mejorar la calidad de vida. Dada la escasa importancia de las políticas para la prestación de servicios de salud referi-



dos a la investigación, servicios hospitalarios y de medicina preventivas.

3. El desarrollo del sector salud en México se ha caracterizado por mostrar un constante deterioro en la prestación y asignación de recursos económicos a los servicios asistenciales y de seguridad social, aún cuando la salud es un bien que está ligado al proceso de producción que incide en la fuerza de trabajo como elemento que genera una mayor productividad.
4. La medicina preventiva se reduce a la práctica de campañas de vacunación y enfermedades como el paludismo, tuberculosis, etc., sin tomar en consideración medidas más adecuadas como serían las de realizar revisiones periódicas para prevenir o detectar cualquier enfermedad que además resulta más efectivo y menos costoso.
5. Los cuadros científicos y tecnológicos que tiene este país son reducidos aún cuando se tenga un Centro Médico dotado de una infraestructura muy costosa cuyos resultados en el campo de la investigación y de experiencias terapéuticas ha sido centralizado. Con los temblores del 85 al parecer se pretende descentralizar hacia el interior del

país algunos de los servicios que se aplicaban en este Centro. Ello, será producto del episodio del 85 que ayudará a regionalizar la práctica médica y los recursos económicos que se destinen a ella.

6. En los últimos años el régimen de seguridad social ha venido aumentando gradualmente a pesar de los escasos recursos materiales y médicos con que dispone para atender a la población mexicana. Pero este crecimiento de la población amparada ha sido a través de un primer contacto que representa para el Estado un menor costo en los niveles de atención, comparada con los costos que significaría su atención como medicina especializada.

7. La acción de la seguridad social en nuestro país, aún no cubre la totalidad del pueblo mexicano, ya que hasta el año de 1985 estaba amparada un poco más de la mitad de la población, lo que significa que alrededor de 40 millones de personas no tienen acceso a este tipo de instituciones, como el IMSS o el ISSSTE que entre ambas amparan al 40% del total de la población.

8. La dispersión rural que presenta nuestro país es un reto a los problemas sociales de salud, por la diversidad de enfermedades que existen en diversas regiones. Las principales causas de enfermedad son las respiratorias y digestivas. Sin embargo, en las grandes urbes las principales causas de defunción son los accidentes, envenenamientos y padecimientos del corazón. Cabe agregar -- que México ocupa uno de los primeros lugares a nivel mundial en la tasa de mortalidad infantil.
  
9. En el medio rural se refleja una política de salud y seguridad social no congruente a las necesidades de la población campesina. En primer término no existen estudios serios acerca de las patologías de cada región del país y por ende no se cuenta con el personal médico especializado. Las clínicas rurales a cargo del IMSS que antes pertenecían a la SSA son insuficientes para atender la demanda cada vez más creciente en el medio rural.
  
10. La duplicidad de funciones que existe en las diferentes instituciones de salud y seguridad social ha sido un factor negativo para satisfacer la demanda de este servicio y disminuir el déficit de

- 4 población amparada con los recursos financieros y la infraestructura disponibles, por lo que habría que pensar en un cambio de estrategias en la política actual.
11. Un recurso de mucha importancia para llevar adelante los planes y programas es el de carácter finanziero. El ejecutivo cada sexenio le da menos importancia al sector salud y por ende reduce el presupuesto ya que por ejemplo el Gasto Público - destinado tanto a Bienestar y Seguridad Social, - como a Salubridad, Servicios Asistenciales y hospitalarios, se ha visto restringido al bajar su participación de 15.2% en 1970 a 11.5% en 1978. - Es decir que no existe una justicia social y más bien se está desprotegiendo a la salud cuando ésta representa un elemento esencial para la fuerza de trabajo y por tanto de su productividad.
  12. En México la industria farmacéutica depende en -- gran medida de la tecnología e inversión de ori--gen externo realizada por laboratorios trasnacionales cuyas acciones de investigación, control y desarrollo ha imposibilitado el crecimiento de la industria farmacéutica nacional ya que dominan el mercado mundial de productos farmacéuticos, ad--más de ostentarse como defensores de la salud es-

conden un cúmulo de intereses, merced a los descubrimientos de la ciencia médica moderna, que los convierte en la vanguardia del desarrollo científico, esta situación propicia que empresas filiales de trasnacionales que operan en nuestro país, sean las que resulten más beneficiadas.

13. La tendencia del valor agregado en esta rama de la economía va al aumento, debido a dos factores fundamentales; baja en la compra de insumos y una menor utilización de mano de obra que permite incrementar el superávit de explotación en detrimento de las remuneraciones al personal.
  
14. Existe otra situación que es la producción excesiva de medicamentos por lo que debe de estudiarse la posibilidad de reducirlos sustancialmente sobre todo aquellas que son nocivas y/o ambiguas. - Este fenómeno resulta del reducido control de la SSA al avalar productos no probados suficientemente lo que se traduce en una corrupción entre funcionarios públicos, laboratorios, farmacias y médicos. Estos últimos toman esa actitud en vista de su impreparación en la enseñanza de las escuelas de medicina y terminan siendo agentes de ventas de los laboratorios químico-farmacéuticos.

15. Si bien es cierto que México cuenta con un cuadro básico de medicamentos que recomienda el sector público, y que el 80% de los medicamentos básicos que se producen son de manufactura nacional, los demás fármacos dependen absolutamente de la tecnología extranjera.

Con las recientes modificaciones a la Ley de Inven<sup>u</sup>ciones y Marcas, en la que México da un período máximo de 10 años para producir sus propios medicamentos. De no hacerlo caeríamos aún más en la dependencia de las empresas transnacionales, que absorberían las ventas de los productos manufacturados en el país, desplazándolos de su propio mercado.

16. No existe una política de control de precios de esta industria, lo cual repercute en el aumento desmedido en los precios de los productos medicinales, representando un costo social bastante elevado que va en detrimento de la población y del país en su conjunto, al verse imposibilitado para controlar la creciente fuga de divisas por pagos de asistencia técnica, regalías y utilidades. Pa

Para tener una idea de la magnitud del incremento en los precios, resulta conveniente señalar los registrados en algunos productos como los antigrípalos, que de noviembre de 1985 a noviembre de 1986 aumentaron su precio en 243%; los anticonceptivos lo hicieron en 223% y los analgésicos en 210% en el mismo lapso.

17. Dentro de la ciencia médica las escuelas que han resistido un análisis serio en base a resultados obtenidos son la alopátia y la homeopatía. En ambas escuelas existe un tronco común que es buscar los elementos que originan las enfermedades, a través de diferentes métodos que han sido utilizados y acumulados por experiencias históricas. Sin embargo, la medicina homeópata ha sido relegada a segundo plano y convertida casi exclusivamente a la práctica privada, mediante consultorios dispersos en pocas regiones del país. Los grandes intereses financieros que poseen las firmas extranjeras, han impedido el desarrollo de una terapia más racional y con principios filosóficos plenamente identificados.

18. El interés de fortalecer y apoyar a este sector médico olvidado tiene como propósito ir penetran-

do poco a poco en la salud pública, mediante la -  
creación de escuelas y hospitales de homeopatía -  
para extender la prestación de sus servicios de -  
salud a la población que carece de éstos, haciendo  
incapié en que no se trata de desaparecer toda una  
infraestructura creada años atrás, sino complemen  
tar los servicios que presta el sector alópata --  
con los del homeópata.

19. En julio de 1984 dentro de la Política de Salud -  
se ~~derogó~~ el código sanitario que dió paso a la  
nueva Ley General de Salud, en la que se estable-  
cen los preceptos como el combate al alcoholismo,  
tabaquismo y drogadicción e introduce severas me-  
didas de control en su publicidad. Sin embargo,  
no considera como prioridad la prevención, no - -  
existe un avance en el control sobre medicina pri  
vada y no se registran cambios que pudieran dar -  
paso a la integración de los servicios de salud -  
para la creación de un sistema único.

20. En materia de política de salud se recomienda la  
fusión de los organismos e instituciones oficia--  
les involucradas en el sector para crear un siste



do poco a poco en la salud pública, mediante la - a  
creación de escuelas y hospitales de homeopatía -  
para extender la prestación de sus servicios de -  
salud a la población que carece de éstos, haciendo  
incapié en que no se trata de desaparecer toda una  
infraestructura creada años atrás, sino complemen-  
tar los servicios que presta el sector alópata --  
con los del homeópata.

19. En julio de 1984 dentro de la Política de Salud -  
se ~~derogó~~ el código sanitario que dió paso a la  
nueva Ley General de Salud, en la que se estable-  
cen los preceptos como el combate al alcoholismo,  
tabaquismo y drogadicción e introduce severas me-  
didas de control en su publicidad. Sin embargo,  
no considera como prioridad la prevención, no - -  
existe un avance en el control sobre medicina prí  
vada y no se registran cambios que pudieran dar -  
paso a la integración de los servicios de salud -  
para la creación de un sistema único.

20. En materia de política de salud se recomienda la  
fusión de los organismos e instituciones oficia--  
les involucradas en el sector para crear un sistem

ma único encargado de atender coordinadamente la salud social en el país, cuyo objetivo fundamental sería el de impulsar el desarrollo de la investigación tecno-científica de la ciencia médica, y definir una estrategia para racionalizar y regionalizar los recursos materiales, económicos y humanos del sector salud, con la finalidad de llegar a satisfacer la demanda de servicios de toda la población mexicana.

21. La integración de la medicina homeópata se llevaría a cabo mediante la creación de un instituto de homeopatía, donde los sectores involucrados tendrían sus respectivas representaciones. El instituto estaría encargado de actuar como organismo coordinador y planificador de todas las actividades del sector homeópata. Esta sería a través de acciones concertadas que se establecerían entre el instituto a cargo del sector oficial y privado, así como en la implantación de programas bajo la coordinación del propio instituto y de las escuelas superiores de homeopatía.
22. Concretamente, dicho instituto deberá ir acompaña

do de la construcción de 16 escuelas a partir de 1988, con un promedio de construcción de una por año, hasta llegar al año 2003. Dichas escuelas requerirán de la construcción de 5 hospitales de tipo general para el mismo año, estimándose que la construcción de cada hospital demoraría un -- promedio de tres años si se iniciara la construcción de éstos a partir del año 1990 a fin de dar empleo a 8,460 médicos homeópatas al año termi-- nal. Con lo anterior, sería factible proporcionar atención médica, a partir del año de 1993, -- alrededor de 4 millones de personas y ampliar la cobertura para el año 2003 a casi 20 millones de mexicanos.

.23

El futuro de la salud con base en una práctica pa-- ra el desarrollo de la investigación científica aplicada a la medicina, tenderá a ser una medicina socializada donde los costos pueden ser óptimos, tanto a nivel terapéutico como en la utilización de insumos para producir medicamentos, -- por lo que las técnicas complejas serán comple-- mentarias al desarrollo de terapias más racionales desde un punto de vista económico, y más humano en lo social.

24. La homeopatía se presenta como una alternativa de medicina científica y popular, su implementación dentro del sector público en materia de salud no sólo ayudaría a garantizar el derecho a la salud y asistencia médica para toda la población, sino también traería al mismo tiempo, una disminución del costo social, con lo que el Estado y la población en su conjunto resultarían beneficiados.
25. Por último, se recomienda al sector homeópata - iniciar un cambio de mentalidad en cuanto a la - distribución y utilización de su medicina, como sería el empleo de otras formas de presentación de sus productos medicinales, mediante su descripción, contenido y fórmula utilizada. Así también utilizar la Ley Federal de Radio y Televisión pa ra que se inicie una campaña publicitaria a ni-vel nacional, haciendo uso del 12% del tiempo de T.V. y radio para difundir las ventajas de esta rama de la medicina y atenuar la hostilidad que se tiene sobre ella en parte de la población pre cisamente por desconocimiento.

CUADRO No. 1

## PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

U S A S	1 9 7 0			1 9 8 0			1 9 8 1		
	Lugar que ocupa	Defunción	Tasa <sup>1/</sup>	Lugar que ocupa	Defunción	Tasa <sup>1/</sup>	Lugar que ocupa	Defunción	Tasa <sup>1/</sup>
L		485 656	9.9		434 465	6.2		424 274	5.9
Enfermedades de la infancia y de la adolescencia	1	83 675	170.8	3	41 083	56.7	3	33 919	47.1
Enfermedades de los niños y otras enfermedades de la infancia	2	69 410	141.7	4	37 117	53.0	4	32 392	44.3
Enfermedades de los adolescentes, embarazadas y niños	3	34 784	71.0	1	67 366	96.3	1	69 566	96.6
Enfermedades de la infancia	4	33 488	68.3	2	48 856	69.8	2	45 056	61.8
Enfermedades de Morb. y Mort. y Mort. perinatal	5	25 222	51.5	6	26 399	37.7	6	26 310	36.6
Enfermedades malignas	6	18 415		5	27 600	38.2	5	28 000	38.9

por 100,000 habitantes.

E: Boletín de Información Estadística S.P.P. y S.S.A., 1983.

INFRAESTRUCTURA SANITARIA HOSPITALARIA  
1979

CONCEPTO	TOTAL HOSPITALES	H O S P I T A L E S		
		GENERAL	CONSULTA EXTERNA	ESPECIALIZACION
SEGURIDAD SOCIAL	<u>2,554</u>	<u>488</u>	<u>2,135</u>	<u>33</u>
I.M.S.S.	1,049	359	656	33
I.S.S.S.T.E.	965	40	916	--
PEMEX	158	14	144	--
F.F.C.C.	113	21	92	--
S.D.N.	198	24	174	--
S.M.	171	20	151	--
ASISTENCIA SOCIAL	<u>2,463</u>	<u>446</u>	<u>1,986</u>	<u>31</u>
S.S.A.	2,266	437	1,819	12
D.D.F.	195	9	167	19
PARTICULARES	<u>525</u>	<u>369</u>	<u>53</u>	<u>103</u>
OTROS	<u>242</u>	<u>83</u>	<u>115</u>	<u>8</u>
T O T A L :	<u>5,384</u>	<u>1,384</u>	<u>4,325</u>	<u>175</u>

FUENTE: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos S.P.P., 1981

RECURSOS FISICOS EN EL SECTOR SALUD PUBLICO Y PRIVADO

1970

C O N C E P T O	Total.	I.M.S.S.	S.S.S.T.S.	S.S.A.	FINEM	FF. CC.	S.D.N.	S.M.	S.D.T.	Particular Instit.	Otros
Camas Hospitalares.	64 554	17 278	2 876	21 846	842	1 326	1 423	112	2 443	12 616	13 659
Camas Ins. Auxiliares	8 334	1 012	131	3 479	98	24	-	6	-	1 181	533
Consultorios.	10 310	4 406	-	3 917	627	232	187	73	-	1 181	841
Laboratorios de Análisis Clínicos.	879	282	76	278	13	1	21	7	-	140	143
Gabinetes de Radiología.	621	223	32	237	13	17	20	8	-	181	152
Quirófanos.	1 873	268	55	372	27	34	26	13	-	731	252
Salas de Expiración.	1 760	318	22	749	16	2	13	12	-	433	118
Bancos de Sangre.	710	64	11	24	-	1	13	2	-	44	51
Áreas de Urgencias.	1 741	1 712	-	158	15	-	23	85	-	237	135
Camas Habitación Niños Enfermos.	10 671	4 071	223	2 173	73	117	27	40	-	2 613	1 132
Incubadoras.	2 717	664	73	836	78	26	29	11	-	753	234

FINEM: Secretaría de Programación y Presupuesto. Manual de Estadísticas Básicas del Sector Salud y Seguridad Social, 1973.

RECURSOS FISICOS DEL SECTOR  
SALUD PUBLICO  
1 9 8 5

C O N C E P T O	I M S S	I S S S T E	S.S.
CAMAS HOSPITALES	25 828	6 135	19 196
CONSULTORIOS	9 862	2 197	9 905
LABORATORIOS CLINICOS	242	90	543
QUIROFANOS	688	154	454
SALAS DE EXPULSION	486	91	2 597
BANCOS DE SANGRE	19	13	49
INCUBADORAS	1 985	389	901

FUENTE: V Informe de Gobierno, 1987, ESTADISTICAS.

NOTA: No se pone TOTAL como en el cuadro No. 2, debido a que el informe no incluye a las otras dependencias y del sector privado.



RECURSOS HUMANOS EN SALUD, 1975

C O N C E P T O	Total	Seguridad Social	Asistencia Social	Particularés	Otros
PERSONAL MEDICO	<u>43,938</u>	<u>31,441</u>	<u>9,081</u>	<u>1,538</u>	<u>4,938</u>
Médicos Generales	23,453	16,648	3,341	1,545	1,919
Médicos Especialistas	14,777	8,354	2,610	2,163	1,630
Cirujanos Dentistas	2,463	1,611	485	110	262
Pasantes	6,733	3,231	2,272	526	734
Otros	2,296	1,627	373	174	793
PERSONAL PARA MEDICO	<u>83,023</u>	<u>55,470</u>	<u>17,113</u>	<u>8,874</u>	<u>7,566</u>
Enfermeras	76,638	46,635	14,952	8,147	6,904
Parteras	850	418	221	181	60
Otros	11,445	8,357	1,940	546	602
PERSONAL ADMINISTRATIVO	<u>103,765</u>	<u>67,372</u>	<u>19,191</u>	<u>8,224</u>	<u>8,378</u>
Administración	95,077	61,393	17,718	7,630	7,781
Auxiliar	8,688	6,079	1,473	544	597
GRAN TOTAL	<u>242,766</u>	<u>154,582</u>	<u>45,395</u>	<u>21,536</u>	<u>20,882</u>

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto. Manual de Estadísticas Básicas, Sector Salud y Seguridad Social, 1978.

CUADRO No. 5

CLASIFICACION FUNCIONAL DEL GASTO BRUTO EJERCIDO POR  
POR EL SECTOR PUBLICO, 1970-1978

(millones de pesos)

Concepto	1970	1976
TOTAL GASTO	<u>109,258.1</u>	<u>926,051.2</u>
SALUBRIDAD, SERVICIOS ASISTENCIALES Y HOSPITALARIOS.	<u>4,605.5</u>	<u>23,540.8</u>
Salubridad, Asistencia Médica y Servicios Hospitalarios.	787.7	12,957.1
Construcciones Hospitalarias.	196.8	-
Maternidades y Asistencia Infantil.	125.5	-
Asistencia Social.	5,256.7	9,171.3
Diversos Servicios Complementarios.	240.6	1,412.4
BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL.	<u>12,764.0</u>	<u>83,700.5</u>
Servicios Médicos a Empleados Públicos.	1,261.2	10,154.3
Otros Serv. a Emp. Públicos.	1,538.2	10,917.1
Pensiones y Jubilaciones.	1,477.2	5,395.8
Construcción Estatal al Seguro Social.	935.6	1,967.6
Ayudas a Núcleos Indígenas.	49.1	1,499.2
Otros Gastos Sociales.	7,502.7	53,786.5
OTROS SECTORES.	91,898.8	818,792.9

NOTA: El total del Sector Público no coincide con la suma del Gobierno Federal y el Sector Paraestatal, porque excluye las transferencias gubernamentales a las empresas públicas sujetas a control presupuestal para no duplicarlas.

FUENTE: S.H. y C.P. Cuentas de la Hacienda Federal, 1965-75 y 1976-78.

CUADRO No. 7

INVERSION PUBLICA FEDERAL POR OBJETO DEL GASTO  
EN BIENESTAR SOCIAL

Concepto	1970	1978	1986 1/
BIENESTAR SOCIAL	7,919.3	34,744.0	1'221,464.7
Obras de servicio urbano y rural.	4,871.3	19,801.2	140,278.0
Construcción de escuelas.	1,060.8	9,382.0	102,368.8
Hospitales y centros - asistenciales.	1,406.4	6,224.5	79,213.5
Vivienda.	260.5	506.6	56 617.5
Otras inversiones	320.3	336.3	842,966.9
OTROS SECTORES			
PUB. FEDERAL	21,286.0	181,076.6	3'647,955.3
TOTAL INVERSION:	29,205.3	215,820.6	4'859,420.8

1/ Millones de pesos de 1970; se utilizó el índice implícito de S.P.P.

FUENTE: S.P., Dirección de Inversiones Públicas, Inversión Pública Federal, 1965-1976, Presidencia de la República, Informes Presidenciales, Anexo III, 1977-1979 y 1986.

CUADRO No. 6

POBLACION AMPARADA POR INSTITUCIONES\*

1965-1985

Años	Instituto Mexicano del Seguro Social	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Secretaría de la Defensa Nacional	Secretaría de Marina	Petróleos Mexicanos	Ferrocarriles Nacionales de México	Total
1965	6'815,685	1'079,971	195,910	79,915	252,656	212,711	8'607,826
1970	9'772,492	1'547,470	443,277	78,728	327,184	278,169	12'247,320
1971	10'429,557	1'584,792	454,740	116,862	521,471	317,501	15'404,903
1972	11'591,972	1'875,747	549,426	103,992	510,515	339,448	14'769,100
1973	15'876,023	2'088,824	310,990	123,750	497,678	375,145	17,273,010
1974	14'506,391	2'905,486	461,301	157,046	520,000	399,648	18'749,872
1975	16'337,593	3'448,568	530,924	153,259	520,000	415,669	21'406,013
1979	20'988,585	5'310,610	348,015	132,160	616,033	524,115	27'949,477
1985	31'529,770	8'447,261	489,515	267,916	746,925	575,806	39'879,693

\* Incluye al trabajador asegurado permanente y eventual, pensionados y familiares.

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria Estadística. México 1976.  
 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado.  
 Anuario Estadístico. México 1975.  
 Secretaría de Programación y Presupuesto. Coordinación General del Sistema Nacional de Información. Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas. Tomo III, Salud y Seguridad Social. México 1978 (en prensa). Quinto informe de Gobierno. 1986.

CUADRO No. 9

GASTOS EFECTUADOS POR LOS PRODUCTORES DE "PRODUCTOS MEDICINALES"  
 POR CONCEPTO DE CONSUMO INTERMEDIO Y VALOR AGREGADO  
 (PACOS A LOS FACTORES DE LA PRODUCCION)

--Millones de pesos a precios de productor--

	1970	Por ciento	1975	Por ciento	Tasa media - anual de 1975/1970
INSUMOS TOTALES	3,385.7	<u>53.0</u>	6,339.7	<u>49.1</u>	13.4
Nacionales	2,440.0	38.2	4,706.2	36.5	15.0
Importados	945.7	14.8	1,633.5	12.6	11.0
VALOR AGREGADO	3,006.9	<u>47.0</u>	6,578.7	<u>50.9</u>	16.9
Remuneración de asalariados	1,391.8	21.8	3,130.6	24.2	17.6
Superavit Bruto de Explotación.	1,373.0	21.5	2,877.2	22.3	15.9
Impuestos Indi- rectos netos de subsídios.	242.1	3.7	570.9	4.4	18.7
VALOR BRUTO DE - LA PRODUCCION.	6,392.6	100.0	12,918.4	100.0	15.1

FUENTE: Matriz de Insumo Producto, 1970, 1975, S.P.P.

CUADRO No. 10

COMPRAS REALIZADAS POR PARTE DE LA RAMA PRODUCTOS MEDICINALES  
HACIA LOS SECTORES DE ACTIVIDAD ECONOMICA

CONCEPTO	1970	Por ciento	1975	Por ciento
Sivicultura	41.7	1.2	202.0	3.2
Imprentas y Editoriales	259.0	7.7	789.6	12.5
Productos medicinales	421.4	12.4	878.8	13.9
Artículos de plástico y productos de vidrio	338.6	10.0	812.6	12.8
Comercio	571.3	16.9	965.0	15.2
Transporte	154.2	4.6	243.1	3.8
Otros	1,599.5	47.2	2,448.2	38.6
<b>Total :</b>	<b>3,385.7</b>	<b>100.0</b>	<b>6,339.7</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Matriz de Insumo Producto, 1970, 1975, S.P.P.

CUADRO No. 11

VENTAS REALIZADAS POR PARTE DE LA RAMA PRODUCTOS MEDICINALES  
HACIA LOS SECTORES DE ACTIVIDAD ECONOMICA

Concepto	1 9 7 0	Por ciento	1 9 7 5	Por ciento
Ganadería	478.5	19.0	1,014.5	20.2
Alimentos de anima- les.	44.0	1.8	118.0	2.3
Productos medicina- les.	421.4	16.7	878.8	17.4
Servicios de educa- ción.	20.1	0.8	88.4	1.8
Servicios médicos.	1,492.6	59.2	2,777.1	55.2
Otros	63.4	2.5	152.9	3.1
T o t a l:	2,520.0	100.0	5,029.7	100.0

FUENTE: Matriz de Insumo producto 1970, 1975. S.P.P.

CUADRO No. 12

DEMANDA INTERMEDIA Y FINAL DE LOS  
PRODUCTOS MEDICINALES

Concepto	1970	Por ciento	1975	Por ciento	Tasa media - anual de 1975/1970
DEMANDA INTERMEDIA	<u>2,520.0</u>	39.4	<u>5,029.7</u>	38.9	14.8
Insumos totales	2,520.0	39.4	5,029.7	38.9	14.8
DEMANDA FINAL	<u>3,872.6</u>	60.6	<u>7,888.7</u>	61.1	15.3
Consumo privado.	3,011.4	47.2	6,113.1	47.3	15.3
Consumo Gobierno.	17.5	0.3	136.0	1.1	51.0
Formación Bruta - de Capital Fijo.	2.6	n.r.	5.2	n.r.	14.9
Variación de Exis- tencias.	544.4	8.5	1,040.1	8.1	13.7
Exportaciones.	296.7	4.6	594.3	4.6	14.9
VALOR BRUTO DE LA -- PRODUCCION.	6,392.6	100.0	12,918.4	100.0	14.9

FUENTE: Matriz de Insumo Producto 1970, 1975 S.P.P.

Nota: No representativo.



GRUPO DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS FARMACÉUTICAS DE ACUERDO AL VOLUMEN DE VENTAS

EMPRESAS	ORIGEN DEL CAPITAL EXTRANJERO	INVERSIÓN EXTRANJERA %	CAPITAL SOCIAL MILES DE PESOS	VALORES DE LAS VENTAS EN 1974 MILES DE PESOS	% TOTAL
Liba-Geigy Mexicana, S.A. de C.V.	Suizo	100.0	210,000	203,725	3.34
Laboratorios Mizer, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	87,400	164,590	2.61
Wyeth-Vales, S.A.	E.U.A.	75.0	25,000	190,990	3.05
Upjohn, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	10,185	179,617	2.87
Scheramus, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	50,000	165,505	2.74
Productos Roche, S.A. de C.V.	Suizo	100.0	108,000	150,699	2.45
Fly-Lilly y Compañía de México, S.A.	E.U.A.	100.0	25,000	144,979	2.40
Laboratorios Promec de México, S.A.	Argentino	100.0	85,000	144,416	2.39
Grupa Roussel, S.A.	Francés	100.0	25,000	134,426	2.17
Abbott Laboratorios de México, S.A.	E.U.A.	100.0	13,000	133,812	2.15
Merck Sharp and Dohme de México, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	36,317	132,371	2.10
Laboratorios Bristol de México, S.A.	G.E.	100.0	2,775	128,571	2.07
Sintex, S.A. (División Farmacéutica)	E.U.A.	100.0	100,000	127,853	1.99
Mead Johnson de México, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	17,000	117,940	1.91
E.R. Squibb & Sons de México, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	38,500	107,655	1.72
Taroue Davis y Cia. de México, S.A.	E.U.A.	100.0	41,000	106,564	1.71
Schering Mexicana, S.A.	Alemán	100.0	22,000	104,365	1.70
Bayer de México, S.A. (División Farmacéutica)	Alemán	75.0	50,000	102,447	1.65
Boehringer Ingelheim Mexicana, S.A.	Alemán	100.0	24,000	97,134	1.56
Farmacéuticos Laroside, S.A.	Canadiense	100.0	12,000	92,402	1.48
Ayerst-ICI	E.U.A. y G.E.	100.0	50,000	89,461	1.43
The Sandoz Hess Co., S.A.	E.U.A.	100.0	3,000	86,590	1.40
DuMica Invenst de México, S.A.	Alemán	50.0	60,000	85,947	1.39
Sandoz de México, S.A. de C.V.	Suizo	100.0	66,200	84,054	1.35
Richardson Merrell, S.A.	E.U.A.	100.0	75,000	83,741	1.34
Cyanamid de México.	E.U.A.	100.0	50,000	82,160	1.32
Laboratorios Santer, S.A.	G.E.	100.0	8,500	71,001	1.13
Laboratorios Lepetit de México, S.A.	Italiano	100.0	26,250	70,127	1.12
Laboratorios Grossman, S.A.	E.U.A.	100.0	18,750	65,174	1.04
Compañía Mexicana de Caméras, S.A. de C.V.	E.U.F.	100.0	10,000	63,847	1.01
Productos Geator Richter (América), S.A.	Banarasi	100.0	30,000	63,605	1.01
A.H. Robins de México, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	16,700	63,498	1.01
Glaxo de México, S.A. de C.V.	E.U.A.	100.0	17,211	62,936	1.01
Spauld de México, S.A. de C.V.	G.E.	100.0	34,000	61,691	1.00
Oronón Mexicana	E.U.A.	100.0	9,000	54,578	0.90
Merck-México, S.A.	Islandesa	100.0	21,000	54,139	0.90
Laboratorios Carnot Productos Científicos, S.A.	Alemán	—	36,000	52,281	0.86
Rhodia Mexicana, S.A.	Mexicana	100.0	14,000	51,985	0.84
Johnson and Johnson de México, S.A. de C.V.	Francés	100.0	30,000	44,668	0.74
Chinoin Productos Farmacéuticos	E.U.A.	100.0	30,000	—	—

FUENTE: Revista Comercio Exterior, vol. 27 núm. 8, pag. 890

CUADRO No. 14  
MERCADO DE FARMACOS EN MEXICO

<u>C o n c e p t o</u>	<u>Valor* (millones de pesos)</u>	<u>Por ciento del mercado</u>
Antibióticos vía general	1,491.8	18.7
Vitaminas	572.9	7.2
Antitusígenos-Antigripales	516.4	6.5
Alimentos generales	363.2	4.5
Analgésicos	322.2	4.0
Hormonas sexuales + estim. genit	321.3	4.0
Antiinflamatorios y antireumáticos	245.5	3.1
Psicolépticos	205.6	2.6
Antidiarreicos + antisept. intest.	184.3	2.3
Antiinfecciosos ginecológicos	172.1	2.2
S u b t o t a l :	4,395.4	55.1
T o t a l :	7,993.4 =====	100.0 =====

\* Precios pagados por las farmacias. Sector Privado.

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social, Tomado del "Informe Grupo Roussell"; 1976.

## BIBLIOGRAFIA

- Baran, Paul, "Economía Política del Crecimiento".  
F.C.E. 1959.
- Barquin, M., "Historia de la Medicina" Edit. 1975.
- Bernal Sahagún, Victor, "Las Empresas transnacionales y el Desarrollo de la Industria de la Salud en México". UNAM. Nov. 1978.
- Bravo Castro, Armando, "La Salud en México, retrovisión y perspectivas".
- Cid, Felipe, "Breve Historia de las Ciencias Médicas".  
Edit. Expor. 1971.
- Cordero H., Salvador, "Concentración Industrial y Poder Económico en México". Revista del Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio de México No. 18.
- Guillanaume, M.J. Tymowsky J.C. y Fiévet-Izard M., "La Acupuntura". EDAI. Madrid P. 3, 1979.
- Hahnemann, S. "El Organon". Edit. 1960.
- Hulshof, José, "Economía Política del Sistema de Salud". Instituto de Investigación Económica UNAM. ELET. 1981. México.
- Illich, Ivan, "Nemesis Médico". Edit. Joaquin Mortiz. 1978. Pág. 32.

Kumate Cañedo Jesús, Luis Pedrotta Oscar.

" La salud de los Mexicanos". Edit. de el Colegio Nacional  
1977. México.

Medina Conrado Dr.

' Doctrina Homeopática. 1945.

Mendiola Quezada, Roberto.

' Bases científicas de la Medicina Homeopática. Pag. 17  
México, D.F. 1980

Prontuario Estadístico . I.M.S.S. 1981

Sabada Fernando.

" La mística de la salud, Revista el Topo Viejo. Sep. 1979  
Madrid, España.

Tamayo Lopez Portillo, Jorge.

' El papel del Sector Público de Acumulación de Capital  
en una economía de menor desarrollo. Rev. : "Investigación  
Económica". Vol. XXIII No. 72. México. 1983.

Trueba Urbina M.

" Filosofía del Derecho Social". Declaración de los De-  
rechos Universales. Art. 22.